

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LUANNA DOS SANTOS ROCHA

**“EU TE BENZO, EU TE CURO”:
SABERES E PRÁTICAS DE BENZEDEIRAS DE MACEIÓ-AL**

MACEIÓ
2014

LUANNA DOS SANTOS ROCHA

**“EU TE BENZO, EU TE CURO”:
SABERES E PRÁTICAS DE BENZEDEIRAS DE MACEIÓ-AL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Célia Alves Rozendo.

MACEIÓ
2014

Catlogação na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico Bibliotecária
Bibliotecário: Maria Auxiliadora G. da Cunha

R672e Rocha, Luanna dos Santos.
 “Eu te benzo, eu te curo” : saberes e práticas de benzedeiras de Maceió-AL
 / Luanna dos Santos Rocha. – 2014.
 84 f. : il.

 Orientadora: Célia Alves Rozendo.
 Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas.
 Escola de Enfermagem e Farmácia. Maceió, 2014.

 Bibliografia: f. 73-78.
 Apêndice: f. 79.
 Anexos: f. 80-84.

 1. Antropologia médica. 2. Cuidado. 3. Cultura. 4. Enfermagem. I. Título.

CDU: 616-083:615.852(813.5)

Folha de Aprovação

LUANNA DOS SANTOS ROCHA

**“EU TE BENZO, EU TE CURO”:
SABERES E PRÁTICAS DE BENZEDEIRAS DE MACEIÓ-AL**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 14 de março de 2014.

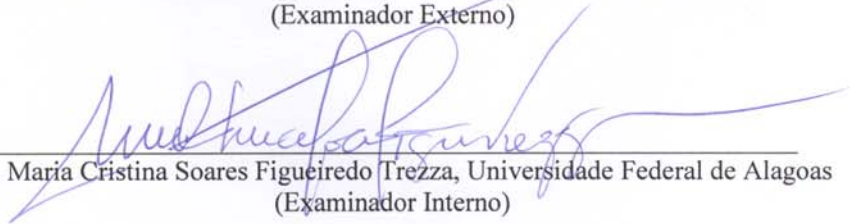


Dr^a Célia Alves Rozendo, Universidade Federal de Alagoas
(Orientadora)

Banca Examinadora:



Dr. Lucas Pereira de Melo, Universidade Federal do Rio Grande do Norte
(Examinador Externo)



Dra. Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza, Universidade Federal de Alagoas
(Examinador Interno)

A todas as mulheres que possuem o “Dom de Benzer”.

AGRADECIMENTOS

Meus mais sinceros agradecimentos àqueles que com paciência, dedicação e amorosidade possibilitaram a realização deste trabalho: meus pais (Gisélia e Hélio) e minhas irmãs (Layanna e Helen).

Agradeço a minhas amigas Bárbara, Beatriz, Dannyelly, Emilly e Lorena, e ao meu amigo Eduardo, que mesmo diante de minhas ausências, souberam acolher minhas angústias e felicidades.

Agradeço de forma especial a meu companheiro, amigo e amado, Mahelvson, que de forma sempre presente e afetuosa me ajudou a sanar dúvidas, superar limites e, mesmo nas situações mais difíceis, me ensinou a crescer e não desistir.

As benzedoras, que mesmo diante de suas inúmeras atribuições, aceitaram participar do estudo, me acolhendo em suas casas e doando um pouco de seu tempo a atenção.

A minha orientadora, Dra. Célia Rozendo, que aceitou o desafio de orientar este trabalho, mesmo este sendo trilhado por caminhos pouco conhecidos por nós.

A todos que compuseram a banca examinadora desta dissertação, titulares e suplentes, agradeço as preciosas contribuições.

Não poderia deixar de agradecer ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), cuja contribuição para o custeio de parte desta pesquisa foi de grande valia.

E, claro, agradeço ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Alagoas, por me permitir vivenciar e concluir o curso de Mestrado em Enfermagem.

RESUMO

O presente trabalho, a partir de abordagem qualitativa descritiva exploratória, buscou compreender os saberes e práticas de benzedeadas no município de Maceió-AL, considerando os componentes de cura e cuidado desses saberes e práticas, bem como o papel social desempenhado por estas em sua relação com a comunidade e com o sistema oficial de saúde. Constituem-se sujeitos do estudo benzedeadas que atuam na cidade de Maceió-AL. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas narrativas, sendo a análise das mesmas respaldada em análise de conteúdo, na modalidade temática, a qual consta de três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento e interpretação dos resultados. Emergiram no estudo cinco núcleos temáticos, que foram descritos e analisados (segundo referenciais da área de saúde e antropologia), a saber: 1) Saúde e doença: compreensões e aproximações ao universo das benzedeadas; 2) Cura, cuidado e cultura: interseções entre os saberes e os fazeres das benzedeadas; 3) Um caminho de fé: a benzeção como dom, aprendizado, desenvolvimento espiritual e sabedoria; 4) Múltiplas relações entre as benzedeadas e a comunidade; e 5) Aproximações e distanciamentos entre as benzedeadas e o sistema oficial de saúde. Os resultados alcançados neste estudo permitiram a compreensão dos saberes e práticas das benzedeadas como expressão popular, significativa e singular dos modos de se pensar e fazer saúde. Enquanto registro sistemático das narrativas de benzedeadas sobre seus fazeres e saberes, entendemos que este estudo contribui para a preservação da memória popular e para a construção social de mentalidade que incorpore os saberes e as práticas tradicionais populares de saúde como componentes eficazes do leque de práticas saúde de forma geral.

Descritores: Antropologia da saúde; Cuidado; Cultura; Enfermagem.

ABSTRACT

This paper, from exploratory qualitative descriptive approach, aimed to understand the knowledge and practices of traditional healers (benzedeiros) in Maceió city, Alagoas, considering the components of healing and care of such as knowledge and practices, as well as the social role played by these persons in the community and the public health system. The case study are the healers who work in Maceió. Where all the data acquirement was performed through narrative interviews with an analysis of them supported by content analysis, the thematic, which consists of three steps: Pre-analysis, material exploration and processing and interpretation of results. Emerged in the study five central themes, which were described and analyzed (according to benchmarks in the area of health and anthropology), namely: 1) Health and disease: insights and approaches to the world of healers, 2) Cure, Care and Culture: intersections between knowledge and doings of healers; 3) A path to faith: cure and care as a gift, learning, spiritual growth and wisdom; 4) Multiple relationships between healers and the community, and 5) Approaches and differences between traditional healers and the public health system. The main results obtained allowed us to understand the knowledge and practices of healers as a popular expression, meaningful of the cure and care. Through the systematic interview with the healers, we recognize that this study contributes for preservation of a popular practice and include this practices as an important component of the health system.

Descriptor: Anthropology of health; Care; Culture; Nurse.

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	8
1 REVISÃO DE LITERATURA	11
1.1 Cuidado, cura e cultura: interseções para a saúde e para enfermagem.....	11
1.2 Uma referência histórica e antropológica sobre as benzedeadas.....	18
2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	25
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
3.1 Conhecendo as “mulheres de fé”.....	31
3.1.1 Dona M.J. e a sabedoria de sua bisavó	31
3.1.2 Dona L.F. e sua dinâmica (babados)	32
3.1.3. Dona J.P e sua dedicação	34
3.1.4. Dona M. e suas fases.....	36
3.2 Saúde e doença: compreensões e aproximações ao universo das benzedeadas	37
3.3 “A ciência de Deus”: interseções entre os saberes e os fazeres das mulheres que benzem 44	
3.4 Um caminho de fé: a benção como dom, aprendizado, desenvolvimento espiritual e sabedoria.....	52
3.5 Múltiplas relações entre as benzedeadas e a comunidade.....	57
3.6 Aproximações e distanciamentos entre as benzedeadas e o sistema oficial de saúde	61
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICE A– Instrumento de coleta de dados	79
ANEXO A – Modelo T.C.L.E.	80
ANEXO B – Parecer de aprovação CEP	83

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este é um estudo sobre os **saberes e práticas de benzedeiras de Maceió-AL**. O interesse em propor tal pesquisa partiu de discussões entre pesquisadora e orientadora, sobre a não valorização dos agentes de cura/cuidado da tradição popular pelo sistema de saúde oficial. Resgatando um pouco de nossas histórias e analisando a presença marcante da figura da benzedeira nas mesmas, nos sentimos estimuladas a conhecer melhor sobre os saberes e práticas destas agentes (em sua maioria mulheres idosas, justificando a seleção do gênero feminino no desenvolvimento do texto do estudo) e sobre como estas se inserem nas diversas áreas de atuação de suas comunidades.

As práticas populares de saúde estão longe de serem consideradas como uma simples sobrevivência folclórica de uma época remota. Segundo Almeida e Neves (2008) estas práticas coexistem com outras práticas terapêuticas legitimadas pelo saber científico, por meio de mecanismos de resistência pautados em sua eficácia. Oriundas e validadas no bojo dos mais diversos contextos culturais, estas práticas se mantêm em constante processo de resignificação, integrando o leque de práticas culturais humanas de cuidado individual e coletivo. Ao entender a saúde como um elemento que se define culturalmente, busquei compreender como esta se insere em nosso contexto cultural, partindo da visão das benzedeiras sobre o fenômeno e suas correlações com a comunidade e o sistema oficial de saúde.

Compreendo que as práticas de saúde não podem ser desatadas dos demais fenômenos sociais que integram um contexto, uma cultural. Assim, enquanto elemento que se origina e é constantemente influenciado e modificado (sem deixar de também influenciar e modificar) no contexto cultural, entendo que o processo saúde-doença se apresenta como um fenômeno complexo, que difere nas várias culturas e, conseqüentemente, os cuidados a ela prestados também são praticados de diferentes maneiras – ainda que existam alguns pontos em comum em relação ao cuidado em todas as culturas. Teixeira aponta que compreender o cuidado é

conhecer símbolos, conceitos, percepções e transmissões de uma sabedoria comunitária, ou seja, seu repertório cuidativo, que é composto de experiências acumuladas e transmitidas através de gerações anteriores (os mais velhos); de experiências compartilhadas com a mesma geração e aquelas pessoais, obtidas através das múltiplas vias do cuidar (TEIXEIRA, 2000, p.96).

Esse conhecimento historicamente construído e repassado costuma ser o primeiro referencial para os sujeitos que integram uma cultura de cuidado do outro. Madeleine

Leininger¹ declara em sua teoria que as pessoas que necessitam de cuidados tendem a procurar primeiro as pessoas mais próximas a elas, como membros da família, amigos ou curadores populares, e só procuram os prestadores de cuidado profissionais posteriormente, caso os remédios populares não forem eficazes, o estado de saúde piorar ou se recear a morte (LEININGER, MCFARLAND, 2002; WELCH, 2004).

As atividades de cuidado tradicionais das comunidades tendem a ser desconhecidas e pouco valorizadas pelos profissionais de saúde que as assistem, incluindo-se a enfermagem. Assim, o conhecimento sobre o cuidar deve ser descoberto e usado pela enfermagem como um meio tanto para promover o cuidado, a cura e o bem-estar dos sujeitos, quanto para ajudá-los a encarar a morte ou para assegurar a sobrevivência das culturas humanas ao longo do tempo (LEININGER; MCFARLAND, 2002).

A heterogeneidade que define e marca o atual meio urbano (local desta investigação) desdobra várias possibilidades de perpetuação e exploração da cultura popular, incluindo as práticas de saúde. Tal marco sócio-espacial aponta para um campo simbólico e complexo de atuação profissional e, ao mesmo tempo, muito fecundo para investigação dos mais variados objetos de estudo. Ao adentrar neste espaço complexo, tomo como norte deste estudo as expressões e concepções de saúde e doença e as inúmeras possibilidades terapêuticas que as envolve, no seio das práticas de benzeção em Maceió-AL. Além disso, compreendendo a amplitude e a complexidade que envolvem este campo e buscando delimitar a coleta de dados (a fim de viabilizar o desenvolvimento da pesquisa em tempo hábil), canalizei minha atenção nos saberes e práticas das benzedeadas.

Reconhecendo a clara relação entre a busca pela saúde (por meio de atividades de cura e cuidado) e os valores, crenças e expressões de cada cultura, busquei **compreender os saberes e práticas de benzedeadas(os) no município de Maceió-AL**, considerando os componentes de cura e cuidado destes, bem como o papel social desempenhado por estas(es) em sua relação com a comunidade e com o sistema oficial de saúde. Ao tentar responder a questão **“quais os saberes e práticas de cura e cuidado de saúde de benzedeadas de Maceió-AL?”**, constatei, a partir de busca nos principais bancos de dados da área de saúde

¹ Madeleine Leininger é uma teórica de enfermagem, que propôs em 1991 a Teoria da Enfermagem Transcultural (ou Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural), cujos propósitos consistem em descobrir significados, usos e funções culturais do fenômeno do cuidado humano, e utilizar tais conhecimentos para fornecer um cuidado benéfico ou satisfatório às pessoas de diversas culturas. Segundo Leininger (LEININGER, WIIK, 2002), todas as culturas possuem práticas de cuidado de saúde populares (ou genéricas) e profissionais, que guardam traços universais e diversificados de acordo com cada contexto sociocultural.

(Bireme, Lilacs, MedLine e Pubmed), de ciências sociais (ScieLO, ProBE e AIO) e bancos multidisciplinares (Portal Domínio Público e ScieLO), nos meses de janeiro e fevereiro de 2013, a incipiência de estudos que respondessem a tal questionamento. Tal fato justifica a necessidade de se desenvolver este estudo e aponta sua importância na construção e valorização do conhecimento sobre as práticas populares de cuidado e cura de saúde na cidade de Maceió-AL. A partir da busca nas bases de dados acima citadas, realizei uma revisão de literatura sobre o fenômeno da benzeção (apresentada a seguir) que serviu de suporte para a aproximação ao objeto de estudo e contribuiu para a análise dos dados levantados.

O conhecimento gerado a partir desta pesquisa possibilitou a documentação das práticas das benzedadeiras de Maceió, contribuindo para a preservação da memória popular local, posto que se apresenta como um registro sistematizado do fenômeno da benzeção partindo das narrativas de suas executoras, as benzedadeiras. Além disso, se soma ao debate sobre a valorização dos saberes e práticas populares, inserindo-se como mais um discurso que propõem a construção social de mentalidades que incorporem e respeitem estes conhecimentos populares como componentes reais e válidos dos sistemas de saúde.

Espero, ao fim do estudo, que os resultados contribuam para a compreensão dos saberes e práticas das benzedadeiras como expressão social e cultural de um povo. Tal compreensão é essencial para a assistência à saúde, especialmente entre os profissionais da enfermagem, pois, ao ofertar cuidados culturalmente congruentes e eficazes, estarão promovendo a valorização dos sujeitos segundo seus padrões, expressões e valores culturais.

Além disto, almejei contribuir para a divulgação dos modos de pensar e fazer saúde respaldados na tradição popular, de modo a favorecer sua compreensão e valorização pelos profissionais de saúde e órgãos formadores.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Cuidado, cura e cultura: interseções para a enfermagem e a antropologia

A história do homem aponta que o cuidar e o curar sempre estiveram presentes nas diferentes dimensões do processo de viver, adoecer e morrer, mesmo antes do surgimento das profissões. As discussões sobre o que constitui e influencia o processo saúde-doença individual e coletivo revelam as possibilidades de atuação e análise de disciplinas como a antropologia e a enfermagem.

A enfermagem muito tem discutido sobre o processo de cuidado, mais especificamente os produzidos no próprio seio da profissão. A antropologia, por sua vez, tem se debruçado sobre a análise dos processos de cura, tendo como foco a visão dos agentes tradicionais de cura, bem como dos sujeitos que buscam seus serviços. Partindo de contribuições das duas disciplinas, que por vezes dialogam, busquei nesta sessão discutir os conceitos de cura, cuidado e cultura, bem como suas implicações teóricas para a compreensão do nosso objeto de estudo.

Inicialmente, entendo que todo ser humano adquire e constrói o saber cognitivamente, inclusive no que diz respeito às estratégias de cura e cuidado da saúde.

Cura é um termo antigo, cujo sentido primitivo (empregado como substantivo) se relacionava ao cuidado, atenção, diligência, zelo. Há registros do séc. I d.C., que utilizam o verbo “*curo*” ou “*curare*”, que possuía uma ampla aplicação, significando “cuidar de”, “olhar por”, “dar atenção a” e “tratar” (REZENDE, 2004). Em termos populares, diante das práticas dos agentes tradicionais de cura, o termo ainda é usado no sentido de tratar com zelo, cuidar.

Em contraponto, na linguagem médica, o termo foi inicialmente usado com o sentido de tratamento, adquirindo outros sentidos a partir da evolução linguística natural. Segundo Ferreira:

a evolução semântica da palavra cura, tanto em latim, como nas línguas românicas, operou-se em várias direções, sempre em torno da ideia de ‘cuidar de’, ‘exercer ação sobre’, ‘tratar’. Como termo de medicina a mudança de significado decorreu do fato de que a cura, no sentido de tratamento, na maioria das vezes, modifica o curso da doença e restabelece a saúde do enfermo. Deu-se, então, a metonímia, na modalidade em que a mesma palavra passa a expressar tanto a ação (no caso os cuidados médicos) como o resultado da ação (a recuperação da saúde). A metonímia é um fenômeno comum de linguagem. Assim, cura passou a significar também o restabelecimento da saúde, à volta ao estado hígido, e esta nova acepção sobrepôs-se à primitiva no entendimento geral e no próprio vocabulário médico. Em razão dessa

evolução semântica, curar pode ser empregado tanto no sentido de tratar, cuidar de, como no sentido de debelar uma enfermidade, de restituir a saúde, de sarar.” (FERREIRA, 2007, p.52).

No sentido dicionarizado, o termo curar é definido como “Recuperar a saúde de; atenuar com remédio, remediar; debelar a doença, aplicando remédios; corrigir vício ou defeito; recuperar a saúde paulatinamente.” (SACONNI, 2010; WEISZFLOG, 2012). Estas definições demarcam o campo bastante restrito de atuação, cujas ações são aplicadas a nível físico ou biológico a fim de se restaurar um estado prévio de saúde.

Minayo, apontando um salto qualitativo bastante significativo e tomando como base pesquisa antropológica sobre as representações da cura no catolicismo popular, define a cura segundo seus entrevistados, como um “fenômeno pelo qual as pessoas recuperam a saúde física e mental, mas também serve para denominar a recuperação da segurança, do bem-estar, da honra, do prestígio, de tudo aquilo que seja reordenação do caótico, do imprevisível, do negativo em termos religiosos-ideológicos ou pessoais, em relação a si mesmo, aos outros e ao mundo.” (ALVES; MINAYO, 1994, p.66).

Considerando os aspectos religiosos que influenciam na compreensão do que seja a doença e a cura, Rabelo (1993) aponta uma série de significados diferentes para os termos a partir de contextos religiosos de diferentes sujeitos. Segundo a autora, para os pentecostais a doença resulta da invasão de entidades do mal no corpo, sendo a cura resultante de um processo de expulsão pública desse mal através de um ritual de luta. Para os espíritas kardecistas, grande parte das doenças resulta interferência ou obsessão de espíritos menos desenvolvidos e a cura se realiza através da educação desses espíritos menos desenvolvidos num ritual que recria uma atividade pedagógica. No candomblé, a doença é causada pela ação prejudicial dos seres humanos ou de entidades sobrenaturais, sendo a cura alcançada a partir de um ritual de alianças entre entidades e humanos para recriar uma dinâmica de negociação (RABELO, 1993).

Embora antigamente o termo “cura” tenha sido bastante empregado nas práticas profissionais (especialmente as médicas), o mesmo vem a cada dia entrando em desuso, por se referir, atualmente, a resolução de problemas específicos de ordem física. A crescente busca por serviços que compreendam os sujeitos em sua integralidade (para além de seus aspectos biológicos) e prestem uma assistência integral aos mesmos - superando o paradigma puramente curativista - tem se traduzido, dentre outras formas, numa maior reflexão sobre as práticas e linguagens utilizadas pelos profissionais.

O cuidado como forma de expressão e interação orienta a condição essencial do ser humano e determina a estrutura da prática e o modo de ser e agir nos sistemas sociais e de cuidados em saúde (BACKES et al, 2006). Para Boff (1999, p.33)

cuidar é mais que um ato é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro, o cuidado é o sentimento que nos envolve com as coisas e com as pessoas, tornando-as importantes para nós.

O cuidado também é compreendido como desvelo, responsabilidade, atenção e cautela; tais características são atribuídas ao cuidado humano, representando atitudes de ocupação e desenvolvimento afetivo com o outro (WALDOW, 2001; BOFF, 1999).

Enquanto termo que atualmente vem sendo empregado na linguagem dos profissionais de saúde de forma ampliada, o cuidado é descrito e analisado por muitas teóricas como a essência da prática da enfermagem (LEININGER, MCFARLAND, 2002; WALDOW, 2001; COLLIÈRE, 1999; WATSON, 2002). Estas teóricas tem se debruçado sobre este fenômeno e desenvolvido um amplo material analítico sobre o mesmo, partindo de suas experiências práticas do cuidado aos indivíduos e coletividades a partir dos mais variados contextos de vida.

Marie Françoise Collière, professora emérita de enfermagem francesa de destaque internacional, é uma das mais influentes teóricas sobre o cuidado atualmente. Em sua publicação de maior destaque, “Promover a vida: da prática da mulher de virtude aos cuidados de enfermagem” (COLLIÈRE, 1999) a autora faz uma abordagem sobre a origem dos cuidados humanos – apontando-os como essenciais à manutenção da vida –, até sua consolidação como objeto da enfermagem – que passou a profissionalizar esses cuidados.

Segundo a autora, o cuidado é definido como a prestação de serviços a fim de “manter a vida” garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação: “Cuidar é ajudar a viver” (COLLIÈRE, 1999, p.227). Sob tal perspectiva, afirma ainda que cuidar envolve não somente a cura, mas também os hábitos de vida, crenças e valores que cercam o sujeito, estejam estes doentes ou não, denotando mais uma vez o caráter universal que envolve o cuidado humano.

A enfermagem, nesse contexto de cuidado, surge da necessidade de profissionalizar um cuidado indispensável à vida dos indivíduos e à perenidade de todo grupo social (COLLIÈRE, 1999). O cuidado de enfermagem é definido por Collière como a oferta/prestação de serviços que objetivam manter a vida garantindo a satisfação de um

conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação (COLLIÈRE, 1999; LIMA et al, 2008).

Seguindo esta linha de pensamento – o cuidado como universal a humanidade – Vera Regina Waldow, enfermeira brasileira, autora de diversas obras que abordam o cuida/cuidado como objeto de estudo, compreende o cuidado como um “um modo de ser”, afirmando que “sem o cuidado deixa-se de ser humano” (WALDOW, BORGES, 2011, p.415). A partir da afirmação que o cuidado é o que constitui a condição de humanidade aos homens, o aponta como o *ethos* do humano, ou seja, como um modo de ser essencial, além de ser um modo relacional – confere ao homem a capacidade/habilidade de interessar-se pelo outro (WALDOW, 2001; WALDOW, BORGES, 2011). Assim,

O cuidado ocorre por uma força que move a capacidade humana de cuidar, evocando esta habilidade em nós e nos outros, ao satisfazer uma resposta a algo ou alguém que importa, atualizando nosso potencial para cuidar. (WALDOW, BORGES, 2011, p.415).

Partindo deste caráter relacional, Waldow (2001) acredita que o cuidado pode ser entendido como altruísta, sem objetivar benefício ou resultado, assegurando ao ser cuidado o bem estar a partir de suas condições, ou seja, o cuidado é um fim em si mesmo. Aponta ainda que existem maneiras distintas de cuidar, a depender da situação e da forma como nos envolvemos com ela e, nesta situação, com o sujeito, motivo de atenção do cuidado (WALDOW, 2001).

A enfermagem, nesse contexto, tem o cuidado como componente de linguagem e ao visualizá-lo como um modo de ser, relacional e contextual, é caracterizado como a única ação verdadeiramente independente da enfermagem. “O cuidado não pode ser prescrito; terapêuticas, técnicas, intervenções e procedimentos podem ser prescritos. Não se prescreve um modo de ser, não se ditam ou criam regras ou normas de cuidar, ou maneiras de se comportar.” (WALDOW, 2008, p.8).

Na enfermagem, o cuidar “compreende os comportamentos e atitudes demonstradas nas ações que lhe são pertinentes e asseguradas por lei e desenvolvidas com competência no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer” (WALDOW, 2001, p.87).

