



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - CAMPUS DE JEQUIÉ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**INTERFACES
DA REZA COMO PRÁTICA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR EM
SAÚDE**

JELBER MANZOLI DOS ANJOS

**JEQUIÉ/BA
2021**

JELBER MANZOLI DOS ANJOS

**INTERFACES
DA REZA COMO PRÁTICA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR EM
SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da UESB, área de concentração em Saúde Pública para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Linha de Pesquisa: Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ismar Eduardo Martins Filho.

Coorientadora: Prof. Dra. Alba Benemérita Alves Vilela.

**JEQUIÉ/BA
2021**

A599i Anjos, Jelber Manzoli dos.
Interfaces da reza como prática integrativa e complementar em saúde /
Jelber Manzoli dos Anjos.- Jequié, 2022.
69f.

(Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia –
UESB, sob orientação do Prof. Dr. Ismar Eduardo Martins Filho e
coorientação da Prof. Dra. Alba Benemérita Alves Vilela)

1.Terapias Complementares 2.Terapias Espirituais 3.Cura pela Fé
4.Atenção Primária à Saúde I.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
II.Título

CDD – 362.10981

FOLHA DE APROVAÇÃO

ANJOS, Jelber Manzoli. Interfaces da reza como Prática Integrativa e Complementar em Saúde 2019. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Área de Concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Ismar Eduardo Martins Filho

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia



Prof. Dr. Antonio Marcos Tosoli Gomes

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Sérgio Yarid.:

Prof. Dr. Sérgio Donha Yarid

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Jequié, 03 de março de 2022

Dedico este trabalho aos meus Pais, Seu Nelão e Dona Lucimar, por acreditarem em meus sonhos e lutarem para que eles pudessem se tornar realidade. Ao meu companheiro Fernando, por ser meu maior incentivador e apoio em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Na distância do isolamento social provocado pela pandemia por Covid-19, aprendemos o valor do abraço não dado, do sorriso muitas vezes escondido pelas máscaras, do calor humano e do valor de heróis até então anônimos.

Gostaria de agradecer primeiramente à Enfermagem brasileira e aos nossos tantos enfermeiros, técnicos e auxiliares que deram a vida para que outros pudessem viver. Suas mortes não foram em vão!

Aos meus pais, Lucimar Manzoli dos Anjos e José Ornélio dos Anjos, minha eterna gratidão por permitirem que eu sonhasse com um futuro diferente e em meio aos percalços da vida, lutaram para que eu pudesse transformar sonhos em realidade.

A Fernando, meu companheiro e porto seguro, por acreditar e não medir incentivo, esforços, paciência ou amor. Você é o meu maior sim, o meu eterno sim!

A Elton, Adilson, Tia Eva, Vó Beca e Elaine, vocês me ensinam todos os dias que família é muito maior que os laços de sangue.

Às enfermeiras do PACS Zona Rural Loiana, Daiane, Soraya, Meire e Mercúcia, pela convivência diária, por todo suporte, incentivo e apoio sem o qual essa jornada não seria possível.

Ao PACS Zona Rural, sobretudo aos agentes comunitários de saúde Edmilson, Rozilei, Manoel, Waldemir, Ailma, Rosália, Ana Cristina, Vera Lúcia, Luziene, Cleonice e Juciara pela amizade, companheirismo e apoio durante todos esses anos juntos, tenho muito orgulho de fazer parte dessa história.

Ao meu orientador professor Ismar Eduardo Martins Filho pela confiança, orientação e aprendizado.

A professora Alba Benemérita Alves Vilela, por ter acreditado ainda na especialização na potência desse projeto.

Aos meus colegas e amigos de mestrado, pela divisão e partilha durante os anos em que estivemos juntos.

A Lilian, Elba, Ana Maria, Ananda, Thainan e Loiana por tornarem nossa jornada mais leve.

Às rezadeiras de Jequié, pela sua força e dedicação na construção de pontes de acesso à saúde nos lugares mais longínquos.

ANJOS, Jelber Manzoli. **Interfaces da Reza como Prática Integrativa e Complementar em Saúde**. Dissertação [Mestrado] - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, Jequié, Bahia. 2021.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS), promoveu uma intensa modificação de saúde no Brasil, entretanto princípios como integralidade e equidade parecem distantes da prática clínica e as estratégias utilizadas na atenção básica insuficientes para abarcar a complexidade do conceito de saúde, sobretudo, como produto social. Tal fenômeno adquire maior relevância quando consideramos territórios periféricos ao Sistema. Nesta perspectiva, este estudo teve como objetivo geral Identificar os significados e as concepções atribuídas ao processo de reza, entre rezadeiras na cidade de Jequié-BA e como objetivos específicos: apreender as identidades socioculturais que as mulheres rezadeiras desempenham em suas comunidades; compreender os significados atribuídos aos elementos constitutivos do processo de reza e investigar as relações existentes entre a reza e as práticas complementares em saúde. O estudo foi desenvolvido na zona rural de Jequié-Bahia com uma amostragem de 07 (sete) rezadeiras. Como critério de inclusão foi adotado: indicação da comunidade, maior tempo de residência na zona rural e idade maior que 18 anos. Fixou-se como critério de exclusão incapacidade ou déficit cognitivo ou qualquer outra situação que impossibilite a comunicação. Para a coleta de dados foi utilizada entrevista individual semiestruturada e a análise dos dados ocorreu segundo a Análise de Conteúdo Temática Categórica, proposta por Bardin. Em consonância com a Resolução 466/2012 esta pesquisa obedeceu rigorosamente as normas para pesquisas com seres humanos.

Palavras-chave: Terapias Complementares, Terapias Espirituais, Cura pela Fé, Atenção Primária à Saúde.

ANJOS, Jelber Manzoli. **Interfaces da Reza como Prática Integrativa e Complementar em Saúde**. Dissertação [Mestrado] - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, Jequié, Bahia. 2021.

ABSTRACT

System (SUS) has promoted an intense change in health in Brazil, however principles such as comprehensiveness and equity seem far from clinical practice and the strategies used in primary care are insufficient to encompass the complexity of the concept of health, especially as a product Social. This phenomenon acquires greater relevance when we consider territories peripheral to the System. In this perspective, this study had as general objective to identify the meanings and conceptions attributed to the process of prayer, among female healers in the city of Jequié-BA and as specific objectives: to apprehend the sociocultural identities that female healers play in their communities; understand the meanings attributed to the constituent elements of the prayer process and investigate the relationship between prayer and complementary practices in health. The study was carried out in the rural area of Jequié-Bahia with a sample of 07 (seven) healers. The following inclusion criteria were adopted: indication from the community, longer living in the rural area and age over 18 years. Disability or cognitive deficit or any other situation that makes communication impossible was established as an exclusion criterion. For data collection, semi-structured individual interviews were used and data analysis took place according to the Categorical Thematic Content Analysis, proposed by Bardin. In line with Resolution 466/2012, this research strictly followed the standards for research with human beings.

Keywords: Complementary therapies; Spiritual therapies; Faith healing; Primary health care; Comprehensive health care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Plantas medicinais utilizadas por rezadeiras de Jequié-BA, segundo sua espécie, indicação e preparo.....	46
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica

ACS - do Agente Comunitário de Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

ESF - Estratégia Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIC - Prática Integrativa e Complementar

PICs - Práticas Integrativas e Complementares

PNAIPCF - Política Nacional de Atenção Integral à População dos Campos e da Floresta

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	05
2	OBJETIVOS	07
2.1	Objetivo Geral.....	07
2.2	Objetivos Específicos	07
3	REVISÃO DE LITERATURA	08
3.1	A prática da reza e sua relação com os processos de cura.....	08
3.2	Práticas Integrativas e Complementares	11
4	METODOLOGIA	14
4.1	Tipo de Estudo.....	14
4.2	Cenário do Estudo	15
4.3	Participantes do Estudo	16
4.4	Instrumentos de Coleta de Dados.....	16
4.5	Análise dos dados.....	16
4.6	Aspectos éticos.....	18
5	RESULTADOS	20
5.1	Manuscrito 1	20
5.2	Manuscrito 2.....	40
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
	REFERÊNCIAS	55
	APÊNDICE A: Instrumento de Coleta de Dados	58
	APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre Esclarecido	59
	ANEXO A: Parecer consubstanciado do CEP.....	60

1 INTRODUÇÃO

A história do Brasil é caracterizada pela concentração de diversas culturas e povos. O sincretismo e a mestiçagem, ocasionados pela inter-relação histórica entre os três principais troncos de matrizes étnicas (indígenas, europeus, africanos), além da adesão de descendentes de outros grupos humanos que, ao longo da formação do Estado nacional, contribuíram, para a consumação do intercâmbio entre práticas e saberes em todos os campos culturais que compõe o esteio fundamental de uma sociedade miscigenada (RIBEIRO, 2014).

No que se refere ao setor das práticas e saberes empregados nos processos terapêuticos e de saúde, a sociedade brasileira, apesar do atual predomínio da moderna medicina intervencionista, nem sempre esteve predominantemente amparada nas técnicas e conhecimentos advindo da formação acadêmica (MIRANDA, 2017).

Dentre as práticas terapêuticas ditas populares, estudos sobre as mulheres no ofício curandeiro, além de observações sobre as relações de gênero, têm produzido mudanças nos paradigmas do conhecimento das ciências humanas e sociais ao questionar os modelos normativos rígidos, permitindo uma visão teórica que incorpora a alteridade, assim, promovendo os discursos de identidades socioculturais historicamente marginalizados, dentre os quais, a identidade de mulheres, dos negros, dos indígenas e outras (MARTINS, 2004).

Em meio a este cenário, surgem a partir de 2006, políticas nacionais que buscam cuidado integrativo, oportunizando o diálogo sociocultural com métodos complementares, reconhecendo sua eficácia terapêutica e reafirmando as práticas integrativas como recursos disponíveis ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006).

Como defendido por Andrade e Costa (2010), discussões acerca da produção do cuidado sob a luz de práticas socialmente produzidas e não institucionalizadas pela academia, conduz necessariamente aos fundamentos paradigmáticos desses cuidados em saúde, assim como à questão da integralidade.

As práticas terapêuticas populares e sincréticas, longe de substituírem a medicina intervencionista, podem contribuir para estudos acerca de métodos preventivos baseados na observação sistemática de práticas e hábitos das populações dos povos brasileiros, desta maneira, criando possibilidades de novas

observações metodológicas para o campo preventivo da saúde (ANDRADE; COSTA, 2010). Considera-se, igualmente, a importância do reconhecimento dos saberes e dos agentes populares como sujeitos mobilizadores de diversas tradições culturais.

Ao pesquisar as rezadeiras e suas práticas, várias questões podem emergir substancialmente. Partimos aqui da influência exercida por estas mulheres sobre o itinerário terapêutico percorrido pela comunidade local e para aprofundar os sentidos construídos por elas questionamo-nos quais as concepções de reza, saúde e doença envolvem diretamente o trabalho das rezadeiras? Este trabalho contribui assim para entendermos práticas de saúde não institucionalizadas, populares e que não se confundem com ações e saberes biomédicos.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Identificar os significados e as concepções atribuídas ao processo de reza, entre rezadeiras na cidade de Jequié-BA.

2.2 ESPECÍFICOS

- Apreender as identidades socioculturais que as mulheres rezadeiras desempenham em suas comunidades;
- Compreender os significados atribuídos aos elementos constitutivos do processo de reza.
- Investigar as relações existentes entre a reza e as práticas complementares em saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A prática da reza e sua relação com os processos de cura

No período colonial, o conhecimento dos profissionais da medicina acadêmica era inexpressivo e a identidade social de tais agentes, relativamente desprestigiada. Tal desprestígio decorria da insuficiência dos resultados obtidos a partir do conhecimento médico-instrumental composto na tradição acadêmica centro europeia e do restrito número de profissionais. De acordo com as proposições historiográficas, até o século XVIII, a racionalidade do saber médico pouco se distinguia do conhecimento empírico, sendo a prática curativa essencialmente a mesma: sangria, purgativos, infusões com plantas e pós, dietas, dentre outros (MIRANDA, 2017).

A arte de curar, no período colonial, era oficialmente exercida por uma infinidade de agentes sociais, desde os médicos formados em escolas europeias, denominados de físicos ou licenciados, até os cirurgiões-barbeiros e os cirurgiões. Dentre estes últimos, encontravam-se negros escravos e mulatos libertos, os quais auxiliavam e aprendiam com os médicos quando podiam (MIRANDA, 2017).

A construção do monopólio instrumental do saber médico, de formação acadêmica, consumou-se a partir do século XIX por meio da condenação de práticas assistenciais consideradas leigas, em oposição ao discurso racionalizado da ciência, desvalorizando especialmente, as práticas e saberes associados as tradições africanas, já impregnadas na cultura popular, com mais amplitude no meio rural, e cuja atividade curativa estava relacionada a aspectos de culto e crença religiosa. Deriva deste fato, o grande esforço da medicina oficial (científica), contando com apoio intervencionista do Estado para combater curandeiros, parteiras, pajés, homeopatas (CASCUDO, 1978).

Todavia, a forte repressão jurídica e policial, além das estratégias discursivas empregadas no cotidiano, não foram capazes de combater com a eficácia almejada as práticas curativas desenvolvidas em terreiros e barracões relacionados aos religiosos de matriz africana, não apenas porque o alcance da medicina dita oficial continuava ínfimo para as populações mais pobres, como também era difícil convencer indivíduos sócio-historicamente habituados a lidar com o conhecimento empírico da cura, de que essas práticas da medicina científica eram superiores.

