

O papel das rezadeiras como protagonistas de práticas simbólicas culturais

ARACI FARIAS SILVA*

Resumo: O presente artigo busca ampliar o conhecimento das práticas culturais e rituais simbólicos materializados nos ofícios das rezadeiras, benzedadeiras e curandeiras no município de Triunfo – PE. As práticas e rituais de cunho metafísicos (reza) somadas ao conhecimento popular das plantas medicinais em usos terapêuticos objetivam o restabelecimento da saúde e bem-estar dos trabalhadores. Tais práticas foram abandonadas em distintas regiões brasileiras, resultado da hegemonia religiosa (cristianismo). Contudo, tais conhecimentos resistiram em municípios do interior do Nordeste, onde a ausência de políticas públicas de saúde e sua má gestão dificultam o acesso de parte da população mais vulnerável economicamente (periferia e do meio rural) aos serviços de saúde, se tornando alternativa de garantia da reprodução e longevidade de parcela da população sem saúde pública de qualidade. A integração da medicina popular à medicina institucionalizada é experiência concreta na especialidade *medicina da família e comunidade* no contexto de política pública no Nordeste.

Palavras-chave: Rezadeiras; Triunfo; Pernambuco; Gênero.

The role of traditional healers as resisting practitioners for symbolic cultural practices

Abstract: The present article aims to expand knowledge on the cultural practices and rituals realized in the works of traditional healers in the city of Triunfo, Pernambuco Brazil. These metaphysical practices and rituals (prayer), as well as the popular knowledge of the therapeutic uses of medicinal plants seek to restore the health and well-being of workers. These practices have been abandoned in some regions of Brazil, due to religious hegemony (Christianity). However, such knowledge persisted in municipalities in the countryside regions of the Northeast, where the absence of public policies for health promotion and the poor management of existing programs make it difficult for the most economically vulnerable population (especially in the peripheral and rural areas) to access health services. These practices emerge as an alternative to guarantee the reproduction and the longevity of part of the population deprived of access to quality public healthcare resources. The integration of popular medicine with institutionalized medicine is a concrete reality within the family and community medical specialty in the context of public policy in Northeast Brazil.

Key words: Traditional healers; Triunfo; Pernambuco; Gender.



* ARACI FARIAS SILVA é Doutora em Geografia pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB. Professora da Unidade Acadêmica de Serra Talhada (UAST), da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE). Membro do Grupo de Pesquisa Centro de Estudos de Geografia do Trabalho-Setorial Paraíba (CEGeT-PB).

Introdução

O retorno ao reconhecimento das práticas desenvolvidas por mulheres: metafísica (benzeção), manipulação das ervas, manuseios dos partos, tem importância na construção de uma narrativa que, ao mesmo tempo, visibilize e faça justiça histórica ao papel de poder que desempenhavam no seu grupo social, cujas ações se materializam sob a lógica coletiva, diametral à lógica privada.

O legado do conhecimento feminino vem de longa data, remonta aos primórdios da história da civilização humana, em que as mulheres detinham o poder de leitura da natureza e decifração de seus mistérios. Esse legado foi transmitido entre gerações, de modo a beneficiar o coletivo. No entanto, a criminalização desse conhecimento teve sua origem a partir da união de múltiplos interesses que detinham o poder, entre eles, a soberania da Igreja Católica na Idade Média, a Ciência Iluminista, o Capitalismo e o sistema do Patriarcado, somados às forças do Estado Moderno Ocidental, que institucionalizou a perseguição dos direitos femininos.

A união dessas forças, nos tempos históricos, tentou usurpar o poder das mulheres, assim como os seus conhecimentos ancestrais, criando falsas versões da realidade, impelindo fardos legados misóginos, como o genocídio sofrido pelas mulheres na Europa do século XVI, marcadas como *bruxas*, assim revelado por Perrot “Porém a caça às bruxas foi uma estratégia de dominação e controle via terror imposta as mulheres Europeias pobres, que viviam na mendicância pós-perda das terras comunais, as mais idosas eram as que mais sofriam” (2007, p. 83).

A justificativa para a retirada desse poder dos corpos femininos, bem como o

processo de criminalização está intimamente ligado ao projeto de manutenção dos privilégios do patriarcado, o que coloca as mulheres na condição de mercadoria, despossuídas de direitos sociais, simbólicos, econômicos e políticos.

O resgate das práticas de medicina popular como instrumento de saúde pública, no caso das benzedeadas (mulher que pretende curar doenças com benzeduras), integrado à lógica da especialidade medicina de família e comunidade, efetivada no Nordeste brasileiro e presente na atenção primária à saúde, faz-se como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde.

À luz dessa afirmativa, o presente artigo vai resgatar o papel das mulheres benzedeadas do Nordeste brasileiro, entronizando a importância dos conhecimentos ancestrais e simbólicos como instrumentos potenciais e efetivos na construção de política pública de saúde, integrado ao paradigma da *medicina de família e comunidade*, com ênfase na atenção primária, visando ao atendimento da população menos assistida que se encontra em vulnerabilidade econômica.