Vemos assim, que o cuidado se apresenta como indispensável ao nosso desenvolvimento (pessoal e coletivo) e autorrealização como pessoas, sendo por meio dele que significamos e ressignificamos nossas próprias vidas e nossas relações.

Também considerado como uma forma de expressão artística – uma arte – o cuidado possibilita aos seres humanos expressar claramente sentimentos pessoais vividos, que, por sua vez, são também experimentados pelo receptor da interação do cuidar. A arte de cuidar surge, então, como forma de comunicação e expressão de sentimentos humanos (WATSON, 2002). Esta forma de arte tem perdurado ao longo dos tempos, sendo indispensável à perenidade dos indivíduos e grupos e inerente à sobrevivência de todos os seres vivos (COLLIÈRE, 1999).

Segundo uma leitura sobre a Antropologia do Cuidar (ROSELLÓ, 2009) os atos de cuidar intencionam a reconstituição da estrutura, do ser humano global, devendo ajudar a reequilibrar todas as dimensões da sua vida, devendo ser circunstancial (voltado a circunstância específica da vida do sujeito). Como uma ação carregada de responsabilidade e corresponsabilidade, cuidar é exercer a responsabilidade ética, é preocupar-se com o outro ser e assumir esse dever como moralmente seu, e não como uma simples proximidade com o outro. Para esta autora, o cuidar se apresenta como uma interação interpessoal, da qual se articula a transmissão e compartilhamento de valores éticos (ROSELLÓ, 2009).

Cuidar, receber cuidado, produzir cuidado, ou simplesmente manifestar cuidado, são algumas das múltiplas expressões e compreensões que abarcam a simples e, ao mesmo tempo, complexa, terminologia do cuidado no processo de viver e produzir saúde. Segundo Erdman (1996) configura-se como simples por sua natureza essencial e intrínseca aos seres, e complexa por sua singularidade, dinamicidade e interatividade que estabelece na existência humana, na sociedade em geral e, particularmente, nos sistemas de cuidados.

Considerando a singularidade que engloba as diversas formas de cuidar em distintas sociedades, Madeleine Leininger e McFarland (2002) afirmam que o cuidado é um fenômeno cultural. Tomando por base o cuidado culturalmente construído no bojo social, Madelaine Leininger, enfermeira norte-americana, desenvolveu em 1991 a Teoria do Cuidado Cultural² (ou Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural). Esta teoria desenvolve, a partir da aproximação entre enfermagem e antropologia, o conceito de cuidado cultural. Compreendido como valores, crenças e modos de vida regidos por um padrão, subjetiva e

² Segundo as autoras, a proposta central da Teoria do Cuidado Cultural consiste em: “Discover, document, interpret, explain, and even predict some of the multiple influencing care from an *emic* (inside the culture) and *etic* (outside the culture) view as related to culturally based care. [...] The theory was predicted to help guide the nurse researched to discovered new meanings, patterns, expressions, and practices related to culture care that influenced the health an well-being of cultures or to assist them to face death or disabilities.” (LEININGER, MCFARLAND, 2002, p.76).

objetivamente apreendidos e transmitidos, o cuidado cultural consiste nas ações de assistência, apoio, facilitação ou capacitação do indivíduo ou grupo para a manutenção de sua saúde e bem-estar, a melhorar sua condição humana ou o modo de vida, ou para lidar com a doença, impedimentos ou morte (LEININGER, MCFARLAND, 2002). Ainda segundo as autoras, todas as culturas possuem práticas de cuidado de saúde populares (ou genéricas) e profissionais, que guardam traços universais e diversificados de acordo com cada contexto sociocultural.

Destrinchando esta ideia, as autoras afirmam que a cultura se refere aos modos de vida padronizados, valores, crenças, normas, símbolos e práticas de indivíduos, grupos ou instituições que são aprendidas, compartilhadas e geralmente transmitidas entre gerações ao longo do tempo (LEININGER, MCFARLAND, 2002).

Observamos ao analisar esta definição de Leininger e McFarland, uma tendência a se pensar a cultura como um sistema pré-estruturado, de certa forma rígido e pouco passível a modificação pelos indivíduos. Por vezes se apresenta como um fenômeno abstrato aos sujeitos, que se impõem como uma estrutura superior que perdura, inalterada, com o passar do tempo.

Assumindo uma postura mais interativa entre homem e cultura, Clifford Geertz (2008) entende que a cultura consiste em uma teia de significados que envolve o homem, produzida por ele próprio sendo, por isso, passível de revisão e resignificação. A análise dessa teia ocorre através de uma ciência interpretativa, que busca os significados dos fenômenos que constroem esta teia. Ainda segundo o autor:

como sistemas entrelaçados de signos interpretáveis [...], a cultura não é um poder, algo ao qual podem ser atribuídos casualmente os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições ou os processos; ela é um contexto, algo dentro do qual eles podem ser descritos de forma inteligível – isto é, descritos com densidade. (GEERTZ, 2008, p. 10).

Esther Langdon e Flávio Wiik, partindo de uma correlação entre cultura e saúde, definem esta primeira como um “conjunto de elementos que mediam e qualificam qualquer atividade física ou mental, que não seja determinada pela biologia, e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo social” (LANGDON, WIİK, 2010, p.175). Aproximando este conceito ao fazer cotidiano dos atores sociais, aponta ainda que a cultura se constitui a partir de elementos sobre os quais os atores sociais “constroem significados para as

ações e interações sociais concretas e temporais, assim como sustentam as formas sociais vigentes, as instituições e seus modelos operativos” (LANGDON, WIJK, 2010, p.175).

Partindo destas concepções sobre a cultura, compreende-se que o processo saúde-doença, bem como as práticas de cuidado que buscam promovê-lo, também se constituem como práticas culturais, não podendo ser apartadas dos demais fenômenos sociais que compõem e integram o contexto sociocultural dos próprios sujeitos (sejam eles indivíduos ou coletivos).

Como fenômeno cultural, o cuidado (substantivo) no processo saúde-doença se refere aos fenômenos abstratos e concretos relacionados à assistência, ao apoio ou ao possibilitar de experiências ou comportamentos no sentido de ou para os outros com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar ou aperfeiçoar uma forma de vida ou condição humana (LEININGER, MCFARLAND, 2002). O cuidar (verbo), por sua vez, diz respeito a ações e atividades orientadas no sentido de assistir, apoiar ou capacitar outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar ou aperfeiçoar uma forma de vida ou condição humana, ou para encarar a morte (LEININGER, MCFARLAND, 2002).

A enfermagem, enquanto disciplina e profissão de cuidado, tem a finalidade de atender os seres humanos em todos os lugares e contextos. Quando esse atendimento acontece baseado na cultura dos sujeitos, se obtém resultados que beneficiam a saúde e o bem-estar dos mesmos.

Tal pensamento é corroborado por Waldow (2008, p.13), ao afirmar que “os rituais de cuidado constituem os hábitos de saúde e de cuidado, de higiene corporal, mental e englobam os valores pessoais e aqueles que fazem parte de sua história, sua cultura; conhecê-los é importante para assegurar que o cuidado atual seja significativo e personalizado”.

Deste modo, a assistência de enfermagem será culturalmente congruente e benéfica quando os sujeitos e seus padrões, expressões e valores forem conhecidos e usados de forma apropriada e significativa pela enfermeira (LEININGER, MCCFARLAND, 2002). Essa congruência no cuidado de enfermagem diz respeito aos atos e decisões assistenciais, apoiadoras, facilitadoras ou capacitadoras, cognitivamente baseadas, que são elaboradas para se ajustarem aos valores culturais, crenças e modos de vida de um indivíduo, grupo ou instituição, visando propiciar ou apoiar o atendimento de saúde significativo, benéfico e satisfatório, ou os serviços de bem-estar (LEININGER, MCCFARLAND, 2002).

Compreendendo os diversos fatores que constituem a teia de relações e significados que envolvem os seres humanos, as culturas dos sujeitos/grupos devem ser conhecidas e compreendidas pelas enfermeiras, como forma de se aproximar as reais condições de saúde, doença e necessidades de cuidado dos sujeitos. Para Leininger e McFarland (2002), cultura e necessidades de cuidados devem estar estreitamente interligadas, sintetizadas e trazidas no bojo das significativas relações da enfermagem.

No que tange as relações de cuidado, que vão além das relações entre profissionais e sujeitos, Waldow as define como

aquelas que se distinguem pela expressão de comportamentos de cuidar, que as pessoas compartilham, tais como confiança, respeito, consideração, interesse, atenção, entre outros. As relações de cuidado podem se caracterizar por relações em nível de sujeito- sujeito e sujeito-isto ou sujeito-coisa, considerando-se que não se cuida apenas de pessoas, mas de coisas, objetos, animais, plantas. (2008, p.15).

Ao se desenvolverem relações de cuidado cria-se um contexto – denominado pela autora como ambiente ou clima – de cuidado, que acaba por enaltecer os valores de cuidado. Neste contexto, as pessoas sentem-se reconhecidas e aceitas em sua singularidade, tornam-se capazes de se expressar de forma autêntica e preocupam-se umas com as outras, sentindo-se também responsáveis e comprometidas com a manutenção do clima de cuidado (WALDOW, 2008).

Partindo da releitura das ideias acima abordadas, acredito que cabe aos profissionais de enfermagem resgatar o cuidado como essência de seu fazer, transcendendo os procedimentos técnicos e medicalizados que vem encobrando e subestimando suas práticas cuidativas. A partir desta retomada e compreendendo as práticas de cuidado com socioculturalmente construídas, pode se ampliar e valorizar as ações desenvolvidas pelos profissionais, vinculando dentre outros, elementos e agentes populares que contribuam para promoção o bem-estar dos indivíduos e coletividades.

1.2 Uma referência histórica e antropológica sobre as benzedeiras

As denominações dadas aos agentes tradicionais de cura são inúmeras, como por exemplo, curandeiros³, raizeiros⁴, parteiras⁵, benzedoras⁶, dentre outros, que se inserem em uma ampla gama de formas de se pensar e fazer saúde através do conhecimento popular.

A benzeção (ou benzimento) se insere neste campo tradicional de conhecimento sobre cura e cuidado com a saúde. No sentido dicionarizado, benzer significa fazer o sinal da cruz sobre pessoa ou coisa, recitando fórmulas litúrgicas para consagra- lá ao culto divino ou chamar sobre ela o favor do céu, abençoar (CASCUDO, 1984 apud NERY, 2006). Em outras palavras, o ato da bênção é um ato de súplica, de imploração, de pedido insistente aos deuses para que eles se dispam dos seus mistérios e se tornem mais presentes, mais concretos, para que tragam boas novas, produzindo benefícios aos mortais (NERY, 2006).

A bênção é um veículo que possibilita a sua executora (em sua maioria mulheres idosas) estabelecer relações de solidariedade e de aliança com os santos de um lado, com os homens de outro e entre ambos, simultaneamente (OLIVEIRA, 1985). Enquanto expressão religiosa de solidariedade que se manifesta nos meios cotidianos da vida social a fim de

³ Curandeiros: refere-se de forma generalizada aos agentes de cura de origem popular (SANTOS, 2007). O Curandeirismo é uma arte ou técnica na qual o praticante - o curandeiro - afirma ter o poder de curar, quer recorrendo a forças misteriosas de que pretensamente disporia, quer pela pretendida colaboração regular de deuses, Espíritos de mortos etc. que lhe serviriam ou ele dominaria. Nesse sentido envolve todo um conjunto de práticas de sacerdotes/terapeutas, feiticeiros, xamãs, pajés, médiuns, babalorixás, entre outros. Nas literaturas mais conservadoras, como os dicionários de língua portuguesa e de folclore, o curandeiro é visto como o indivíduo que “exerce ilegalmente a medicina, com remuneração ou sem ela.” (WEISZFLOG, 2012). Segundo o Código Penal Brasileiro (Art. 284), que também apresenta um caráter conservador, é a prática de prescrever, ministrar ou aplicar, habitualmente, qualquer substância, bem como usar gestos, palavras ou qualquer outro meio (não inserido na prática médica) para curar ou fazer diagnósticos sem ter habilitação médica (BRASIL, 2013). Tais conceituações apresentam as formas preconceituosas e excludentes as quais as práticas desses sujeitos ainda são submetidas.

⁴ Raizeiros: pode ser entendido como os sujeitos que possuem um grande conhecimento sobre o uso terapêutico de plantas medicinais. Segundo Machado (2008) os raizeiros podem ser diferenciados como pessoas que comercializam plantas (sementes, folhas e raízes) para uso medicinal.

⁵ Parteiras: mulheres que assistem aos partos, ajudando ou socorrendo as parturientes (PEREIRA, 2011). Embora em muitos casos se observe que estas mulheres possuam conhecimentos adquiridos de forma empírica, a partir da própria prática de partejar (especialmente as que atuam em comunidades com dificuldade de acesso aos serviços de saúde), há também os casos de parteiras formadas institucionalmente, que por vezes recebem o título de obsterizes. Atualmente a prática destas mulheres é regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem que, a partir da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei 7.498/86, art. 9º), que define como parteiras as portadoras de certificado ou diplomas de Parteira ou equivalente, conferidos por escola ou curso institucionais (COFEN, 1986).

⁶ Benzedores: pessoas que comumente possuem destaque na população por deterem uma religiosidade, capaz de decodificar doenças e transmitirem para a população e para os agentes de saúde. Não cobram pelas benzeduras devido ao fato de acreditarem ser um dom divino, recebendo apenas doações (de velas ou comida) das pessoas que são curadas (COSTA, 2009).

promover a melhoria de vida, a benzeção se insere como uma prática religiosa que estabelece uma relação com o sagrado por meio das rezas proferidas por suas executoras, que se apresentam como mulheres de muita fé (SANTOS, RIBEIRO, 2009).

Apresentando-se majoritariamente como uma prática feminina, a benzeção se expõe como um fazer que vem se construindo e (re)significando ao longo da história humana.

Desde a Idade Média até o fim do século XIX, as mulheres eram veículo de ritos pagãos, despertando a ira da Igreja Católica, instituição dominante e ditadora das ordens de normatização social. Numa sociedade patriarcal estruturada pelo saber masculino, a mulher era símbolo de impureza, sendo seus saberes considerados práticas de feitiçaria, sendo por vezes declaradas as mortes das “feiticeiras” que contestavam os saberes médicos que surgiam nesse período sob o domínio da igreja (COLLIÈRE, 1999; LIMA et al, 2008). Os “doutores da Igreja”, apoiando-se em Platão, dissociaram o corpo do espírito, transformando a abordagem dos cuidados diferente daqueles que eram veiculados pelas mulheres, como as enfermeiras e benzedoras, que viam os sujeitos em sua integralidade.

Além disso, convém resgatar o processo de estigmatização que se fez especialmente presente nos séculos XII e XIII, com as Inquisições pregadas pela Igreja, que alegavam serem elas “bruxas, portadoras de ofícios diabólicos, perigosas, hereges, produtoras de remédios, ervas que afetavam a mente dos homens, dentre tantas outras acusações”, sentenciando-as a morte de formas brutais (OLIVEIRA, PADILHA, 2011). Mesmo após séculos do fim da Inquisição, as benzedoras permanecem marginalizadas por parcela da sociedade.

No contexto brasileiro, vemos que o benzimento (ou benzeção) é uma prática antiga em nossa sociedade, que emergiu em meio ao catolicismo popular, praticado geralmente por mulheres, e transmitido de geração em geração ou recebido como um “dom divino” (HOFFMAN-HOROCHOVSKI, 2012; SANTOS, 2007).

Enquanto prática cuja origem se atrela ao catolicismo popular brasileiro, a benzeção é apontado por Santos (2007) como fruto de uma implantação “frouxa” do cristianismo por parte das organizações eclesiais. Segundo Silva e Farinha, tal fato permitiu que se

desenvolvesse livremente manifestações de cunho mais mágico, de saberes populares disseminados entre pessoas da zona rural, que atingiram a cidade. Esses saberes estariam imersos entre a doutrina e a prática e sobreviveram aos acontecimentos que se desencadearam no interior da Igreja como “romanização” e “secularização”, sobretudo após a separação da Igreja e Estado no Brasil, em janeiro de 1890. (SILVA; FARINHA, 2012, p.74).

Para além da influência católica bastante presente, estudos apontam ainda a influência dos ritos e usos de signos de culturas indígenas e afro-brasileiras, como o uso de plantas medicinais e comunicação com entidades espirituais (COSTA, 2009; BARROS, 2010).

Datada em estudos históricos como emergente no Brasil por volta do século XVI e XVII, se insere em um conjunto de práticas de medicina popular executada por jesuítas, curandeiros, benzedeiros, barbeiros, entre outros (GURGEL, 2009). Neste período a benzeção era uma das poucas possibilidades terapêuticas às quais as comunidades podiam recorrer, visto que a medicina oficial praticamente não existia no Brasil colonial – os médicos formados constituíam um grupo insignificante comparado à enorme demanda de saúde da população (GURGEL, 2009).

Com o desenvolvimento do sistema médico oficial no país, as benzedeadas, que antes constituíam uma das poucas alternativas terapêuticas da população, passaram a ser consideradas pelo sistema oficial pontos de “resistência” à entrada e disseminação dos serviços médicos nas comunidades (FACCHINETTI, 2010). Acusadas posteriormente de exercerem ilegalmente a medicina, estas mulheres mantiveram-se executando suas práticas respaldadas pelas comunidades mesmo diante de toda adversidade. Diante de tantos conflitos passaram então a ocupar um espaço social periférico em suas comunidades, cuja centralidade passou a ser dirigida pelas práticas de medicina oficial e institucionalizada (SANTOS, 1995).

Assim, a benzeção é um produto cultural, uma prática historicamente construída, oriunda dos costumes e tradições populares de cuidado da saúde e cura de doenças, que vem sendo transmitida há muito tempo entre gerações. Sua permanência se relaciona à manutenção das tradições e costumes populares que, por meio da oralidade, os sujeitos sociais repassam esses conhecimentos de geração em geração. Seu caráter sagrado é evidenciado no gestual e/ou nas rezas das benzedeadas que visam curar doenças, males específicos do corpo e do espírito (SANTOS, 2007; SILVA, 2010).

Esse ritual sempre permitiu formas de sociabilidade e interação entre as pessoas de uma comunidade, ainda que em determinados espaços geográficos (como é o caso dos meios urbano) seja cada vez menos visível. Segundo Hoffman-Horochovski (2012) diversos fatores tem influenciado no processo de “apagamento” desta atividade, entre os quais estão a urbanização, a universalização da saúde e o desinteresse das novas gerações em apreendê-la. Além desse apagamento social crescente, o desconhecimento e a desarticulação dos

profissionais da área de saúde com estes atores populares de cura, tendem a subjugar a eficácia de tais práticas, desvalorizá-las e até mesmo ignorar sua existência.

As benzedeadas praticam uma atividade que era muito comum sendo hoje cada vez mais rara, pelo menos nas grandes cidades. Segundo Silva, antigamente as benzedeadas eram vistas pela elite intelectualizada nacional como um segmento social místico e alienado, responsáveis por “ideias supersticiosas no processo de construção das crenças de um povo” (SILVA, 2004, p.2). Entretanto, para os indivíduos/comunidade que recorriam a seus serviços, a figura da benzedeadas sempre foi vista como indispensável para que se alcançasse a cura de males que acometiam os segmentos populares da sociedade nacional (SILVA, 2004).

Esta atividade tem se mantido por meio da oralidade e da crença no poder da reza e as benzedeadas vivenciam a benção de modo semelhante às benzedeadas de outras épocas: ajudando quem as procura (HOFFMANN-HOROCHOVSKI, 2012).

Segundo Hoffman-Horochovski:

a urbanização, a universalização da saúde, o ingresso e permanência no mercado de trabalho, o crescimento de religiões evangélicas (que geralmente condenam essa prática) e o desinteresse pelas novas gerações em apreendê-la estão entre os fatores que parecem interferir na continuidade (HOFFMAN-HOROCHOVSKI, 2012, p.128).

O ofício das benzedeadas é considerado como uma prática, que se aplica diretamente nas realidades de vida das pessoas. Frequentemente procuradas pela comunidade, que busca a resolução dos mais variados tipos de problemas e necessidades, estas mulheres são tidas como grandes conhecedoras das realidades de saúde de suas comunidades e tidas referências que podem ser consultadas para resolver os problemas que mais afligem as pessoas.

As benzedeadas são reconhecidas por seu amplo leque de saberes, utilizados para oferecer alívio e conforto as pessoas que as procuram. Estes saberes são considerados únicos, ou seja, são inerentes e próprios ao fazer destas mulheres. A especificidade de seus conhecimentos se relaciona às formas singulares de diagnóstico, classificação de doenças (físicas, emocionais e espirituais) e tratamento/cura das enfermidades e males apresentados pelos sujeitos (NGOKWEY, 1989; MACIEL, GUARIM, 2006, SILVA 2010; BORGES, 2007).

Além da gama de rezas utilizadas durante os rituais de benzimento, destacam-se nas publicações levantadas os conhecimentos destas mulheres sobre o uso de plantas medicinais (sendo descritas como referências na comunidade para o conhecimento etnobotânico), bem

como sobre a variedade de terapêuticas utilizadas pelas mesmas – como o uso de chás, banhos, garrafadas, unguentos, entre outros (MEDEIROS et al, 2007; RODRIGUES NETO, FARIA, FIGUEIREDO, 2009; MACEDO, FERREIRA, 2004).

Verificou-se ainda que o fazer das benzedadeiras é marcado por uma dualidade interessante: ao mesmo tempo em que é considerado um ofício (MOURA, 2009; NUNES, MAGALHÃES, ROCHA, 2013; VAZ, 2006), também é tido como uma forma de arte (BORGES, 2007). Em boa parte dos trabalhos, a benzeção é considerada um ofício específico, uma forma de trabalho que exige um determinado conhecimento específico. Um ofício (também chamado de ocupação) se origina de uma atividade socialmente exigida, sem necessariamente partir de uma convicção ideológica ou formação dada pelo sistema oficial de ensino.

Em termos fundamentais, uma ocupação se cria a partir da relação do homem com elementos da natureza, que são transformados visando servir à comunidade, a fim de assegurar, em primeiro lugar, a manutenção da vida e, posteriormente, a melhoria das condições de vida (LIMA et al, 2008). Para além de um ofício, sua expressividade, dinamicidade e construção afetiva e emocional, sempre singular, faz a benzeção também ser considerada como uma arte.

A benzeção, neste caso, é considerada com uma ocupação ou ofício, visto que é aprendida na prática ou é passada entre gerações. Por não ser oriunda de um método formal de conhecimento (seus saberes não são sistematizados de acordo com a racionalidade científica moderna), não possuir uma regulamentação pelo Estado e não deter autonomia (política, econômica e prática) a benzeção não pode ser considerada uma profissão. Isto não ocorre pois uma profissão funda-se em torno de uma ideologia que visa regular a ordem social e determinar o que é considerado bom ou mau para a manutenção dessa ordem, características que não correspondem a benzeção. Segundo Lima et al (2008, p.355) “define-se profissão como um corpo de pessoas que conseguiram um título, um status, através de uma formação, com vistas a exercer uma atividade. Uma profissão funda-se, inicialmente, em torno de uma crença, de uma ideologia visando regular a ordem social e determinar o que é considerado bom ou mau para a manutenção dessa ordem.”

Logo, por seus conhecimentos e práticas não serem legitimados e regulamentados pelo Estado, somando-se ao fato da benzeção ser desenvolvida majoritariamente por mulheres,

abre-se um precedente para a perseguição, estigmatização e marginalização dessas agentes de cura.

Vê-se então que o conjunto de saberes e práticas operado pelas benzedeadoras foge do rigor científico de produção e sistematização de conhecimentos. Além disso, e por isso, caminha na contramão do saber e da prática biomédica, não sendo do interesse do Estado e nem dessas “mulheres de fé” a profissionalização de seus saberes e práticas. Assim, constrói-se o elemento místico e misterioso do ofício da benzedeadora, o que, em última instância, justifica sua perseguição, negação, deslegitimação, periferização e marginalização.

Apesar de se observar um atual e discreto movimento em torno do resgate de algumas práticas populares no cuidado à saúde, muitas regiões do país nunca deixaram de utilizá-las, justificando este estudo e reafirmando sua importância. Carreira e Alvim (2002) afirmam que a manutenção do uso das práticas populares de cuidado da saúde está associada não somente às dificuldades econômicas e de acesso aos serviços oficiais, mas também (e principalmente) porque se encontram nas raízes histórico-culturais do povo brasileiro.