Para as populações pobres brasileiras, sobretudo nas zonas rurais, curandeiro(a), rezador, rezadeira, raizeiro(a) e comadres parteiras existem, e quase sempre, necessariamente, para a salvação (CASCUDO, 1978).

Mesmo com a repressão sociocultural e os avanços da medicina científica positivista, a crença na eficácia das rezadeiras e nas práticas curativas do saber popular continuou. Como afirma Del Priore (2007), havia maior disposição para procurar a rezadeira do que o médico. Quando não conseguiam resolver os problemas de saúde com o auxílio das rezadeiras então procuravam o médico.

Como defendido por Gomes (2007), o entendimento dos diversos contextos em que se produz a relação entre a reza e cura, sobretudo sua perspectiva socioantropológica, permite o entendimento de como o fenômeno penetra e modifica a realidade, possibilitando uma nova interpretação de vida nas pessoas. O movimento estabelecido por essas mulheres modifica o dia a dia de seus consulentes através do estabelecimento de uma atmosfera terapêutica.

Comparativamente, pode-se traçar um paralelo e equiparar o trabalho desenvolvido pelas rezadeiras ao dos xamãs, que na perspectiva de Lévi-Straus (1975) são catalizadores da cura em diferentes contextos culturais, uma vez que são capazes de evocar indução psicoafetiva. A consciência do enfermo é sensibilizada e a estrutura simbólica de seu intelecto, seus afetos e memórias, estimulam uma reestruturação ou reconfiguração do psiquismo, análoga àquela que se expressa fisiologicamente no corpo por efeito de agentes externos em práticas de culto religioso ou espetáculos estéticos que levam o público à catarses.

Neste sentido, Chauí (1986) nos apresenta a partir da abordagem da cultura popular, a perspectiva do rezador no cenário sertanejo como um cientista ou médico popular, pessoa que combina a prática religiosa, magia e os conhecimentos da medicina popular sobretudo das plantas medicinais e unguentos com finalidade de proteção do indivíduo ou cura dos males físicos ou emocionais.

Destarte, Sanchis (2001) aponta que o sincretismo religioso bem como a interação entre diferentes culturas possibilitam a existência uma vasta expressão de religiosidade, reagrupada em subcampos que se aproximam ou se distanciam, configurando-se para a realidade brasileira como expressões do cristianismo católico e do universo das religiões de matrizes africanas. Nesta perspectiva, a diversidade de culturas que participaram da evolução social do povo brasileiro, contribuiu para desenhar uma herança heterogênea e diversa, representada em múltiplos elementos

da cultura nacional, rico legado histórico e memória imaterial ainda marcante nas sociedades atuais.

Os rituais de rezas se inserem como práticas alternativas à lógica positivista para o tratamento de problemas físicos e espirituais, fortemente presentes na medicina popular em algumas regiões do Brasil, com especial referência para o Nordeste brasileiro (OLIVEIRA; TROVÃO, 2009).

A figura do rezador, presente nesta diversidade de cenários socioculturais brasileiros, revela o quanto estes povos encontram-se envolvidos com rituais que representam o universo do sagrado e do simbólico, e através dos sentidos atribuídos às situações e aos símbolos que o cercam, os atores sociais constroem seu mundo social, suas identidades culturais e significam suas realidades. (QUEIROZ, 1980; QUINTANA, 1999).

Rituais de rezas e benzeduras encontram-se associados quase sempre ao gênero feminino responsáveis pelo cuidado e são apreendidos através de ensinamentos passados na maioria das vezes oralmente por familiares (OLIVEIRA; TROVÃO, 2009; SILVEIRA; ALBUQUERQUE, 2015). Autores como Cascudo (2001) e Quintana (1999) trazem que as rezadeiras, em geral, são mulheres com idade avançada e é justamente esse fato que lhes confere legítima o ofício da reza. Para poder obter um reconhecimento social, estas terapeutas devem ter uma idade que garanta, ao seu grupo, um certo saber e poder, devem ser a voz da experiência. Mesmo em casos onde a aptidão para a reza se manifeste antecipadamente, o verdadeiro reconhecimento por parte da comunidade só virá com o aumento da idade e experiência (QUINTANA, 1999).

Conforme apontado por Loyola (1983) as mulheres que desenvolvem e praticam o ofício da benzedura são marcadas por sua espiritualidade, entendimento do adoecimento para além das explicações biológicas e prática de cura que envolve elementos místico, mágicos e religiosos que à luz do simbólico são capazes de curar males que muitas vezes não possuem uma correlação com o que é instituído pelos órgãos oficiais.

Este fato, torna-se relevante à medida que as mulheres na sua maioria, apresentam-se mais sensíveis aos problemas de suas comunidades, que fazem mais que rezar, acolhem seus pares, sendo muitas vezes o único acesso em suas comunidades para escuta das dores físicas e espirituais. Como esclarecido por Cunha e Assunção (2017), esse saber coloca as rezadeiras como agentes

catalizadores de cura, em um complexo processo vivido junto a suas comunidades, que envolve a memória e história deste. Ela se utiliza de sua voz pela qual nomeiam a doença e os males de sua comunidade, na medida em que dialogam o mundo das memórias e tradições com os aspectos da contemporaneidade, marcando sua resistência e sobrevivência.

Ainda conforme apontado por Gomes (2007), estudos acerca das rezadeiras adquirem sentido especialmente importante, à medida que possibilita a interlocução e voz de um cenário, que, apesar da exclusão e preconceito, podemos vislumbrar a partir do ofício das rezadeiras, figuras e sinais inequívocos de um fenômeno religioso que favorece vida e a saúde de comunidades desprovidas de assistência institucionalizada.

3.2 Práticas Integrativas e Complementares

Apesar dos avanços no Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo na perspectiva de produção do cuidado ampliado propiciados a partir da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), princípios normativos do SUS como integralidade e equidade parecem distantes da prática clínica, não sendo as estratégias adotadas pelas equipes da ESF suficientes para abarcar a complexidade do conceito de saúde como expressão social (BRASIL, 2006).

Diante disto, fomenta-se a necessidade de discussão de modelos de atenção à saúde que humanizem, centrados na integralidade dos indivíduos e que considerem os indivíduos em sua dimensão global - sem perder de vista a sua singularidade, quanto à explicação de seus processos de adoecimento e de saúde (BRASIL, 2006).

Ancorados nessa realidade, o Ministério da Saúde (MS) publicou por meio da Portaria nº 971 de 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), que corrobora para a integralidade da atenção à saúde, princípio este que requer também a interação das ações e serviços existentes no SUS frente à melhoria dos serviços e o incremento de diferentes abordagens, tornando disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS (BRASIL, 2006).

Adota-se neste estudo, a perspectiva defendida por Andrade e Costa (2010) acerca do conceito de Prática Integrativa e Complementar (PIC), a saber:

Práticas integrativas e complementares em saúde constituem denominação do Ministério da Saúde para a Medicina complementar/alternativa, em suas ricas aplicações no Brasil. Esse campo de saberes e cuidados desenha um quadro extremamente múltiplo e sincrético, articulando um número crescente de métodos diagnóstico-terapêuticos, tecnologias leves, filosofias orientais, práticas religiosas, em estratégias sensíveis de vivência corporal e de autoconhecimento. Esse amplo acervo de cuidados terapêuticos abriga ainda recursos como terapias nutricionais, disciplinas corporais, diversas modalidades de massoterapia, práticas xamânicas e estilos de vida associados ao naturalismo e à ecologia (ANDRADE; COSTA, 2010).

Ainda como elucidado por Andrade e Costa (2010), este conjunto de práticas sinaliza para uma visão da saúde entendida como bem-estar amplo, que envolve uma interação complexa de fatores físicos, sociais, mentais, emocionais e espirituais. O organismo humano é compreendido como um campo de energia (e não um conjunto de partes como assume o modelo biomédico), a partir do qual distintos métodos podem atuar. Trata-se de uma visão integrativa e sistêmica a exigir uma terapia multidimensional e um esforço multidisciplinar no processo saúde/doença/cura. Esse paradigma é denominado bioenergético, privilegiando a "visão do todo", para a qual se enfatiza a integração dos cuidados.

Na classificação da Organização Mundial de Saúde, essas modalidades médicas são apresentadas em duas definições básicas: Medicinas tradicionais e Medicinas complementares e alternativas (WHO, 2002). A primeira congrega saberes, práticas e crenças nativas em diferentes culturas. A segunda diz respeito aos cuidados em saúde que não estão integrados ao sistema institucionalizado da prática e cuidados médicos. Em ambos os casos, prevenção, diagnóstico e tratamento de enfermidades físicas e mentais são conduzidos com certa eficácia e legitimidade social (ANDRADE; COSTA, 2010).

Conforme defendido por Telesi (2016), as PIC com seu vasto arsenal de recursos, podem contribuir para a integração disciplinar, pois descende de uma tradição milenar de uso continuado e praticamente inalterado dos mesmos recursos tecnológicos, pautados por natureza interdisciplinar. Essa característica garante às PIC sustentabilidade, atributo indissociável da produção do trabalho e cuidado em saúde coletiva.

Sustentados em autores como Gomes (2007), Lévi-Straus (1975) e Chauí (1986), têm-se nas pessoas das rezadeiras, protagonistas da produção do cuidado na Atenção Primária à Saúde, uma vez que por diversos mecanismos diferentes estas mulheres influenciam e direcionam suas comunidades à produção de saúde

numa visão integradora de homem e natureza, macro e microuniversos, que postula a integralidade do sujeito humano, constituída de aspectos psicobiológicos, sociais e espirituais.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

O campo de estudo a respeito dos processos de intervenção em saúde é complexo, exigindo a transversalidade disciplinar (MINAYO, 2007). Dada a complexidade de estudos em tal setor e, a necessidade de abarcar de maneira ampla o contexto cultural estudado, esta pesquisa utilizará técnicas e métodos de estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa para buscar conhecer e descrever o ofício das rezadeiras.

Reforçando a ideia de subjetividade, Minayo (2002) retrata o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, aprofundando as relações, processos e fenômenos não os reduzindo apenas as variáveis. Ainda para Minayo (2007), o método qualitativo busca desvelar os significados e intencionalidades, inerentes aos atos, relações e estruturas sociais.

Para este trabalho, entende-se que a contextualização histórica seja muito significativa para as relações homem-meio possibilitando o aprofundamento das discussões sobre as relações entre passado e presente na história (e historicidade), bem como o rompimento com a ideia que identificava objeto histórico e passado, definido como algo totalmente morto e incapaz de ser reinterpretado em função do presente, fato importantes para a compreensão da construção histórica da rezadeira e também para dialogar o processo de reza como processo socialmente produzido. Desse modo, através de entrevistas da história oral, as narrativas possibilitam compreender a sobrevivência, a visão de mundo, a memória individual e social, abrindo espaço para que pessoas mais velhas compartilhem experiências e mantenham vivas suas culturas (STANISK, ; FLORIANI,; SILVA,, 2015).

Silva (2010) aponta que esse ramo do conhecimento humano requer metodologias e abordagens diversificadas para obter as informações. Essas abordagens são concebidas como relações multi, inter e transdisciplinar dentro do arcabouço sistêmico da ciência, entretanto, para a maioria das populações tradicionais trata-se de um conjunto interligado, pois não há uma separação entre os objetos e os seres.

Para Carneiro (2012) história oral é uma importante ferramenta porque busca compreender as transformações ou mudanças que ocorrem na comunidade, na

mata ou mesmo no modo de vida das pessoas. Acrescentamos à discussão do autor a permanência (valores culturais, espirituais, sociais) que são mecanismos de representações plenos de sentidos e significados e que se consolidam como patrimônios imateriais e/ou materiais no interior de um agrupamento humano possibilitando o retorno do político e a revalorização do papel do sujeito estimulam o estudo dos processos de tomada de decisão uma vez que esquadrinha os usos políticos do passado recente ou ao propor o estudo das visões de mundo de determinados grupos sociais na construção de respostas para os seus problemas.

4.2 Cenário do Estudo

O município de escolha da pesquisa faz parte do Sudoeste Baiano, denominado Jequié, pertence ao Núcleo Regional de Saúde Sul/Jequié e conta com 155.966 habitantes (população estimada para o ano de 2019), área territorial de 2.969,034 km² e densidade demográfica de 47,07 habitantes/km². Possui os seguintes distritos: Fazenda Velha, Florestal, Itaibó, Boaçu, Itajuru, Monte Branco, Baixão, Oriente Novo, Tamarindo e Barra Avenida. Tem como municípios limítrofes: Itiruçu, Jaguaquara, Manoel Vitorino, Jitaúna, Itagi, Apuarema e Ipiaú (IBGE, 2010).

Ainda segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010) aproximadamente 48,98% da população se encontra na faixa de pobreza (para efeito de cálculo, foi considerado o índice de Gini), e um total de 45.257 domicílios abastecidos com água encanada.

O município de Jequié conta com 27 equipes da ESF, sendo duas delas responsáveis pela saúde das comunidades da zona rural em Itajuru e Florestal. Em todas as outras comunidades e distritos do município a corresponsabilidade sobre o estado de saúde da população é do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) PACS Zona Rural, serviço responsável por cinco áreas e 60 microáreas diferentes. A Atenção Básica (AB) do município possui ainda quatro Unidades Básicas de Saúde e dois Centros de Atenção Psicossocial (PREFEITURA MUNICIPAL DE JEQUIÉ, 2014).

Como o objetivo do estudo é adentrar no universo das rezadeiras, fixa-se como território de pesquisa a zona rural do município, onde espera-se encontrar maior influência destes atores sociais.