Partiremos do percurso metodológico, o qual suscita uma breve discussão sobre a medicina e seus paradigmas, o hegemônico na medicina biomédica e a medicina complementar, fechando o artigo com as experiências das rezadeiras na cidade de Triunfo (PE).

Caminhos metodológicos percorridos na construção do artigo

A pesquisa em pauta teve como percurso metodológico três momentos distintos, a saber: a) Levantamento do referencial teórico; b) Procedimento metodológico; e c) Relato das práticas experienciadas da médica e das Benzedeadas.

O levantamento teórico se deu sobre a epistemologia da medicina, por meio de literatura que abordasse a *epistemologia da ciência médica*, artigos que demonstrassem a configuração da especialidade da *medicina da família e comunidade*, dissertações que descrevessem e analisassem o papel das benzedeadas e sua integração ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Nordeste do Brasil e artigos que abordassem a diferenciação entre a biomedicina e a medicina complementar.

Outro levantamento do referencial teórico realizado foi sobre a ótica feminista, enfatizando o papel da mulher na sociedade, enquanto detentora de poder e na perda desse poder, trazendo um legado de condenação e invisibilidade de suas práticas, reforçado na processualidade histórica na modernidade, para atender ao sistema capitalista de produção e ao patriarcal, no qual os corpos femininos se tornaram objeto e mercadoria, necessitando da negação do seu conhecimento, reforçado pela lógica iluminista, responsável pela criação de narrativas que incapacitavam as mulheres na perspectiva biológica, cognitiva, justificando sua tutela por parte do patriarcado.

O segundo momento *b)* metodológico, se baseou nas entrevistas tomadas aos dois sujeitos da pesquisa, uma médica professora universitária, que será chamada no artigo como Dr^a Popular, se graduou em 1989, fez residência médica mais dois anos, 1991, em pediatria. É concursada do serviço público, do Hospital Universitário Lauro Wanderley da UFPB, especializada em *medicina de família e comunidade*, desde 1994. A análise do seu relato sobre a área e os problemas encontrados, em

especial, na tensão entre as medicinas: biomédica e a complementar, foi ímpar na construção desse artigo. E por fim, apresentamos as entrevistas com o outro sujeito da pesquisa, *duas benzedeadas*, as quais serão denominadas de benzedeadas 1 e benzedeadas 2, ambas moradoras da cidade de Triunfo, localizada entre as coordenadas: 7° 50' 16" S 38° 06' 07" O.

O procedimento metodológico da entrevista com a médica se deu via sistema online, com duração de 1:30h, com o uso de computador. Já as entrevistas com as benzedeadas foram feitas presencial, com a captura da gravação feita com aparelho celular. Seguindo com a transcrição das entrevistas e as escolhas dos trechos que foram inseridos no artigo.

O terceiro momento *c)* se materializou na concatenação das práticas ancestrais milenares com o conhecimento científico, como instrumento saúde pública, tendo o potencial de se tornar política pública, já praticada em setores do Nordeste do Brasil, via SUS, na atenção primária, o que já se pode ver no Estado do Ceará. De forma escalar, teceremos um breve histórico sobre a medicina e seus percursos e suas contradições.

As medicinas e seus pares dialéticos: medicina biomédica à medicina complementar

A processualidade histórica que definiu os percursos da medicina contemporânea, de norte a sul e de leste a oeste do globo terrestre, é tão antiga e complexa quanto a própria existência humana. A manutenção de corpos e psiques¹ salutíferas exigem uma constante elaboração e descoberta de

¹ A mente, o entendimento, o intelecto, o que contém os sentimentos mais profundos de alguém. O espírito, a parte imaterial, incorpórea e inteligente do homem. Dicionário online de

Português. Acessado pelo site <<https://www.dicio.com.br/psique/>>. Disponível em: 19/06/2021.

conhecimentos, criação de processos que garantam a cura dos corpos enfermos. Tão complexo quanto os corpos, estudados e cuidados, são os caminhos e descaminhos da ciência médica, de Hipócrates na Grécia (pai da medicina) aos médicos recém-formados do Nordeste brasileiro, todos vivenciaram e vivenciam o paradoxo de suas escolhas, seja na medicina hegemônica, seja na medicina complementar contra-hegemônica.

A medicina surge de forma empírica, como cuidado com si bem como com o outro, para resolver os problemas das dores, também conhecida como medicina mágico-religiosa. Nessa perspectiva, “podemos supor, então, que a medicina surgiu como uma prática na relação direta entre um indivíduo ferido e aquele que se dispôs a suplantar diferentes medos, o que o identificou como indivíduo cuidador na *Medicina Mágica-Religiosa*” (BARROS, 2002, p. 50, [grifo nosso]).

O rompimento paradigmático com a medicina biomédica só poderia ser feito com o casamento entre a medicina tradicional e a medicina popular, via institucionalização de políticas públicas. O caminho foi a criação de uma ponte de saúde, que conecta duas formas de conhecimento, o científico acadêmico, oriundo do iluminismo; o outro de uma especialização de medicina de família e comunidade. Isso propiciou a união do conhecimento formal ao conhecimento informal.