Acrescento ainda, que essas práticas se mantêm devido a sua significância junto aos que a utilizam (significado estes muitas vezes são mais importantes que as práticas biomédicas). Desse modo, acredito que as práticas de cuidado de saúde são, principalmente, manifestações culturais de um povo, construídas a partir de seus saberes e práticas tradicionalmente passadas de geração em geração.

2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Trata-se de estudo qualitativo, do tipo estudo de caso. A proposta inicial deste estudo estava fundamentada na adoção da abordagem etnográfica, desenvolvida no bojo dos estudos qualitativos. O método etnográfico foi desenvolvido nos moldes científicos na década de 1920 por Bronislaw Malinowski – considerado um dos fundadores da antropologia enquanto disciplina na área das ciências sociais (LAPLATINE, 2003). Tomando como base os estudos antropológicos e o método etnográfico, Madeleine Leininger desenvolve sua teoria do Cuidado Transcultural e formula o método etnoenfermagem, descrito como uma metodologia de pesquisa qualitativa voltada ao estudo das visões de mundo de indivíduos, grupos e/ou sociedades de acordo com seus aspectos culturais, focalizando os significados, símbolos e experiências (reais ou potenciais) dos informantes sobre o cuidado de enfermagem (LEININGER, 2002).

Embora fosse claro meu desejo em utilizar todos os elementos teóricos e metodológicos propostos na Teoria do Cuidado Transcultural, o tempo reduzido para o desenvolvimento do estudo – especialmente devido a grande demanda de tempo com a técnica de observação participante (proposta nos estudos etnográficos) – inviabilizaram o uso da etnoenfermagem como metodologia do estudo. Embora não tenhamos utilizado o método da etnoenfermagem em nossa pesquisa, busquei manter o debate teórico entre os dados coletados e os conceitos, definições e pressupostos que integram a Teoria do Cuidado Transcultural. Esta escolha foi realizada, pois acredito ser uma estratégia de aproximação e visibilização tanto dos saberes populares que foram identificados com o estudo, quanto dos conhecimentos teóricos produzidos na disciplina de Enfermagem por enfermeiras.

Segui acreditando que a abordagem qualitativa seria a ideal para o desenvolvimento do estudo, pois como afirma Minayo esta abordagem possibilita uma compreensão em profundidade dos objetos de estudo, desvendando valores, atitudes, crenças e aspirações pertencentes às relações (MINAYO, 2010). Nesse sentido, “se aplica ao estudo da história, das relações, das representações das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.” (MINAYO, 2010, p.57). Destaca-se, ainda, por permitir o desvelamento de processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, fato este inteiramente relacionado ao nosso objeto de pesquisa.

A pesquisa foi desenvolvida no município de Maceió, Alagoas, Brasil. Teve como cenário para as entrevistas, às residências dessas mulheres, locais estes em que também realizam suas rezas. Destacamos que o local para realização das entrevistas foi pactuado previamente entre as pesquisadoras e as benzedeadas.

A coleta dos dados foi realizada junto às benzedeadas residentes na cidade de Maceió-AL que estivessem praticando atividades de benzeção no período da coleta de dados. Para a adesão destas a pesquisa, as mesmas foram informadas sobre os objetivos e métodos da pesquisa, manifestando seu desejo em participar por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (Anexo I), como sugerido na Resolução N°466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (BRASILa, 2013).

As benzedeadas foram identificadas a partir de indicações dadas por pesquisadores pertencentes a um grupo de estudo do curso de Ciências Sociais da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), bem como a partir da rede de relações pessoais das pesquisadoras. Destacamos que a aproximação das mesmas foi iniciada após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, por meio do Parecer Consubstanciado n° 292641. A leitura e assinatura do TCLE foi realizada pela própria benzedeadas, sendo auxiliado pelas pesquisadoras quando necessário. Nos casos em que não se encontravam aptas para a leitura, a pesquisadora realizou a leitura na íntegra e solicitou as benzedeadas que imprimisse sua digital no termo, caso aceitassem participar da pesquisa. Ressalto que foi assegurada durante toda pesquisa, o sigilo da identidade das entrevistadas, bem como o respeito à sua autonomia, dando-lhes liberdade de escolha sobre sua participação, deixando-se claro que poderiam desistir da mesma a qualquer momento.

Adotei como técnica de coleta de dados a entrevista narrativa. A entrevista narrativa se destina a encorajar as entrevistadas a contar a história relativa a algo importante de suas vidas e do contexto social. Essa técnica é composta por quatro fases, precedida de sua preparação, que implica na exploração do campo e na formulação de questões exmanentes, as quais dizem respeito aos interesses do pesquisador, refletindo sua linguagem e pensamento. A primeira fase é a iniciação, seguida da narração central. A terceira fase envolve a formulação de perguntas e a quarta fase é a da fala conclusiva (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2010).

A princípio, se pensou em realizar um mapeamento das benzedeadas a partir da construção de uma rede social de investigação, partindo de que uma benzedeadas acompanhada

possa sugerir outras agentes, criando um sistema de informação fornecido pelas mesmas. Esperava com este movimento, denominado por Becker (1994) como “bola de neve”, facilitasse o acesso às benzedeadas, a partir do momento em as pesquisadoras seriam apresentadas por alguém conhecido que já foi observada e entrevistada, facilitando o acesso e a confiabilidade das demais. Entretanto, a partir das primeiras entrevistas (mediadas por pessoas da rede de contatos das pesquisadoras – alguns que já vinham realizando estudos com estas mulheres), observei que este movimento de indicação entre as benzedeadas não aconteceria, pois as mesmas afirmaram não conhecer/ter contato com outras benzedeadas. Assim, permaneci com a estratégia de realização de mapeamento das benzedeadas da cidade partindo da rede de contatos institucional e pessoal das pesquisadoras.

O estudo teve como cenário a cidade de Maceió, capital Alagoana, localizada no nordeste brasileiro, sendo composta por cinquenta bairros, que se distribuem em oito regiões administrativas. As entrevistadas estavam dispostas em diversos bairros da cidade, podendo se observar a distribuição das benzedeadas identificadas e entrevistadas na imagem que segue (Figura 1).

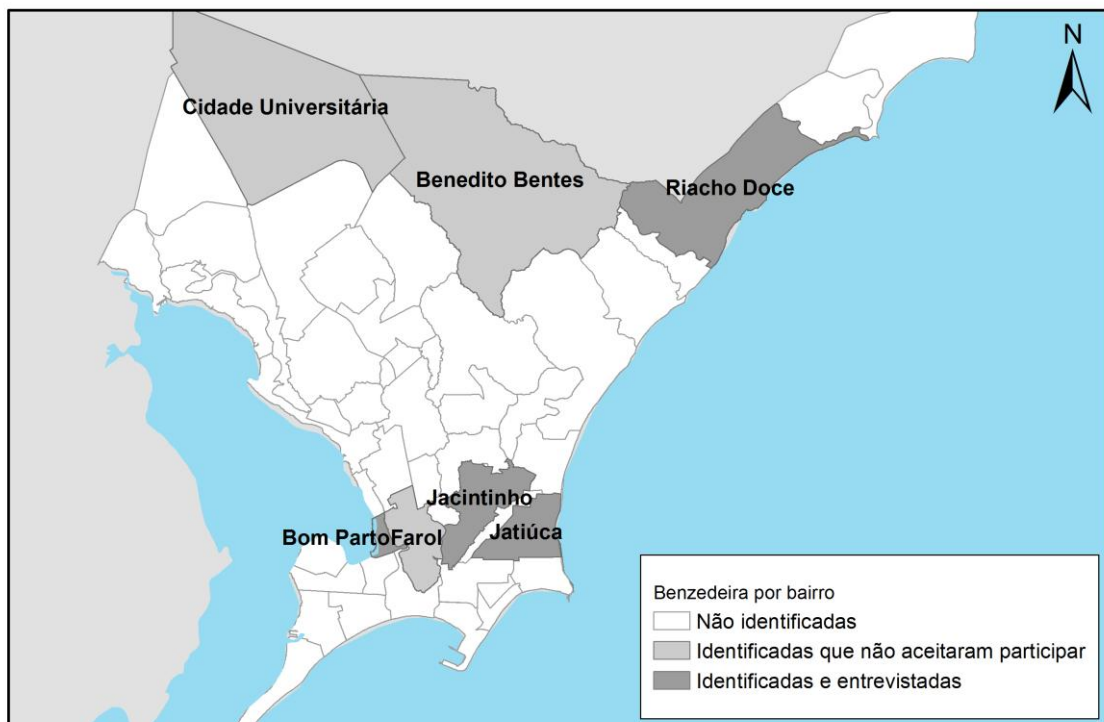
Configurando-se como a cidade mais populosa do estado, no ano de 2013 a cidade possuía cerca de 997 mil habitantes, dos quais 99% residiam em área urbana (IBGE, 2013). Segundo Carvalho (2008) a economia local se caracteriza por um reduzido parque industrial, uma agricultura pouco dinâmica e uma rede de comércio e serviços baseada na economia informal. Tais características, somadas a má distribuição de renda e pobreza, a expõem a um dos piores indicadores sócias do país (SILVA, 2011).

Outra característica marcante da população é a presença de imigrantes do próprio estado, que elevaram de forma acentuada a taxa de urbanização nos últimos anos. A maioria da população que migrou para Maceió em busca de novas oportunidades e de melhoria da qualidade de vida não obteve êxito. A dificuldade de acesso a terra urbanizada e de se inserir no mercado de trabalho formal ainda é um empecilho para a inclusão dessa população (SILVA, 2011).

No que concerne aos serviços de saúde, um dado que se destaca na cidade é a baixa cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Segundo dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, apenas 30,7% da população maceioense é coberta pela ESF (BRASILb, 2013). Além disso, os serviços de média e alta complexidade não são suficientes para suprir de forma digna a necessidade da população.

Tendo como ponto de partida este cenário sociocultural, foram realizadas entrevistas junto a quatro benzedeadas da cidade. Embora tenha contactado sete benzedeadas para a realização do estudo, apenas quatro aceitaram participar do estudo e três negaram-se. A maioria dos contatos foram inicialmente intermediados por pessoas conhecidas da pesquisadora e das benzedeadas, fato que se mostrou um facilitador da aceitação da realização da pesquisa.

Figura 1: Distribuição das benzedeadas contactadas para o estudo na cidade de Maceió/AL. Maceió, 2014.



Para a realização das entrevistas foi utilizado como instrumento facilitador um roteiro de coleta pré-elaborado contendo: 1) dados de caracterização das benzedeadas e 2) roteiro para desenvolvimento de entrevista narrativa (Apêndice I). As entrevistas tiveram data e horário previamente estabelecidos entre pesquisadoras e entrevistadas (ocorrendo no período de junho a novembro de 2013), sendo realizadas no domicílio das mesmas (local indicado pelas entrevistadas), com o tempo médio de duração de aproximadamente 90 minutos (tempo acima do esperado no projeto de pesquisa). As mesmas foram registradas com auxílio de aparelho gravador de áudio, sendo posteriormente transcritas na íntegra pelas pesquisadoras, a fim de que fossem preservadas todas as falas/ideias contidas nas narrativas das entrevistadas. Após transcrição dos depoimentos, as entrevistas foram lidas minuciosamente e repetidas vezes pela pesquisadora, buscando responder aos objetivos propostos no estudo.

As notas de campo realizadas foram utilizadas como recursos complementares de coleta de dados. Estas foram redigidas pela própria pesquisadora no mesmo dia de realização da entrevista, contendo informações gerais sobre o processo de chegada e realização das entrevistas, bem como algumas análises preliminares das narrativas a partir dos pontos mais relevantes da entrevista.

A análise dos dados foi realizada por meio da análise temática, uma das modalidades da análise de conteúdo. Segundo Bardin a análise de conteúdo é

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 2009, p.44).

A análise temática tem por objetivo proceder uma análise dos significados de uma determinada mensagem. Trata-se de uma categorização rápida e eficaz para se aplicar a discursos diretos e simples, sendo por isso eleita neste estudo. Com o uso da análise temática, alcançamos uma análise que apreendeu os saberes e práticas das benzedeadas(os) de Maceió-AL, considerando seu contexto de vida.

Segundo Minayo (2010) a noção de tema se relaciona à definição de um determinado assunto, podendo ser este mais amplo ou restrito. Ainda segundo a autora, fazer uma análise temática consiste em desvelar os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação em análise, cuja presença e frequência possuam algum significado para o objeto do estudo.

Bardin propõem que a análise de conteúdo, na qual se inclui a análise temática, se desenvolva a partir da execução das seguintes etapas, adotadas neste estudo: 1) organização da análise, composta pelas fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação; 2) codificação, na qual se fez a extração das unidades de registro e de contexto; 3) categorização; e 4) inferência (BARDIN, 2009). Os resultados encontrados foram confrontados com a literatura por meio de fragmentos das falas e diálogos com autores.

Cabe destacar que um série de estudos nas áreas de saúde, enfermagem e antropologia foram utilizados para a construção da discussão deste trabalho, especialmente no que diz respeito à aproximação do objeto de estudos e a interpretação do material empírico. Como afirma Geertz “os estudos constroem-se sobre outros estudos, não no sentido de que retomam onde outros deixaram, mas no sentido de que, melhor informados e melhor conceitualizados, eles mergulham mais profundamente nas mesmas coisas.” (GEERTZ, 2008, p.18).

Ressaltamos, ainda, que não pretendemos chegar à compreensão final ou total sobre o objeto de estudo aqui abordado; buscamos sim, ao considerarmos nossas limitações históricas e culturais, estender um olhar sobre o fenômeno da benzeção e estabelecer uma aproximação com as práticas de cura e cuidado de saúde desenvolvidas nos sistemas popular e oficial de saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Conhecendo as “mulheres de fé”

Abordarei neste primeiro item a história de vida das mulheres que compuseram o quadro de entrevistadas deste estudo. Nesta apresentação estarei também repassando uma descrição da realidade local e social no qual se inserem suas práticas de cuidado e cura. Posteriormente a tal apresentação das mesmas, será realizada a descrição dos núcleos temáticos que emergiram da análise das entrevistas.

3.1.1 Dona M.J. e a sabedoria de sua bisavó

Dona M.J., primeira benzedeira entrevistada, é uma senhora de 67 anos, negra, natural da própria capital Maceió, cidade em que viveu toda sua vida. Viúva, mãe de sete filhos e avó de “*um monte*” de netos (não sabe exatamente quantos), dona M.J. se dedica aos cuidados da casa e família, fato que ocorre desde seu casamento precoce (aos 13 anos) com seu falecido esposo. Embora tenha formação de nível superior em contabilidade, fato que a orgulha bastante devido às dificuldade de acesso das mulheres do seu tempo conseguirem realizar um curso superior, ela nunca chegou a exercer a profissão, pois, como dito, sempre precisou exercer tarefas domésticas (cuidar dos filhos, marido e casa, por exemplo).

Afirma que sua religião é “*Deus*”. Embora tenha frequentado por um longo período a igreja católica e relate ainda se interessar em “*ouvir as palavras de Deus*”, ela se afastou da prática regular da religião. Este afastamento é relacionado por ela a sua desacreditação do atuais sacerdotes da igreja que, segundo ela, constantemente estão envolvidos em denúncias de abuso de menores de idade, bem como mantém um enriquecimento excessivo (e não compartilhado com o povo) de seus representantes e da instituição como um todo.

Orgulha-se de ter aprendido a benzer com sua avó (que aprendera com sua bisavó) e mãe, fato que parece conferir (por ela mesmo) maior “credibilidade” as suas rezas. Diz orgulhosa: “*Eu tenho sabedoria de minha bisavó!*” Apesar disso, acrescenta que para rezar também é necessário que o sujeito seja dotado de um dom especial conferido por Deus. Este

dom se apresenta como uma energia positiva, energia esta que auxilia a benzedeira a ajudar as pessoas que a buscam em sofrimento.

Suas habilidades para o benzimento se manifestaram para primeira vez quando a mesma ainda era criança (aproximadamente oito anos de idade), momento em que, mesmo sem conhecer o universo da benzeção, rezou uma mulher que se encontrava “*endemoniada*”, curando-a. Desde então outras curas foram realizadas e sua fama de benzedeira se expandiu entre os que a conheciam. Atualmente, dona M.J. benze apenas pessoas de sua família e alguns amigos próximos, geralmente sendo essas benzeções realizadas em seu próprio domicílio ou na casa destes sujeitos.

Dona M.J. reside no bairro da Jatiúca, um dos mais valorizados da cidade, localizados na orla marítima de Maceió. Como boa parte de sua vizinhança, zela muito por sua privacidade, sentindo-se bastante desconfortável quando pessoas desconhecidas chegam em sua casa procurando seus serviços. Assim, afirmou várias vezes que não gosta que divulguem seus feitos, nem onde ela reside para desconhecidos, evitando assim uma procura excessiva por suas rezas.

3.1.2 Dona L.F. e sua dinâmica (*babados*⁷)

Dona L.F. é uma mulher negra, de 76 anos de idade “*bem vividos*” (segundo ela), aposentada como doméstica, não alfabetizada. Mãe de nove filhos, dona L.F. surpreende por sua simplicidade e disposição para atender a todos que a procuram, independente de dia, horário e situação.

Nascida em Matriz do Camaragibe (município localizado a aproximadamente 76km da capital Maceió) viveu sua infância e boa parte da adolescência em uma grota da cidade, um local bastante pobre e de difícil acesso, mas de “*rara beleza*” segundo ela. Foi durante esse período que dona L.F. começou a descobrir e vivenciar suas habilidades de cura; conta que quando criança via luzes acendendo e apagando repetidas vezes em sua casa enquanto todos dormiam e, embora tentasse muitas vezes falar sobre o assunto, nunca conseguia explicar

⁷ Os “*babados*” aos quais dona L.F menciona se referem as inúmeras dificuldades enfrentadas por ela em sua trajetória religiosa. Também faz referência as muitas práticas espirituais (incluindo as de cura) desenvolvidas por ela em seu ofício de benzedeira.

estes fenômenos a alguém, pois sua “*língua engrossava*”. Sua mãe, ao pensar que L.F. tinha algum problema mental ou espiritual levou-a em um benzedor da região que, após rezá-la, disse a sua mãe que não havia nenhum problema com a criança (de “loucura”, como se acreditava), mas sim era um “*caso dado por Deus e que só Ele poderia tirar*”.

Aos 16 anos dona L.F. foi trazida por seu tio para a capital, Maceió, durante as comemorações do carnaval de 1951. Encantada com a beleza da festa e com a rotina de vida da capital alagoana (lembra, por exemplo, da rotina de chegada e entrada das crianças na escola), após o carnaval, pediu a seu tio que solicitasse a seu pai permissão para que ficasse residindo em Maceió por um período, pedido aceito por este. Dona L.F., passou então a morar com a família de seus tios.

Neste mesmo período dona L.F., foi levada a uma festa em um terreiro de candomblé, onde foi chamada pelo Pai de Santo a frequentar a casa, pois o mesmo teve uma vidência que ela possuía “*algo especial*”. Entretanto, por ter sido educada sob os dogmas católicos, afirma que tinha muito medo das práticas do candomblé e “*saiu correndo*” do terreiro, passando um bom tempo sem retornar.

Embora sua educação inicial tivesse como base o catolicismo, quando adulta (já casada e com filhos) passou frequentar a doutrina espírita kardecista durante 15 anos. Entretanto, ela afirma ter sido um período complicado, pois, mesmos ainda estando provida de suas habilidades espirituais, estas não se “manifestavam” durante as sessões de passe⁸— afirma que as características do local e do ritual realizados no centro espírita dificultavam que seus “*guias espirituais se manifestassem*”. Segundo dona L.F. sua intenção quando frequentava o cardecismo era que as pessoas da instituição a ajudassem a “*se livrar*” de suas habilidades mediúnicas, fato que não ocorreu.

Após diversas tentativas de apagamento de suas habilidades mediúnicas, dona L.F. acabou aceitando-as e exercendo-as em sua casa de forma independente (sem associação direta com nenhuma instituição religiosa). Com tal aceitação, as pessoas passaram a procurá-la e sua fama de rezadeira se disseminou dentro e fora da comunidade. Com a crescente

⁸ Segundo Melo podemos compreender o termo “passe” partindo de diferentes significados. Segundo o autor, “inicialmente era o passe apenas o nome dado ao gesto (ou ao conjunto destes) com fins de se movimentar “eflúvios”. Depois, entendido como atividade de cura, generalizou-se como a própria política da cura. No entendimento Espírita, ora é evocado como um, ora como outro sentido. Apesar disso, na maneira como venha a se empregar o termo, passe tanto pode ser entendido como uma terapia espírita, como uma parte do magnetismo, como uma técnica de cura ou ainda como o sentido genérico da ‘fluidoterapia’”. (MELO, 1991, p.7).

procura e divulgação de suas práticas, a mesma afirma que precisou obter um registro da federação espírita para continuar desenvolvendo livremente suas práticas⁹. Foi este fato que a fez buscar conhecer e se iniciar nas práticas de candomblé, presentes até hoje em seu fazer de benzedeira junto a outras práticas católicas e espíritas kardecistas.

Há mais de 50 anos dona L.F reside em um dos bairros mais populosos e violentos da cidade – Jacintinho – caracterizado pela ampla movimentação comercial (de inúmeros objetos), alta densidade demográfica, elevados índices de violência e reduzidos índices de escolaridade, saúde e segurança social. Suas rezas são bastante procuradas tanto pelas pessoas da comunidade quanto por sujeitos externos a esta (que ficam sabendo através de conhecidos). Suas práticas de reza e cura são realizadas em seu terreiro e Peji¹⁰, localizado nos fundos de sua casa. É também lá que ela realiza suas palestras e mesas brancas durante alguns dias da semana, recebendo várias pessoas, que reafirmam suas habilidades espirituais e de cura.

3.1.3. Dona J.P e sua dedicação

Dona J.P, 78 anos, é uma mulher branca, nascida e criada no bairro de Riacho Doce (litoral norte de Maceió), mãe de sete filhos, vendedora informal de alimentos e roupas. Sua infância e adolescência foi marcada pela pobreza em que vivia sua família e seu desejo, desde criança, de tornar-se freira. Contudo, este sonho não foi concretizado devido a baixa escolaridade, ou como ela mesmo sugeriu “*estudo insuficiente*”, uma vez que as meninas que desejassem entrar no convento deveriam falar latim e ela “*mal falava português*”.

Na adolescência passou a se dedicar à devoção católica informalmente, desempenhando atividades de cuidado da igreja local. Essa aproximação intensa se apresentava como uma das formas de fuga do casamento (não desejado) com seu primeiro companheiro, com o qual teve cinco filhos. Abandonada pelo esposo, dona L.F. precisou

⁹ Esse registro, conferido pela Federação Zeladora das Religiões Tradicionais Afro-Brasileiras de Alagoas, é uma forma de acreditação que visa atestar o caráter tradicional e sério das práticas dos sujeitos que recebem tal registro.

¹⁰ Peji: Palavra de origem africana que designa, nos candomblés de procedência jeje-nagô ou banto, a morada dos orixás. Pequeno altar armado ao ar livre ou dentro de casa. A assimilação de elementos do catolicismo pelo candomblé faz com que se encontre nos pejis, entre os orixás, oguns e exus, imagens de santos católicos como são Cosme e são Damião, são Jorge, santa Luzia e santa Ifigênia. (LODY, 2003).

ainda mais desenvolver suas atividades comerciais, a fim de sustentar sua família. Algum tempo depois, a mesma conheceu seu segundo companheiro, com o qual teve mais 2 filhos e que, assim como o primeiro, acabou abandonando-a com as crianças. Assim, dona L.F. sempre precisou ser financeiramente autônoma, muito embora sempre tenha levado uma vida muito pobre. Sua renda se baseava na venda – que se mantém até hoje - de diversos produtos (frutas, legumes, mariscos, roupas, entre outros) na porta de sua casa, bem como lavando roupas e fazendo faxina em casas de famílias próximas. Foi essa pequena renda que fez com que dona L.F. conseguisse se sustentar e às crianças.

Todo o sofrimento e problemas enfrentados por ela são considerados pela mesma como aprovações que ela teve que enfrentar para “*ser merecedora*” e “*se desenvolver na espiritualidade*”. Estes fatos a tornaram apta e digna a curar através de sua fé extrema em Deus. Embora, segundo ela, todas essas dificuldades fossem necessárias para seu desenvolvimento pessoal e cristão, a mesma afirma que seu “*dom para ajudar as pessoas é de nascença*”. Lembra que sua mãe lhe contara que, quando criança, um homem (que trabalhava na construção de uma casa vizinha), já “*iniciado na espiritualidade*” falava que ela iria ser uma pessoa que trabalhara com base em sua fé, que ela já tinha um dom. Lembrou ainda que desde muito pequena já gostava de aconselhar as pessoas, chegando até a fazer homens velhos chorarem através de suas palavras.