4.3 Participantes do Estudo

Para este estudo, a amostra foi composta por 07 rezadeiras, selecionadas segundo critério saturação de fala.

Foram considerados predisponentes para inclusão, a saber: Indivíduos do sexo feminino, que se autodeclarem rezadeiras/benedeiras ou termo regional que possua mesmo valor semântico para a identidade estudada, indicação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou de pessoas da comunidade, maior tempo de residência na zona rural, idade maior ou igual a 18 anos.

Fixou-se como critério de exclusão: Déficit cognitivo ou qualquer outra situação que leve a incapacidade de comunicação.

A aproximação com os participantes foi feita após contato prévio com os Agentes Comunitários de Saúde (Atenção Básica Zona Rural) da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Jequié-BA para a identificação das mulheres que poderiam compor o recorte amostral. Em seguida, foi realizado contato por telefone com as mulheres e agendamento das entrevistas.

4.4 Instrumentos de Coleta de Dados

Para coleta de dados foi utilizados o registro escrito e as entrevistas integralmente gravadas em gravador digital. Como instrumento para a coleta de dados, foi utilizada entrevista semiestruturada, elaborada pelo pesquisador (apêndice A); o registro das entrevistas aconteceu por gravação em gravador digital e seu conteúdo transcrito integralmente.

4.5 Análise de Dados

Para a análise do conteúdo das entrevistas, optou-se pela Técnica de Análise Temática de Conteúdo de Bardin, por contribuir para esclarecer os significados e implicações das proposições presentes entrevistas examinadas. Possibilita, ainda, a explicitação e a identificação dos símbolos, significados atribuídos ao processo estudado (BARDIN, 2011).

A Análise Temática de Conteúdo tem as seguintes fases para a sua condução: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e a interpretação dos resultados (BARDIN, 2011).

Na pré-análise a organização do material a ser analisado tem por objetivo torná-lo operacional, sistematizando as ideias preliminares. Essa organização também possui um protocolo de quatro etapas: a leitura flutuante (etapa a), na qual se estabelece o contato com os documentos coletados, e busca-se um entendimento do material que o pesquisador tem em seu poder para que então possa realizar a escolha dos documentos (etapa b), que consiste na delimitação do que será analisado; por meio desta leitura também ocorre a formulação das hipóteses e dos objetivos (etapa c), como também a referenciação dos índices e elaboração de indicadores (etapa d), que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise (BARDIN, 2011).

A exploração do material representa a segunda fase, que compreende a exploração do material com a definição de categorias (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registro (unidade de significação a codificar corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à frequência) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro). Esta exploração do material é uma etapa importante, pois pode viabilizar ou não a riqueza das interpretações e inferências. É considerada a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao corpus (todo e qualquer material textual coletado) submetido a um estudo detalhado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são elementos necessários nesta fase (BARDIN, 2011).

Na exploração do material, ocorre à descrição analítica, a qual diz respeito ao corpus (qualquer material textual coletado) submetido ao estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos” (inferências. É considerada a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao corpus (todo e qualquer material textual coletado) submetido a um estudo detalhado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são elementos necessários nesta fase (BARDIN, 2011).

A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. É nesta etapa que os resultados são tratados, é nela que ocorre a condensação e a ênfase das informações para análise, resultando nas interpretações inferenciais. É o momento de intuição, de análise reflexiva e crítica (BARDIN,2011).

4.6 Aspectos Éticos

O trabalho de campo e abordagem dos indivíduos aconteceu após ofício com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Durante a pesquisa, sendo assegurados o sigilo e o anonimato dos participantes, respeitando os princípios da ética, estabelecidos pela Resolução 466/2012, que trata das Normas de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013), sendo a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia segundo parecer consubstanciado número 2.489.614.

5 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa foram apresentados no formato de dois manuscritos científicos, construídos seguindo as instruções exigidas pelos periódicos selecionados para a submissão dos mesmos.

Os temas foram definidos visando responder aos objetivos propostos por este estudo. Assim sendo, os manuscritos “A reza como Prática Integrativa e Complementar em Saúde” e “Etnoconhecimento e uso de plantas medicinais por rezadeiras de Jequié-BA” são apresentadas a seguir.

5.1 Manuscrito 01: A reza como Prática Integrativa e Complementar em Saúde.

Este manuscrito será submetido ao periódico Acta Paulista de Enfermagem, as instruções para autores estão disponíveis em:

<https://www.scielo.br/journal/ape/about/#instructions>

A reza como Prática Integrativa e Complementar em Saúde

Prayer as an Integrative and Complementary Practice in Health

La oración como práctica integradora y complementaria en salud

Jelber Manzoli dos Anjos

Ismar Eduardo Martins Filho

Alba Benemérita Alves Vilela

Resumo

Objetivo: apreender as identidades socioculturais que as mulheres rezadeiras desempenham em suas comunidades; compreender os significados atribuídos aos elementos constitutivos do processo de reza e investigar as relações existentes entre a reza e as práticas complementares em saúde. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado por meio de entrevistas individuais, semiestruturadas que utilizou a História Oral como intecessor metodológico. A amostra foi composta por sete rezadeiras do Nordeste do Brasil, Bahia. Para análise dos dados, utilizou-se a análise temática de conteúdo, segundo os pressupostos de Bardin. **Resultados:** Os resultados desvelam as necessidades de produzir de discussões acerca dos modelos de atenção à saúde que contemplem a integralidade e que considerem os indivíduos em sua dimensão global, tendo na pessoa da rezadeira, protagonista da produção do cuidado na atenção básica à saúde, uma vez que por diversos mecanismos diferentes estas mulheres influenciam e direcionam suas comunidades à produção de saúde numa visão integradora de homem e natureza. **Conclusão:** No panorama apresentado, a reza apresenta-se como uma possibilidade de cuidado que, embora ainda não institucionalizada pelo Sistema Único de Saúde, modifica a realidade de muitos indivíduos, produzindo estados de saúde, atuando como prática interativa e complementar.

Palavras-chave: Terapias complementares; Terapias espirituais; Cura pela fé; Atenção Primária à Saúde; Assistência integral à saúde.

Abstract

Objective: to apprehend the sociocultural identities that praying women play in their communities; understand the meanings attributed to the constituent elements of the prayer process and investigate the relationship between prayer and complementary practices in health. **Methods:** This is a descriptive study, with a qualitative approach, carried out through individual, semi-structured interviews that used Oral History as a methodological predecessor. The sample consisted of seven praying women from the Northeast of Brazil, Bahia. For data analysis, thematic analysis of content, according to the assumptions of Bardin. **Results:** The results reveal the need to produce discussions about health care models that include comprehensiveness and that consider individuals in their global dimension, having in the person of the praying

women protagonist of the production of care in primary health care, since through different mechanisms these women influence and direct their communities to the production of health in an integrative view of man and nature. **Conclusion:** In the panorama presented, prayer is presented as a possibility of care that, although not institutionalized by the Sistem Único de Saúde, modifies the reality of many individuals, producing health conditions, acting as an interactive and complementary practice.

Keywords: Complementary therapies; Spiritual therapies; Faith healing; Primary health care; Comprehensive health care.

Resumen

Objetivo: aprehender las identidades socioculturales que juegan las mujeres de oración en sus comunidades; comprender los significados atribuidos a los elementos constitutivos del proceso de oración e investigar la relación entre la oración y las prácticas complementarias en salud. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo, con enfoque cualitativo, realizado a través de entrevistas individuales semiestructuradas que utilizaron la Historia Oral como antecesora metodológica. La muestra estuvo compuesta por siete mujeres de oración del Nordeste de Brasil, Bahía. Para El análisis de los datos, se utilizo el análisis temático de contenido, según los presupuestos de Bardin. **Resultados:** Los resultados revelan la necesidad de producir discusiones sobre modelos de atención en salud que contemplen la integralidad y que consideren al individuo en su dimensión global, con la persona del mujeres de oración, protagonista de la producción de atención en la atención primaria de salud, a través de varios mecanismos diferentes. Estas mujeres influyen y orientan a sus comunidades a la producción de salud en una mirada integradora del hombre y la naturaleza. **Conclusión:** En el panorama presentado, la oración se presenta como una posibilidad de atención que, aunque no institucionalizada por el Sistema Único de Saúde, modifica la realidad de muchos individuos, produciendo condiciones de salud, actuando como una práctica interactiva y complementaria.

Descriptor: Terapias Complementarias; Terapias Espirituales; Curación por la fe; Atención primaria de salud; Atención integral de salud.

Introdução

Em seus quase 30 anos de existência, o Sistema Único de Saúde (SUS) ampliou de forma significativa o acesso das pessoas, antes negligenciadas, aos serviços de saúde¹. Visando capilarizar de forma mais significativa, as ações e serviços de saúde direcionados às pessoas residentes na zona rural, foi instituída em 2011 através da portaria 2866/11 a Política Nacional de Atenção Integral à População dos Campos e da Floresta (PNAIPCF). Na qual o Ministério da Saúde (MS) reconhece maior vulnerabilidade desta parcela da população e concebe como

desfavorável suas condições de saúde, prevendo ainda a necessidade de reorientação dos processos de formulação, planejamento, execução, controle e avaliação das políticas públicas, numa perspectiva de compartilhamento do poder decisório e relevância dos determinantes locais de saúde².

Apesar disso, o novo Índice de Valores Humanos divulgado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento em 2010 revelou que em termos de saúde, o Brasil teve um desempenho mais baixo do que as áreas do trabalho e da educação. Na avaliação foi considerado o tempo de espera para atendimento médico ou hospitalar, a facilidade ou não de compreensão da linguagem usada pelos profissionais de saúde e o interesse da equipe médica percebido pelo paciente³.

A medicina moderna praticada em larga escala no SUS tem sido alvo de questionamentos quanto à sua capacidade de responder à demanda de saúde da população. Estes questionamentos, apontam para diversos desdobramentos e reflexões acerca dos avanços do Sistema em princípios doutrinários, de forma mais específica a integralidade e resolutividade.

Podemos refletir sobre as relações de modelo de saúde ainda orientado prioritariamente pelo paradigma cartesiano biomédico, restringindo o olhar do profissional ao olhar retina e a forma como o outro é percebido. Antecedendo qualquer aspiração de resposta, é imprescindível entender que a história do Brasil é caracterizada pela concentração de diversas culturas e povos, estas inter-relações tornam a sociedade brasileira um verdadeiro laboratório de práticas e saberes advindos de diferentes culturas⁴.

Apesar do inegável papel do modelo biomédico e suas importantes contribuições para a modificação da realidade de saúde do povo brasileiro bem como seu protagonismo na forma como são pensados os serviços de assistência à saúde é necessário destacar que esta lógica racionalista não é a única forma pela qual as pessoas buscam assistência à saúde. Não obstante, nem todo sistema de cuidado baseia-se na formação acadêmica, destacando-se as práticas terapêuticas populares.

A inflexibilidade de olhar e rigidez sobre a qual se constrói o olhar dentro do paradigma biomédico tem sido intensamente discutido e nesse âmbito, as práticas terapêuticas populares e observações sobre escolhas narrativas referentes às formas como os sujeitos significam o mundo tem produzido mudanças em modelos

rígidos, possibilitando a dilatação de olhares e reconhecimento do outro como ser histórico bem como promovendo o discurso de grupos marginalizados⁵.

Surge no Brasil em 2006 políticas nacionais que buscam um cuidado integrado e que reconheça a necessidade de diálogo sociocultural com métodos complementares, reconhecendo sua eficácia terapêutica e reafirmando as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) como recursos disponíveis ao usuário do SUS⁶.

As PICs em saúde constituem denominação do MS para a medicina complementar/alternativa. Esse campo de saberes e cuidados desenha um quadro extremamente múltiplo e sincrético, articulando um número crescente de métodos diagnóstico-terapêuticos, tecnologias leves, práticas religiosas, em estratégias sensíveis de vivência corporal e de autoconhecimento⁷.

Assim, reconhecendo a importância dos processos de reza, sobretudo na zona rural de Jequié, onde empiricamente sabe-se que as PICs representam a forma de acesso majoritária à saúde, fixa-se como objetivos deste trabalho: apreender as identidades socioculturais que as mulheres rezadeiras desempenham em suas comunidades; compreender os significados atribuídos aos elementos constitutivos do processo de reza e investigar as relações existentes entre a reza e as práticas complementares em saúde.

Métodos

O campo de estudo a respeito dos processos de intervenção em saúde é complexo, exigindo a transversalidade disciplinar⁸. Dada a complexidade de estudos em tal setor e, a necessidade de abarcar de maneira ampla o contexto cultural estudado, buscamos a partir desta pesquisa utilizar técnicas e método do campo qualitativo para conhecermos e desvelarmos o ofício das benzedeadas.

Reforçando a ideia de subjetividade, o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, aprofundando as relações, processos e fenômenos não os reduzindo apenas a variáveis⁹. Deste modo, o método qualitativo exhibe os significados e intencionalidades, inerentes aos atos, relações e estruturas sociais⁸.

Como recurso para compreensão dos fenômenos no contexto em que ocorrem, foi utilizada a história oral, Metodologia desenvolvida desde fins dos anos

1950 e amplamente utilizada e consolidada ao redor do mundo. Pela oralidade, é possível observar escolhas narrativas referentes às formas como os sujeitos históricos significam as dimensões do público no tempo presente. Na história oral, dissensos e consensos, presentes nas memórias coletivas, catalisam práticas sociais. Lembranças, silêncios e esquecimentos expressam questões socialmente vivas em estudos que mobilizam múltiplos itinerários dos usos do passado. Ao evidenciarem as narrativas dos sujeitos históricos, os autores desenvolveram análises pela constituição de fontes que desempenham papel fundamental nas reflexões sobre “comunidades de sentido” e suas conexões temporais entre passado, presente e expectativas futuras¹⁰.