A mercantilização dos serviços de saúde de forma privada, excluiu grande parte da população brasileira e nordestina, relegando os moradores do interior do Nordeste aos serviços populares, como as rezadeiras. Essas são algumas das questões a serem levantadas e analisadas como suporte à compreensão das diretrizes da medicina brasileira e

nordestina, enquanto política pública que valoriza os saberes culturais das rezadeiras.

O contexto da vida das comunidades assistidas pelas práticas de saúde popular deve ser considerado em suas condições econômicas, social e política, levando em conta a má distribuição geográfica dos serviços do SUS. No tocante a essa questão, apreende-se que o Nordeste é uma região carente de infraestrutura e políticas públicas efetivas na saúde. Os suportes tecnológicos e procedimentos não estão distribuídos homogeneamente no território nacional, pelo contrário, concentram-se nas regiões Sul e Sudeste, nos grandes centros urbanos, distantes do interior, deixando as demais regiões (Norte, Nordeste e Centro-oeste) sem acesso às tecnologias e aos procedimentos de média e alta complexidade na saúde pública.

A privatização da saúde, via planos privados, também é outra questão a ser considerada, a mercantilização desses serviços gera um grau de desigualdade no acesso a uma saúde de qualidade. O DataSenado, numa pesquisa realizada em 2020, indicou que “71% da população brasileira não tem plano de saúde. Desses, 64% afirmam que nunca tiveram e outros 36% que já tiveram, mas precisaram cancelar. Aproximadamente 80% deixaram de ter plano de saúde no ano de 2020” (SENADO, 2020, p. 2).

Além disso, faz-se necessário um breve relato do contexto da ciência médica e seus paradigmas, descrevendo os caminhos do modelo biomédico, mecanicista, dito curativo, no qual sua potência é dirigida para a doença e não para o paciente e seu contexto. Para ter compreensão das dificuldades da implementação de uma medicina que visa a saúde de forma integrada, precisamos esclarecer do que se trata a medicina hegemônica, a denominada

biomedicina, nascida do positivismo e desenvolvida de forma mecânica, sem a possibilidade de perceber o paciente como uma fonte material e subjetiva, carregada de particularidades físicas e psicossociais.

Os questionamentos das práticas médicas, assim como a introdução de novos componentes conceituais e procedimentos não hegemônicos, são garantidores de uma medicina conectada com a realidade que, por sua vez, faz-se capaz de diagnosticar assertivamente o que recai sobre o corpo do paciente. A negação dessa prática cria uma visão generalizante, oriunda da lógica mecanicista, trazendo para a centralidade da ciência médica a *doença como entidade suprema*, tornando-se, assim, a base da teoria e para onde se direciona a ação da abordagem biomédica.

A opção da medicina biomédica pela doença, e não pelo doente, trouxe limitações à relação médico-paciente, caracterizada pela *a-socialização*, *assimetria* e *autoritarismo*, levando o paciente a ter uma atividade passiva. Desse modo, o modelo da biomedicina no contexto epistemológico passa a ser visto por vários aspectos, como mostra Barros:

“a-socialização”, cujo sentido é da baixa capacidade de socializar o conhecimento do campo da saúde com a população em geral; *assimetria e autoritarismo*, no sentido de desenvolver relações desiguais e com caráter de dominação, justificadas pela autonomia e competência técnica do profissional; *participação passiva e subordinada do paciente e a exclusão do conhecimento do paciente*, de suas representações, usos e costumes populares em relação ao processo saúde-doença. A crítica a esse aspecto conta já com

décadas (BARROS, 2002, p. 109, grifos do autor).

O paradigma da medicina biomédica traz na sua ontologia a única e possível possibilidade: a investigação da doença. Isto é, o alvo é sempre a patologia, o contexto no qual ela se desenvolve não sujeitos à análise, sendo assim, trata-se de uma forma de fazer medicina positivista e alienante.

Os biomédicos, por isso, estão sempre referenciados nelas na sua atividade de cura ou de investigação e têm seu olhar restringido e dirigido por elas e pelos saberes instituídos a seu respeito: evolução, mecanismos fisiopatogênicos, terapêutica, prognóstico etc. Outros padrões, formas e possibilidades de interpretações de adoecimentos (outras maneiras de “construir” doenças) não são admitidos (TESSER; LUZ, 2002, p. 366).

O “imaginário mecanicista” e analítico são os norteadores das práticas da medicina biomédica, em que a totalidade nada mais é que a soma das partes – pensamento reforçado pela “causalidade linear” (CAMARGO, Jr., 2005, p. 179). A questão a ser levantada diz respeito ao papel da Atenção Primária à Saúde na constituição de uma visão salutar que conecte os diferentes ramos do conhecimento, institucional, acadêmico ao popular, considerando sua importância subjetiva e espiritual de cada sujeito, como condicionante relevante ao diagnóstico e tratamento do corpo.

