

## 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 saúde<sup>1</sup>. 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 saúde<sup>2</sup>.

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 paciente<sup>3</sup>.

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 culturas<sup>4</sup>.

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 marginalizados<sup>5</sup>.

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 SUS<sup>6</sup>.

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 autoconhecimento<sup>7</sup>.

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 disciplinar<sup>8</sup>. 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 variáveis<sup>9</sup>. Deste modo, o método qualitativo exhibe os significados e intencionalidades, inerentes aos atos, relações e estruturas sociais<sup>8</sup>.

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 futuras<sup>10</sup>.

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”<sup>11</sup>, 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 esquecidas<sup>12</sup>.

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 km<sup>2</sup> e densidade demográfica de 47,07 habitantes/km<sup>2</sup>. 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<sup>13</sup>.

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<sup>13</sup>.

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 Psicossocial<sup>14</sup>. 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 Bardin<sup>15</sup>, 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 comunidade<sup>16</sup>. 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”<sup>17</sup>. 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 afrodescendente<sup>18</sup>.

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 alma<sup>19</sup>.

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 guia<sup>20</sup>.

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 crendice 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 efeito<sup>21</sup>.

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 profano<sup>21</sup>.

“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 diferente<sup>22</sup>.

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 religiosa<sup>23</sup>.

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 benzeções<sup>21</sup>.

### **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 doente<sup>24</sup>.

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 terapêutica<sup>25</sup>.

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*<sup>26</sup>.

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 emocionais<sup>27</sup>.

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 curar<sup>21</sup>. 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 institucionalizada<sup>25</sup>.

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 adoecimentos<sup>6</sup>. 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<sup>2,6</sup>.

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 ecologia<sup>29</sup>.

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 cuidados<sup>30</sup>.

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<sup>29,31</sup>.

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 coletiva<sup>32</sup>.

### **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](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](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](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](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>.