No campo das ciências humanas, a partir da década de 70, sobretudo na perspectiva da antropologia a História Oral busca “[...] uma reconstrução mais realista e imparcial do passado, uma contestação ao relato tido como verdadeiro”¹¹, passou-se a gravar, por meio da História Oral, memórias de excluídos e marginalizados. Destacadamente esta metodologia permite que as histórias de sujeitos - que não raras vezes se encontram às margens da história oficial, visto que não são reconhecidos como protagonistas de suas próprias histórias - sejam ouvidas. Deste modo, a metodologia possibilita o reconhecimento da voz de grupos marginalizados e invisibilizados, cujas vidas foram ignoradas ou deliberadamente esquecidas¹².

O município de escolha da pesquisa faz parte do Sudoeste Baiano, denominado Jequié, pertence ao Núcleo Regional de Saúde Sul/Jequié e conta com 161.880 habitantes (população estimada para o ano de 2016), área territorial de 2.969,034 km² e densidade demográfica de 47,07 habitantes/km². Possui os seguintes distritos: Fazenda Velha, Florestal, Itaibó, Boaçu, Itajuru, Monte Branco, Baixão, Oriente Novo, Tamarindo e Barra Avenida. Tem como municípios limítrofes: Itiruçu, Jaguaquara, Manoel Vitorino, Jitaúna, Itagi, Apuarema e Ipiaú¹³.

Aproximadamente 48,98% da população se encontra na faixa de pobreza (para efeito de cálculo, foi considerado o índice de Gini), e um total de 45.257 domicílios abastecidos com água encanada¹³.

O município de Jequié conta com 27 equipes de saúde da família, sendo duas delas responsáveis pela saúde das comunidades da zona rural (Itajuru e Florestal). Em todas as outras comunidades e distritos do município a corresponsabilidade sobre o estado de saúde da população é do PACS Zona Rural, serviço responsável

por cinco áreas e 60 microareas diferentes. A Atenção Básica (AB) do município possui ainda quatro Unidades Básicas de Saúde e dois Centros de Atenção Psicossocial¹⁴. Como o objetivo de adentrar no universo das rezadeiras, o território de pesquisa aconteceu na zona rural do município, na qual encontra-se maior influência destes atores sociais.

Os participantes do estudo foram sete mulheres do território acima mencionado. Como critérios de inclusão foram elencados: mulheres, que se autodeclarem rezadeiras/benedeiras ou termo regional que possua mesmo valor semântico para a identidade estudada, indicação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou de pessoas da comunidade, maior tempo de residência na zona rural, idade maior ou igual a 18 anos. Os critérios de exclusão foram: déficit cognitivo ou qualquer outra situação que leve a incapacidade de comunicação.

Para a produção dos dados foi utilizada entrevista semiestruturada, a partir de um roteiro-guia. As entrevistas aconteceram no domicílio das mulheres, sendo previamente agendadas para maior conforto das participantes e minimização de influências externas. O conteúdo das entrevistas foi registrado em gravador digital e integralmente transcrito.

Para a análise do conteúdo das entrevistas, optou-se pela Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin¹⁵, por contribuir o esclarecimento dos significados e implicações das proposições presentes nas entrevistas. Possibilitando, ainda, a explicitação e a identificação dos símbolos, significados atribuídos ao processo ao qual estudamos.

Como recurso para melhor composição dos resultados, as falas foram agrupadas e categorizadas segundo seu núcleo de sentido em duas partes, sendo elas: “Mulheres que rezam, mulheres que curam” e “reza, fé e cura”. Para preservarmos a confidencialidade, as o nome das mulheres foi substituído por P1, P2, até P7.

Durante a pesquisa, foram assegurados o sigilo e o anonimato dos participantes, respeitando os princípios da ética, estabelecidos pela Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012), que trata das normas de pesquisa envolvendo seres humanos, sendo a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia segundo parecer consubstanciado número 2.489.614, atendendo às recomendações nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados e discussão

Mulheres que rezam, mulheres que curam

Durante a pesquisa, foram observadas semelhanças entre as mulheres entrevistadas: negras, com baixo grau de instrução, autodeclaradas católicas embora reconheçam-se elementos sincréticos de outras religiões, ambas têm, na aposentadoria, a principal fonte de renda, donas de casa que exerceram na maior parte da vida o ofício de lavradoras como meio de sustento e manutenção da família. As idades variaram de 67 anos de P1 a 92 anos de P3.

As semelhanças encontradas nestas mulheres podem nos revelar um dos maiores bens da tradição de um povo, que são as memórias. Privilegiadas pela experiência e conhecimento de quem transcende o presente e resgata nas experiências passadas o conhecimento necessário aos enfrentamentos do dia a dia.

Nesta perspectiva, as memórias transmitidas oralmente nos encontros oportunizam espaços de construção, onde a idade e experiência de vida ganham potência, sendo reconhecidas como conhecimento vivo. Assim, os conhecimentos, os valores e as experiências dos mais velhos apresentam uma importante função na sociedade: manter viva a identidade, a memória e a história de vida da comunidade¹⁶. Segundo Bosi, “a função social do velho é lembrar e aconselhar –*memini, moneo*– unir o começo e o fim, ligando o que foi e o por vir”¹⁷. Esta perspectiva pode ser desvelada na fala de P3 quando nos traz que “aprendi a rezar com meu pai que era muito católico, ele aprendeu com meu avô e ensinou eu e meus irmãos a rezar”.

Parece-nos contraditório utilizar o termo baixa instrução, aqui referido sob uma perspectiva formal, uma vez que estas mulheres são detentoras de grande conhecimento empírico, sendo instruídas, de seu modo, para sobreviver às intempéries da vida, assim recortes resgatam e endossam este fato:

“Eu não sei de nada, eu sou ignorante sabe? Não sei ler e nem escrever, mas quando eu de junto da mulher deus me mostra tudo ali” (P6).

“(A vida) é uma coisa que ninguém ensina, a gente vai pela coragem e pela fé!” (P7).

“Eu não tenho mais lágrimas para chorar. Se alguém me fazer algo eu fico de pé, mas caio por dentro. (...) se a vida deixa a gente assim a gente tem que resistir né?!” (P3).

Em suas falas, podemos perceber a íntima relação da religião com a maneira como estas mulheres leem a realidade, que muitas vezes suscita *performances* ao contarem um pouco de sua espiritualidade, das atividades em que são utilizadas as rezas e outros afazeres. Evidenciamos de forma mais intensa esta inferência na fala de P6 que traz: “A reza existe porque deus quando andou no mundo andou rezando. Deus andou curando com folha do mato e com reza, hoje é tudo com médico mas eu só procuro o médico quando o remédio do mato não me vale. Mas eu confio tanto em deus e agradeço todos os dias por ele me dar a saúde que eu tenho.”

Nas rezas, há o apelo para os santos católicos que curam pela intercessão divina. São Sebastião, Santa Luzia, São José, São Lázaro, Espírito Santo e a Virgem Maria são invocados em meio a súplicas e pedidos de proteção e cura. Historicamente, admite-se que quase a totalidade das rezas veio de Portugal, sendo aqui adotada e recriada e influenciada pelo conhecimento indígena e mais tarde pelo povo afrodescendente¹⁸.

Observamos grandes semelhanças entre os gestos praticados pelas rezadeiras e os praticados na religião católica, como o sinal da cruz, por exemplo. Suas rezas, em sua maioria, são adaptações das orações oficializadas pela igreja como o “Pai Nosso” e a “Salve Rainha”, entremeadas de palavras incompreensíveis, deste modo P4 nos traz que “as rezas mais fortes que tem é o sonho de nossa senhora e o santo ofício, essas não deixa nada de meu chegar perto mas o ofício eu não aprendi”. Enquanto estiver sendo benzido, o doente não deve cruzar os pés ou as mãos, pois não pode haver o bloqueio da fluidez das energias.

As relações estabelecidas por estas mulheres com a terra e o meio rural, tornam-se importantes e reafirmam achados em que a prática da reza é pronunciada com maior intensidade nos meios rurais, onde há maior negligência e menor capilaridade dos saberes cientificamente constituídos, tornando-se, o principal remédio para os males do corpo e da alma¹⁹.

Em suas narrativas de história de vida, se traduzem as dificuldades extremas como o trabalho árduo na roça, impossibilidade de estudo regular e o resgate da infância, na figura de suas mães como rezadeiras. Ao contarem sobre estes fatos percebemos grande emoção e satisfação, remetendo grande importância revelado

na fala acompanhada por grande emoção da participante que traz “minha mãe falou vem minha filha eu te ensino a rezar, não nega as palavras não porque negar as palavras é negar a Deus. Ai eu rezei e ele foi melhorando” (P4).

A respeito do processo de iniciação das rezadeiras, podem existir dois tipos: o imitativo e o de experiência mística. O primeiro e aqui explorado se caracteriza pela aprendizagem baseada no intermédio da imitação de um outro benzedor, isso pode ocorrer, por exemplo, no ambiente familiar, quando ainda se é criança ou muito jovem. Já no segundo tipo, o de expressão mística, a aprendizagem ocorre pela transmissão de uma entidade espiritual, que pode ser entendida como um anjo ou um guia²⁰.

Quando provocadas sobre como aprenderam a “ser rezadeiras”, ambas remetem terem começado ainda durante a infância, sendo a reza um dom natural e seu ofício transmitido oralmente pela mãe. Estes aspectos se fazem evidentes em falas como:

“Tem muitos tempos, desde quando era menininha, minha mãe era rezadeira. (...) Ai fui crescendo, fui aprendendo, ela foi me ensinando e assim vai.” (P2).

“A reza, essas palavras é uma coisa inexplicável, a gente não tem como dizer é assim! Não foi ensinado, não aprendi em livro, já veio o dom de quando eu nasci” (P5).

Estudos corroboram com as experiências aqui vivenciadas, em que a reza é desenvolvida, sobretudo pelas mulheres, sua presença é marcante no mundo da credence e é ela, muitas vezes, a conhecedora das palavras e gestos capazes de exorcizar o mal. Geralmente, a benção da reza é acompanhada por palavras sussurradas e propositalmente incompreensíveis, gestos e uso de plantas que purificam o corpo e derrotam o mal. Parte das palavras e determinadas rezas não podem ser ensinadas, pois deste modo, acredita-se que as orações não perdem seu efeito²¹.

As relações de ancestralidade no contexto da reza também são explicitadas, sendo a reza um dom herdado entre gerações. Esta afirmação concorda com os achados de outros autores quando destacamos a reza como fenômeno tradicional, ritualístico que mistura o sagrado e o profano²¹.

“Minha mãe era rezadeira, ela rezava o ventre, mas tinha umas reza que ela não ensinava. E minha avó também rezava, ela era parteira e aí eu fui me entendendo por mim mesmo, aprendi vendo ela fazer.” (P1).

Ainda sobre a ritualística envolvida no processo de reza, é importante perceber-la como uma manifestação reveladora do sagrado, hierofânico. No que se refere às hierofanias, a construção do sagrado é justamente como se vê um fenômeno natural. Ou seja, o sagrado consiste em um objeto/acontecimento que se encontra no mundo natural, e não no sobrenatural. Todavia este algo do mundo natural, do mundo biológico e físico, é percebido de maneira diferente²².

Desta forma, “Não é qualquer folha, mas dá pra rezar com qualquer ramo verde. Cada reza é uma quantidade de ramos, tanto faz os ramos desde que antes a gente peça a permissão.” (P7)

Como parte do ritual, existe a entrega a “Nosso Senhor Jesus Cristo” (P1) suas mãos e os ramos que usa para rezar os que buscam ajuda. Por meio deste processo acontece a sacralização do peão roxo, capim guiné e outros elementos sincréticos que passam a ter nova simbologia de cura e salvação. Essa perspectiva reafirma o processo de reza como um ato de resistência, quando consideramos que desde o século XIX deu-se o monopólio do saber médico por meio da condenação de práticas curativas consideradas leigas, desvalorizando especialmente, as práticas e saberes associados às tradições africanas e indígenas, já compostas na cultura popular, com mais amplitude no meio rural, e cuja atividade curativa estava relacionada a aspectos de culto e crença religiosa²³.

Quando questionadas em relação a quem são as pessoas que buscam ajuda, ainda que predominantemente sejam representados pela população local há o reconhecimento e protagonismo destas mulheres para além da zona rural.

“Vem um bocado [pessoas], de prefeito a vereador (...). Até o prefeito mandou me buscar três vezes, mas não teve jeito!” (P1).

“Tem gente que traz o retrato dos netos pra eu rezar. Teve um caso de um homem que teve um derrame em São Paulo e os netos trouxeram a foto e a camisa pra eu rezar, eu rezei e com três dias deram alta a ele.” (P7).

“Aqui todo mundo respeita o meu trabalho, tem gente que não gosta de reza porque acha que é feitiço, mas a mim mesmo, ninguém nunca disse nada. Aqui, só pra você ter noção, eu peguei a rua toda, todos esses menino aqui nasceram, com a designio de deus, nas minhas mãos. Teve mulher que pariu, peguei a menina, ela casou e pariu, peguei o filho dela, o filho embuchou um rabo de saia e eu peguei o filho dele. Nesse Itaibó, muita gente nasceu nas minhas mãos.” (P6).

“Eu não sei nem te dar conta! Tem tanta gente que vem aqui, as vezes até gente fora. Tem criança, mulher e tudo mais” (P6).