Parte da ideia de que por mais que a biomedicina tenha uma ideia do que é a doença e do que é a saúde, saber como proceder e como produzir a saúde, isso não tem a menor importância se não faz *sentido para o paciente*, sendo necessário trabalhar com o conhecimento da pessoa, abrindo um espaço dialógico entre médico e paciente, Ex.: “se eu

creio que a minha doença é resultado de um *mal olhado*, não adianta eu dizer que é uma infecção bacteriana, isso já é provado, por mais que eu tenha medicamentos para curar uma infecção bacteriana, não vai funcionar, já é provado que os efeitos dos medicamentos por si só não funciona na sua completude, precisa fazer sentido, **30% de qualquer medicamento tem efeito placebo**, a ciência nunca procurou ver o que é isso. (Entrevista da médica, 2021)

Porém, nem tudo é hegemônico na medicina brasileira, a medicina complementar tem seu território de ação sedimentado na APS (Atenção Primária à Saúde), na defesa da medicina contra-hegemônica, desenvolvida nas especialidades *Medicina de Família e Comunidade* e *Medicina de Família*.

A atenção primária à saúde e a medicina de família e comunidade

No interior da APS, desenvolveu-se a medicina complementar e suas ramificações, com um potencial preventivo e holístico, ou seja, a centralidade está no sujeito, nas suas crenças, no seu meio e não na doença:

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2021).

A *Medicina de Família e Comunidade* vem constituindo-se especificamente no Brasil, a partir de duas correntes, com o propósito de se contrapor a medicina

biomédica. Ela é diferente da medicina de família que não tem comunidade, desenvolvida em outros países. Ainda, é paradoxalmente uma especialidade, quando não deveria ser. Nasce no movimento de crítica à medicina biomédica, surge da necessidade de ampliar as bases da medicina, para compreender a ideia de saúde a partir de determinados complexos, não só a saúde e a medicina no campo biológico, mas também como mudança na compreensão do processo saúde-doença, inserido num contexto da qualidade de vida, como mostra Mendes: “o resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um viver “desimpedido”, um modo de “andar a vida” prazeroso, seja individual, seja coletivamente” (1996, p. 237).

Diante da defesa de um novo paradigma da medicina, emergiu e trouxe à luz o papel de uma medicina que promovesse uma saúde atrelada a dimensões subjetivas, que tivesse como pressuposto a integração de diferentes áreas da ciência da saúde, concatenando seus conhecimentos específicos, dentro de uma visão holístico do ser humano. Nesse contexto temporal, existem várias correntes, diversos movimentos emergindo e ganhando força, um verdadeiro caudal de possibilidades, entre elas: *a medicina comunitária, O movimento de promoção da saúde, saúde para todos até o ano 2000*.

No Nordeste, esse processo da saúde coletiva, saúde como acesso, advindo de uma medicina militante, mostra-se mais forte que no Sul do país, como relata a médica:

Inicialmente no sul só se tinha a medicina de família, a medicina ampliada para o campo biopsíquico, e a medicina da família e

comunidade com uma discussão mais política, mais do lado da complexidade, colocando que o biopsicossocial é mais uma separação, é preciso trabalhar com complexidade e não com a compartimentalização (Entrevista Dr^a. Popular, 2021).

Essas duas correntes vêm ao longo do tempo se misturando, hoje se tem uma certa hegemonia da medicina de família no Sul do Brasil e, em alguns momentos, essa ideia de saúde coletiva reacende, pelo menos no discurso. No entanto, na corrente *medicina da família e comunidade* a discussão política é hegemônica.

Esses movimentos tinham como objetivos fazer uma crítica à medicina biomédica, por ser altamente centralizada na doença e, outro aspecto crítico se dava na perspectiva política, na defesa da saúde como um direito de todos, devendo o país organizar o serviço de saúde, criando meio para garantir acesso amplo a todos, em especial aos de vulnerabilidade socioeconômica, mesmo que essa tenha se tornado mercadoria (Entrevista Dr^a. Popular, 2021).

O médico da família e comunidade tem uma “formação básica em clínica geral², deve entender um pouco de procedimentos cirúrgicos e trabalhar com as ferramentas da saúde coletiva. É o profissional ideal para trabalhar”, surgindo um grande interesse dos planos de saúde privados. A ideologia desse paradigma é enxergar a pessoa na sua integralidade, além da “redução aos custos e à prevenção quaternária³, e à aplicação de menos medicalização”, atrelada à “proposta de uma mudança de vida”. “Uma especialidade que vai

contra a hegemonia da medicina biomédica, da medicina mercadológica” (Dr^a. Popular, 2021).