Sua história de vida foi marcada por sofrimento, pobreza e muito trabalho, sendo estes os motivos dela hoje se considerar “*milionária*”. Dois exemplos se destacam como prova de seu sucesso: a boa criação de seus filhos (todos os filhos estudaram e possuem bons empregos e casas construídas com sua ajuda) e a construção e posteriores reformas de sua própria casa (antes um barraco de taipa e hoje uma casa de alvenaria com primeiro andar). Todo esse sucesso, entretanto, foi se construindo de forma muito lenta e trabalhosa.

Dona J.P começou suas curas rezando seus irmãos e algumas pessoas que moravam próximas a sua casa quando ainda era criança; mas que de forma sistemática e ‘oficial’ só começou a curar depois do abandono pelo seu segundo companheiro. A partir de algumas curas que realizava em sua comunidade a notícia sobre suas ajudas e ‘bem-feitorias’ foi se espalhando pelo bairro, pela cidade e, inclusive, fora dela. Passou, então, a receber muitas pessoas que buscavam sua ajuda, fazendo-a “*trabalhar muito durante todo o dia e noite*”.

Devido à sobrecarga de trabalho e com o avançar da idade, passou a ficar com a saúde fragilizada e necessitar de acompanhamento médico. Foi durante uma consulta que seu

médico sugeriu a distribuição de fichas de atendimento durante três dias da semana, a fim de reduzir sua carga de trabalho e fazê-la descansar e cuidar mais de sua própria saúde. Seguindo as orientações médicas, hoje dona L.F. distribui dez fichas nas segundas, quintas e sextas-feiras, para pessoas que chegam a seu domicílio buscando ajuda. Cabe destacar, entretanto, que em casos graves (como ela refere “muito aperreada”) ou em situações em que os sujeitos têm alguma dificuldade de transporte, a mesma atende os casos, mesmo sendo em seus dias de descanso.

3.1.4. Dona M. e suas fases

Nascida e criada em Maceió, D. M., 76 anos, parda, é dona de casa, casada (em um relacionamento conflituoso que não a faz feliz, mas que ela “*manterá até a hora da morte*”, devido ao seu juramento – o casamento parece uma obrigação que ela se sente obrigada a manter pelo resto da vida), mãe de três filhos. Sua casa, localizada no bairro do Bom Parto, é um lugar simples e acolhedor, apresentado como fruto de seu trabalho como rezadeira/curandeira – trabalho esse desenvolvido por mais de 50 anos, sem nunca cobrar pelas curas e trabalhos que realizava, aceitando, entretanto as doações das pessoas que podiam e queriam ajudá-la.

Adotando práticas sincréticas de candomblé e catolicismo, dona M. iniciou sua trajetória espiritual após uma grave crise mental, a qual conseguiu superar após conhecer e ser tratada por um Pai de Santo. Esta crise a fez receber o dom de ajudar as pessoas, tornando-a mais sensível ao campo espiritual, fato que culminou em sua posterior iniciação na religião e desenvolvimento de trabalhos como Mãe de Santo. Embora tivesse desenvolvido por muitos anos o trabalho como Mãe de Santo, quando questionamos sobre sua religião a mesma afirmou que “*Minha religião é Deus!*”. Afirmou, ainda, que gosta da igreja católica, sempre “*escuta a palavra de Deus*” e considera o espiritismo uma ciência (e não uma religião) – ideia essa que a faz se aproximar, também, do espiritismo kardecista.

Suas práticas de cura e benzeção passaram a ocorrer após sua iniciação no candomblé. Entretanto, afirma que nunca aprendeu a curar com ninguém – suas habilidades eram um dom recebido de Deus após ter se curado de suas crises de “*loucura*”, quando tinha aproximadamente 23 anos. Suas práticas de cura e cuidado se iniciavam com orações

tradicionais católicas, seguidas pela incorporação de um “*espírito de luz*”, referenciado como “*caboclo*”¹¹, que orientava quais os procedimentos terapêuticos o sujeito deveria seguir para obter a cura. Além disso, ela era auxiliada por uma de suas filhas, sendo esta considerada “*enfermeira*”, por ajudá-la durante sessões de cura.

Suas atividades como Mãe de Santo foram interrompidas devido a problemas em seu relacionamento conjugal. Afirmou que seu marido se sentia “*enciumado*” com a presença e admiração de outros homens (filhos de santo, visitantes, etc) por ela durante as festas no terreiro, bem como nas visitas cotidianas para consultas e sessões de cura. Dona M. afirma que sente muita falta das suas atividades, que se “*sentia como uma rainha*” quando estava em seu terreiro. Afirmou, ainda, continuar dotada de suas habilidades de cura e ter saúde suficiente para manter as atividades caso seu relacionamento (marido) permitisse.

Apesar de ter suspenso suas atividades e trabalhos no terreiro ela continua rezando e curando algumas pessoas de sua família e amigos próximos. São nestas curas esporádicas que ela revivencia suas habilidades e dom, que nunca deixaram de existir, mesmo diante de suas adversidades conjugais.

3.2 Saúde e doença: compreensões e aproximações ao universo das benzedeiras

Partindo da análise das entrevistas, utilizando como técnica os processos de codificação e categorização propostos pela análise temática, o primeiro núcleo que emergiu foi “Saúde e doença: compreensões e aproximações ao universo das benzedeiras”.

Tanto a doença, quanto os cuidados para se alcançar a saúde, são universais entre os seres humanos. Cada grupo, diante das situações de saúde e necessidades de saúde, se mobiliza e organiza coletivamente – através de meios materiais, pensamento e elementos culturais – para compreender e desenvolver técnicas de cuidado em resposta às demandas de

¹¹ Caboclos são entidades surgidas nos terreiros brasileiros (cultuadas no candomblé e umbanda) que se apresentam nos terreiros como espíritos com um certo grau espiritual de evolução. São considerados espíritos de índios que já morreram e que viraram guias de luz que voltam à Terra para prestar a caridade ao próximo, ou almas de pessoas que assumiram a roupagem fluídica de caboclo como instrumento de ideal. (FERRETTI, 1997).

saúde apresentadas, sejam elas individuais ou coletivas (LANGDON, WIIK, 2010; LEININGER, MCFARLAND, 2002).

Compreendendo que as pessoas estão sempre interagindo num processo em que eles percebem e interpretam o que os outros estão dizendo, e também interagem segundo suas interpretações (demonstrando o caráter espontâneo e não finito das relações humanas), Langdon afirma que “decidir ou interpretar que você está doente é um processo que é construído junto ao seu grupo, envolvendo noções compartilhadas obre o corpo, seu funcionamento e quais sinais indicam que algo está errado, a gravidade da situação e como interpretá-la.” (LANGDON, 2009, p.324). É seguindo este pensamento, que buscaremos identificar quais as compreensões das benzedadeiras sobre os conceitos de saúde e doença.

A análise dos depoimentos das benzedadeiras sobre saúde e doença me permitiu inferir que a saúde é compreendida com um estado (mutável) de bem estar físico, mental e espiritual – de forma conectada, e não desagregada. Este estado é algo difícil de ser alcançado, pois diversos fatores como ambiente, relações, pessoais, hábitos alimentares e práticas religiosas, o influenciam diretamente, podendo levar os indivíduos a estados de sofrimento e adoecimento. Tais fatores se relacionam às mais diversas ordens da vida social dos indivíduos e coletividades, englobando elementos de ordem física/estrutural, ambiental, emocional, relacional e espiritual.

É possível observar a existência de uma linha de compreensão sobre o que seja saúde/doença mais relacionada a aspectos de ordem científica e biológica. Nesse contexto, a saúde está mais relacionada aos fatores físicos e ambientais, acentuando-se uma clara relação entre hábitos alimentares e de atividade física, com a tentativa de se alcançar um estado de saúde. Entretanto, percebi nas falas certa descrença ou desesperança em se alcançar tal estado de saúde, devido as constantes agressões as quais os sujeitos são expostos diariamente. A fala de dona J.P. exemplifica esta linha de compreensão sobre saúde.

(...) o problema da saúde é um problema muito complicado, sabe por quê? Porque a gente faz tudo pra ter saúde e no fim da história a gente sempre fica doente; sempre fica doente! A primeira coisa que complica a gente, a gente não pode dizer pra não dá complicação aos outros, mas é a água que a gente bebe! É a primeira coisa que é complicado! A galinha, você compra um frango com trinta dias de nascido tem três quilos! Você pega aquela galinha e bota no fogo - tira logo o couro, por causa dos colesterolis - você nem bota óleo e ela fica coberta de óleo! A carne de boi você não sabe nem quando foi que mataram aquele boi! A farinha é uma coisa que ninguém nem sabe como é que foi que fizeram! A verdura você nem sabe quando é que foi que arrancaram aquilo ali! E a gente tem tanto cuidado com a nossa saúde e de vez em quando tem sempre um problema! Aí é muito regime, é muita coisa, é um

negócio que você não pode comer isso, não pode comer aquilo outro, e não pode ir pra qualquer canto porque você não pode ir... e você só vive morrendo! (Dona J.P.)

Além do caráter mais biológico, vemos que o discurso sobre saúde-doença de dona J.P. envolve uma crítica clara ao atual modelo de produção econômica. Avalia os riscos e consequências de uma sociedade que prega cada dia mais a industrialização e a produção excessiva e imediata de insumos e alimentos, sem valorizar e priorizar os meios de produção naturais, orgânicos e artesanais dos mesmos. Aponta, assim, como consequência quase inevitável deste processo, o surgimento e crescente desenvolvimento de doenças nas sociedades contemporâneas.

Esta forma de pensamento acaba por demonstrar a crítica que estas mulheres possuem (mesmo diante do baixo nível de escolaridade – ausente no caso de dona J.P.) ao atual modelo consumista que vem se alastrando e reforçando, bem como a possível influência positiva que as mesmas desenvolvem (ou poderiam vir a desenvolver caso fossem estimuladas) em suas comunidades. Partindo desta situação, e resgatando o conceito de participação popular¹², me indaguei quais seriam as contribuições das benzedeiras no processo de tomada de conscientização e empoderamento das comunidades, especialmente no que diz respeito às questões de saúde? Assumiriam estas mulheres um papel de destaque (na forma de lideranças) em suas comunidades?

No momento não possuo respostas para tais questionamentos, mas acredito que a participação das benzedeiras nos processos de planejamento e gestão sociais, especialmente no que diz respeito à saúde e assistência social, contribuiria de forma significativa para o reconhecimento das necessidades da comunidade (que permitiriam uma atuação eficaz das ações governamentais), bem como para o empoderamento social.

Seguindo a análise desta fala de dona J.P. notei uma aproximação ao discurso científico, originariamente de cunho biomédico. Essa proximidade de discursos nos permite visualizar e até mesmo inferir a possibilidade e disposição das benzedeiras em promoverem relações de vínculo entre seus saberes (populares) e o dos profissionais (científicos), a fim de se promover ações e parcerias para a promoção da saúde dos indivíduos. Há no discurso delas,

¹² Participação popular: instituída como um princípio constitucional pela Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, consiste na participação ativa da sociedade no processo de gestão do sistema de saúde, nas diferentes esferas de governo. Assim, a população passa a assumir uma condição de agente social ativo na política de saúde nacional (BRASIL, 1990; NUNES, COSTA, TEIXEIRA, RAMOS, 2009).

ma apropriação e resignificação de conceitos utilizados pelos profissionais e que comumente também são veiculados nas mídias.

Seguindo esta mesma vertente de pensamento, a doença passa a ser vista como uma consequência direta de algum fenômeno biológico ou ambiental, que influencia negativamente o estado de saúde de um sujeito. É o que se observa na fala de dona M.J.:

mas como eu disse: o olhado, ele faz você adoecer, isso aí é olhado. Mas não tem nada haver com íngua, nada haver com espinhela, não tem nada haver com cobreiro, isso aí é doença! Aí no seu relatório você pode colocar que a doença é o cobreiro, espinhela caída como as curandeiras dizem, íngua, ventre virado, não tem nada [a ver] com olhado. Você repare se ela vai dizer isso a você. A diferença como é: essas aí são doenças, agora o olhado é diferente. O olhado é inveja: na sua roupa, no seu trabalho, no que você come, no que você veste, na sua sabedoria; aí esse é o olhado; e essa é a pior macumba do mundo! (Dona M.J.)

Constatai, entretanto, que em boa parte das falas das benzedeiras saúde e doença são compreendidas de forma ampliada. Observei assim, que a saúde e a doença também podem ser compreendidas a partir de uma visão mais experiencial e filosófica (em contraponto à visão de cunho científico), que amplia a conceituação de saúde para além das implicações físicas do sujeito, abordando-o a partir de sua subjetividade e integralidade.

Estas mulheres adotam uma visão mais sensível e relacional sobre o que seja saúde, compreendendo-a como um estado de espírito em que se experimenta sentimentos e sensações – como de paz interior, serenidade, vitalidade, felicidade, entre outras – permitindo que os indivíduos mantenham boas relações consigo e com os outros. Dona M., por exemplo, considera a saúde como um estado de paz espiritual em que o sujeito mantém boas relações com seus semelhantes. Em suas palavras:

(...) eu acho que saúde é você viver em paz, ter alegria, receber seu semelhante bem; se você tem alguma coisa para você se alimentar e encontrar alguma coisa (alguém) que precisa a gente divide. Eu acho que saúde é isso aí. Aí dentro disso você não vê doença, você não sente nada, só sente alegria! Só sente vontade de viver! Aí eu acho que é isso aí. (Dona M.)

Vista também como uma graça “concedida por Deus” a pessoas “merecedoras”, a compreensão de saúde mostra-se inteiramente vinculada às questões de ordem espiritual. Na fala de Dona M.J., “a saúde é a dádiva de Deus!”, percebemos claramente tal conexão. Dádiva é uma palavra derivada do latim *dativa* que significa donativo, representando aquilo que é dado gratuitamente, um presente ou uma oferta (WEISZFLOG, 2012). Este termo é comumente utilizado com o sentido “divino”, como expresso na fala anterior de dona M.J., sendo a saúde, neste caso, encarada como um presente sagrado que se recebe de Deus.

Observou-se assim, que esta visão confere à saúde certa passividade e transcendência, sendo a mesma alcançada mediante a “vontade de Deus”.

Se seguirmos tal linha de pensamento, inferimos que a doença pode ser compreendida como uma espécie de penalidade a algum ato/pensamento “errado” que o sujeito venha a ter, sendo também encarado como uma tentativa de correção de algum aspecto moral/espiritual negativo que o sujeito apresente, como pode ser visto na fala de dona L.F.

...trabalhar pelo mal, trabalhar pelas esquerdas, fazer coisa que não interessa... Isso aí, Deus não quer esse negócio! Aí a pessoa apanha, pra ver se aprende! (Dona L.F.)

Em estudo realizado junto a uma classe trabalhadora em uma favela do Rio de Janeiro, Minayo (1988) identificou situação semelhante, constatando que os sujeitos (especialmente as ligadas à fé cristã) representavam a doença e a cura como consequência da vontade de Deus, embora também considerassem as causas socioeconômicas, emocionais e naturais.

Além disso, como refere dona M., a doença pode vir como consequência de “energias negativas” que se instalam nos sujeitos, tanto por meio de relações mal estabelecidas com outras pessoas, quanto devido à falta de autocuidado.

A doença vem diante disso aí. Maltrato, assim, da pessoa viver xingando o outro sem a pessoa merecer, levantando falso, né?! Tem que ser uma pessoa alegre, descende. Se uma pessoa achar que você é uma pessoa que não vale nada a pessoa adoce, fica maltratada, fica ... não tem nem vontade de viver. Aí a gente acha que a doença vem daí. E diante disso tudo vai gerando coisas no corpo da gente, que as vezes somos orgulhosos e não que se ter, acha que a gente tá certo em agir dessa maneira. Aí acho que a doença vem daí. Porque se houvesse compreensão, a paz, o sossego, até que a gente passava por cima da doença. (Dona M.)

Aprofundando o entendimento das benzedeiças sobre o que venha a ser doença, percebi a existência de duas classificações distintas para a mesma: a “doença de médico” e a “doença espiritual”. Tal classificação tem como base a terapêutica que deverá ser empregada em cada situação de saúde/doença a qual o indivíduo se encontra.

As “doenças de médico” são geralmente causadas por fatores internos e externos aos sujeitos, relativos a fatores fisiológicos, infectocontagiosos, esforço excessivo, sobrecarga de trabalho, entre outros. Tais problemas, embora sejam identificados pelas benzedeiças por meio de seus próprios métodos (comentados a seguir) são tratados segundo a terapêutica biomédica, justificando por isso o encaminhamento dos sujeitos a esses profissionais.

Eu não sei como é que eu via, que a coisa falava assim de repente: ‘olha, isso aqui não é para mim, isso aqui não é doença espiritual, pode até ser que tenha jeito no

espiritismo, mas isso aqui é doença pra médico'. Aqui quando não era pra médico, eu via mesmo que não era. Não era pra médico, vamos tratar... (Dona M.)

Ainda segundo a visão das benzedeiras, a doença pode ser compreendida segundo uma classificação mística e espiritual. Tais enfermidades têm origem e se relacionam à sensibilidade dos sujeitos de receberem ou abrigarem (na maioria das vezes de forma inconsciente) “energias negativas” advindas de outros sujeitos ou, até mesmo, de “espíritos inferiores” (obsessores). Tais ideias podem ser visualizadas nas falas que seguem.

Mas não tem nada a ver com íngua, nada a ver com espinhela, não tem nada a ver com cobreiro, isso aí é doença! [...] A doença é o cobreiro, espinhela caída, como as curandeiras dizem, íngua, ventre virado, não tem nada [a ver] com olhado. [...] A diferença como é: essas aí são doenças, agora o olhado é diferente. O olhado é inveja: na sua roupa, no seu trabalho, no que você come, no que você veste, na sua sabedoria; aí esse é o olhado; e essa é a pior macumba do mundo! Como meu Padrinho Ciço dizia, que minha vó contava, que ele falava no seu sermão: olhe meu filho, não há maior macumba no mundo do que a inveja! E é mesmo! O invejoso não tem perdão no reino de Deus. A pessoa que quer o que é dos outros pra si, e fica querendo, querendo... e aquilo atrapalha! É como um imã, aí isso aí você vai definhando, definhando... se a pessoa é casada perde o marido por causa de inveja. [...] Quem fica doente é as energias negativas que aniquila. (Dona M.J.)

Aí as vezes você vai pra um lugar e ali tem um espírito mal, rebelde, sabe?! Que as vezes ele quer descansar. Aí o que é que acontece?! As vezes ele não pode falar com você. Aí o que é que acontece?! Ele atrapalha sua vida! Porque ele fala tanto pra você que tá assim, mas você não vê pra poder ajudar! Aí ele começa a te perseguir, perseguir... Aí você diz: nada pra mim dá certo, meu Deus, o que é? É isso! (Dona M.J.)

Aí as vezes as pessoas dizem: ah, fulano tá com um espírito mal, tá com um espírito ruim... Mas não é não, são as energias negativas que a pessoa adquire através de inveja! (Dona M.J.)

A doença vem diante disso aí. Maltrato, assim, da pessoa viver xingando o outro sem a pessoa merecer, levantando falso, né?! [...] Se uma pessoa achar que você é uma pessoa que não vale nada a pessoa adoecer, fica maltratada, fica... não tem nem vontade de viver. Aí a gente acha que a doença vem daí. E diante disso tudo vai gerando coisas no corpo da gente, que as vezes somos orgulhosos e não que se ter, acha que a gente tá certo em agir dessa maneira. Aí acho que a doença vem daí. Porque se houvesse compreensão, a paz, o sossego, até que a gente passava por cima da doença, muito embora que a gente não pode evitar a doença, nem pode evitar de morrer. Mas a gente passava, mas é muito problema para gente enfrentar que a doença só pode tomar conta, enlouquece, deixa a pessoa fraca de espírito. Se a pessoa não tiver mesmo fé em Deus, e alguém do lado para ajudar, aí não tem condições de levar. Aí vem a vontade de se suicidar, a gente não tem vontade de pentear o cabelo, de tomar banho, só tem vontade de ficar deitada. Olha a casa toda suja, toda imunda e não tem coragem de varrer, de limpar. Vê os pratos para lavar e não tem coragem de lavar. Aí tudo isso, acho que a doença é isso aí. (Dona M.)

A terapêutica das “doenças espirituais” se baseia no conhecimento místico e natural destas mulheres, cujas práticas de cura (abordadas nas seções que seguem) se desenvolvem a

partir de suas habilidades no manejo de orações e rituais, bem como na fé recíproca – das benzedeiras e dos benzidos – em Deus e na eficácia das benzeções.

Cabe destacar ainda, que o indivíduo pode ser acometido por algum problema que necessite das duas formas de tratamento respectivamente: a terapêutica médica e a da benzeção. É o que aponta, por exemplo, a fala a seguir:

Porque tem pessoas que têm problema espiritual e têm pessoas que tem problema de médico. Junto! Então quando fazem as coisas pra perturbar os outros que manda, aí qualquer coisa que a pessoa tenha aí junta uma coisa com a outra aí ficar pior pra aquela pessoa sofrer! Aí eu mando: vá pro médico e depois que você vier do médico você venha aqui! Aí quando a pessoa vem aqui aí eu digo: pronto, agora você vai fazer assim e assado! Mas tem que fazer, tem que ir! (Dona L.F.)

A partir dessas formas de compreensão das doenças, identifiquei nas falas das entrevistadas diversos métodos para realização dos diagnósticos dos problemas que estão acometendo os sujeitos. Tais métodos variam desde a percepção empírica (sensorial) da doença, mediada através dos “guias espirituais” referidos por elas, bem como o jogo de búzios, leitura da chama de velas e análise dos sintomas descritos pelos sujeitos. Alguns exemplos desses métodos diagnósticos podem ser visualizados a seguir:

*Eu já mandei alguém procurar um médico porque eu achava que a doença não era espiritual. **Como a senhora via se era ou não era?** Eu não sei como é que eu via, que a coisa falava assim de repente: "olha, isso aqui não é para mim, isso aqui não é doença espiritual, pode até ser que tenha jeito no espiritismo, mas isso aqui é doença para médico. (Dona M.)*

Aí eu jogo, assim, quando é problema de médico eu mando ir pra médico, mas quando é problema espiritual a gente faz as coisas que precisa... (Dona L.F.)

É porque ela não comia, não dormia, ela se assombrava, ela se assustava, ela ia pro colégio e voltava chorando... uma garotinha pequena, entendeu?! Aí as vezes você sabe o que é isso: energias negativas! (Dona M.J.)

As velas são muito usadas por dona L.F., pois é através delas que se faz o “diagnóstico” do estado de saúde que a pessoa está apresentando no momento. É partindo deste diagnóstico que ela elege quais as orações (ou outras formas terapêuticas) necessárias em casa caso. Sua relação com as velas parece ter iniciado há muito tempo. [...] Outro fato interessante e pouco compreendido foi o como se dá a leitura da chama da vela, possibilitando o diagnóstico. O que pude compreender (ou melhor, o que ela permitiu que eu conhecesse) foi que quando a vela está com a chama trêmula (se mexendo muito) é porque a pessoa está “aperreada”, atormentada ou está com alguma energia negativa com ela; se a vela está com uma chama pequena é porque a pessoa está fraca, “sem energia”, com “depressão”; se a vela está com uma chama grande e bonita, sem chorar (sem derramar cera) é porque a pessoa está bem, está com a saúde do corpo, mente e espírito. (Trecho da nota de campo 03/09/2013 - entrevista de dona J.P.).

Percebe-se, portanto, que as benzedeadas possuem algumas visões complementares e ampliadas sobre saúde, doença e método diagnóstico. Entende-se, a partir dos depoimentos das benzedeadas, que suas compreensões sobre doença não se aplicam a uma categoria estática, mas sim, como aponta Langdon (2009), a um “processo de construção sociocultural”. Ela não ocorre em uma situação pontual, única; mas acontece sim, sob a forma de um processo que envolve negociações entre os vários atores envolvidos, a definição sobre a doença apresentada, a escolha da terapia, a avaliação sobre sua eficácia – repetindo-se como um ciclo até que se alcance o estado de saúde desejado (LANGDON, 2009).