Nery nos traz que quem quer que percorra os povoados da zona rural, as pequenas cidades do interior ou mesmo as periferias das grandes cidades vai se deparar, num momento ou outro, com alguns desses nomes que fazem parte de um mundo mágico-religioso, povoado de rezas, crenças, simpatias e benzeções²¹.

Reza, fé e cura

O termo rezadeiras e benzedadeiras são utilizados como sinônimos socialmente aceitos e nesse contexto, tratam-se de mulheres que se utilizam do sobrenatural e do ritual para a realização de sua contínua reafirmação. Os mesmos elementos que a caracterizam são os mesmos que a determinam. A eficácia da cura se baseia na crença da tríade "curador-doente-coletivo social" no poder místico do processo de cura, produzindo a "eficácia simbólica" na qual curandeiro é visto como elemento condutor ou intermediário para a realização da cura no doente²⁴.

A autopercepção da rezadeira, como ponte entre o sagrado e o chagástico, cura e doença, dor e alívio é evidenciada em falas como:

“É a gente pedir a Deus, pra rezar aquela pessoa, pra Deus primeiramente dar ordem de rezar àquela pessoa e àquela pessoa sarar. Primeiramente Deus, porque a gente aqui é igualmente nada. Eu quando ia fazer um parto, falava, Oh meu Deus, tende misericórdia!” (P1).

“A reza é boa porque a reza alivia as pessoas, pelo poder da oração e da intercessão deus vai agindo na moléstia das pessoas. A fé é quem cura, eu mesma não faço nada, quem faz é deus pela fé que as pessoas tem. Pra quem tem fé até um copo de água benzido é remédio né? Por que ali deus está agindo” (P6).

O entendimento dos diversos contextos em que se produz a relação entre a reza e cura, sobretudo sua perspectiva socioantropológica, permite o entendimento de como o fenômeno penetra e modifica a realidade, possibilitando uma nova interpretação de vida nas pessoas. O movimento estabelecido por essas mulheres, modifica o dia a dia de seus consulentes por meio do estabelecimento de uma atmosfera terapêutica²⁵.

Comparativamente, podemos traçar paralelos e equipará-los ao trabalho desenvolvido pelas rezadeiras ao dos xamãs, que sob o prisma de Lévi-Strauss são catalizadores da cura em diferentes contextos culturais uma vez que são capazes de evocar indução psicoafetiva. A consciência do enfermo é sensibilizada e a estrutura simbólica de seu intelecto, seus afetos e memórias, estimulam uma reestruturação ou reconfiguração do psiquismo, análoga àquela que se expressa fisiologicamente

no corpo por efeito de agentes externos em práticas de culto religioso ou espetáculos estéticos que levam o público à *catarsis*²⁶.

Chauí nos apresenta a partir da abordagem da cultura popular, a perspectiva do rezador no cenário sertanejo como um cientista ou médico popular, pessoa que combina a prática religiosa, magia e os conhecimentos da medicina popular, sobretudo das plantas medicinais e unguentos com finalidade de proteção do indivíduo ou cura dos males físicos ou emocionais²⁷.

Deste modo, na prática das rezadeiras emergem outros artifícios para além do simbólico das palavras como a utilização de chás:

“A gente usa muito chá, existem muitas plantas que podem ajudar as pessoas sem precisar desses remédios de médico sabe? Chá de erva doce pra criança que tá com dor de barriga, chá de goiaba pra diarreia, chá de capim santo, erva cidreira, maracujá, marcela e mulungu pra dormir e pra quem tem problema de muito nervoso, chá de bezetacil pra esipela e assim vai... pra quase tudo tem uma folha que ajuda.” (P4).

“Primeiramente se a pessoa está doente a gente pede pra procurar um médico e também passa um chá, a depender da doença um capim santo por exemplo ou uma cidreira pra poder ajudar” (P6)

Assim, a forma como estas mulheres e sua comunidade percebem o viver, determina como elas produzem o cuidado em saúde uma vez que os estados de saúde e doença, estão intimamente ligados a esta percepção de realidade. Os estados de saúde são percebidos como situações que trazem bem-estar e autonomia. Em contrapartida, a percepção de doença está ligada a um declínio na autonomia para as atividades da vida diária ou presença de sofrimento, seja ele físico ou espiritual, nesta categoria não há limite preciso entre as dores da alma, corpo e da psique.

Corroborando com os achados, na cultura popular, corpo e espírito não se separam, tampouco desliga-se o homem do cosmos, ou a vida da religião. Para todos os males que atingem o corpo e a alma do homem sempre há uma reza para curar²¹. Neste sentido, não há remédio que cure a doença, a indivisibilidade do indivíduo enfermo nos conduz a uma visão integral daquele que deixa de ser um corpo e passa a ser uma pessoa doente à nossa frente. A reza põe-se assim como potência de transformação de vida e saúde, não só para aqueles que estão negligenciados, mas para todos que nela acreditam.

Estudos acerca das rezadeiras adquirem sentido especialmente importante, à medida que possibilita a interlocução e voz de um cenário, que, apesar da exclusão

e preconceito, podemos vislumbrar por meio do ofício das rezadeiras, figuras e sinais inequívocos de um fenômeno religioso que favorece, possibilita vida e a saúde de comunidades desprovidas de assistência institucionalizada²⁵.

Frente ao cenário apresentado, é preciso pensar princípios como integralidade e equidade, sobretudo quando considerada a formação tecnicista e fragmentada dos profissionais e uma lógica assistencial que compreende tão somente o paradigma cartesiano biomédico, permanecendo como um desafio o rompimento da visão mercantil da saúde que conduz a estratégias de atenção pouco eficientes e com baixa resolutividade.

Assim, reforçamos a necessidade de discussões de modelos de atenção à saúde centrados na integralidade e na necessidade dos indivíduos considerando os indivíduos em sua dimensão global sem perder a singularidade dos seus processos de produzir saúde e as particulares dos seus adoecimentos⁶. Frente a esse fato, a Portaria MS nº 971 de 2006, traz a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, revisada em 2015 e atualmente propõe a intersectorialidade e a integralidade da atenção à saúde, bem como o incremento de diferentes abordagens, tornando disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS, além de orientar que estas sejam integradas às outras políticas de saúde como a PNAIPCF^{2,6}.

Adotamos neste estudo, a perspectiva em que as PIC, em que são compreendidas como métodos diagnósticos-terapêuticos, tecnologias leves, filosofias orientais, práticas religiosas, em estratégias sensíveis de vivência corporal e de autoconhecimento. Esse amplo acervo de cuidados terapêuticos abriga outros recursos como: terapias nutricionais, disciplinas corporais, diversas modalidades de massoterapia, práticas xamânicas e estilos de vida associados ao naturalismo e à ecologia²⁹.

Este conjunto de práticas sinalizam uma visão da saúde entendida como bem-estar amplo, que envolve interação complexa de fatores físicos, sociais, mentais, emocionais e espirituais. Assim, o organismo humano é compreendido como um campo de energia a partir do qual distintos métodos podem atuar. Trata-se de uma visão integrativa e sistêmica que exige multidimensionalidade e esforço multidisciplinar no processo saúde/doença/cura. Esse paradigma é denominado bioenergético, privilegiando a visão do todo, para a qual se enfatiza a integração dos cuidados³⁰.

Conforme classificação da Organização Mundial de Saúde, as medicinas tradicionais, complementares e integrativas se referem a um amplo conjunto de práticas de atenção à saúde baseado em teorias e experiências de diferentes culturas utilizadas para promoção da saúde, prevenção e recuperação, levando em consideração o ser integral em todas as suas dimensões^{29,31}.

A confiança na prática da reza e a legitimação das rezadeiras pela comunidade fica evidente quando ao contar sobre sua trajetória de vida onde Margarida nos mostra a certidão de nascimento de mais de 80 crianças que nasceram por suas mãos, não por ser o único recurso terapêutico, mas por ser a pessoa em que a comunidade confia para entregar sua dor na esperança de ajuda. Esse aspecto é desvelado com maior intensidade na fala de Margarida como “de prefeito a vereador (...)”, todos batem à sua porta na busca de ajuda.

Outro aspecto importante é que a reza não se desvincula de PICs já institucionalizadas pelo SUS. O uso de plantas medicinais e recomendação de chás são parte dos regimes terapêuticos instituídos por estas mulheres. Suas falas evidenciam o entendimento do homem como ser sistêmico e integrado além de enfatizar a integração dos cuidados, como quando P1 nos conta que ensina as pessoas a se “banhar com erva milagrosa, ensina uns banhos pra descarregar o corpo, (...) chazinho”.

É importante citarmos que o cuidado prestado pelas rezadeiras apresentam caráter complementar ao instituído pelos profissionais de saúde, sendo o trabalho delas, por vezes integrados ao da equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Margarida nos relata que em um dos casos em que a pessoa buscou ajuda, ela encaminhou o paciente para o serviço de saúde, como nos conta em “leve pra Jequié e entreguei ao médico, não era pra mim”. Fala que adquire potência pela característica harmônica do trabalho desenvolvido por estas mulheres.

Outro dado importante, é que em ambos os casos, as rezadeiras participantes são usuárias assíduas dos serviços do PACS e o vínculo existente entre estas mulheres e o serviço permite que elas atuem como mediadoras entre os vários problemas de saúde trazidos pela comunidade e as possibilidades terapêuticas disponíveis no PACS.

Assim, ao afirmar a reza como PIC, nos apropriamos do defendido por Telesi onde as PICs com seu vasto arsenal de recursos podem contribuir para a integração disciplinar, pois descende de uma tradição milenar de uso continuado e

praticamente inalterado dos mesmos recursos tecnológicos, pautados por natureza interdisciplinar. Essa característica garante às PICs sustentabilidade, atributo indissociável da produção do trabalho e cuidado em saúde coletiva³².

Considerações finais

Apesar dos inquestionáveis avanços do SUS, sobre tudo na redução das distâncias e iniquidades entre pessoa, ainda temos o cuidado primário em saúde estruturado na lógica tecno-assistencial do paradigma biomédico, incapaz de tornar-se resolutivo e integral na forma como os sujeitos são vistos e cuidados pelo Sistema. Assim, reafirmamos a necessidade de discussão de modelos de atenção à saúde que humanizem, centrados na integralidade dos indivíduos e que considerem os indivíduos em sua dimensão global.

As PICs inserem-se nesse cenário como uma alternativa complementar e integrativa que reconhecidas e estimuladas, podem conduzir os indivíduos a estados de saúde, baseada sobre tudo, no uso de tecnologias leves, filosofias orientais, práticas religiosas entre outras estratégias terapêuticas sensíveis ao autocuidado.

Sustentados nos achados e em pesquisas anteriores, têm-se nas pessoas das rezadeiras, protagonistas da produção do cuidado na Atenção Básica à saúde, uma vez que por diversos mecanismos diferentes estas mulheres influenciam e direcionam suas comunidades à produção de saúde numa visão integradora de homem e natureza, macro e microuniversos, que postula a integralidade do sujeito humano, constituída de aspectos psicobiológicos, sociais e espirituais.

Colaborações

Anjos JM, Martins Filho IE e Vilela ABA declaram que contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Ischkanian PC, Pelicioni MCF. [Challenges of complementary and alternative medicine in the SUS aiming to health promotion]. *Journal of Human Growth and Development* [Internet]. 2012 Aug 1 [cited 2021 Nov 26];22(2):233.
2. Brasil. [National Policy for Comprehensive Health of Rural and Forest Populations]. [Internet] Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2021 nov. 20]. Available from:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf. Portuguese.
3. Ischkanian PC, Pelicioni MCF. [Challenges of complementary and medicine in the SUS aiming to health promotion]. *Journal of Human Growth and Development* [Internet]. 2012 [cited 2021 Dec 5];22(2):233–8. Available from:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822012000200016&script=sci_arttext&tIng=pt. Portuguese.
4. Ribeiro D. *O Povo Brasileiro: A Formação e o Sentido do Brasil*. São Paulo. Editora Global; 2014.
5. Martins APV. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2004.
6. Brasil. [National policy on integrative and complementary practices in the SUS: attitude towards expanding access / Ministry of Health]. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.; 2015 [cited 2021 nov 20]. Available from:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Portuguese.
7. Andrade JT de, Costa LFA da. *Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica*. *Saúde e Sociedade*. 2010 Sep;19(3):497–508.
8. MINAYO MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10ª. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2007.
9. MINAYO MCS., et al. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 27ª ed. Petrópolis: Vozes. 2002.
10. Almeida JR de, Fonseca VL. *HISTÓRIA ORAL: DIMENSÕES PÚBLICAS NO TEMPO PRESENTE*. *Estudos Históricos* (Rio de Janeiro). 2021 Dec;34(74):445–9.
11. Thompson PA. *A voz do Passado: História Oral*. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra:2002.