Existe duas ferramentas fundamentais para a efetivação da clínica integrada, a presença de um **a)** Método Clínico Centrado na Pessoa - “O M CCP é a tentativa do médico de realizar uma tarefa dupla: entender a pessoa e entender a doença da pessoa. É desse entendimento que se deriva o processo de tratamento tanto para a pessoa quanto para a doença” (FREEMAN 2018, p. 203), “surgiu da demanda das pessoas por um atendimento que contemplasse de maneira mais integral suas necessidades, preocupações e vivências relacionadas à saúde ou às doenças [...] percebiam a influência de fatores de cunho pessoal e subjetivo no eventual sucesso da terapia” (FUZIKAU, 2013, p. 1).; e a **b)** Competência Cultural, que define os conhecimentos existentes para trabalhar com a realidade cultural da comunidade, agregando outras áreas da ciência, em especial estudos antropológicos. Como mostra o relato da médica:

O estado do Ceará implantou o agente comunitário, alcançando uma diminuição drástica na mortalidade infantil, introduziu o programa saúde da família, porém a mortalidade infantil por diária permanecia, não importando os esforços, depois de um estudo realizado por um antropólogo na cidade de Maracanaú-CE, ficou patente a crença no rezador, acreditavam na força do mal olhado, provocando diarreia, não importando a classe social. O menino com diarreia era levado para o rezador, não era levado para o médico. Baseado nesses estudos o

² Trabalhar as clínicas todas básicas: pediatria, genecobstetricia, cardiologia, endocrinologia, entre outras.

³ Reduz o quantitativo de exames secundários.

município começou a trabalhar com o rezador, se somando a ele (Entrevista Dr^a. Popular, 2021).

O respeito à crença popular foi a ponte que uniu as duas formas de conhecimento. Ela é basicamente a linha norteadora do MCCP, negocia a crença do paciente, colocando a visão da biomedicina e pactua construções de cuidados. No estado do Ceará, isso se deu de forma positiva, transformando o rezador em agente de saúde, “deu tanto resultado que o rezador era chamado para cadastrar as crianças, a elas eram ensinadas e disponibilizados o uso do soro. Logo depois da reza as crianças recebiam o soro oral”.

As crianças que tinham quebranto, que estavam gravemente desidratadas, recebiam um cartãozinho de encaminhamento, logo depois de sair da benzeção a criança era encaminhada para o posto de saúde, com o cartãozinho dado pela benzedeira e era atendido com urgência, por conta do pacto firmado entre o sistema de saúde e as agentes de saúde da medicina popular. Conseguindo reduzir a morte por diarreia drasticamente (Entrevista Dr^a. Popular, 2021).

A ação desenvolvida na cidade de Maracanaú teve tanta relevância na diminuição de mortalidade infantil que se tornou política de governo para o estado do Ceará. Houve uma fase de interlocução com os rezadores, na qual se balizava o conhecimento e a linguagem de olhado e quebranto na perspectiva médica.

Salvando vidas: benzedeiras e suas práticas seculares

O papel da mulher na sociedade está intimamente ligado aos cuidados, em um amplo espectro, ligado à reprodução e aos cuidados, entre eles a saúde. Tal papel é reconhecido socialmente,

desempenhando a função de salvaguardar a harmonia e as vidas. A exemplo do que escreveu Morin (2009), as lojas e mercados de alimentos em Paris, no século XVIII, eram simulacros espaciais do poder das mulheres:

As lojas e mercados de alimentos eram um território feminino por excelência. Tais mulheres tinham autoridade moral nas ruas: de suas barracas, as comerciantes observavam e controlavam de certa medida o que acontecia a sua volta, separando brigas de homens e mulheres, ou às vezes impedindo que pais se excedessem nos castigos físicos aos filhos (MORIN, 2009, p. 55).

A história das mulheres é uma história de luta e resistência, na defesa dos ideários coletivos, na manutenção do saber ancestral, envolvida pela opressão, luta e resiste para se fazer sujeito político, com direitos garantidos, para chegar à autonomia, mudando, assim, as correlações de forças na sociedade. Para Matos; Gitahy “A história da mulher não é somente sobre sua opressão. É também uma história de luta e resistência, na tentativa de banir preconceitos, recuperar sua condição de vida como ser humano igual, autônomo e digno (2007, p. 74).

São essas mulheres que, de forma resiliente, conectam-se com sua fé e suas rezas para salvar as vidas das crianças no interior do Nordeste brasileiro. Segue um fleche das práticas das rezadeiras na cidade de Triunfo, Pernambuco, localizado no nordeste do Brasil, região semiárida, com uma população em torno de 15 mil habitantes, constado no censo de 2010.

Escrever sobre o papel das mulheres e suas ações, no amplo espectro da vida social, na contemporaneidade, significa abordar o contexto da reprodução da vida, no âmbito das representações

simbólicas e nas ações garantidoras dos cuidados e da saúde coletiva. Na imersão da resistência das práticas de benzeção, reforçamos a representatividade feminina como receptáculo de poder, outrora, roubado dos seus corpos para firmar o poder patriarcal na sociedade capitalista.