Tais percepções são marcadas por duas linhas distintas de construção do pensamento, uma mais científica e biológica, e outra de cunho espiritual – baseada em suas relações pessoais – amplamente identificada nas entrevistas. Tais concepções colaboram para a ampliação dos conceitos de saúde e doença (incluindo os métodos diagnósticos) que, quando reconhecidos pelos profissionais de saúde, contribuem para a atuação de forma integral e eficiente na promoção da saúde e na qualidade de vida dos sujeitos.

Além disso, observei que as compreensões acima possuem uma influência direta na vida das benzedeadas e dos benzidos, visto que as mesmas se aplicam direta e cotidianamente no processo saúde-doença dos mesmos. Assim, entendo as compreensões sobre saúde e doença das benzedeadas como manifestações autênticas de seus ofícios, cujas aplicações práticas por meio dos rituais de cura se encontram disseminadas e legitimadas na e pela comunidade em que vivem.

3.3 “A ciência de Deus”: interseções entre os saberes e os fazeres das mulheres que benzem

A figura feminina é a grande constituidora do *corpus* de saberes e práticas na benzeção. Todos os cuidados prestados pelas benzedeadas indicam a presença feminina em uma forma essencial, relacionando-se a uma natureza “mística/sagrada”. Borges (2007) aponta que a “especialidade feminina” está envolta por cuidado, atenção e presença, características que conferem grande sensibilidade ao fazer destas mulheres. Observa ainda, que são características marcantes do fazer feminino a doação e a solidariedade, descritas como essenciais na “arte” de curar e nas quais é possível visualizar as regras próprias das relações que se estabelecem entre benzedeadas e comunidade (BORGES, 2007).

A mulher sempre possuiu papéis sociais de menor prestígio e visibilidade na grande maioria das sociedades, embora se saiba da grande variabilidade cultural entre estas sociedades. Sherry Ortner aponta essa contradição entre um *status* universal e a existência de uma diversificação cultural que permite outras formas de existência do feminino nos diversos grupos. Assim, afirma:

o status secundário feminino na sociedade é uma das verdades universais, um fato pancultural. Mesmo neste fato universal, as concepções culturais específicas e as simbolizações da mulher são extraordinariamente diversas e mesmo mutuamente contraditórias. Além disso, o verdadeiro tratamento das mulheres e seu poder e contribuição relativos, variam muito de cultura à cultura e em períodos diferentes na história das tradições culturais particulares. (ORTNER, 1979, p.95).

Sendo relegadas a execução de atividades de menor visibilidade social e política, as mulheres, no geral, são responsáveis pelos cuidados domésticos, privados, familiares e com os filhos, ao passo que aos homens cabem atividades extradomiciliares, de caráter público e social. Para além de um debate sexualista, Joan Scott (1989) traz à tona a discussão sobre o que se construiu historicamente acerca das relações de gênero, dos poderes e ações do feminino e masculino. Aponta que

se tratamos da oposição entre masculino e feminino como sendo mais problemática do que conhecida, como alguma coisa que é definida e constantemente construída num contexto concreto, temos então que perguntar não só o que é que está em jogo nas proclamações ou nos debates que invocam o gênero para justificar ou explicar suas posições, mas também como percepções implícitas de gênero são invocadas ou reativadas. (SCOTT, 1989, p.28).

O posicionamento inferior/secundário, invisibilizado, ao qual a mulher é submetida, se aplica também às práticas de saúde utilizadas por elas. Embora seja clara a relevância das práticas desenvolvidas pelas mulheres para a manutenção do quadro de saúde de toda a família/grupo social, no geral seus saberes são tidos como insignificantes e desvalorizados. A benzeção (assim como a parturição feita por parteiras tradicionais), prática majoritariamente feminina, sintetiza claramente a dualidade entre a relevância social e a pouca visibilidade das práticas.

Embora assumo o papel de destaque entre as práticas de saúde, a benzeção continua a ser tratada como uma prática de cura inferior e sem valor. Traçando um paralelo entre as duas práticas de cuidado, centradas na figura feminina, percebemos a clara aproximação da prática das benzedoras com as das enfermeiras. Ambas, orientadas pelos padrões morais que as fazem desenvolver tais habilidades para o cuidar do outro de forma solidária e artística,

ocupam papéis sociais bem estabelecidos. Estes papéis, por sua vez, são relegados a posições secundárias e invisibilizadas (tanto nos ambientes domésticos quanto nos serviços oficiais de saúde), submetendo-se a regras estabelecidas no bojo das sociedades patriarcais e marcadas pelo teor científico.

Apesar dos problemas e preconceitos enfrentados pelas benzedeadas no desenvolvimentos de seu ofício, estas se mantêm resistentes em suas práticas. As falas das entrevistadas sempre relacionam a capacidade de cura/cuidar das pessoas, como um dom doado por Deus, aos sujeitos escolhidos. Ao se desenvolverem espiritualmente como “pessoas de muita fé” as benzedeadas passam a servir como ferramentas/instrumentos por meio dos quais “Deus” age para ajudar outras pessoas a encontrarem a saúde e a paz. Tais características podem ser observadas nas falas que seguem:

[...] Deus colocou a gente no mundo porque ele não pode vir e curar ninguém, Ele não pode descer pra curar ninguém! Então Ele escolheu aquelas pessoas e precisa receber um dom que Deus deu pra poder [curar]... (Dona L.F.)

Eu agradeço muito a Deus por esse dom que Deus me deu.(Dona M.J.)

A cura, neste sentido, é entendida como uma interseção/dádiva de Deus no estado de saúde/espírito de um sujeito, sendo essa mediada pelas benzedeadas. Nesse processo de mediação, são doadas aos benzidos energias positivas originárias da reza, sendo a benzedeadas, nesse contexto, percebida como um canal de ligação entre o sagrado (Deus, santos, orixás, etc) e o indivíduo que apresenta o problema.

O significado da cura, é que quando a gente vai curar uma pessoa doente a gente confia muito em Deus, pede a Deus misericórdia, força e coragem pra que Deus cure aquela pessoa, pra que ela fique boa! Isso a gente faz com fé, não é só abrir a boca e pensar! (Dona L.F.)

É porque eu tenho uma energia muito positiva, que Deus me deu. Aí essa energia, quando as pessoas conversam comigo, eu transmito, e as pessoas são felizes. [...]Quando a gente cura, a gente tem um dom dado por Deus que as energias positivas recaem sobre aquela pessoa, e as negativas se ausentam. Então você vai e consegue, você vai e fica bom! Porque é como se você tivesse carregando um fardo nas costas, e eu chegasse e dissesse: tira! Aí você chega sente o alívio! (Dona M.J)

A cura é... Pronto, você pode não ir para canto nenhum, você pode não viver assim, em casa espírita, pode não frequentar a igreja, não pode nada, e você ter aquela força que Deus lhe deu para você poder até levantar uma pessoa que está caída. A cura é essa. A cura é dada por Deus. Você tem a fé, tem aquele poder que vêm de Deus, e você pode curar uma pessoa mesmo sem você... (Dona M.)

Vê-se assim, que o papel das benzedeadas no processo de cura ficou muito bem esclarecido: as benzedeadas mediam a relação entre o sobrenatural (Deus, orixás, espíritos de

luz, santos católicos, etc.) e o terrestre (os homens e suas relações no mundo) e, além disso, não só mediam, mas põem os sujeitos em relação

O termo curar, em certos trechos das falas das entrevistadas, é utilizado como sinônimo de benzer; a cura, por sua vez, pode ser compreendida como o reestabelecimento de um estado de saúde, que se alcança através das benzeções (específicas para cada necessidade). Nestas, solicita-se a Deus que interfira no estado de saúde/doença do indivíduo, para que se possa alcançar sua melhora. É interessante notar que mesmo possuindo crenças e práticas religiosas distintas (catolicismo, candomblé, kardecismo ou sem definição) todas as benzedeadas se reportam a Deus como ser máximo e possibilitador das curas.

Além disso, para se alcançar o sucesso (uma graça) é necessário que tanto a rezadeira, quanto a pessoa que está sendo rezada, possuam “fé em Deus” e no sucesso do tratamento. É o que aponta as falas:

Então a cura, que as pessoas curam, significa as palavras de Deus, a fé de quem tá curando e a fé de quem vem, entendeu?! Adquirir uma energia positiva, entendeu?! (Dona M.J.)

[...] quando a gente vai curar uma pessoa doente a gente confia muito em Deus, pede a Deus misericórdia, força e coragem pra que Deus cure aquela pessoa, pra que ela fique boa, isso a gente faz com fé, não é só abrir a boca e pensar! (Dona L.F.)

Se a pessoa não tiver mesmo fé em Deus, e alguém do lado para ajudar, aí não tem condições de levar. (Dona M.)

A necessidade de existir a reciprocidade de fé pelas benzedeadas e sujeitos que buscam seus cuidados (indivíduos e comunidade) é apontada como uma das principais características que conferem eficácia ao benzimento.

Em estudo que teve como base etnografias de Marcel Mauss, Evans-Prichard e Claude Lévi-Strauss, antropólogos reconhecidos em nível mundial, Cruz (2010) estabelece uma análise acerca das relações entre “magia” e “cura” que, dentre outros pontos, aborda aspectos da eficácia dos processos de cura no candomblé. Afirma, assim, que “as pessoas acreditam na magia porque há uma crença posta pela coletividade de que ela funciona e, portanto, é eficaz. Neste sentido, as pessoas as procuram porque há testemunhos de indivíduos que foram alcançados por ela.” (CRUZ, 2010, p.15).

Lévi-Strauss em “A eficácia simbólica” (1970) reflete o papel da fé nas terapêuticas populares (em seu caso a indígena) afirmando que esta se funda 1) na crença do “feiticeiro” na efetividade de suas técnicas; 2) na crença do doente ou da vítima no poder do feiticeiro; 3)

na fé e na expectativa do grupo que age como uma espécie de campo gravitacional no interior do qual a relação entre o feiticeiro e a vítima ou doente se definem

Tomando por base este pensamento, Rabelo (1993) reafirma estes fatores como essenciais para a produção da cura em meios religiosos. Segundo ela “para que os símbolos religiosos funcionem, isto é, produzam cura, é preciso que sejam compartilhados pelo curador, o doente e sua comunidade de referência; usualmente, toma-se como pressuposto este compartilhar de símbolos e significados entre os participantes do processo de cura” (RABELO, 1993, p.316). Em consenso com Levi-Strauss (1970) e Rabelo (1993), Cruz (2010) tem desenvolvido estudo recente sobre a eficácia das curas nos rituais de candomblé, apontando a atualidade deste conceito. Vê-se, então, que a interseção destes três fatores promove um estado de equilíbrio e harmonia na realização do processo da cura, favorecendo que se alcance sua eficácia.

Almeida e Neves (2008), que realizaram um estudo de caso junto a uma benzedeira no interior do estado do Maranhão, afirmam que

a eficácia de cura da benzeção coloca em conexão uma rede simbólica, onde o seu manipulador qualificado é a benzedeira, que adentra nos meandros de uma cosmologia que somente ganha força porque é apoiada em uma rede em que ela, a doente e as pessoas de suas relações (o público) começam a participar de uma linguagem que torna inteligível a doença. (ALMEIDA; NEVES, 2008, p.7).

Para além da eficácia das práticas das benzedeiras, as práticas da medicina oficial também estão sujeitas a validação da população que a utiliza. Assim sendo, ambas são eficazes nos meios sociais em que são empregadas, pois são utilizadas harmonicamente com a cultura de cada meio social, com os saberes e conhecimentos oriundos de cada comunidade.

Deste debate, surge uma interseção clara que se estabelece a partir das relações entre fé, saber e eficácia. Cavalcante (2006), autora que estudou a inserção de rezadeiras em um serviço de saúde oficial, aponta como questão essencial discutir as aproximação e consequências das relações entre os termos “fé” e “saber”. Segundo ela:

Fé é mais do que “crença-atitude de quem se persuadiu de algo pelos caracteres de verdade que ali encontrou”, é confiança. E saber não significa conhecer a verdade, significa possuir informação merecedora de confiança. Os problemas da fé não são do tipo: “será verdade isto?”, mas do tipo: “posso confiar nisto?”. As pessoas que vão aos consultórios e que pouco sabem sobre a ciência médica, mas acreditam, acreditam porque confiam. A fé na ciência aceita que a experiência da fé seja uma das fontes do conhecimento. (CAVALCANTE, 2006, p.26).

Corroborando esta linha de pensamento, compreendemos que as concepções sobre saúde e doença, bem como a eficácia dos tratamentos são condicionados pela cultura de cada indivíduo/comunidade, que os fazem buscar e adotar o sistema de cuidado à saúde que mais se aproxima das suas concepções e necessidades sociais. Independente da escolha – seja pelo agente profissional, seja pelo popular – esta se mostrará intimamente ancorada nas representações sobre saúde-doença de cada indivíduo/comunidade, bem como na fé particular dos sujeitos no pensamento médico e/ou popular.

Destacamos ainda, que a eficácia das práticas de cura das benzedadeiras é abordada com bastante entusiasmo pelas mesmas. Demonstrando grande confiança em suas habilidades de cura, relatam que “quando o problema é de reza” – referindo-se às “doenças espirituais” – as pessoas sempre saem satisfeitas no final do tratamento. Tal apontamento reforça o discurso que todas constroem sobre a eficácia de suas terapêuticas no tratamento de doenças das mais variadas ordens.

Duvido uma pessoa chegar aqui na minha casa pra não sair boa... (Dona M.J)

Quando Deus quer, a pessoa fica boa! E até hoje eu nunca fiz nada pra ninguém, pra aquela pessoa dizer: eu to do mesmo jeito! (Dona L.F.)

Embora as falas denominem as práticas como sendo de cura, percebo que suas ações objetivam algo para além do reestabelecimento da saúde, diferente da perspectiva biomédica. Se analisássemos essas ações sob a ótica da enfermagem (visão *etic* conforme Leininger e McFarland, 2002), diríamos que suas ações e atitudes se classificariam como de cuidado (que se distinguem da de cura). Isto se constataria ao observarmos que os saberes e práticas destas mulheres relacionam-se à atenção integral, higiene, alimentação/hidratação, cuidados ambientais, escuta atenta, aconselhamento, etc. Tais elementos, mesmo ultrapassando as intervenções curativas, mantém um vínculo com as concepções biomédicas de prevenção e promoção da saúde.

Entretanto, temos que deixar claro que, segundo a visão das benzedadeiras (visão *emic* segundo Leininger e McFarland, 2002) esta distinção entre cura e cuidado não acontece. O que existe na prática destas mulheres é a visualização dos sujeitos como seres completos em sua existência, que necessitam serem assistidos em sua integralidade. Tal assistência, por vezes, demanda o uso de diversas terapêuticas, bem como, necessita da atuação de outros agentes de saúde (sejam eles profissionais ou não). E guarda profundas relações com as concepções de saúde e doença que essas “mulheres de fé” e os membros de suas comunidades

possuem: uma concepção fortemente marcada pelo papel das relações e da espiritualidade na produção dos estados de saúde e de doença, bem como nas formas culturalmente legitimadas de manejar os infortúnios.

Além das rezas, também são utilizadas outras práticas de cura-cuidado, com escuta atenta do outro, oferta de conselhos, uso de chás, banhos, defumadores, etc. Esta gama de possibilidades terapêuticas indica o amplo leque de saberes que estas mulheres detém. Também constatei tal diversidade de terapêuticas em estudos que abordam outros contextos sociais. Neles, além das rezas (sempre utilizadas), as benzedeadas orientam uma série de outras intervenções terapêuticas que contribuem para a resolução dos problemas/necessidades apresentados pelos sujeitos, como por exemplo, o uso de chás, garrafadas, banhos e unguentos (MEDEIROS et al, 2007; VAZ, 2006; BARROS, 1983; MACEDO, FERREIRA, 2004; PUMAR-CANTINI, 2005).

Olhe, já teve casos de doente que eu cuidei através de ervas, que eu gosto muito... [...] Você casa e vai ter seu filhinho, você esteriliza as coisas dele tudo direitinho, e se ele adoecer você chega e faz um chazinho de hortelã miúda com umas folhinhas de louro, dá nas horinhas certinhas, tira os lençóis sujos, você cuida dele e você consegue que seu filho fique bom! [...] Aí eu fui, curei ele, mandei ela dá um banho de erva nele, com 8 dias, juro pela imagem do Senhor, o homem tava bonzinho! (Dona M.J.)

[...] Se for (doença) espiritual eu digo assim: agora agente vai rezar, você vai tomar um sacudimento e depois você fica tomando uns banhos e uns defumadores pra você ficar boa! (Dona L.F.)

(Tem gente) que recebia conselho meu e que valia, que era uma cura. Não precisava receber nada. Só com os conselhos que eu dava a pessoa a pessoa saía da minha casa bem satisfeita. (Dona M.)

Após a realização dos tratamentos, especialmente em se tratando de doenças/problemas considerados mais graves, se observa que as mesmas afirmam buscar manter uma relação com os benzidos, que também costumam retornar a casa das benzedeadas para comentar sobre seu estado de saúde e, até mesmo, sobre a vida cotidiana.

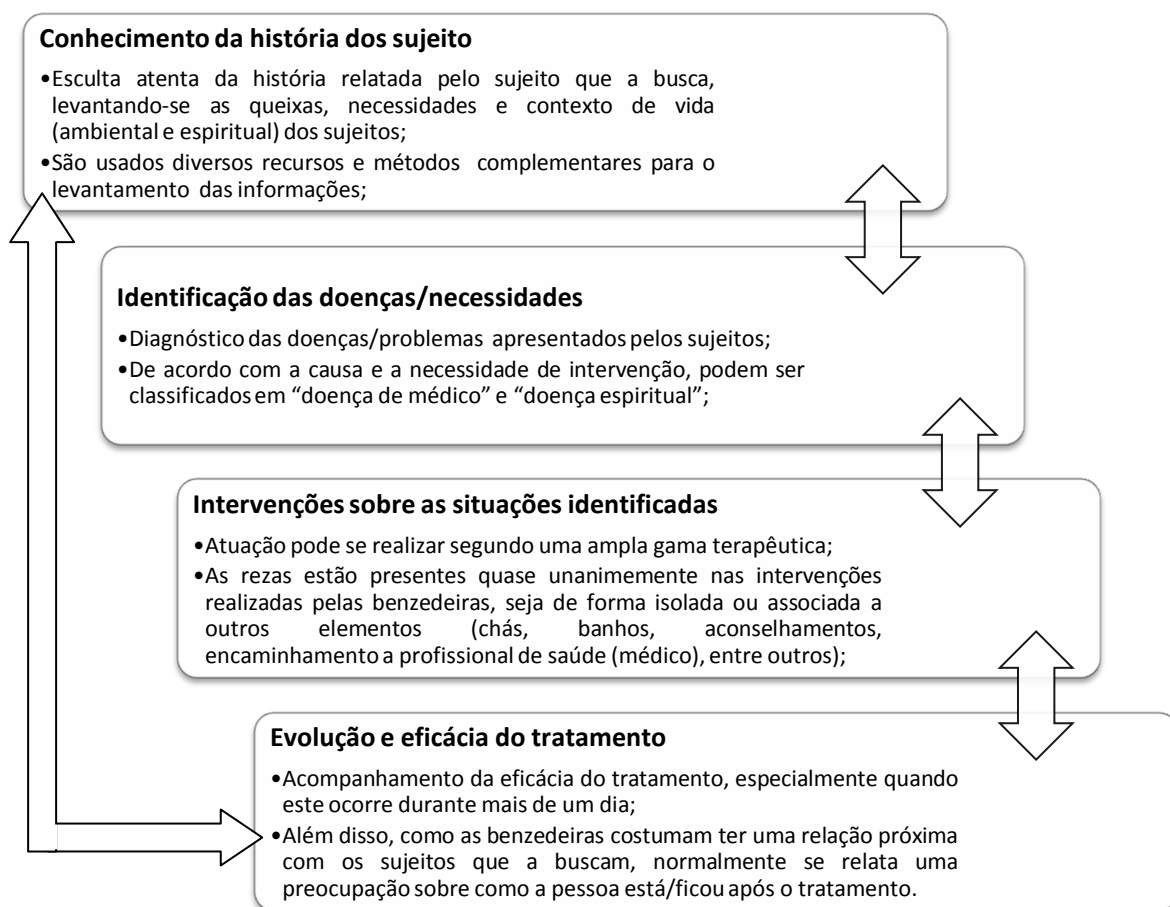
Olhe minha filha, às vezes o povo volta... Vai e volta... Volta pra dizer como ficou, pra conversar, pra querer dar alguma coisa... Às vezes volta com outra coisa [doença]... Às vezes volta com outra pessoa... Aí lá vai a gente, começar tudo de novo... (Dona J.P.)

Percebe-se através das falas das benzedeadas que, rotineiramente, se cria um vínculo entre estas e os benzidos, que tem como base tanto a atenção com que elas costumam atender os sujeitos, bem como na eficácia de suas curas. Nesse sentido, o vínculo passa a ser mais um

elemento na coprodução da eficácia simbólica de seus saberes e práticas, como agente de cura às margens do sistema oficial de saúde.

O processo de atuação das benzedeadas, descrito nas linhas anteriores, pode ser compreendido de forma sistemática, como um processo estruturado. Pode notar a existência de um método específico da benzeção, o qual, segundo inferi das falas das benzedeadas, pode ser descrito seguindo quatro etapas sequenciais (Figura 2).

Figura 2: A clínica da benzeção. Maceió, 2014.



Ao visualizar este método, pude compreender a especificidade e singularidade da benzeção. Além disso, partindo de um olhar antropológico, foi possível relativizar o conceito de “clínica”. O mesmo me fez compreender as interseções entre os saberes e fazeres das benzedeadas durante o processo de cura dos sujeitos, promovendo o esclarecimento e delineamento de sua atuação, bem como a especificidade de seu ofício.

Dada à complexidade e os múltiplos fatores que perpassam o processo de benzeção, esta é considerada uma “ciência” por dona M.J. Considerando a benzeção como a “ciência de

Deus”, exemplifica tal fato ao relatar as estratégias diagnósticas e de tratamento da espinhela caída¹³.

Aí você cura [a espinhela caída]... se quando você curar e fizer a medição de novo e der certinho, aí você não precisa mais curar. Mas se ela ficar um dedo, milímetro, tem que curar pra ela voltar pro lugar, pra isso aqui [peito] fechar! É uma ciência! Aí eu fui e curei ela, curei ela uns três dias seguidos, porque na verdade ela tava... eu não sei como aquela menina tava aguentando! Com três dias a menina ficou boazinha! [...] Mas menina, às vezes eu fico olhando, sabe, como é a ciência de Deus! Passa mesmo! (Dona M.J.)

Poderia pensar a fala de dona M.J. como uma possível tentativa de aproximação de seu fazer à prática profissional. Destacamos, ainda, que a formação acadêmica de dona M.J. (ensino superior) é um fator diferencial que provavelmente permitiu a construção desta visão distinta sobre o que venha ser a prática da benzeção.

Me pergunto, pois, se esta seria uma tentativa de promover a visibilidade e aceitação de suas práticas em meio ao atual sistema de saúde oficial, cujas práticas são totalmente respaldadas pelo método científico? Poderíamos pensar que esta seria uma estratégia (consciente ou inconsciente) de resignificação/atualização da prática da benzeção em um meio urbano, que cada dia mais tende a desvalorizá-la?

Assim, percebo a grande gama de saberes que respaldam as práticas desenvolvidas por estas mulheres. Sua atuação se baseia nas compreensões ampliadas sobre saúde e doença para promover práticas de cura, que permitem envolver os sujeitos em sua integralidade.

3.4 Um “caminho de fé”: a benzeção como dom, aprendizado, desenvolvimento espiritual e sabedoria

Neste núcleo temático, passo a um aprofundamento dos conhecimentos sobre a benzeção. Esta, por sua vez, é compreendida a partir das falas das benzedeadas tanto como um

¹³ Espinhela caída é o termo popularmente utilizado para indicar uma doença que se origina a partir de sobrecarga de trabalho ou atividade física. Segundo dona M.J. dentre os sintomas desta doença encontram-se: “falta de apetite, cansaço físico e mental, desânimo, falta de ar, falta de energia para as atividades domésticas e para o trabalho”. O diagnóstico da espinhela caída é feito mediante análise dos sintomas relatados pelo sujeito, somado à “medição da espinhela”, que toma como base para o cálculo as distâncias (com um pano branco) entre polegar-cotovelo e entre ombros; quando essas medições são de tamanhos diferentes tem-se o diagnóstico de espinhela caída. O tratamento ocorre mediante três dias seguidos de reza, pela manhã, com o sujeito em jejum.