12. Llewellyn NR. De volta ao futuro: o poder político da História Oral na educação. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2016.
13. IBGE. Censo Demográfico 2010. [Internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010.
14. e-Gestor AB [Internet]. egestorab.saude.gov.br. [cited 2021 nov 20. Available from: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>].
15. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. 2011.
16. Nascimento DG do, Ayala MIN, Literária CEN. AS PRÁTICAS ORAIS DAS REZADEIRAS: UM PATRIMÔNIO IMATERIAL PRESENTE NA VIDA DOS ITABAIANENSES. Nau Literária [Internet]. 2013 Dec 1 [cited 2021 Dec 5];9(2). Available from: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/NauLiteraria/article/view/43698/27901>.
17. Bosi E. Memória e sociedade: lembranças dos velhos. 3. Ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.
18. Hoffmann-Horochovski MT. Benzeduras, garrafadas e costuras: considerações sobre a prática da benzeção. Guaju [Internet]. 2015 [cited 2021 Dec 5];1(2):110–26. Available from: <https://revistas.ufpr.br/guaju/article/view/45038>.
19. Cunha V, Nery A. Rezas, Crenças, Simpatias e Benzeções: costumes e tradições do ritual de cura pela fé 1 [Internet]. Available from: <http://www.portcom.intercom.org.br/pdfs/120415399193864084132347838529996558992.pdf>.
20. Quintana AM. *A ciência da benzedura: mau olhado, simpatias e uma pitada de psicanálise*. Bauru, SP: EDUSC, 1999.
21. Sousa MC de, Queiroz G da S, Morais MGG de, Albuquerque LTC de, Malheiro DR, Oliveira CDM de. Cura pela Fé: As Benzedeadas do Cariri Cearense / Healing by Faith: The Benzedeadas of Cariri Cearense. ID on line Revista de psicologia [Internet]. 2021 Feb 28 [cited 2021 Dec 5];15(54):323–32. Available from: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2971>.
22. Azevedo GX de, Azevedo JAF. Benzedeadas em Mircea Eliade, uma aproximação possível. Protestantismo em Revista [Internet]. 2014 Nov 29 [cited 2021 Dec 5];35(0):54–64. Available from: <http://periodicos.est.edu.br/index.php/nepp/article/view/1919/2276>.
23. Cascudo LC. Meleagro. 2. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1978.

24. Gurgel De Medeiros R, Gurgel Cosme Do Nascimento E, Dantas Diniz G, Alchieri J. Na simplicidade a complexidade de [Internet]. [cited 2021 Dec 5]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n4/16.pdf>.
25. Gomes SR de S. Saúde e salvação: o sagrado das rezadeiras em Paulista. [master's thesis]. Recife: Universidade Católica de Pernambuco, 2007. 131 p.
26. Lévi-strauss CO. Feiticeiro e sua Magia. In: Antropologia Estrutural. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.
27. Chauí M. Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1986.
28. Biscarde DG dos S, Pereira-Santos M, Silva LB. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [Internet]. 2014 [cited 2021 Dec 5];18:177–86. Available from: <https://www.scielo.br/j/icse/a/4KKBh3jXwd5dLSS4NYwFk3z/abstract/?lang=pt>.
29. Andrade JT de, Costa LFA da. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. Saúde e Sociedade. 2010 Sep;19(3):497–508.
30. Sousa IMC de, Tesser CD. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2017 Jan 23 [cited 2021 Dec 5];33. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DkyXcQybgkSLYVCzMNpf9wS/abstract/?lang=pt>.
31. World health organization. Traditional Medicine Strategy 2002 - 2005. Geneva, 2002. [cited 2021 nov. 20]; Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1.pdf. Acesso em: 13 agos. 2017.
32. Telesi Júnior E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. Estudos Avançados [Internet]. 2016 Apr [cited 2020 Nov 8];30(86):99–112. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/ea/v30n86/0103-4014-ea-30-86-00099.pdf>.

5.2 Manuscrito 02: Etnoconhecimento e uso de plantas medicinais por rezadeiras de Jequié-BA.

Este manuscrito será submetido ao periódico Acta Paulista de Enfermagem, as instruções para autores estão disponíveis em:

<https://www.scielo.br/journal/ape/about/#instructions>

Etnoconhecimento e uso de plantas medicinais por rezadeiras de Jequié-BA

Ethnoknowledge and use of medicinal plants by healers from Jequié-BA

Etnoconocimiento y uso de plantas medicinales por mujeres de oración de Jequié-BA

Jelber Manzoli dos Anjos
 Ismar Eduardo Martins Filho
 Alba Benemérita Alves Vilela

Resumo

Objetivo: investigar o uso de plantas medicinais entre mulheres rezadeiras em comunidades da zona rural no Sudoeste da Bahia, Brasil e compreender os significados atribuídos ao uso das plantas medicinais. **Métodos:** trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado por meio de entrevistas individuais, semiestruturadas. A amostra foi composta por sete rezadeiras. **Resultados:** os resultados revelam um vasto campo de conhecimento sobre a etnobotânica das plantas presentes no bioma da caatinga e da mata atlântica, além de espécies exóticas que efetivamente contribuem para a produção do cuidado e resolução de uma vasta quantidade de problemas e situações de saúde comuns aos serviços. Para além do efeito produzido pela composição fitoquímica das plantas medicinais a legitimação desta prática está relacionada às identidades destas mulheres e seu protagonismo nos meios em que estão inseridas, sendo muitas vezes única forma de atenção disponíveis nas comunidades distantes do centro urbano. **Conclusão:** o trabalho das rezadeiras ressignifica o sentido atribuído ao uso das plantas medicinais, oportuniza espaços de diálogo para cuidado em saúde que seja pautado no respeito sociocultural e possibilita a inclusão de práticas baseadas em tecnologias leves, seguras, sustentáveis e equitativas em saúde.

Palavras-chave: Terapias complementares, Terapias espirituais, Cura pela fé, Plantas medicinais, Fitoterapia.

Abstract

Objective: to investigate the use of medicinal plants among women prayers in rural communities in the Southwest of Bahia, Brazil and understand the meanings attributed to the use of medicinal plants. **Methods:** this is a descriptive study, with a qualitative approach, carried out through individual, semi-structured interviews. The sample consisted of seven woman prayers. **Results:** the results reveal a vast field of knowledge about the ethnobotany of plants present in the caatinga and Atlantic forest biome, in addition to exotic species that effectively contribute to the production of care and resolution of a vast number of common health problems and situations to services. In addition to the effect produced by the phytochemical composition of medicinal plants, the legitimacy of this practice is related to the identities of these women and their protagonism in the environments in which they are inserted, being often the only form of care available in communities far from the urban center. **Conclusion:** the work of the women prayers reframes the meaning attributed to the use of medicinal plants, provides opportunities for dialogue for health care that is based on sociocultural respect and enables the inclusion of practices based on light, safe, sustainable and equitable health technologies.

Keywords: Complementary therapies; Spiritual therapies; Faith healing; Plants, Medicinal; Phytotherapy

Resumen

Objetivo: investigar el uso de plantas medicinales entre mujeres en oración en comunidades rurales del suroeste de Bahía, Brasil y comprender los significados atribuidos al uso de plantas medicinales. **Métodos:** se trata de un estudio descriptivo, con enfoque cualitativo, realizado a través de entrevistas individuales semiestructuradas. La muestra estuvo formada por siete mujeres de oración. **Resultados:** los resultados revelan un vasto campo de conocimiento sobre la etnobotánica de las plantas presentes en la caatinga y el bioma de la selva atlántica, además de especies exóticas que contribuyen eficazmente a la producción de cuidados y resolución de un gran número de problemas y situaciones de salud comunes a servicios. Además del efecto que produce la composición fitoquímica de las plantas medicinales, la legitimidad de esta práctica está relacionada con las identidades de estas mujeres y su protagonismo en los entornos en los que se insertan, siendo muchas veces la única forma de atención disponible en comunidades lejanas del centro urbano. **Conclusión:** el trabajo de las mujeres de oración replantea el significado atribuido al uso de plantas medicinales, brinda espacios de diálogo para la atención de la salud que se basa en el respeto sociocultural y posibilita la inclusión de prácticas basadas en tecnologías de salud ligeras, seguras, sostenibles y equitativas.

Descriptor: Terapias Complementarias; Terapias Espirituales; Curación por la fe; Plantas Medicinales; Fitoterapia.

Introdução

As rezadeiras ou benzedadeiras como são conhecidas popularmente em todo território nacional, são mulheres cuja prática advém de uma miscigenação de práticas e saberes plurais, mas que comumente se autodenominam praticantes do catolicismo. Essas mulheres praticam a reza para trazer a cura ou alívio para os problemas que acometem um indivíduo. Em geral são mulheres que utilizam o seu ofício do fazer cuidar em saúde na comunidade em que está inserida¹.

Enigmas que cingem a espiritualidade trazem sustentação as práticas alternativas que envolvem a fé, como a reza. É considerável que profissionais em saúde reconheçam essa casuística como importante determinante no modo de consumo em saúde, pois a aplicabilidade representativa por trás das diferentes formas de crença está intimamente ligada a compreensão dos eventos que acometem o sujeito, e essa compreensão permite a transfiguração da reza para além das palavras ditas e hierofanização dos significados atribuídos aos elementos por ela permeado².

Por outro lado, o paradigma positivista frente à equalização e visão hospitalocêntrica, envia o olhar do profissional de saúde a preterir a complexidade das problemáticas contemporâneas, o que leva ao enfraquecimento da capacidade cultural e simbólica dos sujeitos e afastando-os da liberdade individual e coletiva no enfrentamento de situações que via de regra, envolvem sofrimento, doenças e morte³.

Tendo a reza como uma representação do aprendizado popular frequentemente ignorada pelo saber médico, que julga a prática da reza como um meio que afasta a população da procura pelo tratamento médico hospitalar, fato justificado pelo fato de que as rezadeiras em sua prática, utilizam da prescrição de ervas e chás medicinais em seus tratamentos leva a desmedicalização e muitas vezes à não adesão aos tratamentos medicamentosos propostos por profissionais de saúde. Pode-se destacar que a utilização de plantas medicinais possui um significado antropológico, pois oportuniza e valida os saberes populares⁴.

No âmbito das políticas públicas, o Brasil reconhece a importância das plantas medicinais, sendo publicada por meio do Decreto da Presidência da República nº. 5.813, de 22 de junho de 2006, a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos⁵, cuja prática passa a integrar no mesmo ano o escopo de práticas da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), reconhecidas pela portaria do Ministério da Saúde GM/MS nº 971⁶.

A implementação da Fitoterapia no SUS representa, além da incorporação de mais uma terapêutica ao arsenal de possibilidades de tratamento à disposição dos profissionais de saúde, o resgate de uma área de saber onde se imbricam o conhecimento científico, o conhecimento popular e seus diferentes entendimentos sobre o adoecimento e as formas de tratá-lo. Pelo fato de o uso da Fitoterapia se embasar nesses dois tipos de conhecimento, aparentemente divergentes, resultam entendimentos diferentes sobre seu uso⁷.

Assumindo esta realidade política e social, o Brasil apresenta um elevado potencial etnobotânico uma vez que é detentor de uma ampla variedade de biodiversidade distribuída por diferentes biomas e ecossistemas utilizada secularmente pelas populações ruralizadas, cujo conhecimento é repassado de geração a geração nas comunidades tradicionais, sobre os recursos terapêuticos das plantas encontradas em seu ambiente natural⁸.

Este trabalho tem como objetivo descrever as plantas medicinais utilizadas pelas rezadeiras em suas práticas, identificar os grupos etnobotânicos mais utilizados e suas indicações clínicas conferidas por estes agentes sociais bem como descritos na literatura.

Justifica-se a importância deste trabalho pelo protagonismo exercido por estas mulheres em suas comunidades, bem como a preferência por produtos naturais característico das comunidades rurais no âmbito estudado e a influência destes aspectos na construção do cuidado em saúde dos indivíduos.

Metodologia

O estudo foi realizado nas comunidades de Itaibó, Barra Avenida e Fazenda Velha, povoados circunscritos à zona rural do município de Jequié, situada no Sudoeste do Estado da Bahia. O clima Possui clima tropical, apresentando duas estações bem definidas: uma seca (outono-inverno) e outra chuvosa (primavera-verão), predominando altas temperaturas, com médias de 24 a 34°C e de acordo com a classificação Aw Köppen. Com uma média de 889mm de pluviosidade anual, o município é cercado pelos biomas da mata atlântica e caatinga⁹.

A pesquisa foi de natureza exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa de corte transversal, uma vez que a etnobotânica não só abrange o registro do uso dos recursos vegetais presentes em determinada área, mas as formas de manejo como são empregadas por comunidades tradicionais¹⁰. Deste modo é imperativo levar em consideração os níveis mais profundos das relações sociais, operacionalizando-os através dos aspectos subjetivos, visando compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto aos valores culturais e representações sobre sua história¹¹.

Participaram da pesquisa sete mulheres. Como critérios de inclusão foram elencados: mulheres, que se autodeclarem rezadeiras/benedeiras ou termo regional que possua mesmo valor semântico para a identidade estudada, indicação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou de pessoas da comunidade, maior tempo de residência na zona rural, idade maior ou igual a 18 anos. Os critérios de exclusão foram: déficit cognitivo ou qualquer outra situação que leve a incapacidade de comunicação.

Para a produção dos dados foi utilizada entrevista semiestruturada, a partir de um roteiro-guia. As entrevistas foram gravadas com gravador digital e seu conteúdo integralmente transcrito, sendo os dados arquivados pelos autores. A análise dos dados obedeceu à Análise Temática de Conteúdo, proposta por Bardin¹².

Foram assegurados o sigilo e o anonimato dos participantes, respeitando os princípios da ética, estabelecidos pela Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012), sendo a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia segundo parecer consubstanciado número 2.489.614.

Resultados e discussão

Foram entrevistadas duas rezadeiras na comunidade de Barra Avenida, Duas na comunidade da Fazenda Velha e três na comunidade de Itaibó. As idades variaram de 67 a 92 anos, e o tempo de prática como rezadeira de 20 a 70 anos.

Quando questionadas sobre como aprenderam a rezar, é resgatado dois tipos de processos distintos, o intuitivo pelo qual o indivíduo recebe um dom divino e o conhecimento vem de Deus¹³ e o imitativo que se baseia na transferência de conhecimento, sobretudo pela oralidade, em que os mais velhos transmitem seus conhecimentos, experiências e valores aos mais jovens¹⁴ que assume destaque uma vez que esses relacionamentos sociais permitem o instrumentalização a respeito dos usos e aplicações dos recursos naturais, tendo grande impacto na utilização e manuseio das plantas medicinais utilizadas¹⁵.