As benzedeadas ou rezadeiras, como são comumente conhecidas no interior do Brasil, representam a tradição oral, a manutenção do poder simbólico e simbiótico da relação material com a metafísica; geralmente são mulheres que receberam o dom do cuidado relacionado à saúde da comunidade e seu ofício se dá por meio das rezas e do uso de fitoterápicos. Trata-se de uma pessoa da comunidade de reconhecido respeito, muito religiosa, como corroborado por Costa em sua pesquisa feita sobre as benzedeadas do estado do Ceará:

Ao contrário dos curandeiros, charlatães, e outros aproveitadores, o Benzedor em geral é uma pessoa da própria comunidade, e que recebeu os ensinamentos por meio de gerações, muitas vezes de forma oral, bem como mantém em segredo a oração que proferem. Os rezadores são típicos das regiões distantes, onde os médicos são escassos e os remédios alopatas inacessíveis. A origem nos pajés indígenas é evidente, sendo que na região amazônica os dois conceitos, benzedeadas e pajés, são sinônimos, com a aplicação de elementos próprios da religião cristã. Esses elementos são derivados do catolicismo popular. Essas mulheres, que antigamente se encontravam em regiões precárias de igreja, exerciam o papel do padre sincretizado com a cultura local, ou melhor, a religião local, assim formando uma religiosidade própria de cada região. (COSTA, 2009, p. 24-25).

As condições e características das benzedeadas descritas representam na integridade as duas benzedeadas entrevistadas. Vamos descrever um pouco de suas histórias.

A benzedeadada 1, tem 50 anos de idade, desde os 15 recebeu o dom da reza, morava na zona rural; depois de alguns anos e do falecimento do seu pai, mudou-se para a cidade com sua mãe. Trabalha como manicure e, atualmente, em decorrência da pandemia está fazendo quarentenas.

Com quinze anos descobriu, em visita a um centro espírita, de mesa branca, segundo ela: “teria que ajudar as pessoas só para o bem, eu escolheria se ia fazer o bem ou ia fazer o mal, aí eu escolhi fazer o bem”. Buscando aprender orações para cada tipo de enfermidade, “hoje eu já tenho oração para cada tipo de coisa, tenho um caderno de orações. Benzedeadada 1 sempre teve contato com pessoas que rezavam, aprendeu muito com sua avó e outras pessoas mais velhas da família.

As benzedeadas, também chamadas de rezadoras, são mulheres respeitadas na região. Fazem seus rituais de benzedura de uma forma informal. A casa de cada uma delas fica de portas abertas, desde muito cedo, até o sol se pôr, disponível para quem queira entrar e realizar a benzeção. Elas rezam, analisam o estado dos indivíduos que as procuram. Existe uma reza para cada tipo de moléstia. Depois de cada oração, os pacientes são encaminhados ao posto de saúde. Apesar da resistência da ciência oficial, a medicina tradicional, a atividade muitas vezes impressiona pelos seus efeitos, atribuídos pelos cientistas por um componente subjetivo que é a fé daqueles que se submetem à cura (COSTA, 2009, p. 24.)

Hoje, a Benzedeira 1 reza para curar todo tipo de doença, do corpo e da alma, “rezo para quem está com depressão, para quem está com bruxaria, às vezes, na hora da reza, até a pessoa desmaia, ou sente qualquer coisa, se arrepia ou sente uma agonia”.

Sobre orações em crianças a Benzedeira 1 relatou experiências de cura pela oração:

Quando a criança está tristonha fazemos oração de olhado, ou de ventre caído. Quando a criança está com disenteria (diarreia), fica molinha, com febre. Já aconteceu de cuidar de criança aqui que foi desenganada pelo médico, depois da reza ela ficou curada, hoje é uma mocinha, ficou bem, sempre fala comigo (Entrevista a Benzedeira 1, 2021).

Essas mulheres têm um olhar clínico sobre a doença, experiência acumulado por uma vida de oração e atendimento, sempre disponíveis, em um ofício sem remuneração. Segundo ela “a força da oração é muito forte, não é coisa sua é coisa feita com Deus, então só pode ser para o bem, para salvar vidas” (Benzedeira 1, 2021). Ela também reza para afastar maus espíritos; em razão disso, foi chamada ao hospital para ajudar uma mulher que estava tendo crise psiquiátrica:

Tinha uma senhora no hospital tirando a roupa, a família estava levando-a para uma clínica psiquiátrica em Serra Talhada (cidade vizinha). Fui chamada pela família antes de levá-la para outra cidade. Me perguntaram se eu poderia fazer uma oração para ela, respondi que faria sim. Trouxeram a mulher aqui, depois da oração ela se acalmou e viveu bem sem crises durante sete anos. Ela não estava com problemas psiquiátricos ou mentais, ela está com uma coisa dentro dela, um mal espírito, por

isso ficava tirando a roupa (Entrevista a Benzedeira 1, 2021).

São diversas as enfermidades tratadas com reza e benzeção, conforme relatou a benzedeira 1. Segundo ela algumas vezes remédios de médicos não dão jeito de curar, seja uma doença física ou psicológica, tem que ser um pouco de tudo, inclusive psíquica.

Existem muitas doenças enganosas, vai no médico e não dá nada, só rezadeira dá jeito. Acontece muitas coisas no mundo que são malignas. Tem gente que começa a chorar, e fica querendo se matar, dizendo que quer morrer, aquela pessoa não sabe nem porque está daquele jeito, só precisa de oração. A gente que reza tem que ser psicólogo também. Conversar, orar e convencer aquela pessoa a vir receber oração (Entrevista a Benzedeira 1, 2021).