“dom divino”, quanto como um conhecimento adquirido a partir de outros sujeitos (geralmente pessoas do seu núcleo familiar). Quando oriundos do próprio ambiente familiar das benzedeadas, são transmitidos entre gerações (geralmente das mulheres mais velhas da família para as mais novas), bem como de suas próprias experiências de cuidados rotineiros. Embora se perceba a possibilidade de aprendizado das rezas, as benzedeadas afirmam ser necessário possuir o “dom” para a reza.

E eu não aprendi em canto nenhum, não estudei em canto nenhum... [...] Eu acho que é um dom que Deus me deu. [...] Então Ele escolheu aquelas pessoas e precisa receber um dom que Deus deu pra poder [curar]... (Dona L.F.)

Olha, a minha bisavó ela curava, a minha avó ela curava, e eu aprendi com minha vó e minha mãe! Agora, tem pessoas que tem o dom mesmo de curar, e esse dom ele traz energias positivas; porque às vezes você está tão caída, e você com as palavras de Deus, através daquela pessoa, daquela energia positiva, você consegue êxito! Porque elas me ensinaram, né! [...] (Dona M.J.)

Eu aprendi sozinha. Eu fui doutrinado nessa casa. Mas na minha mestra (mãe-de-santo), assim, nunca me ensinou nada sobre isso. (Dona M.)

O “dom” referido pelas benzedeadas comumente começa a se manifestar na infância, desenvolvendo-se naturalmente com o tempo. Entretanto, em alguns casos, o “dom” pode se manifestar a partir da vida adulta. Duas das quatro entrevistadas referem que suas habilidades de cura se iniciaram na infância. As primeiras pessoas a receberam suas curas foram familiares e pessoas próximas. Nos outros dois casos, as benzedeadas descobriram suas habilidades para a cura após evento marcante em suas histórias – dona M. recebeu seu dom após se curar de uma doença mental e dona L.F após sua segunda separação conjugal.

Embora atualmente convivam bem com seus “dons”, estas mulheres relatam certa negação e dúvidas sobre o seguimento ou não neste “caminho de fé”. Questionam-se, também, provavelmente com base nos preconceitos sofridos pelas instituições religiosas oficiais, se suas práticas são “corretas” ou bem vistas aos olhos sagrados (de Deus, santos, orixás, etc). Este receio pode estar relacionado às tentativas de apagamento e invisibilização, por parte das instituições religiosas oficiais, sobre as práticas das benzedeadas, que em sua maioria não se vinculam específica ou exclusivamente a uma religião, sendo facilmente detectados elementos católicos e de candomblé, embora se perceba certo temor das mesmas em relatar o uso de práticas de origem afro-brasileira (como o uso de “defumador”, “mesas-brancas”, “sacudimentos”, etc).

Para a compreensão da religião nas histórias destas mulheres, usei como fio condutor a definição proposta por Geertz, que afirma ser a religião:

Um sistema de símbolos que atua para estabelecer poderosas, penetrantes e duradouras disposições e motivações nos homens através da formulação de conceitos de uma ordem de existência geral e vestindo essas concepções com aura de fatalidade que as disposições e motivações parecem singularmente realistas. Um sistema de símbolos que 'atua para'... (GEERTZ, 2008, p.67).

A religião, enquanto constituinte bastante significativa da cultura popular, está presente de forma ativa nas explicações sobre saúde-doença. Tabus de comida, manipulação da natureza, orações fortes, palavras e ritos de cura transfiguram-se, mas não se extinguem na cultura urbana, como na cidade de Maceió, sendo claramente identificadas nas falas das benzedeadas.

Rabelo (1993) aponta que a ideia central que perpassa os estudos sobre a interseção entre religião e cura consiste no fato de que as terapias religiosas curam ao organizar a experiência caótica do sujeito doente e de seus responsáveis. Nestes casos, as terapias religiosas são vistas como campos organizados de práticas e representações, onde os especialistas religiosos manipulam um conjunto de símbolos para se alcançar a cura (RABELO, 1993).

Minayo (1988) acrescenta ao debate o argumento de que a cura dos males que atingem o processo saúde-doença dos sujeitos é alcançada por meio de relações entre fé e graça; pede-se a entidades sagradas (Deus, santos, orixás, espíritos de luz, etc) a cura dos problemas que afligem determinado sujeito. “A relação religiosa está referenciada nas dificuldades do cotidiano e visa à prática, o resultado concreto: ela traz para perto o milagre e o torna parte do cotidiano, como solução, às vezes única, para as agruras do dia-a-dia.” (MINAYO, 1988, p.378).

É importante ressaltar que a explicação religiosa das doenças também tem raízes históricas muito profundas. Assim, ao assumir determinada prática religiosa (que influencia a visão de saúde-doença e as práticas de cura-cuidado) os sujeitos também assumem uma bagagem histórica relacionada às práticas religiosas. Exemplo dessa construção histórica é o fato de que, embora tenha observado que boa parte das benzedeadas utilizam durante suas práticas inúmeros elementos de religiões afro-brasileiras (fato esperado devido ao sincretismo religioso já reconhecido nestas práticas), as mesmas demonstram certo receio em afirmar o uso desses elementos.

Destaco, entretanto, que este temor inicial das mulheres em assumir a adoção de elementos religiosos afro-brasileiros pode estar relacionado a acontecimentos históricos do estado de Alagoas, em especial ao Quebra de 1912. Este episódio, também conhecido como “Quebra de Xangô”, “Quebra-quebra” ou “Operação Xangô”, foi um violento ato praticado em 1º de fevereiro de 1912, contra as casas de culto afro-brasileiras de Maceió (estendendo-se as cidades interioranas de Alagoas). Neste fatídico acontecimento, babalorixás e yalorixás¹⁴ tiveram seus terreiros invadidos por uma milícia armada denominada Liga dos Republicanos Combatentes, seguida por uma multidão enfurecida. Assistiram à retirada brutal de seus paramentos e objetos de culto sagrados dos templos, os quais foram expostos e queimados em praça pública, numa demonstração flagrante de preconceito e intolerância religiosa para com as manifestações culturais de matriz africana. (AMORIM, 2012; ROCHA, 2004).

Embora não tenha dados suficientes que possam comprovar ou negar essa hipótese, algumas falas podem ser destacadas como fonte de um debate inicial sobre o assunto. A não definição religiosa, como pode ser visto nas falas que seguem, poderia ser o início de um debate mais profundo sobre o assunto, que poderia vir a esclarecer a existência ou não deste rezeio. Ao questionar “a senhora tem alguma religião?”, apenas dona J.P. apresentou uma definição religiosa específica (se disse católica). As demais respostas foram:

Muita gente se admira de eu ser assim: mulher, por que tu é espírita e tu é católica? Porque eu nunca vi uma pessoa assim! Aí eu digo assim: primeiramente Deus, não é?! Ninguém pense que é mais do que Deus, porque nada pode mais do que Deus e a Virgem Santíssima. Se eu for em um canto e ninguém dá valor a Deus, não falar no nome de Deus, nunca mais eu piso ali. Porque tudo que a gente tem no mundo é com o consentimento de Deus... (Dona L.F.)

A minha religião é Deus! Sou católica, né?! Confio em Deus... [...] Assim, eu não gosto de Igreja não Luanna. Eu peço até desculpa a ti, porque já foi a época que você podia confiar nos padres, mas hoje em dia é tanto pedófilo... A igreja hoje em dia defasou... Eu hoje ainda vou a igreja pra ouvir as palavras de Deus, porque elas são preciosas; mas pra ir porque eu vou, porque eu vou, eu não vou filha, porque eu não acredito mais nesses padres; agora na palavra de Deus eu confio e acredito! (Dona M.J.)

A minha religião é Deus. A minha religião é amar Deus sobre todas as coisas. A Jesus Cristo. As três pessoas da Santíssima Trindade: Pai, filho e espírito santo. Porque em cada religião a pessoa vê muito absurdo. Aí a minha religião agora é Deus. Quando eu quero as minhas coisas eu peço a Deus, na minha casa. Agora me

¹⁴ “Babalorixá” (sacerdote masculino) ou “Yalorixá” (sacerdote feminino) são termos africanizados que foram traduzidos como pai-de-santo e mãe-de-santo. Tais sujeitos ocupam os cargos mais elevados dentro de uma Casa de Santo, sendo responsáveis por cuidar das coisas relacionadas aos orixás, e iniciar novos membros (filhos-de-santo) na religião. (OMOBAOMI, s/d).

dou com todo mundo, acho bonita a palavra de Deus, se for para eu ouvir eu escuto direitinho. Gosto muito da igreja católica. Sou devota de N. Sra. Aparecida e Padre Cícero. Mas, a minha religião é Deus. Não tenho religião. Espiritismo é uma ciência e eu não vou dizer que a minha religião é espírita. Sou espírita sim porque eu vivi 38 anos dentro do espiritismo. Não é 38 dias, né?! Mas sempre Deus na frente, paz na guia. Deus e a Virgem Maria. (Dona M.)

No que diz respeito ao aprendizado da benzeção, observei através das falas que este se dá de modo informal. Geralmente, as benzedeadas que aprenderam a rezar com alguém próximo (geralmente familiares mais velhos), acompanhavam estas pessoas durante as sessões de cura, ouvindo atentamente as rezas proferidas pelas mesmas e observando os rituais que envolviam cada cura.

Os conhecimentos adquiridos pelas benzedeadas, sejam na forma de dom ou pela transmissão de familiares, são aplicados tanto no âmbito pessoal (sendo adotados, por exemplo, como práticas de autocuidado), quanto no interpessoal/coletivo (quando as mesmas orientam os sujeitos que as procuram a realizarem determinadas ações e assumirem atitudes de cuidado com a saúde).

Segundo Cavalcante (2006), as práticas das rezadeiras não se constituem como um saber especializado no mesmo sentido do biomédico, pois o primeiro faz parte de um “saber viver” que é social, religioso, econômico e moral ao mesmo tempo. Já o saber biomédico se vincula a um caráter social e institucional. As próprias rezadeiras participantes deste estudo afirmam que “os médicos tem estudo”, mas não têm o mais importante que, segundo elas, é o dom que possuem, pois se trata de uma concessão divina.

Vê-se então, nestes termos, que há dois saberes distintos, com valorações distintas: os médicos valorizam seu conhecimento como universal, e as rezadeiras acham que seu saber é mais importante, pois vem de Deus. “Este último não é aprendido de modo especializado, mas acompanhando uma pessoa próxima com a qual tem um laço moral, e exercido diante de pessoas com as quais se mantém ou se cria um laço moral através da própria reza” (CAVALCANTE, 2006, p.76).

Um elemento marcante que caracteriza o fazer das benzedeadas é a impossibilidade de se cobrar pelas rezas. Em todas as entrevistas se enfatiza que, por elas terem recebido o “dom de Deus” de forma gratuita para ajudar as pessoas, elas não podem cobrar nada pelas rezas executadas.

*E quando você chegar numa casa e pedir pra curar e a pessoa vier cobrar, não vá numa casa dessa não (não confie), porque as Palavras de Deus ninguém vende não!
A senhora nunca cobrou nada? Não!!! Nem pode? Não, de maneira nenhuma! As*

palavras de Deus ninguém vende! Aí você pergunta assim: quanto é a cura da senhora? Olhe minha filha, dê o que quiser aí, uns 15-10 reais... Ah não! As palavras de Deus ninguém vende não! A palavra de Deus é sagrada! A palavra de Deus é pra pessoa se segurar nela e se livrar das coisas ruins da terra... (Dona M.J.)

Eu não sei o que é que eu tinha, sabe que me ajudava mesmo. Pois eu curava, e a pessoa ficava melhor e vinha me perguntar qual era o preço. Eu não cobrava. Então daí eu ganhei muita coisa. Não foi por pagamento, pois eu não cobrava. Mas daí eu passei a calçar bem, vestir bem, me medicar bem sabe? Passei a ter uma vida melhor do que os meus filhos, tudo dentro do espiritismo. (Dona M.)

É um trabalho que exige tempo, né?! E o pior de tudo é que eu não cobro! Não cobro a nenhum... Agora o povo me dá um trocado, me dá 10 reais, me dá 5, me dá 15, me dá 20, as pessoas que são mais ou menos, sabe! Agora tem pessoas que não tem, não tem, não, não quero não minha filha! (Dona L.F.)

Embora receber pagamento por suas curas seja moralmente proibido a essas mulheres, observei que a maioria delas aceita doações e/ou presentes (velas, imagens de santos, plantas, dinheiro, etc) das pessoas que queiram voluntariamente fazer essas doações – o que pode ser considerada uma troca simbólica entre benzedeadoras e benzidos. O fato de não haver cobrança pelas atividades realizadas é considerado um marco diferencial entre as benzedeadoras que trabalham “corretamente” e as que não desenvolvem o ofício de maneira correta – consideradas charlatãs, ou pessoas de “má fé”.

Esta característica de gratuidade é observada em diversos trabalhos que tem como sujeitos do estudo as benzedeadoras (CAVALCANTE, 2006; COSTA, 2009; HOFMANN-HOROCHOVSKI, 2012; MOURA, 2009; NERY, 2006, SANTOS, 2007; VAZ, 2006), demonstrando ser esta uma característica bastante recorrente e significativa ao abordarmos o fazer destas mulheres.

3.5 Múltiplas relações entre as benzedeadoras e a comunidade

Neste núcleo temático, busquei identificar quais as relações que se estabelecem entre as benzedeadoras e a comunidade onde se inserem. Percebi, inicialmente, que essas mulheres são reconhecidas pelos membros da comunidade onde vivem devido a seu ofício de benzedeadora. Ao se apresentarem como pessoas do “povo”, elas compartilham crenças, valores e realidades gerais com as pessoas que buscam sua ajuda, apresentando-se como uma representação das manifestações culturais deste povo (MOURA, 2009). Tal reconhecimento é constatado tanto

entre as pessoas que costumam recorrer aos serviços por elas ofertados, quanto entre aquelas que não o fazem. Isto pode ser observado, por exemplo, ao conseguirmos localizar com certa facilidade o local de residência dessas mulheres entres pessoas que residem no mesmo bairro das benzedeadas.

Estudos realizados em outros contextos sociais apontam que, por vezes, as benzedeadas assumem papéis sociais de destaque em suas comunidades sendo, em alguns casos, consideradas lideranças e/ou referências locais (PEDREIRA, 2010; MACIEL, GUARIM NETO, 2006). Em nosso estudo, não foi observada a adesão dessas mulheres a papéis de lideranças em suas comunidades.

Outra observação interessante diz respeito aos sujeitos que buscam seus serviços. A princípio, tinha a hipótese que estas mulheres eram procuradas apenas por pessoas próximas, de um nível econômico e educacional reduzido, que compartilhavam de uma mesma realidade local e social com as benzedeadas e que possuíam dificuldade de acesso ao sistema oficial de saúde. A relação entre baixo custo e efetividade foi pensada como um dos pontos-chaves para uma maior procura de pessoas de baixa renda pela benzedeadas – entre outras práticas (RODRIGUES-NETO, FARIA, FIGUEIREDO, 2009). Entretanto, com o desenvolver das entrevistas, verifiquei que, além destes sujeitos, indivíduos de diferentes contextos sociais buscam o auxílio das benzedeadas. Pessoas de diversas classes, etnias, contextos de vida e culturas compartilham da crença e da fé nas práticas de benzedeadas, buscando os serviços de suas executoras sempre que acham necessário. Tal busca é guiada tanto pela crença na existência de doenças de ordem espiritual, quanto pelo insucesso de tratamentos médicos em alguns casos, sendo estes os dois motivos identificados nos depoimentos delas.

Já curei muita gente aqui... Gente que tem condição financeira boa! Olha, aqui veio a filha de um médico, quem trouxe foi até uma menina que já faleceu, que era fiscal de renda, e ela trouxe a vó dela aqui com essa garotinha. Porque ele foi pro médico... porque tem médico que eles estudam, mas eles tem uma vidência boa, que você vai assim (pra consulta) e eles dizem: olhe Luanna, isso aqui eu já dei tanto medicamento, tanta coisa pra você, e você não conseguiu êxito... Procure uma pessoa que lhe esclareça! (Dona M.J.)

Barbosa, Siqueira, Brasil e Bezerra (2004), afirmam que a busca pelas práticas alternativas não se dá exclusivamente por parte das camadas mais populares, com baixo nível de esclarecimento ou poucos recursos financeiros. Afirma que “mesmo em grandes centros urbanos e em classes socialmente mais elevadas, crenças e práticas baseadas no saber popular

e em experiências empíricas são adotadas como recursos destinados à manutenção da saúde ou à cura de doença.” (BARBOSA et al, 2004; p.38).

Essa busca se dá, principalmente, por meio do contato direto e pessoal entre as benzedeadas e os benzidos, que as buscam em seus domicílios para realização dos diagnósticos e tratamentos. Contudo, observei outras formas de contato entre esses sujeitos. Um primeiro exemplo dessas outras formas é o contato via telefone. Estes casos ocorrem quando os sujeitos se encontram em lugares distantes, inviabilizando o acesso à residência das benzedeadas. A partir dos problemas/sintomas referidos pelos sujeitos, as benzedeadas orientam tratamentos (uso de chás, banhos e rezas) que os sujeitos podem fazer para se cuidar e curar determinadas doenças, bem como (e principalmente) aconselham os sujeitos sobre determinados problemas de ordem familiar, social e de trabalho. Cabe salientar que um leque bastante reduzido de doenças podem ser solucionados por esta via, visto que a maioria dos problemas requer o uso de técnicas e orações específicas e só conhecidas pelas benzedeadas, que elas não costumam ensinar.

Outra possibilidade de relação indireta entre benzedeadas e benzidos ocorre quando estas, partindo de sua própria vontade ou a pedido de alguma pessoa, rezam “na intenção” de um determinado sujeito ou situação. Nestes casos, as benzedeadas ficam com o nome da pessoa que está precisando e, durante suas orações diárias (cotidianas), rezam na intenção do sujeito ou situação. Geralmente, reza-se o “terço da Maria Santíssima” ou o “terço da Divina Providência”¹⁵, pois, além de serem amplamente divulgados e conhecidos em meio a tradição católica nacional, também estão diretamente relacionados a ação de súplica a “Deus/ Maria” para se superar determinado problema ou necessidade.

Algumas falas que ilustram os fatos acima mencionados:

E não é só isso não... é homem, é mulher, é menino, é tudo! E tem pessoa de União dos Palmares, de Arapiraca, Porto Calvo, da Matriz, eu sou muito conhecida aqui... muito! Eu cheguei aqui em 54. Esse povo todo por aí me conhece. Se eu tivesse uma

¹⁵ Estes terços – Maria Santíssima e Divina Providência – são bastante difundidos entre os ambientes católicos, e são executados em situações em que se busca a resolução de algum problema ou necessidade. Consiste na repetição de jaculatórias, usando as contas do Rosário, para se invocar a “Providência e a Misericórdia de Deus”, ambos por meio da “Virgem Maria”. Dois trechos das orações que caracterizam estes terços, que demonstram a intenção de se alcançar a resolução de determinada situação, são respectivamente: 1) “*Maria porta do céu passa na frente. São Rafael com Tobias; São Gabriel com Maria e São Miguel com toda a hierarquia abrindo todas as vias*” [...]; e 2) “*Vinde, Maria, chegou o momento. Valei-nos agora e em todo tormento. Mãe da Providência, prestai-nos auxílio no sofrimento da terra e no exílio. Mostrai que sois Mãe de Amor e de Bondade, agora que é grande a necessidade. Amém.*” (ARNSG, s/d; CANÇÃO NOVA, s/d;).

placa na porta eu num ia ter tempo pra fazer nada! Porque eu nunca botei, nunca, nunca, nunca... Cheguei aqui solteira, me casei, vivi aqui 35 anos casada, trabalhando, porque eu sempre trabalhei, costurava muito pra fora, vendia galinha e atendia o povo. (Dona L.F.)

Ah minha filha, tem gente que liga pra aqui; tem gente de Pernambuco que liga pra perguntar as coisas: Oh D. M.J. me oriente nisso, oh D. M.J. me diga isso... É porque é muita coisa... (Dona M.J.)

Era muita gente a me procurar. [...] Vinha gente do Rio Novo. Vinha a pé, pois não tinha o dinheiro do ônibus. Era muita gente que vinha me procurar. Vinham com problemas de saúde, né?! (Dona M.)

Percebi ainda, que a “fama” inicial das benzedeadas ocorre a partir do momento em que os primeiros feitos e curas ocorrem (quando, em alguns casos, ainda são crianças), sendo a divulgação realizada dentro do seu próprio meio familiar e de sua vizinhança. A partir dos feitos iniciais, suas habilidades de cura passam a ser divulgadas, gradativamente, entre as próprias pessoas da comunidade, se expandindo para além das fronteiras de suas próprias comunidades.

No que diz respeito ao cotidiano de realização das curas, embora a maioria das benzedeadas possuam preferências quanto ao dia e horário para realizarem as curas, elas não negam ajuda a quem esteja necessitando (independente da hora, vontade própria e condições físicas as quais elas mesmas se encontrem).

Esta disponibilidade, entretanto, acaba gerando sobrecarga de trabalho e estresse. A procura excessiva, nos mais variados dias, horários e situações, faz com que algumas prefiram não divulgar suas habilidades, restringindo suas rezas/curas apenas a membros da família e pessoas próximas. É o que pode ser observado nas falas:

Olhe, uma vez eu fui pro mercado, aí quando eu cheguei – por isso que eu não gosto que espalhem – tinha um homem na porta com a mulher, parecia um sapo inchado, bufando; aí a mulher disse: olhe D. M.J., eu soube que a senhora é uma pessoa boa, que a senhora cura, ajude aqui o meu marido que até necessidade eu to passando! Aí o meu marido ficava doente, ele não gostava, porque era a privacidade da gente, né?! Aí eu fui, curei ele, mandei ela dá um banho de erva nele, com 8 dias, juro pela imagem do Senhor, o homem tava bonzinho! (Dona M.J.)

Às vezes minha filha, eu digo assim, não posso, tô doente, eu to com dor de cabeça; mas às vezes uma voz assim na minha cabeça diz: vá rezar a criança! Ai eu deixo tudo e vou... desligo a panela, a panela que tá no fogo, minha panela de pressão, eu desligo tudo e vou atender o povo. Não tem hora?! Não tem hora, é hora da noite pra chegar gente aqui à noite, 2h da madrugada, 1h da madrugada... é mesmo D. L.F.? D. L.F., aí toca a cigarra! Aí eu pergunto quem é e diz: sou eu D. Fulana, assim, assim, assim, foi D. Cicrana que me mandou que eu to com uma filha passando mal, num sei o que num sei o que e lá vai... aí eu vou, abro a porta e a pessoa entra e vou lá pra trás e curo. Eu curei uma pessoa que ela chegava aqui uma hora da manhã, hoje ela tá em Portugal, boa completamente! (Dona L.F.)

Observei também, a existência de algumas relações conflituosas entre as benzedeadas e a comunidade. Uma dessas situações conflituosas é referida pelas benzedeadas como provindas da “inveja” das pessoas da vizinhança frente ao sucesso/trabalho das mesmas. É o que podemos constatar claramente na fala de dona M., que nos diz:

Era muita gente, mais pessoas de fora. Porque da redondeza era mais inveja. Se dissesse assim: ‘Vamos na casa da M. que tem festa hoje?’, ‘Vou nada naquela metida a besta, aquela rica’. Mas eu não sou assim. Eu sou uma pessoa do povo. Eu respeito meus semelhantes sabe? Não gosto de humilhar ninguém. Sou uma mulher pobre, mas a minha casa era... Se você ver as minhas festas eram lindas. (Dona M.)

Assim, percebemos que embora a relação entre benzedeadas e comunidade se mantenha na maior parte do tempo de forma harmoniosa, situações conflituosas também podem ser constatadas. Estes conflitos acabam por denotar o caráter real e humano destas relações, que se constroem sobre as múltiplas opiniões e visões de mundo dos atores sociais.