O material para o ritual dos benzimentos advém sobretudo das plantas, que pode ser qualquer ramo verde, presentes nos terreiros e quintais por exceção de uma participante que utiliza em sua prática unguentos e emplastros para a reza. Tais elementos, combinados com orações e falas rimadas e muitas vezes inaudíveis transfiguram o significado físico de um simples ramo de folha que passa a pertencer a uma realidade subjetiva de cura para os usuários e praticantes da reza¹⁶.

As palavras ditas, remetem às orações da religião católicas como o credo e o pai nosso, entremeadas por comandos pelos quais a rezadeira adquire poder sobre a situação de seu consulente, alia-se portanto o poder de cura da planta e da fé¹⁷.

Os achados deste estudo corroboram com a literatura ao apontar que os usuários dos serviços prestados pelas rezadeiras, pessoas situadas à margem da sociedade, de classe econômica mais baixa, menor grau de instrução e residentes

de regiões periféricas e que apresentam quadros não reconhecidos pelo sistema biomédico convencional como espinhela caída e mau-olhado¹⁶.

Foram identificadas um total de 35 espécies de plantas medicinais, algumas das quais não pertencem ao bioma nativo, fato que pode ser justificado por historicamente o município de Jequié ter se desenvolvido a partir de um entreposto comercial o que favoreceu a troca de informações sobre o cultivo de uso de espécies não nativas. Não foram identificados dentro da comunidade locais de cultivo comercial de plantas medicinais, sendo seu uso restrito ao cultivo doméstico e extrativismo. Os resultados referentes às espécies utilizadas pelas comunidades citadas, indicações clínicas, bem como as partes utilizadas e o modo de preparo estão sintetizadas no quadro 01.

Quadro 01 - Plantas medicinais utilizadas por rezadeiras de Jequié-BA, segundo sua espécie, indicação e preparo.

Família / Nome Científico / Nome Popular	Indicação	Parte Utilizada	Preparo
<i>Asteraceae</i> / <i>Baccharis trimera</i> / Carqueija	Gastrite, úlcera péptica, antiácida e analgésica.	Folhas	Infusão
<i>Monimiaceae</i> / <i>Peumus boldus</i> / Boldo	Gastroenterites, cólicas, distúrbios do trato gastrointestinal.	Folhas	Infusão
<i>Lamiaceae</i> / <i>Mentha pulegium</i> / Poejo	Dispepsia flatulenta, cólica menstrual, resfriado, dismenorreia.	Folhas	Infusão
<i>Lamiaceae</i> / <i>Melissa officinalis</i> / Erva-cidreira	Calmante, indutor do sono, cefaleia, ansiedade.	Folhas	Infusão
<i>Poaceae</i> / <i>Cymbopogon citratus</i> / Capim santo	Ansiedade, calmante, tosse com presença de catarro, cefaléia, cólicas menstruais e intestinais, conjuntivite, contusões, diarreia, diminuir atividade motora, distúrbio renal, dor de cabeça, dor estomacal, dor muscular, eczemas, entorse, espasmo, espasmo	Folhas	Infusão

	intestinal, estômago, febre, feridas, flatulência, gastralgia.		
<i>Anacardiaceae/ Myracrodruon urundeuva</i> a./ Aroeira	Inflamação na garganta e no fígado, dor no estômago, gastrite, irritação na pele, tosse, bronquite e cicatrizante.	Casca do caule ou raspa do caule	Infusão
<i>Anacardiaceae/ Schinopsis brasiliensis</i> Engl. / Quebracho	Lombalgias, nevralgia, gripe.	Brotação, flor	Decocção
<i>Myrtaceae / Eucalyptus</i> sp. / Eucalipto	Febre, dor de barriga, problemas no fígado, problemas respiratórios.	Casca do caule, folhas	Decocção
<i>Bignoniaceae/ Tabebuia</i> sp. / Ipê	Eczemas, psoríase, câncer, alergias, gastroenterites.	Casca do caule	Decocção
<i>Solanaceae / Solanum</i> sp. / Jurubeba	Apendicite, prostatites, diurético, doença renal.	Casca, Raiz	Infusão
<i>Anacardiaceae /Anacardium occidentale /</i> /Cajueiro.	Diabetes Mellitus	Casca do caule	Decocção
<i>Fabaceae / Bowdichia</i> sp. / Sucupira preto	Lombalgia	Sementes	Extrato hidroalcoólico
<i>Fabaceae / Senna</i> sp. / Cassia	Inflamações na garganta e infecções do trato respiratório superior.	Casca do caule	Infusão
<i>Fabaceae / Amburana</i> cearensis / Amburana	Tosse, gastrite, gripe, dor no estômago, pressão alta, cicatrizante e expectorante.	Casca do caule e sementes	Infusão e xarope
<i>Fabaceae/ Anadenanthera</i> colubrina / Angico	Inflamação na garganta, gripe, bronquite, inflamação, tosse, dor no estômago e inchaço.	Casca do caule	Infusão e xarope
<i>Amaranthaceae/ Hebanthe eriantha</i> (poir.)	Tosse, coqueluche, bronquite.	Semente	Decocção

<i>Pedersen / Suma</i>			
<i>Lamiaceae/ Mentha Crispata / Hortelã</i>	Gripe, gases, má digestão, desintoxicante, expectorante, resfriado, calmante, tônico em geral, vermífugo (giárdia, ameba, lombrigas).	Folhas	Infusão
<i>Asteraceae/ Vernonia sp. / Alumã</i>	Estimulante da digestão e apetite, tônico para o trato gastrointestinal.	Folhas	Infusão
<i>Equisetaceae/ Equisetum sp. / Cavalinha</i>	Diurético, infecção urinária, tônico para os rins.	Caule e folhas	Infusão
<i>Rutaceae/ Ruta graveolens / Arruda</i>	Tratamento de varizes, infestações por parasitas como piolhos e pulgas, ou no alívio das dores menstruais.	Folhas	Infusão
<i>Asteraceae/ Mikania sp. / Guaco</i>	Afecções respiratórias, tosses, asma, bronquite, gripes, resfriados, alergias, afecções de pele, câncer, reumatismo.	Folhas	Infusão e xarope
<i>Myrtaceae / Syzygium cumini (l.) Skeels. / Jamelão</i>	Hipoglicemiante e anti-hipertensivo.	Folhas	Decocção
<i>Burseraceae / Amburana sp. / Amburana</i>	Úlcera, coqueluche.	Casca do caule, fruto	Infusão
<i>Fabaceae / Hymenaea courbaril l. / Jatobá</i>	Gastrite, úlcera, tosse, gripe, ardência na uretra, pancada, anemia.	Casca do caule, folhas	Decocção e xarope
<i>Fabaceae / Bauhinia cheilantha (bong.) Steud. / Pata de vaca</i>	Disúria, impotência, hipertensão, diabetes e gripe.	Casca do caule e as folhas	Decocção
<i>Euphorbiaceae / Croton rhamnifolioides pax & k.</i>	Dor de barriga, febre, coceira, úlcera, problema na	Raspa, casca do caule, folhas	Infusão

<i>Hoffm. / Croto</i>	vesícula, infecção, cólica, problema no fígado e nos rins, pano branco.		
<i>Anacardiaceae / Spondias tuberosa arruda / Umbuzeiro</i>	Dislipidemia, enxaqueca, cicatrizante, dor de barriga.	Casca do caule, Folha	Decocção
<i>Myrtaceae / Psidium guajava l. / Goiabeira</i>	Dor de barriga.	Brotos	Decocção
<i>Costaceae/Costus sp. / Cana-de-macaco</i>	Antiinflamatória, antimicrobiana, diurética, tônico para o sistema imune e útil para as doenças renais e afecções urinárias.	Caule	Infusão
<i>Moraceae/ Morus sp / Amora</i>	Infecção urinária, menopausa, anti-inflamatória, cicatrizante.	Folhas	Infusão
<i>Rhamnaceae / Ziziphus joazeiro mart / Juazeiro</i>	Tosse, hemorroida, gripe, bronquite, limpeza dentária, matar cáries, caspa, antiácido.	Casca do caule, raiz, raspa do caule, folhas	In natura, infusão e xarope
<i>Fabaceae/ Caesalpinia pyramidalis tul / Catingueira</i>	Dor de barriga, tosse, hemorragias, diarreia, inflamação da próstata.	Casca do caule, flor, raspa	Decocção
<i>Fabaceae/ Caesalpinia ferrea mart / Pau ferro</i>	Cólica renal, dor na vesícula, traumas mecânicos, diabetes, inflamação.	Casca do caule, vagem	Decocção e xarope
<i>Fabaceae / Erythrina velutina jacq / Mulungu</i>	Cafaléia, ansiedade, insônia, agitação.	Casca do caule, folhas	Decocção
<i>Malvaceae / Sida cordifolia / Malva branca</i>	Antimicrobiana e anti-inflamatória, podendo ser usada para aliviar a congestão nasal, combater e prevenir infecções, principalmente na boca, e aliviar os sintomas de	Flores e folhas	Infusão e xarope

	doenças de asma e doenças respiratórias.		
--	--	--	--

Fonte: Dados da pesquisa, 2021

A evocação de conhecimentos sobre a utilização de plantas medicinais entre rezadeiras oferece uma ampla gama de possibilidades e tratamento de doenças e condições clínicas comuns aos serviços de saúde através dos fitoterápicos por elas indicados, sendo sua eficiência resultado tanto da composição fitoquímica específica de cada espécie citada quanto pela legitimação social do ator que a recomenda.

O trabalho desenvolvido estas mulheres resgata a possibilidade de incorporar os detentores do conhecimento de práticas tradicionais aos sistemas de saúde, sobretudo na atenção básica onde tem-se a necessidade de capilarização e dialogo sociocultural do cuidado, possibilitando a utilização de remédios naturais cuja eficácia seja comprovada, orientado pela Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos⁵.

Longe de esgota-se, as potencialidades das plantas medicinais e dos fitoterápicos apresentam-se como importante estratégia para a redução das iniquidades em saúde e valorização da identidade de pessoas negligenciadas e contribuindo para a construção de planos terapêuticos que reconheçam as dinâmicas e conhecimentos regionais.

Considerações finais

Este estudo mostrou a utilização de plantas para medicinais por rezadeiras por meio do conhecimento empírico, transmitido pela oralidade, por vezes transgeracionais e que se baseia sobretudo na utilização de recursos presentes no bioma na qual se inserem suas comunidades. Os rituais envolvem a utilização de preparos como chás e infusões até a utilização das plantas em rituais de reza e benzeção onde através das orações as folhas agem como catalizadoras do poder divino.

Rezadeiras tem uma longa história e contribuição para o povo brasileiro, sobretudo para as pessoas distantes dos centros urbanos onde, muitas vezes essas mulheres representam a única forma de socorro para os males do corpo e da alma o que, até certo ponto legitima e valora a sua prática.

As plantas detectadas neste estudo são relativamente comuns ao ambiente no qual seus usuários estão inseridos, o que facilita o acesso e torna uma alternativa rápida e sustentável para o cuidado em saúde onde mesmo com as intervenções de práticas orientadas por uma visão biologicista, as rezadeiras resistem e re-existem.

Colaborações

Anjos JM, Martins Filho IE e Vilela ABA, declaram que contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Azevedo GX de. Benzedeadas e a prática da benzeção no contexto das Ciências das Religiões. Protestantismo em Revista [Internet]. 2015 Jun 22 [cited 2021 Dec 6];36(0):108–17. Available from: <http://www.periodicos.est.edu.br/index.php/nepp/article/view/2386/2324>
2. Medeiros REG de, Nascimento EGC do, Diniz GMD, Alchieri JC. Na simplicidade a complexidade de um cuidar: a atuação da benzedeadora na atenção à saúde da criança. Physis: Revista de Saúde Coletiva [Internet]. 2013 Dec 1 [cited 2021 Dec 6]; 23: 1339–57. Available from: <https://www.scielo.br/j/physis/a/TTftXv9s5qNwH8TCF5cK8sg/abstract/?lang=pt>
3. Assunção LM de, Querino RA, Rodrigues LR. A benzedura nos territórios da Estratégia Saúde da Família: percepções de trabalhadores, usuários e benzedeadas. Saúde em Debate [Internet]. 2020 Nov 16 [cited 2021 Dec 6];44:762–73. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xCvw755JYqQjYvzghpdx9vC/?lang=pt>
4. Crestanello S, Argenta L, Giacomelli S, Cezarotto V. PLANTAS MEDICINAIS: CULTURA POPULAR VERSUS CIÊNCIA MEDICINAL PLANTS: POPULAR CULTURE VERSUS SCIENCE. 2011;7:51–60. Available from: <https://www.ufpb.br/nepfhf/contents/documentos/artigos/fitoterapia/plantas-medicinais-cultural-popular-versus-ciencia.pdf>
5. Brasil. Decreto DECRETO Nº 5.813, de 22 de Junho de 2006. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. Brasília,

DF: Senado Federal; 2006 [cited 2021 dez 01]. Available from:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5813.htm