A outra entrevistada foi realizada com a Benzedeira 2, sua idade é de 76 anos, desde os 20 anos reza nas pessoas, tem mais de 55 anos só do ofício de benção. A reza foi um legado do seu pai que também era benzedor. Um dia ela pediu para que o pai lhe ensinasse a rezar “pai o senhor não quer me ensinar a rezar não?”. Inicialmente, recebeu uma resposta negativa, “não vocês não aprendem nada não”, mas ela insistiu com a resiliência que lhe é característica, “pai me ensina pelos menos a rezar olhado e dor de cabeça? então ele me ensinou. A partir daí fiquei rezando, olhado e dor de cabeça”.

A Benzedeira 2 não tem nenhuma oração escrita, todas são intuitivas e memoriadas, segundo ela “são da minha cabeça”. Existe uma preparação espiritual diária ligada a religião católica, há um sincretismo, “além de orar os terços diariamente, sou muito católica, vou sempre à missa e fico sempre em oração, as pessoas estão precisando muito. Faço orações a distância, para

todos que me pedem” (Entrevista a Benzedeira 2).

Com o passar dos anos, e com a prática do ofício aprendeu a diagnosticar doenças, que segundo ela são denominadas de: “peito aberto⁴, espinhela caída⁵, e atas”. Todas essas enfermidades são diagnosticadas usando uma toalha de rosto para se medir partes do corpo, observando se o tamanho da toalha é maior ou menor do que a medida tomada, assim se faz o diagnóstico para cada tipo de enfermidade acima citada. Exemplos:

Para diagnosticar o “peito aberto se coloca a toalha envolvendo o tronco, se faltar toalha está com a doença; espinhela caída, da ponta do dedo ao cotovelo se atalha sobrar você está com a enfermidade; para saber se está com atas se mede da ponta do ombro direito ao umbigo, se não chegar à ponta da toalha você tem a enfermidade (Entrevista a Benzedeira 2, 2021).

Acompanhando a reza há aplicação de tratamento terapêutico de alongamento, também são usados fitoterápicos como chás. Relato da Benzedeira 2:

Quando a pessoa está com muita dor, eu o coloco para se esticar em uma haste de alongamento, um pouco mais alto que a pessoa, e peço para se pendurar três vezes, tem que ser feito com cuidado e lentamente. Porque as vezes a pessoa pode estar acentuadamente com a espinhela caída, não sendo possível ser resolvido como a reza. Nessa ação a pessoa tem que participar para sua cura né? (Entrevista a Benzedeira 2, 2021).

As rezadeiras fazem muitas rezas para crianças com ventre caído, que se encontram com sintomas de infecção

intestinal, e desidratação, “se a pessoa não rezar a criança não se salva, porque doutor não cura não! antigamente se a pessoa não rezasse quando a criança estava com o ventre caído, a criança morria, tudo por causa do olhado grande”. Para a rezadeira, a causa do ventre caído nas crianças era resultado de sustos sofrido por ela, causando diarreia. A cura se dá com o levantamento do ventre, “aí a gente tem que levantar o ventre dela” (Entrevista Benzedeira 2, 2021).

Outro elemento importante na benção são as folhas usadas para reza, podem ser de: “pião, mamona ou de arruda, mas se não tiver pode ser com qualquer folha, o que importa é a reza” (Entrevista Benzedeira 2, 2021). Já as enfermidades rezadas em adultos são de “*dor de cabeça forte, que podem ser de sol, sereno e em resto de lua, dor de cabeça de ramo⁶ ou constipação*”. Para cada uma desse tipo de origem da dor se percebe um diagnóstico. É usado uma mística, coloca uma garrafa cheia de água na mão da pessoa rezada, e uma toalha na cabeça, “quando se reza se pronuncia as palavras, *sol, sereno e em resto de lua*, na hora de pronunciar a palavra que originou a dor de cabeça, sobem bolhas na água dentro da garrafa” (Entrevista Benzedeira 2, 2021), se fechando o diagnóstico da origem da dor.

Como remédio para melhorar a dor de cabeça, ela reza e passa um chazinho, que pode ser de hortelã, erva-doce e endro, acrescido da aguardente alemã **para derrame** (fitoterápico, produto purgativo), a medida é da tampa da aguardente, com um pouco de açúcar, para não purgar a aguardente.

Para a Benzedeira 2 entre todos as doenças que são rezadas as que mais

⁴ Uma dor que dá próximo ao estomago, faltando a respiração.

⁵ Dores na coluna e muscular.

⁶ Pequeno derrame.

preocupa ela são as que atingem as crianças, “muito triste ver as crianças que não sabem falar sofrendo assim, faço tudo para que a criança viva né? gosto muito rezar de olhado, salvar as crianças do sofrimento”.

Todos os conhecimentos da medicina popular têm origem secular, repassado como legado ancestral, sendo de grande importância na salva guarda de vidas, em especial nos locais onde a medicina científica não chega, ou chega de forma precária, como no caso do nordeste brasileiro. São esses conhecimentos responsáveis por mitigar doenças e/ou, muitas vezes salvar vidas, em especial de crianças com menos de dois anos, acometidas de diarreia, desintéria, e gastroenterites, comumente conhecidas como doenças diarréicas agudas, resultam em desidratação profunda, levando a óbito.