3.6 Aproximações e distanciamentos entre as benzedeadas e o sistema oficial de saúde

Todas as sociedades desenvolvem conhecimentos, práticas e instituições particulares em respostas às situações de doença ou necessidades de saúde, sendo estes denominados de sistemas de atenção à saúde (LANGDON, 2009; LANGDON, WIJK, 2010). Segundo as autoras, um sistema de atenção à saúde consiste em um:

modelo conceitual e analítico, não uma realidade em si para os grupos sociais com os quais se convive ou se estuda. Porém, ele auxilia a sistematização e compreensão de um complexo conjunto de elementos e fatores experimentados no cotidiano, de maneira fragmentada e subjetiva, seja em nossa própria sociedade e cultura ou diante de outras não familiares. (LANGDON, WIJK, 2010, p.178).

Estes sistemas de atenção à saúde são considerados pelos autores tanto como um sistema cultural, quanto como um sistema social. Enquanto um sistema cultural de saúde é compreendido a partir de sua dimensão simbólica, que confere a cada e todas as culturas conceitos singulares sobre o que é ser doente ou saudável, bem como as diversas classificações que envolvem os estados de doença e suas terapêuticas (LANGDON, WIJK, 2010). Já como um sistema social, a atenção à saúde se define a partir da presença de instituições relacionadas à saúde, bem como a presença de profissionais, normas e relações de

poder nelas envolvidas; também inclui especialistas comumente não reconhecidos pela biomedicina (LANGDON, WIJK, 2010), como as benzedeiros de nosso estudo.

No cenário brasileiro, a benzeção se instala e se desenvolve anteriormente a inserção da medicina oficial. As práticas das benzedeiros dialogam com os sujeitos que a buscam e são aplicadas diretamente na realidade de seus grupos sociais, sendo as próprias benzedeiros integrantes e construtoras da vida comunitária, ao passo que vivem e realizam seu ofício na própria comunidade. Como acreditam na existência de doenças de ordem física, as benzedeiros parecem compreender a necessidade dos conhecimentos científicos na área de saúde.

Em estudo já mencionado, Cavalcante (2006) aponta que a relação entre a medicina institucional – a biomedicina – e as práticas de cura populares, perpassa no contato de dois desenvolvimentos históricos próprios, com dinâmicas específicas e particulares. Tal particularidade se apresenta a partir do próprio contato entre um “desenvolvimento da medicina como ciência – e sua institucionalização como ‘saber oficial’ – e o desenvolvimento histórico das concepções tradicionais da saúde e da cura, vinculadas à cultura de cada povo.” (CAVACANTE, 2006, p.7).

Por sua vez, em se tratando de doenças não espirituais (de médico), as benzedeiros não aparentam ter qualquer receio em orientar os sujeitos a buscarem ajuda dos profissionais de saúde – destacando-se a figura do profissional médico como foco do encaminhamento.

Se for de médico eu mando você ir pro médico, se for espiritual eu digo assim: agora você vai tomar um sacudimento e depois você fica tomando uns banhos e uns defumador pra você ficar boa! [...] Aí eu joga, assim, quando é problema de médico eu mando ir pra médico, mas quando é problema espiritual... (Dona L.F.)

Esse encaminhamento ao profissional de medicina foi algo que me inquietou no transcorrer desta análise. Questionei-me, pois, se esse encaminhamento se basearia na compreensão destas mulheres sobre a especificidade e necessidade do atendimento prestado pelos profissionais de saúde ou seria realizado devido ao receio das mesmas de tratarem as doenças diagnósticas e serem acusadas de exercer ilegalmente a medicina (acusações estas que poderiam partir tanto da sociedade e pessoas que as buscam, como dos profissionais médicos).

Ainda tomando como base as situações de encaminhamento, destaca-se no relato das mesmas, o fato de nunca receberem pessoas vindas a partir da orientação feita por profissional da saúde. Segundo dona L.F. isso ocorre, pois, a maioria dos profissionais prefere manter uma

separação clara e larga entre suas práticas cientificamente embasadas (considerada a única forma possível e correta de atuação) e as das benzedeadas, cujo fazeres se baseiam em suas experiências pessoais de vida no manejo dos saberes populares. Segundo ela:

Porque às vezes eles não querem juntar medicina com a pessoa que cura, entendeu?! (Dona L.F.)

Exceção a esse fato foi comentado por dona M.J., que relatou ter recebido uma senhora vinda a partir de orientação médica. Este fato, é relatado por ela com entusiasmo que, aparentemente, vê a indicação como um sinal de valorização de seu ofício e de reconhecimento da significância de suas práticas de cura.

A partir de tais fatos, percebo que a negação quase generalizada do fazer das benzedeadas por parte dos profissionais de saúde acaba por fortalecer o processo de invisibilização dos saberes e práticas populares. O atual modelo de formação profissional, que se respalda numa crescente tentativa de tornar as práticas profissionais puramente baseadas no método científico e em aparatos de alta tecnologia, acaba desconsiderando tudo (e todos) que não adotem/concordem com tal modelo. Isto acaba contribuindo para o processo de apagamento do conhecimento popular que, cabe lembrar, vem se construindo desde o início da existência humana.

Para além das práticas exclusivas das benzedeadas ou dos profissionais de saúde, observamos na fala das mesmas que em determinadas situações se orienta o uso de ambas terapêuticas – profissional e popular. Nestes casos, os sujeitos são orientados pelas benzedeadas a procurar os serviços de saúde para tratamento dos problemas físicos e, concomitantemente ou posteriormente, realizar o tratamento espiritual. É como nos mencionou dona L.F.:

Porque tem pessoas que tem problema espiritual e tem pessoas que tem problema de médico. Junto! Então quando fazem as coisas pra perturbar os outros que manda, aí qualquer coisa que a pessoa tenha aí junta uma coisa com a outra aí ficar pior pra aquela pessoa sofrer! Aí eu mando: vá pro médico e depois que você vier do médico você venha aqui! Aí quando a pessoa vem aqui aí eu digo: pronto, agora você vai fazer assim e assado! Mas tem que fazer, tem que ir! (Dona L.F.)

Tal concomitância de atuação me permitiu perceber que, partindo do olhar das benzedeadas, o uso de um sistema de saúde não impede o uso de outro. Vi, logo, que suas práticas não são necessariamente excludentes, fato que possibilita o desenvolvimento de parceria/vinculação entre profissionais e benzedeadas, cuja atuação conjunta teria como

objetivo principal o reestabelecimento da saúde dos sujeitos, partindo de visões complementares sobre o ser doente (que poderiam vir a se tornar integrais).

Embora atualmente se percebam os impasses e divergências entre os sistemas de saúde oficial e as práticas tradicionais, observei que as benzedoras tendem a ser mais abertas as relações com os profissionais do sistema oficial de saúde. Tal fato demonstra um comprometimento das mesmas em ajudar os sujeitos que as buscam, considerando-os em sua integralidade.

A parceria entre benzedoras e profissionais de saúde poderia contribuir de forma significativa para a promoção da saúde de indivíduos e coletividades, caso existisse interesse por parte dos profissionais de saúde em criar relações/vínculos com as benzedoras (fato que não é observado). Isto porque a partir do estabelecimento de vínculos entre estes atores, poderiam ser propostas ações ampliadas de saúde (principalmente as relativas à educação em saúde), cuja recepção pela comunidade se daria, provavelmente, de forma mais natural devido à facilidade de acesso e similaridade de linguagens e crenças que compartilham as benzedoras e suas comunidades.

Os bons frutos colhidos de parcerias entre agentes tradicionais e profissionais de cuidado da saúde foram demonstrado em estudo de Silva (2004), que relata os efeitos positivos da inclusão das benzedoras da Paraíba no processo de divulgação das atividades voltadas a segmentos comunitários. Segundo o autor, as benzedoras

estão assumindo a condição de mediadoras no processo educativo para auxiliar agentes comunitários e técnicos da área de saúde a divulgarem a importância da medicina tradicional no processo de 'cura' das doenças dos habitantes das comunidades paraibanas. O saber popular/local está sendo colocado a serviço das orientações, aconselhamentos e divulgação das funções da medicina tradicional. Através de manifestações lúdicas da cultura popular (cantigas de roda e de ninar, teatro de bonecos e de rua) da religiosidade do povo transmitida através das rezadeiras, os responsáveis pelo Núcleo de Educação e Saúde estão encontrando nas identidades culturais do próprio povo, novas possibilidades de interação junto aos segmentos comunitários da região (SILVA, 2004, p.2).

Cavalcante (2006), também aponta para as possíveis contribuições destas mulheres para a oferta de uma assistência integral aos sujeitos ao se assumir suas especificidades culturais. Destaca, entretanto, que se deve ter cuidado e questionar em que moldes está/estaria se dando a vinculação das benzedoras com os profissionais e serviços de saúde. Questiona se essa inserção não estaria servindo como um reforço à cultura hegemônica biomédica, visto que as rezadeiras são induzidas a sugerir que após a reza os sujeitos busquem o profissional

(médico), sem que o caminho inverso (o profissional encaminha o sujeito à benzedeira) ocorra.

Sobre o ponto de vista das benzedeiros, três formas distintas de inserção se apresentam. No primeiro caso (minoritário), as benzedeiros se sentem valorizadas pelo aparato institucional e governamental, pois “supõem que deixaram de ser vistas como elementos do folclore para serem vistas pelo poder público como cidadãs detentoras de um saber e de uma capacidade de diálogo com a comunidade que o sistema de saúde convencional não alcança” (CAVALCANTE, 2006, p.80). No segundo caso (majoritário), as benzedeiros apenas cumprem o que lhes foi “ensinado” pelos agentes de saúde, quando estas foram cadastradas no programa, percebendo-se uma “atitude de subserviência ou obediência” em relação a alguém que elas consideram como autoridade (CAVALCANTE, 2006). Em último caso, percebe-se uma tentativa de não magoar pessoas que elas conhecem e com relação às quais elas se julgam devedoras - agentes de saúde de seu bairro ou a coordenadora do Posto – implicando como estas mulheres atuam a respeito em relações que envolvem dívidas morais (CAVALCANTE, 2006).

Estas três formas distintas de inserção identificadas no estudo supracitado demonstram as inúmeras relações que permeiam as relações das benzedeiros com o sistema oficial de saúde e, mais especificamente, com os profissionais que constituem tais serviços. Embora acredite que se torna cada dia mais necessário promover estratégias de vinculação entre os sistemas de saúde oficial e popular, também compartilho das inquietações e críticas apontadas acima. Compreendo que para que se estabeleça uma relação igualitária e harmoniosa entre tais sistemas é necessário que todos os envolvidos estejam conscientes dos significados sociais e culturais que cada agente desempenha na assistência aos sujeitos, valorizando e respeitando seus respectivos saberes e práticas enquanto construções históricas (mesmo que oriundas de vertentes epistemológicas distintas).

Apesar de se observar um crescente movimento em favor do reconhecimento das práticas populares de cuidado da saúde em nível nacional, os serviços de saúde têm adotado posturas puramente tecnicistas e biomédicas para a assistência à saúde. Esse modelo assistencialista tem como subsídio o paradigma mecanicista – que considera os sujeitos como máquinas compostas por peças separadas, tratando a doença como o mal funcionamento dos mecanismos fisiológicos e atribuindo aos profissionais de saúde a responsabilidade pela reparação do problema de funcionamento (BARBOSA et al, 2004). Os sujeitos, neste

paradigma biomédico, perdem sua identidade humana e pessoal, sendo o sofrimento do sujeito integral desconsiderado.

O processo de comunicação e interação entre profissionais e indivíduos (que passam a ser tratados como “pacientes”, passivos às intervenções biomédicas), ainda esbarra em um acentuado quadro de dificuldades. As consultas, que deveriam ser o momento privativo e de maior interação entre os sujeitos, são feitas em tempo recorde, não se dispendo de tempo e paciência para ouvir os sujeitos que, muitas vezes, não conseguem manter um diálogo a partir das dificuldades encontradas na compreensão do próprio contexto vocabular (SILVA, 2004). A inexistência de uma comunicação horizontalizada acaba por impossibilitar o processo comunicacional entre profissionais e indivíduos, que comumente necessitam ser ouvidos e compreendidos, para depois se aconselhar e prescrever a terapêutica necessária para cada caso (SILVA, 2004).

Vê-se assim, como nos aponta Langdon (2009), que a comunicação é um problema de grau intercultural, no sentido que um profissional da saúde participa de um mundo de conhecimentos diferentes da cultura do leigo. Nos dois casos – o profissional e o leigo – suas perspectivas são pautadas nos processos culturais próprios. Ainda segundo a autora, os problemas que envolvem a prática profissional não dizem respeito ao seu conhecimento, mas sim relação de superioridade profissional sobre os sujeitos, que se baseiam em um poder institucional e hierarquia social. O profissional não deve abandonar seus conhecimentos, mas sim precisa ouvir o outro, pois sem esse processo de escuta não há comunicação, fazendo com que o sujeito adote as práticas que achar mais correta e adequada, podendo desconsiderar totalmente as orientações profissionais (LANGDON, 2009).

Já a comunicação entre benzedeadas e benzidos se dá de forma mais facilitada, especialmente devido ao fato destes geralmente compartilharem o mesmo contexto cultural. Embora se observe uma relação mais horizontalizada entre eles, também se percebe uma superioridade das benzedeadas sobre os sujeitos, que se estabelece a partir do conhecimento que elas possuem e que determina as ações (terapêutica) as quais os sujeitos devem se submeter.

É partindo da compreensão da cultura e das necessidades apresentadas pelos sujeitos (identificadas a partir de uma escuta qualificada) que os profissionais devem propor intervenções congruentes com a realidade desses sujeitos. Segundo Leininger e McFarland (2002), que focalizam a prática dos profissionais de enfermagem, a assistência prestada pelos

mesmos será “culturalmente congruente” e benéfica quando os sujeitos e seus padrões, expressões e valores forem conhecidos e usados de forma apropriada e significativa pela enfermeira (LEININGER, MCCFARLAND, 2002). Essa congruência dos cuidados de enfermagem com a realidade sociocultural dos sujeitos, diz respeito às práticas planejadas com vistas a se ajustarem aos valores culturais, crenças e modos de vida de um indivíduo, grupo ou instituição, objetivando um atendimento de saúde significativo, benéfico e satisfatório, ou o bem-estar (LEININGER, MCCFARLAND, 2002).

Além do crescente processo de apagamento social ao qual a benzeção vem sendo submetida, o desconhecimento e a desarticulação dos profissionais da área com as benzedeadas, tendem a subjugar a eficácia de tais práticas, desvalorizá-las e até mesmo ignorar sua existência.

Esta desvalorização, que de certa forma se baseia em um etnocentrismo científico dos profissionais, é visualizada desde seu processo de formação acadêmica e desenvolvimento científico. Langdon (2009) aponta que a biomedicina, seguindo o método científico, trabalha com “universais” (generalizações), concebendo as doenças como unidades universais cujas manifestações são independentes do contexto onde acontecem. As pesquisas nessa área, que se respaldam majoritariamente em métodos positivistas e limitantes, revelam a vida de forma objetiva e a aproxima ao que pode ser considerada “verdade”, livre de valores, subjetividades e especificidades culturais (LANGDON, 2009).

Traçando um diálogo entre a ciência biomédica e a antropológica, a autora nos aponta que a visão biomédica que acredita existir um conhecimento único sobre doença e saúde se torna uma barreira para entender as contribuições e implicações do relativismo antropológico.

Guiado pelo princípio do relativismo, a Antropologia entende que os saberes e práticas de qualquer sistema médico são construções socioculturais. Dessa forma, nossa própria ciência, como todos os sistemas de conhecimento, emergiu através de processos históricos e socioculturais, e não através da descoberta de leis únicas e universais que regem sobre o mundo real. Nesse sentido, a Antropologia busca não invalidar outros conhecimentos, mas busca relativizá-los, reconhecendo que existem outras maneiras de produzir o conhecimento sobre saúde e doença, e não só a da biomedicina. (LANGDON, 2009, p.324).

Corroborando com o apresentado pela autora, percebo que os diversos sistemas de saúde, sejam oficiais ou populares, são construções socioculturais, possuindo também limitações próprias para resolver os problemas de saúde. Assim, uma contribuição da Antropologia para a ciência biomédica e que colaboraria para uma maior flexibilização das fronteiras desta com as demais formas de se pensar e fazer saúde, seria a compreensão de que

a “medicina científica” também é um sistema cultural (LANGDON, 2009). “O sistema de atenção à saúde biomédico deve ser considerado como um sistema cultural, tal qual qualquer outro sistema etnomédico.” (LANGDON, WIJK, 2010, p.180). Como sistema sociocultural, o sistema biomédico também emergiu de um contexto histórico e cultural, com métodos particulares, mas não os únicos para lidar com a doença, devendo por isso, compreender que existem diversas maneiras de se compreender e praticar a saúde (LANGDON, 2009).

Apesar de passíveis de contradições internas e, conseqüentemente, geradores de predicamentos, sustenta-se, aqui, a premissa de que os valores, conhecimentos e comportamentos culturais atrelados à saúde formam um sistema sociocultural integrado, total e lógico. Portanto, as questões relativas à saúde e à doença não podem ser analisadas de forma isolada das demais dimensões da vida social, mediadas e permeadas pela cultura que confere sentido a essas experiências (LANGDON, WIJK, 2010, p.180).

Ao não aceitar essa visão da biomedicina como um sistema cultural, seus profissionais desconsideram o fato de que em boa parte dos grupos sociais as pessoas que necessitam de cuidados tendem a procurar primeiro as pessoas mais próximas que cuidam delas (como membros da família ou amigos) ou outras alternativas populares (curadores tradicionais – como as benzedeiras) e só procuram os prestadores de cuidados profissionais posteriormente, caso os remédios populares não forem eficazes, o estado de saúde piorar ou se recear a morte (LEININGER; MCFARLAND, 2002; CAVALCANTE, 2006).

Assim, emerge uma grande contradição entre o contexto sociocultural de produção de cuidados de saúde dos grupos populares – que se baseia nos saberes e práticas populares – e as intervenções e conhecimentos dos profissionais da área de saúde – fundamentadas quase exclusivamente em conhecimentos advindos do método científico. Poderia pensar, então, que existe certa incoerência na visão dos profissionais sobre as práticas populares de saúde, visto que se ignora a importância social dos agentes tradicionais de cuidado e cura – neste estudo representado pelas benzedeiras, como sujeitos ativos no cuidado-cura dos problemas e necessidades demandadas pela comunidade, incluindo-se os de saúde.

As benzedeiras, entretanto, costumam ter uma postura oposta à dos profissionais de saúde. O fato destas mulheres compartilharem da realidade local e cultural dos sujeitos, a similaridade linguística, a disponibilidade de tempo e interesse em compreender a história dos sujeitos que a buscam, são fatores que colaboram para a construção de um processo comunicacional efetivo. Tal culmina com a construção de vínculos fortes entre os sujeitos e

as benzedeadas, que passam, muitas vezes, a acompanhar (pelo menos durante um período) a situação de vida dos sujeitos.

A aproximação entre profissionais de saúde e benzedeadas deveria, pois, ser promovida caso se objetive a ampliação e o conhecimento dos profissionais, tanto no que diz respeito à realidade de vida/saúde da comunidade, quanto à promoção da troca de experiências cuidativas e curativas entre os agentes de saúde oficiais e populares.

Todas essas possibilidades de “cura” envolvendo agentes de saúde, líderes religiosos, segmentos comunitários, diversos especialistas da área de saúde e representantes das manifestações da cultura e da religiosidade popular, carecem de reflexão, análise e de um olhar cuidadoso e atento.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao tratar os saberes e práticas de benzedeadas de Maceió-AL como objeto desta pesquisa, busquei compreendê-los a partir das narrativas das mulheres que os desenvolvem. Esta compreensão se baseou nos componentes de cura e cuidado que emergem da benzeção enquanto prática de saúde, bem como nas relações estabelecidas entre suas executoras e a comunidade e o sistema oficial de saúde.

Verifiquei que a benzeção se apresenta entre as entrevistadas como um saber prático, experiencial e, por vezes, intuitivo, que não é oriundo de uma formação institucional (educação formal), como é o caso dos profissionais de saúde. Por vezes aprendido no próprio meio intrafamiliar (transmitido entre gerações), os saberes das benzedeadas são considerados “dons” conferidos por Deus, sendo este fato um marco diferencial entre elas e os profissionais de saúde (que embora possuam o conhecimento científico, não detém o “dom de curar”).

A saúde é vista por estas mulheres como um estado (mutável) de bem estar, onde os aspectos físicos, mentais e espirituais se encontram em equilíbrio, permitindo aos sujeitos experimentarem sensações de paz interior, vitalidade, serenidade e alegria. Vista ainda como uma graça ou presente divino, “concedida por Deus” a pessoas “merecedoras”, a compreensão de saúde mostra-se vinculada a questões de ordem espiritual, apresentando como características certa passividade e transcendência ao passo que é alcançada mediante a “vontade de Deus”.

Por ser influenciado por uma ampla gama de fatores ambientais, biológicos, relacionais e espirituais, o estado de saúde é difícil de ser alcançado, levando ao desenvolvimento das doenças – mesmo contra a vontade e os esforços dos sujeitos para se manterem saudáveis. A doença passa a ser vista, então, como consequência de um estado de desequilíbrio, causado por fatores externos ao sujeito (fatores físicos e ambientais), internos (falta de autocuidado, ações e atitudes inapropriadas), relacionais (das interações entre os sujeitos com sua família, amigos, vizinhos, etc) e espirituais (absorção de “energias negativas” ou “maus espíritos”). Partindo da causa e terapêutica a ser empreendida para a cura das doenças, essas são classificadas pelas benzedeadas como “doença de médico” e “doença espiritual”, sendo o diagnóstico realizado por meio de métodos e técnicas próprios, que variam de acordo com a pessoa que o executa.

Objetivando reestabelecer os estados de saúde dos sujeitos, as práticas desenvolvidas por essas mulheres englobam uma ampla gama de conhecimentos populares que, para além da cura, contribui para o estabelecimento de vínculos entre benzedeadas e benzidos a partir das relações de cuidado por elas propostas. A cura, que muitas vezes se aplica como sinônimo de “benzer”, é compreendida por elas como a interseção de “Deus” na vida do sujeito a fim de se reestabelecer o estado de saúde, sendo a benzedeadora uma ferramenta que estabelece a comunicação entre o sagrado (Deus) e o terreno (sujeito).

A realização deste estudo me permitiu compreender as definições de saúde, doença e cura, bem como os procedimentos diagnósticos e terapêuticos descritos no trabalho, como manifestações autênticas do ofício/arte das benzedeadas – ofício este que possui um método próprio de desenvolvimento. As aplicações práticas deste método encontram-se disseminadas e legitimadas na e pela comunidade em que estas mulheres vivem e atuam.

No que tange à relação entre benzedeadas e comunidade, inferi que esta se desenvolve, na maioria das situações, de forma harmoniosa, embora se observem raras situações de conflito (que no geral envolvem intrigas pessoais entre as benzedeadas e pessoas específicas da comunidade). As benzedeadas, embora não ocupem lugares de liderança no meio social, destacam-se como referências ao serem consultadas quando se busca conhecer a realidade de suas comunidades, bem como boas “conselheiras” quando se está diante de dificuldades íntimas, familiares ou sociais.

Constatei que ao atuar de forma autônoma, estas mulheres não costumam se vincular a uma instituição religiosa, que geralmente costumam negar e negativizar suas práticas (pois não são práticas legítimas das instituições). Além disso, também não possuem relações próximas com os serviços de saúde oficiais.

Apesar de não se inserirem no sistema oficial de saúde, as benzedeadas, ao admitirem a existência de “doenças de médico” parecem compreender a especificidade dos conhecimentos da área de saúde (que por vezes são assimilados e resignificados em suas práticas), orientando os sujeitos a buscarem atendimento profissional nos casos que julgam necessário.

O movimento inverso (profissionais encaminharem os sujeitos à benzedeadora) foi relatado pelas benzedeadas como inexistente, fato que acaba por fortalecer o processo de invisibilização e desacreditação das práticas populares de saúde, partindo das visões etnocêntricas e excludentes que envolvem a formação e atuação dos profissionais de saúde.

Percebo com o desenvolvimento deste estudo que as concepções sobre saúde, doença, cura e cuidado, bem como a procura por agentes populares ou profissionais de saúde são condicionados pela cultura de cada indivíduo/comunidade, que adota o sistema cultural que mais se aproxima as suas concepções ideais e necessidades sociais.