6. Brasil. [National policy on integrative and complementary practices in the SUS: attitude towards expanding access / Ministry of Health]. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.; 2015 [cited 2021 nov 20]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf.Portuguese.
7. Figueredo CA de, Gurgel IGD, Gurgel Junior GD. A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [cited 2021 Sep 27];24(2):381–400. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2014.v24n2/381-400/pt>
8. Gonçalves KG, Pasa MC. A etnobotânica e as plantas medicinais na Comunidade Sucuri, Cuiabá, MT, Brasil. *Interações (Campo Grande)* [Internet]. 2015 [cited 2021 Dec 6];16:245–56. Available from: <https://www.scielo.br/j/inter/a/TWYpBVR8GXkHxKjXqDk6HLG/?lang=pt>
9. IBGE. Censo Demográfico 2010. [Internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010.
10. Crestanello S, Argenta L, Giacomelli S, Cezarotto V. PLANTAS MEDICINAIS: CULTURA POPULAR VERSUS CIÊNCIA MEDICINAL PLANTS: POPULAR CULTURE VERSUS SCIENCE. 2011;7:51–60. Available from: <https://www.ufpb.br/nepfhf/contents/documentos/artigos/fitoterapia/plantas-medicinais-cultural-popular-versus-ciencia.pdf>
11. MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2007.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. 2011
13. Gomes TB, Portugal AS, Pinto LJS (2017) Plantas utilizadas por uma Benzedeira em Nova Friburgo, Rio de Janeiro, Brasil. *Natureza on line* 15 (1): 019-027
14. Quintana AM. *A ciência da benzedura: mau olhado, simpatias e uma pitada de psicanálise*. Bauru, SP: EDUSC, 1999
15. Cunha SA da, Bortolotto IM. Etnobotânica de Plantas Medicinais no Assentamento Monjolinho, município de Anastácio, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Acta Botanica Brasilica* [Internet]. 2011 Sep 1 [cited 2021 Dec 6];25:685–98. Available

from:

<https://www.scielo.br/j/abb/a/tJ34ptrvCff8NR9ZBJP99Jj/abstract/?lang=pt#:~:text=Ethnobotany%20of%20medicinal%20plants%20in>

16. Maciel MRA, Guarim Neto G. Um olhar sobre as benzedeadas de Juruena (Mato Grosso, Brasil) e as plantas usadas para benzer e curar. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi Ciências Humanas*. 2006 Dec;1(3):61–77.

17. Câmara YR, Mingo CS, Câmara YMR. Das bruxas medievais às benzedeadas atuais: a oralidade como manutenção da memória na arte de curar - uma pesquisa exploratória. *Boitatá [Internet]*. 2016 Oct 11 [cited 2021 Dec 6];11(22):231–6.

Available from: <https://www.uel.br/revistas/uel/index.php/boitata/article/view/31288>

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados evidenciam que a prática da reza contitui-se como elemento modificador do cotidiano dos indivíduos residentes na localidade estudada e constitui-se como prática que direciona a vivências espirituais que mobilizam estados de cuidado singular e cura de enfermidades do corpo e da alma. Entre as rezadeiras, o uso de plantas medicinais contitui-se como parte da terapêutica empregada para a promoção da saúde, sendo estas vistas como sagradas.

Os resultados apontam para a necessidade do reconhecimento destas mulheres por parte dos profissionais no sentido de pensar em ações estratégicas consideradas fundamentais para a ampliação e utilização das práticas por elas empregadas.

A ampliação de pesquisas e a aproximação do fazer o cuidado na zona rural e suas possibilidades de integração de diferentes recursos e tecnologias são fundamentais para a aproximação dos serviços de saúde às práticas socialmente adotadas e legítimas por estas comunidades. Por fim, espera-se que os resultados deste estudo possam estimular reflexões em torno do campo das Práticas Integrativas em outros contextos.

Não obstante a importância dos resultados obtidos no presente estudo, considera-se relevante a realização de mais pesquisas nesta área de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J.T.; COSTA, L.F.A. **Medicina Complementar no SUS: Práticas Integrativas sob a luz da Antropologia Médica.** Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.3, p.497-508, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70. 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, 2012. **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília, 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, 206. **Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde.** Brasília, 03 mai. 2006.

CARNEIRO, Josué. História Oral Como Instrumento no Desenvolvimento e Elaboração da Pesquisa. **Bol. Geogr.**, Maringá, v. 30, n. 2, p. 121-131, 2012. Disponível em <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/BolGeogr/article/view/11325/9434>. Acessado em 20 jul 2019.

CASCUDO, L. C. **Dicionário do Folclore Brasileiro.** 10. ed. São Paulo: Global, 2001.

CASCUDO, L.C. **Meleagro.** 2. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1978.

CHAUÍ, M. **Conformismo e resistência – aspectos da cultura popular no Brasil.** São Paulo: Brasiliense, 1986.

CUNHA, L. A.; ASSUNÇÃO, L. C. Abençoada cura: poética da voz e saberes de benzedeiros. **Revista Brasileira de História das Religiões.** v. 9, n. 27, p. 189-227, 2017.

DEL PRIORE, M. **Magia e medicina na Colônia: o corpo feminino.** In: _____ (Org). História das mulheres no Brasil. 9. ed. São Paulo: Contexto, 2007.

GOMES, S.R.S. **Saúde e Salvação: O Sagrado das Rezadeiras em Paulista.** 2007. 127 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) – Universidade Católica de Pernambuco. Recife, PE.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do Cartógrafo. In: PASSOS E. et al. **Pistas do método da cartografia**. Porto Alegre: Sulina. 2010. p. 32-51.

LÉVI-STRAUSS, C. O Feiticeiro e sua Magia. In: **Antropologia Estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

LOYOLA, M. A. **Médicos e curandeiros: conflito social e saúde**. São Paulo: Difel, 1983.

MAIRESSE, D. Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa. In: FONSECA T.M.G., et al. **Cartografias e devires: a construção do presente**. Porto Alegre: UFRGS. 2003 .p. 259-271.

MARTINS, A.P.V. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2004.

MINAYO, M.C.S., et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27ª ed. Petrópolis: Vozes. 2002.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª. ed. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco. 2007.

MIRANDA, C. A. C. **A arte de curar nos tempos da colônia: Limites e espaços da Cura**. Recife: Editora UFPE, 2017.

OLIVEIRA, E. C. S.; TROVÃO, D. M. B. M. O uso de plantas em rituais de rezas e benzeduras: um olhar sobre esta prática no estado da Paraíba. **Revista Brasileira de Biociências**. v. 7, n. 3, p. 245-251, 2009

PREFEITURA MUNICIPAL DE JEQUIÉ – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Jequié: SMS.

QUEIROZ, M. S. Curandeiros do mato, curandeiras da cidade e médicos: um estudo antropológico dos especialistas em tratamento de doenças na região de Iguape. **Ciência e Cultura**. v. 32, p. 31-47, 1980.

QUINTANA, A. M. A Ciência da Benzedura: mau olhado, simpatias e uma pitada de psicanálise. São Paulo: EDUSC, 1999.

RIBEIRO, D. **O Povo Brasileiro: A Formação e o Sentido do Brasil**. São Paulo: Global Editora, 2014.

SANCHI, P. **Fiéis e Cidadãos: percursos de sincretismo no Brasil**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.

SILVA, R. R. V. **Conexões entre o saber local e o científico sobre um fragmento de floresta ciliar na zona da mata norte de Pernambuco**. Dissertação (Mestrado em Ciências Florestais). Recife: Universidade Federal Rural de Pernambuco/Departamento de Ciência Florestal, 2010. 108f.

SILVEIRA, D. D. S.; ALBUQUERQUE, M. B. B. Práticas de cura, magia, educação e saberes sobre plantas poderosas na Amazônia. **Revista COCAR**, v. 9, n. 18, p. 255-284, 2015.

STANISK, A.; FLORIANI, N.; SILVA, A. A. A metodologia da história oral e seu uso em pesquisas etnoecológicas. **Terr@ Plural**, Ponta Grossa, v.9, n.1, p. 119-134, jan/jun. 2015.

TELESI, E.J. **Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS**. Estudos Avançados. v. 30, n.86, p. 99-112. São Paulo Jan./Apr. 2016.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Traditional Medicine Strategy 2002 - 2005**. Geneva, 2002. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1.pdf>. Acesso em: 13 agos. 2017.

Apêndice A: Instrumento de Coleta de Dados



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA N°: _____

PARTICIPANTE: _____

Idade: _____ Cor/Etnia: _____

Religião: _____ Estado Civil: _____ Escolaridade: _____

1. Gostaríamos de conhecer um pouco de sua história, onde a senhora nasceu e onde a senhora cresceu?
2. Quem são seus pais e como era a sua família?
3. Eles tinham alguma religião?
4. Com o que eles trabalhavam?
5. Para a senhora, é que é ter saúde?
6. O que é estar doente?
7. O que é a reza?
8. Há quantos anos a Senhora exerce o ofício de rezadeira?
9. Como a Senhora descobriu seu dom de reza ou aprendeu a rezar?
10. O que a reza faz com as pessoas?
11. Quais os estados ou doenças em que a reza pode ajudar o doente a melhorar sua saúde?
12. Além da reza, existem outros remédios que a Senhora indique às pessoas?
13. As pessoas confiam na reza?
14. Quem são as pessoas que veem aqui para serem rezadas?
15. Em sua comunidade, como a Senhora se enxerga, ao ajudar outras pessoas a terem melhores condições de saúde?
16. A Senhora gostaria de falar um pouco mais ou contar algo que ache importante?

Apêndice B: Termo de Consentimento Livre Esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezada Senhora

Esta pesquisa é sobre as Rezadeiras e como elas ajudam na saúde das pessoas de sua comunidade e, está sendo desenvolvida pelo pesquisador Jelber Manzoli dos Anjos, do Curso de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob a orientação da Professor Dr. Ismar Eduardo Martins Filho. O objetivo do estudo é entender quem são as rezadeiras e como através das orações e outras práticas elas podem ajudar as pessoas a terem melhores condições de saúde.

Caso a senhora decida aceitar participar deste estudo poderemos entender melhor sobre o papel das rezadeiras de forma a valorizar seu trabalho, além de poder cuidar melhor da saúde das pessoas cuidadas por elas. Assim, solicitamos sua colaboração para responder algumas perguntas que serão feitas pelo entrevistador além da sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicação de trabalhos em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que existe o risco de que a Sra. não se sinta bem com alguma pergunta, caso isso aconteça interromperemos a entrevista. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. O pesquisador estará a sua disposição para quaisquer esclarecimento que considere necessário em quaisquer etapas da pesquisa, através do telefone (75) 991629889 ou por e-mail: jamanzoli@hotmail.com.

Assinatura do pesquisador responsável

Considerando, que fui informada dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Jequié, ____ de _____ de _____



Impressão dactiloscópica

Assinatura da participante

Anexo A: Parecer consubstanciado CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONTRIBUIÇÕES DAS REZADEIRAS PARA O FORTALECIMENTO MICROPOLÍTICO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Pesquisador: Alba Benemerita Alves Vilela

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 82101317.8.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.489.614

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de discente do curso de especialização em saúde coletiva da UESB, intitulado "CONTRIBUIÇÕES DAS REZADEIRAS PARA O FORTALECIMENTO MICROPOLÍTICO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE". Será desenvolvido com abordagem qualitativa, com realização de entrevistas com cinco rezadeiras residentes na zona rural do município de Jequié, Bahia. Adotará a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin para tratamento dos dados coletados.

Objetivo da Pesquisa:

Tem como objetivo geral:

- Analisar as contribuições das rezadeiras na micropolítica do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os objetivos específicos são:

- Averiguar as identidades socioculturais que as mulheres rezadeiras desempenham em suas comunidades;
- Identificar a atuação das rezadeiras, na construção dos sistemas de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram avaliados adequadamente e estão presentes no TCLE e no formulário de informações básicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com implicação positiva para modelos humanizados de atenção em saúde.

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jequiezinho

CEP: 45.206-510

UF: BA

Município: JEQUIE

Telefone: (73)3528-9727

Fax: (73)3525-6683

E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 2.489.614

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados adequadamente.

Recomendações:

Atualizar o cronograma de coleta dos dados para mês posterior à aprovação do CEP.

Além disso, recomendamos apresentar os resultados do estudo para a população onde o projeto foi desenvolvido.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião do dia 07/02/2017, a plenária do CEP/UESB aprovou o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_996358.pdf	16/01/2018 15:52:56		Aceito
Outros	oficio_jelb.pdf	16/01/2018 15:52:31	Alba Benemerita Alves Vilela	Aceito
Outros	entrevista_jelber.pdf	16/01/2018 15:51:50	Alba Benemerita Alves Vilela	Aceito
Outros	autoriza_imagem.pdf	16/01/2018 15:50:22	Alba Benemerita Alves Vilela	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEJELBER27092017.pdf	27/09/2017 17:16:43	Alba Benemerita Alves Vilela	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhado.pdf	12/09/2017 18:04:03	Alba Benemerita Alves Vilela	Aceito
Outros	DeclaracaodeComprometimentoRezadeiras.pdf	12/09/2017 17:54:41	Alba Benemerita Alves Vilela	Aceito
Outros	DeclaracaodeParticipacao.pdf	12/09/2017 17:54:09	Alba Benemerita Alves Vilela	Aceito
Outros	DeclaracaoRezadeiras.pdf	12/09/2017 17:52:33	Alba Benemerita Alves Vilela	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoRezadeiras.pdf	12/09/2017 17:50:39	Alba Benemerita Alves Vilela	Aceito

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jequezinho

CEP: 45.206-510

UF: BA

Município: JEQUIE

Telefone: (73)3528-9727

Fax: (73)3525-6683

E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 2.489.614

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

JEQUIE, 07 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
Ana Angélica Leal Barbosa
(Coordenador)

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiezinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepuesb.jq@gmail.com