Considerações finais

Todos os relatos das práticas de saúde popular, com valor simbólico reproduzidas neste artigo, denota a participação das mulheres na manutenção e resgate da visibilidade das suas ações enquanto sujeitos ativos na manutenção da saúde, em uma perspectiva que unifica a materialidade do corpo físico a metafísica do corpo espiritual e psíquico. Ações que podem e devem ser utilizadas pelos serviços públicos de saúde, enquanto política de governo.

O ofício da benção e suas práticas de reconhecimento de enfermidades como desnutrição, colocariam essas mulheres como mediadoras entre a institucionalização da saúde pública (SUS) e a população receptora desses serviços, os serviços das benzedeiras como agentes de saúde trouxe grandes resultados a diminuição de mortes de crianças por desnutrição e desidratação,

a exemplo do que ocorreu na cidade de Maracanaú-CE. A medicina complementar, em nível de Atenção Primária à Saúde, na especialidade de Medicina da Família e Comunidade, é o caminho para uma dialogicidade entre a medicina acadêmica e a medicina popular. O exemplo da política do governo do Ceará, resultado das práticas integradoras entre os saberes populares e acadêmicos, deve ser seguido pelas prefeituras no interior do Nordeste, nas áreas de difícil acesso aos serviços de saúde pública, onde ocorrem altos índices de mortalidade infantil. Cabe salientar que o papel dos cuidados sempre coube as mulheres, mesmo que existam rezadores, na sua ampla maioria são as mulheres as guardiãs desse ofício, resultado do seu legado histórico.

Não se trata de um artigo que objetivou a discussão e análise de um conhecimento aprofundado sobre a área médica, muito menos colocar em xeque seus procedimentos e suas escolhas, pois a autora não é capacitada nesta área, porém se fez imprescindível caminhar no terreno da epistemologia da ciência médica, como pressuposto para a construção dos argumentos desse artigo. Todos esses relatos das experiências das rezadeiras de Triunfo são o ponto de partida para um levantamento georreferenciado das rezadeiras e benzedeiras do sertão do Pajeú, no estado de Pernambuco, Nordeste do Brasil.

Referências

- BARROS, N. F 2002. **Da medicina biomédica à complementar: um estudo dos modelos da prática médica.** Tese de doutorado em saúde coletiva, DMPS/UNICAMP, Campinas, 386pp.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **O que é Atenção Primária.** Secretaria de Atenção primária. Disponível pelo site <<https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>>. Acessado em 06/05/2021.

CAMARGO, Jr K. R. **A biomedicina**. Rio de Janeiro, 2005. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 15(Suplemento):177- 201, 2005. Disponível pelo site:

<<https://www.scielo.br/j/physis/a/BmZ6PN6vDQyXgntsPXqWrRL/?format=pdf&lang=pt>>.

Acessado em 15/03/2021.

COSTA, E. P. **Benzedeiras no sistema oficial de saúde do Ceará: relações entre religiosidade e medicina popular**. São Paulo, 2009. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião da Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo.

FREEMAN, T. **Manual de medicina de família e comunidade de McWhinney**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

FUZIKAWA, A. K. **O método clínico centrado na pessoa - um resumo**. 12p. 2013. Belo Horizonte. Disponível pelo site <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1684.pdf>>. Acessado em 02/06/2021.

MATOS. M.L; GITAHY. R. R. C. **A evolução dos direitos da mulher**. *Colloquium Humanarum*, v. 4, n.1, 2007, p. 74-90. DOI: 10.5747/ch.2007.v04. n1/h037. Disponível pelo site:

<<http://revistas.unoeste.br/index.php/ch/article/view/223/606>> Acessado em: 27/02/2017;

MENDES, E.V. **Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde**. In: Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 233-300.

MORIN, T. M. **Práticas e representações das mulheres na Revolução Francesa – 1789-1795**. 224f. Dissertação (Mestrado), no programa de Pós-Graduação em História Social, na faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas na USP, São Paulo, 2009. Disponível pelo site: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8138/tde-01022010-165929/pt-br.php>> Acesso em: 1/10/2011;

PERROT, M. **Minha história das mulheres**. Tradução: Ângela M. S. Corrêa. São Paulo Contexto. 2007. 190 p;

SENADO FEDERAL. Pesquisa do Data Senado realizada em 22/06/2020. **7 em cada 10 brasileiros não têm plano de saúde**. Brasília: Senado Federal. Coordenação DataSenado. 2020. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/datasenado/materias/pesquisas/7-em-cada-10-brasileiros-nao-tem-plano-de-saude>. Acessado em 02/03/2021.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. **Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina**. 2002. *Ciênc. saúde coletiva* 7 (2). 2002. 363-372 p. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/KNpXMPK4QKpvX3GFrCRSbKp/?lang=pt&format=pdf>>.

Acessado em 02/04/2021.

Recebido em 2021-06-06
Publicado em 2021-08-01