A parceria entre benzedeadas e profissionais de saúde poderia contribuir de forma significativa para a promoção da saúde de indivíduos e coletividades, caso se desenvolvessem estratégias de valorização e respeito das práticas populares de saúde. Isto porque a partir do estabelecimento de vínculos entre estes atores, poderiam ser propostas ações ampliadas de saúde (principalmente as relativas à educação em saúde), cuja recepção pela comunidade se daria, provavelmente, de forma mais natural devido à facilidade de acesso e compartilhamento de valores entre benzedeadas e comunidade. Tais vínculos permitiriam a reinvenção de novas estratégias e possibilidades relacionais a serviço do bem-estar coletivo, considerando a dinâmica cultural de nossa sociedade e a valorização das identidades culturais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.R; NEVES, E.M. Agentes sociais e práticas de cura: estudo sobre concepções de doença e itinerários terapêuticos em grupos populares de São Luís – MA. **Anais da 26ª. Reunião Brasileira de Antropologia**. Porto Seguro, 2008.

AMORIM, S. 1912, o Quebra de Xangô. O roteiro. **Revista Crítica Histórica**. 2012;3(6).

ARNSG. **Terço da divina Providência**. s/d. Disponível em: <http://arnsg.org.br/artigo/21258/Terco-da-Divina-Providencia.html> Acesso em: 17 fev. 2014.

BACKES, D. S.; SOUZA, F. G. M.; MELLO, A. L. S. F; et al. Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006; 15(Esp): 71-8.

BARBOSA, M.A. et al. Crenças populares e recursos alternativos como práticas de saúde. **Rev. Enferm UERJ**. 2004; 12:38-43.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, LTDA, 2009.

BARROS, M.B.A. **Saúde e classe social**: um estudo sobre morbidade e consumo de medicamentos. (Doutorado) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1983.

BECKER, H. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo:Hucitec, 1994.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. 9. ed. Petrópolis: Vozes; 2003.

BORGES, M.S.; SHIMIZU, H.E.; PINHO, D.L.M. Representações sociais de parteiras e benzedeiras sobre o cuidado. **Cienc Cuid Saude**. 2009; 8(2):257-263.

BRASILa. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 13 de junho de 2013**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 22 mar. 2013.

BRASILb. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal – Maceió**. 2013. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em: 28 fev 2014.

BRASIL. **Código Penal [1940] e Código de Processo Penal [1941]**. 6. ed. Porto Alegre: Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. 2013.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras

providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 31 de dezembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 25 fev. 2014.

BRÊTAS, A.C.P.; GAMBA, M.A. **Enfermagem e saúde do adulto**. Barueri: Manole, 2006.

CANÇÃO NOVA. **Terço da Providência**. s/d. Disponível em: http://www.cancaonova.com/cnova/dicas_fe/ter_providencia.html. Acesso em: 17 fev. 2014.

CARREIRA, L.; ALVIM, N.A. O cuidar ribeirinho: as práticas populares de saúde em famílias da ilha Mutum, estado do Paraná. **Acta Scientiarum Maringá**; 2002. 24(3):791-801.

CARVALHO, Cícero Pércles de. Políticas públicas e distribuição de renda: o caso de Alagoas. **Anais do XIII Encontro Nacional de Economia Política**. João Pessoa, 2008. Disponível em: http://www.sep.org.br/artigo/3_congresso/1271_13ea045eaa1da80fd475426a122715fe.pdf. Acesso em: 23 mar. 2011.

CASCUDO, L.C. Dicionário do folclore brasileiro. 1984. *apud* NERY, V. C. A. **Rezas, crenças, simpatias e benzeções**: costumes e tradições do ritual de cura pela fé. Trabalho apresentado ao NP Folkcomunicação do VI Encontro dos Núcleos de Pesquisa da Intercom, 2006.

CAVALCANTE, S.G. **Entre a ciência e a reza**: estudo de caso sobre a incorporação das rezadeiras ao Programa de Saúde na Família no município de Maranguape-Ce. (Mestrado em Ciências Sociais). Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida: da prática da mulher de virtude aos cuidados de enfermagem**. 4ª ed. Coimbra: Ledil; 1999.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em 25 fev. 2014.

COSTA, E.P. **Benedeiras no sistema oficial de saúde do Ceará: relações entre religiosidade e medicina popular**. (Mestrado em Ciências da Religião). Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2009.

CRUZ, E. Análise antropológica acerca da “a eficácia simbólica” nos processos de cura no candomblé. **Anais do IV Fórum Identidades e Alteridades: Educação e Relações Etnicorraciais**. Itabaiana: 2010.

ERDMAN, A.L. **Sistemas de cuidados em enfermagem**. Pelotas: Editora UFPel/UFSC, 1996.

FACCHINETTI, C. Psiquiatria e espiritismo: um caso brasileiro. **III Encontro da Rede Iberoamericana em história da psiquiatria: livro de resumos**. Rio de Janeiro, Fiocruz: 2010.

- FERREIRA, S.V. Cabe à filosofia a atuação clínica? **Revista Filosofia Capital**. 2007;2(4):45-55.
- FERRETTI, M. **Tambor de mina e umbanda: o culto aos caboclos no Maranhão**. 1997. Disponível em: <http://www.gpmina.ufma.br/pastas/doc/Mina%20e%20Umbanda.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2014.
- GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.
- GURGEL, C.B.F.M. **Índios, jesuítas e bandeirantes: medicinas e doenças no Brasil dos séculos XVI e XVII**. (Doutorado em Clínica Médica). Universidade Estadual de Campinas, Campinas: 2009.
- JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 8. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- HOFFMANN-HOROCHOVSKI, M.T, Velhas benzedeadoras. **Dossiê – O Final da Vida no Século XXI**. 2012; 17(2):126-40.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades@ – Maceió**. 2013. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=270430&search=alagoas|maceio>. Acesso em 27 fev 2014.
- LANGDON, E.J. Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. **Rev Bras Enferm**. 2009; 62(2):323-6.
- LANGDON, E.J.; WIIK, F.B. Anthropology, Health and Illness: an Introduction to the Concept of Culture Applied to the Health Sciences. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2010; 18(3):459-66
- LAPLANTINE, F. **Aprender antropologia**. São Paulo: Brasiliense, 2003.
- LEININER, M.; MCFARLAND, M.R. **Transcultural Nursing: concepts, theories, research & practice**. 3. ed. New York: McGraw, 2002.
- LEININGER, M. 2012 in: SAGAR, P.L. **Transcultural nursing theory and models: application in nursing education, practice and administration**. (e-book). New York: Spring Publishing Company, 2012.
- LÉVI-STRAUSS, C. A eficácia Simbólica. In: **Antropologia Estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1970.
- LIMA, E.C. et al. Aplicando concepções teórico-filosóficas de Collière para conceituar novas tecnologias do cuidar em enfermagem obstétrica. **Rev Gaúcha Enferm**. 2008;29(3):354-61.
- LODY, R. **Dicionário de arte sacre e técnicas afro-brasileiras**. Rio de Janeiro: Pallas Editora, 2003.

- MACEDO, M.; FERREIRA, A. R.. Plantas hipoglicemiantes utilizadas por comunidades tradicionais na Bacia do Alto Paraguai e Vale do Guaporé, Mato Grosso - Brasil. **Rev. bras. farmacogn.** 2004;14(supl.):45-47.
- MACHADO, L.H.B. **Raizeiros de Goiânia: as representações entremeadas nos usos e nas redes de distribuição e comercialização das plantas medicinais em Goiânia – GO.** (Mestrado em Geografia). Universidade Federal de Goiás, Goiania, 2008.
- MACIEL, M.R.A.; GUARIM NETO, G. Um olhar sobre as benzedeadas de Juruena (Mato Grosso, Brasil) e as plantas usadas para benzer e curar. **Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Ciênc. hum.** 2006;1(3):61-77.
- MEDEIROS, L.C.M.; AZEVEDO, G.A.V.; MACHADO, F. M.; SOUSA, S.R. As práticas populares de cura utilizadas por rezadores no povoado Brejinho, município de Luiz Correia – PI. **Esc. Anna Nery.** 2007; 11(1): 112-117.
- MELO, J. **O passe: seu estudo, suas técnicas, sua prática.** Brasília: FEB. 1991.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.
- MINAYO, M.C.S. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro; 1988; 4(4).
- MOURA, E.C.D. **Entre ramos e rezas: o ritual de benzeção em São Luiz do Paratinga, de 1960 a 2008.** (Mestrado em Ciências da Religião). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.
- NERY, V. C. A. **Rezas, crenças, simpatias e benzeções:** costumes e tradições do ritual de cura pela fé. Trabalho apresentado ao NP Folkcomunicação do VI Encontro dos Núcleos de Pesquisa da Intercom, 2006.
- NGOKWEY, N. On the specificity of healing functions: a study of diagnosis in three faith healing institutions in Feira (Bahia, Brazil). **Soc Sci Med.** 1989;29(4):515-26.
- NUNES, G.M.; COSTA, J.G.; TEIXEIRA, M.M.; RAMOS, P.R. Os desafios da participação popular no Sistema Único de Saúde. **Anais do III ENAPEGS.** Juazeiro: 2009.
- NUNES, M.F.; MAGALHÃES, M.L.; ROCHA, A.L.C. Trabalho negro, memória negra no Vale do Sinos (RS): narrativa etnobiográfica de Vó Nair. **Horiz. antropol.** 2013; 19(39):269-292.
- OLIVEIRA, E.R. **O que é benzeção.** 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- OLIVEIRA, O.; PADILHA, M.A. História, Memória e Benzimentos. 2011. **Anais do V International congresso of History.** Disponível em: <http://www.cih.uem.br/anais/2011/trabalhos/279.pdf>. Acesso em 27 fev 2014.
- OMOBAOMI, B. **Palavras dissonantes?** s/d. Disponível em: http://www.uniafro.xpg.com.br/palavras_dissonantes.htm. Acesso em: 24 fev. 2014.

- ORTNER, S.B. Está a mulher para o homem assim como a natureza para a cultura? In: ROSALDO, M.Z.; LAMPHERE, L. (coord.). **A mulher, a cultura e a sociedade**. São Paulo: Paz e Terra. 1979.
- PEREIRA, M.S. O trabalho da parteira: um saber iniciado e compartilhado entre as mulheres. **Anais da V Jornada Internacional de Políticas Públicas**. Maranhão: 2011.
- PUMAR-CANTINI, L. **Prática curativa: um saber sonogado?** (Mestrado em História da Ciência da Saúde). Casa Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.
- RABELO, M.C. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 1993;9(3):316-325.
- REZENDE, J. M. **Linguagem Médica**, 3. ed., Goiânia, AB Editora e Distribuidora de Livros Ltda, 2004.
- ROCHA, R. **Entendendo o Quebra de 1912**. Jornal Gazeta de Alagoas em Edição do dia 01 de fevereiro de 2004.
- RODRIGUES-NETO, J.F. FARIA, A.A.; FIGUEIREDO, M.F.S. Medicina complementar e alternativa: utilização pela comunidade de Montes Claros, Minas Gerais. **Rev Assoc Med Bras**. 2009; 55(3): 296-301.
- ROSELLÓ, F.T. **Antropologia di Cuidar**. Rio de Janeiro: Vozes LV, 2009.
- SACONNI, L.A. **Grande dicionário Saconni da Língua Portuguesa**. São Pulo, Nova geração, 2010.
- SANTOS, B.G.; RIBEIRO, R.I. Memória e benzimento: força de resistência à oposição familiar no exercício de benzer. **Anais do XXI Congresso de Iniciação Científica da UNESP**. 2009.
- SANTOS, D.L. Curandeiros/curandeiras e doentes nas encruzilhadas da Cura. Santo Antônio de Jesus. Recôncavo Sul – Bahia (1940-1980). **Anais do III Encontro Estadual de História: Poder, Cultura e Diversidade**. 2007.
- SANTOS, F.V. **Ofício das rezadeiras: um estudo antropológico sobre as práticas terapêuticas e a comunhão de crenças em Cruzeta/RN**. (Mestrado em Antropologia Social). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.
- SANTOS, M.G.; DIAS, A.G.P.; MARTINS, M.M. Conhecimento e uso da medicina alternativa entre alunos e professores de primeiro grau. **Rev. Saúde Pública**. 1995; 29(3):221-227.
- SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica**. 1989. Tradução: Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila.
- SILVA, C.S. **Heranças secretas: as memórias africanas no cotidiano das rezadeiras de Pojuca**. (Mestrado em Cultura, Memória e Desenvolvimento Regional) Universidade do Estado da Bahia, Santo Antônio de Jesus, 2010.

SILVA, J.D.N. **Urbanização e saúde em Maceió,AL**: o caso dos bairros Vergel do Lago, Jacintinho e Benedito Bentes. (Mestrado em Dinâmicas do Espaço Habitado) Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2011.

SILVA, L.C. A participação das rezadeiras nos projetos de saúde comunitária do estado da Paraíba. **Rev. Intern. Folkcomunicação**. 2004;2(4):1-13.

SILVA, M.C.; FARINHA, A.C. as benzedeadas e a renovação carismática católica: o surgimento da benzedeadas renovada. **Rev. Bras História das Religiões**. 2012;5(13).

TEIXEIRA, E. **Travessias, redes e nós**: complexidade do cuidar cotidiano de saúde entre ribeirinhos. Belém: Grafia Gráfica e Editora Ltda, 2001.

WALDOW, V.R. Atualização do cuidar. **Aquichan**. 2008;8(1):1-18.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato; 2001.

WALDOW, V.R.; BORGES, R.F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paul Enferm**. 2011;24(3):414-8.

WATSON, J. **Enfermagem: ciência humana e cuidar** – uma teoria de enfermagem. Loures: Lusociência, 2002.

VAZ, V. **As benzedeadas da cidade de Irati**: suas experiências com o mundo, e o mundo da benzedeadas. (Mestrado em História Social). Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

VIANNA, L.A.C. **Processo saúde-doença**. 2011. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_6.pdf. Acesso em: 28 fev 2014.

WEISZFLOG, W. **Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. 2012. São Paulo: Editora Melhoramentos Ltda.

WELCH, A. Z. Madeleine Leininger: Cuidar cultural: teoria da Diversidade e Universalidade, in: TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. **Teóricas de enfermagem e a sua obra** (Modelos e teorias de enfermagem). 5. ed. Loures: Lusociência, 2004, PP.563-593.

APÊNDICE A– Instrumento de coleta de dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Pesquisa: **SABERES E PRÁTICAS DE BENZEDEIRAS(OS) DE MACEIÓ-AL**

Pesquisadoras: Luanna dos Santos Rocha e Célia Alves Rozendo.

Sujeito: _____ **Identificação:** ____ **Data:** __/__/__.

Dados de caracterização do sujeito:

Sexo:	Idade:	Naturalidade:
Estado civil:	Profissão:	Escolaridade:
Renda:		

ENTREVISTA NARRATIVA

Tópico inicial para narração: <i>A(o) Sra. (Sr.) poderia me contar, com o máximo de detalhes possíveis, sua história de vida e o que a senhora faz como benzedeira(o)?</i>	
Observações durante a fala:	
Perguntas Exmanentes: Como começou sua história na benzeção? O que a(o) sra.(sr.) faz e o que usa para isso? Com que objetivo a(o) sra.(sr.) benze? Como a(o) sra.(sr.) aprendeu a benzer?	A(o) sra.(sr.) ensina essa prática para alguém? Por quais motivos as pessoas te procuram? Por que a(o) sra. (sr.) acha que as pessoa a procuram? Como é sua relação com essas pessoas?
Perguntas Imanentes:	
Anotações após entrevista:	

ANEXO A – Modelo T.C.L.E.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

(Em 2 vias, firmado por cada participante-voluntári(o,a) da pesquisa e pelo responsável)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Resolução. nº 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu, tendo sido convidad(o,a) a participar como voluntári(o,a) do estudo sobre os “Saberes e práticas de benzedeadoras(os) de Maceió-AL”, recebi da Enf^a M^{da} Luanna dos Santos Rocha e Prof^a Dr^a Célia Alves Rozendo, da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, responsáveis por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina a apreender os saberes e práticas de benzedeadoras(os) no município de Maceió-AL, considerando os componentes de cura/cuidado, seu papel social e as dimensões de sua inserção;
- Que a importância deste estudo é conhecer e documentar os saberes e práticas das benzedeadoras(os), atividade cada dia mais rara, com foco nas ações de cura e cuidado com a saúde;
- Que os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: identificação e descrição dos saberes e práticas de cura e cuidado com a saúde das benzedeadoras(os) de Maceió, documentação destes achados, análise do papel social desenvolvido por estes sujeitos em suas respectivas comunidades e análise das dimensões onde se insere esta prática social;
- Que esse estudo começará em junho de 2013 e finalizará em janeiro de 2014;
- Que o estudo será feito da seguinte maneira: revisão da literatura sobre a temática “práticas tradicionais populares de cura e cuidado com a saúde” e “benzedeadoras(os) e benzeção”; levantamento de dados através de observação direta do cotidiano dos sujeitos; entrevista aos sujeitos; análise dos dados; e divulgação dos resultados;
- Que eu participarei das seguintes etapas: observação do cotidiano (realizada durante o atendimento a comunidade) e entrevista aos sujeitos (agendada com antecedência, com duração aproximada de 50 minutos; a mesma terá o áudio gravado em formato MP3 através de aparelho gravador e será transcrita na íntegra pelas pesquisadoras);
- Que se for da minha vontade poderei ser entrevistado no lugar que eu quiser; que as minhas informações serão mantidas em sigilo, não havendo risco de qualquer instituição/pessoa me identificar;
- Que os incômodos e riscos à minha saúde física e mental que poderei sentir com a minha participação são os seguintes: sensação de tédio ou de perda de tempo; interferência no cotidiano de vida; desconforto durante a coleta de dados com alguma pergunta que traga lembranças/sentimentos da minha vida;

- Que as pesquisadoras adotaram as seguintes medidas para minimizar os riscos: será explicado claramente o objetivo da pesquisa e as pesquisadoras estarão a disposição para qualquer esclarecimento solicitado; os sujeitos do estudo poderão desistir da pesquisa sem nenhum prejuízo para os mesmos; qualquer necessidade que os sujeitos apresentem, através de cansaço ou falta de condições para continuarem a coleta, a mesma será interrompida e será retomada a critério do sujeito; em todos os momentos será considerada a vontade dos participantes, sempre assegurando sua espontaneidade, autonomia e liberdade de expressar-se;
 - Que deverei contar com a seguinte assistência: apoio psicoemocional das pesquisadoras;
 - Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente serão relativos à minha colaboração para compreender os saberes e práticas de benzedeadas de Maceió no que diz respeito à cura e ao cuidado;
 - Que a minha participação será acompanhada pelos pesquisadores, que estarão comigo durante as fases de observação direta e entrevista;
 - Que sempre que desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre cada etapa do estudo;
 - Que a qualquer momento poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderei retirar meu consentimento, sem que me traga qualquer penalidade ou prejuízo;
 - Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto;
 - Que o estudo finalizado poderá ser publicado em revistas científicas e apresentados em congressos da área de saúde e antropologia;
 - Que a pesquisa será suspensa caso ocorra solicitação do Comitê de Ética em pesquisa ou da Escola de Enfermagem e Farmácia da UFAL caso informem e justifiquem, por meio de seus representantes, os motivos para a suspensão;
 - Que não se espera com o desenvolvimento da pesquisa ser necessário indenizar ou ressarcir os sujeitos por sua participação, por este estudo não conferir risco a integridade do sujeito, bem como por não gerar qualquer tipo de gasto ou ônus para os mesmos, pois as entrevistas e observação serão realizadas em seu domicílio ou local de atendimento. Contudo, caso ocorra algum dano à integridade física ou moral de qualquer participante gerada diretamente pela participação na pesquisa, prevê-se que as pesquisadoras indenizem os sujeitos de forma proporcional ao agravo gerado, seguindo as recomendações do CEP.
- Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu **DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.**

Endereço d(o,a) participante-voluntári(o,a)

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento/

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Contato de urgência: Luanna dos Santos Rocha

Domicílio: Rua Manoel Maia Nobre, Nº 314, Edf. Resid. Vinicius Cansanção, Ap 702, Bl “B”.

Bairro: Farol, Maceió – AL. CEP: 57050-120,.

Telefone: (82) 9955-8307

Endereço das responsáveis pela pesquisa: Célia Alves Rozendo

Instituição: Universidade Federal de Alagoas - UFAL

Endereço: Av. Lourival Melo Mota.

Bloco: CSAU, s/n, Complemento: Departamento de Enfermagem

Bairro: Tabuleiro dos Martins /CEP: 57072-900/ Cidade: Maceió - AL

Telefones p/contato: (82) 8813-1315

Endereço das responsáveis pela pesquisa: Luanna dos Santos Rocha

Instituição: Universidade Federal de Alagoas - UFAL

Endereço: Av. Lourival Melo Mota.

Bloco: CSAU, s/n, Complemento: Departamento de Enfermagem

Bairro: Tabuleiro dos Martins /CEP: 57072-900/ Cidade: Maceió - AL

Telefones p/contato: (82) 9955-8307

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas: Prédio da Reitoria, sala do C.O.C., Campus A. C. Simões, Cidade Universitária. Telefone: 3214-1041

Maceió,

(Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal - Rubricar as demais folhas)	Luanna os Santos Rocha; Célia Alves Rozendo Responsáveis pelo estudo (Rubricar as demais folhas)

ANEXO B – Parecer de aprovação CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saberes e práticas de benzedeiras(os) de Maceió-AL.

Pesquisador: Célia Alves Rozendo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 14880113.5.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 292.641

Data da Relatoria: 31/05/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de mestrado do programa de pós-graduação em enfermagem da ESENFARUFAL, que tem como equipe de pesquisa professora Dra. Célia Alves Rozendo e a mestranda Luanna dos Santos Rocha. É uma pesquisa qualitativa, com desenho metodológico de cunho etnográfico. Os sujeitos serão benzedeiras(os) da cidade de Maceió, capital do estado de Alagoas.

Objetivo da Pesquisa:

Apreender os saberes e práticas de benzedeiras(os) no município de Maceió, considerando os componentes de cura e cuidado desses saberes e práticas, seu papel social e as dimensões de sua inserção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As pesquisadoras citam que "entre os riscos previstos e as ações que visam reduzi-los destacam-se: - Sensação de perda de tempo e/ou tédio: minimizado através do incentivo a participação ativa dos sujeitos durante a coleta de dados, bem como através do esclarecimento da importância do estudo e da contribuição fundamental que cada sujeito terá para a compreensão do objeto; - Constrangimento durante a coleta de dados (observação e entrevista): reduzido através do esclarecimento de todas as etapas e metodologia do estudo (passo-a-passo), garantia da privacidade durante a coleta de dados e da garantia do anonimato dos sujeitos; - Interferência

Endereço: Campus A - C. Símones Cidade Universitária
Bairro: Tabuleiro dos Martins CEP: 57.072-900
UF: AL Município: Telefone: (82)3214-1041 Fax: (82)3214-1700 E-mail: comitecedec@ufal.br

Continuação do Parecer: 202.541

no cotidiano de vida do sujeito: amenizada a partir da marcação prévia da data, horário e local mais apropriado para os sujeitos para a realização da coleta de dados. Em todos os momentos da coleta de dados os pesquisadores agirão com cordialidade, amabilidade e respeito, esclarecendo que os procedimentos poderão ser interrompidos ou suspensos a qualquer momento, se for da vontade do entrevistado.

Entre os benefícios esperados neste estudo encontram-se: registro e divulgação das nuances que integram a cultura de saberes e práticas de saúde populares, valorização das práticas dos sujeitos e suas opiniões e melhor compreensão do modo como se desenvolve o processo de curar/cuidar através da benzeção. Além disto, considerando que as pesquisadoras se comprometem em dar um retorno a comunidade sobre os resultados alcançados com o estudo, espera-se que este trabalho facilite e estimule a reflexão acerca da valorização das práticas populares de cuidado e cura relativos à saúde, especialmente no ambiente acadêmico e nos serviços de saúde, ainda muito resistentes aos saberes e práticas não convencionais. Uma vez concluído o estudo, pretende-se a divulgação e publicação de seus resultados em periódicos e eventos científicos da área, almejando-se com isto promover a ampliação do debate nos órgãos formadores e entre profissionais dos serviços de saúde."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa apresenta-se de forma adequada, com revisão bibliográfica e fundamentação teórica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos são apresentados de forma satisfatória.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo de Pesquisa atende as recomendações da Resolução 196/96 do CNS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Campus A - C. Símons Cidade Universitária
Bairro: Tabuleiro dos Martins CEP: 57.072-900
UF: AL Município:
Telefone: (825)214-1041 Fax: (825)214-1700 E-mail: comiteetica@ufal.br

