

**KATYA CARVALHO ALEXANDRE**

**SABERES DE CURA E HIBRIDISMO:  
RELAÇÕES ENTRE CIÊNCIA, MAGIA E SAÚDE  
NO MORRO DA CONCEIÇÃO, NO RECIFE**

**RECIFE – PE**

**2006**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE**  
**CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS – CFCH**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA – PPGS**

**KATYA CARVALHO ALEXANDRE**

**SABERES DE CURA E HIBRIDISMO:**  
**RELAÇÕES ENTRE CIÊNCIA, MAGIA E SAÚDE**  
**NO MORRO DA CONCEIÇÃO, NO RECIFE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Sociologia.

**Orientador:** Professor Dr. Paulo Henrique Martins de Albuquerque.

**RECIFE – PE**

**2006**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Alexandre, Katya Carvalho

Saberes de cura e hibridismo : relações entre ciência, magia e saúde no Morro da Conceição, no Recife / Katya Carvalho Alexandre. - Recife: O Autor, 2006.

128 folhas: il., fig., fotos.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Sociologia, 2006.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Sociologia da saúde - Sistemas de saúde comunitária. 2. Hibridismo cultural - Sistema mágico popular e religioso - Benzedeadas - Teoria da dádiva - Solidariedade. 3. Programas de saúde da família Morro da Conceição, Recife (PE) - Usuários e agentes de saúde - Trocas simbólicas. I. Título.

304  
302

CDU (2.ed.)  
CDD (22.ed.)

UFPE  
BC2006-240

**Ata da Sessão de argüição de Defesa de Dissertação de KÁTIA CARVALHO ALEXANDRE, do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Pernambuco.**

Aos quinze dias do mês de março do ano de dois mil e seis, reuniram-se na Sala de Seminários do 12º andar do prédio do Centro de Filosofia e Ciências Humanas, os membros da Comissão designada para o **Exame de Dissertação de KÁTIA CARVALHO ALEXANDRE**, intitulada: “**Saberes de Cura e Hibridismo: Relações entre Ciência, Magia e Saúde no Morro da Conceição no Recife**” A Banca Examinadora foi formada pelos seguintes Professores: – **Dr. Paulo Henrique Martins de Albuquerque Presidente/Orientador - Dr. Russel Parry Scott – Titular Interno – PPGS; Dr. Bartolomeu Figueirôa de Medeiros – Titular Externo – PG Antropologia.** Dando início aos trabalhos o **Dr. Paulo Henrique Martins de Albuquerque** explicou aos presentes o objetivo da reunião, dando-lhes ciência da regulamentação pertinente. Em seguida passou a palavra à autora da Dissertação, para que apresentasse o seu trabalho. Após essa apresentação, cada membro da Comissão fez sua argüição, seguindo-se a defesa do candidato. Ao final da defesa, a Comissão Examinadora retirou-se, para em secreto deliberar sobre o trabalho apresentado. Ao retornar o **Dr. Paulo Henrique Martins de Albuquerque**, presidente da mesa e orientador da candidata, solicitou que fosse feita a leitura da presente Ata, com a decisão da Comissão **aprovando a Dissertação por unanimidade**, com a “**Menção de DISTINÇÃO**”. E, nada mais havendo a tratar, foi lavrada a presente Ata, que vai assinada pelos membros da Comissão Examinadora e pelo candidato. Recife, 15 de março de 2006.

Juliana Elias

Bartolomeu F. de Medeiros

Russel Parry Scott

Paulo Henrique Martins

Katya Carvalho Alexandre

Dedico este Trabalho a todas aquelas pessoas que, no afã do seu cotidiano, usam das ferramentas de que dispõem para oferecer-se em benefício do próximo.

## AGRADECIMENTOS

### A DEUS

“*Aquele que perpassa toda realidade e pode, por isso, ser percebido e experimentado nas mais diferentes situações da vida e em cada detalhe da vida pessoal e do universo*”. (Leonardo Boff, 2002).

### À MINHA FAMÍLIA

Aos meus pais, *Iracema Carvalho* e *José Alexandre*, e à minha irmã, *Katyuscia Carvalho Alexandre*, pelo apoio e empenho constantes, por lutarem juntamente comigo para a realização de meus sonhos; por terem sempre acreditado em mim, mesmo quando o percurso parecia difícil, e pela união e ensinamentos de vida. Agradeço também a *Zezinha* e *Catarine*, por terem me estendido a mão sempre que precisei.

### AO MEU NAMORADO

Francivaldo Mendes, pelo carinho, dedicação, incentivo e paciência.

### AOS MEUS AMIGOS

Agradeço a todos os colegas de curso que manifestaram sempre uma torcida à parte, vibrando com as vitórias de cada um. Guardarei saudades de todos. Dentre os amigos, um agradecimento muito especial a *Gláucia Tinoco* e *Taciana Valéria*, que se vestiram muitas vezes de “anjos da guarda” para me auxiliarem.

## AO MEU ORIENTADOR

Prof. Dr. *Paulo Henrique Martins*, pela atenção dispensada à leitura de meus textos, acompanhada de significativas observações e críticas edificantes.

## AO NUCEM

*Núcleo de Cidadania, Exclusão e Processos de Mudanças*, através do qual aprendi a enveredar pelo fascinante caminho da pesquisa de campo, e no qual adquiri sinceros amigos.

## À CAPES

*Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior*, por ter financiado um sonho.

## AO PPGS

*Programa de Pós-Graduação em Sociologia*, pelos serviços prestados. Aos funcionários e servidores do Departamento de Sociologia, pela dedicação com que exercem seu trabalho, em especial a *Claudinete*, a *Seu Marcos* e *Seu Gideone (in memorian)*.

## AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Agradeço aos Profissionais da Unidade de Saúde da Família José Bonifácio, do Morro da Conceição, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde, que dividiram seu precioso tempo de trabalho para colaborar em minha pesquisa de campo. Agradeço a todos os demais entrevistados dessa pesquisa, em especial às rezadeiras que muito me emocionaram com sua sabedoria e amor e me ensinaram a acreditar na magia da vida.

“...A mim ensinou-me tudo.  
Ensinou-me a olhar para as cousas.  
Aponta-me todas as cousas que há nas flores.  
Mostra-me como as pedras são engraçadas  
Quando a gente as tem na mão  
E olha devagar para elas”.

(Alberto Caeiro - Fernando Pessoa,  
“*O Guardador de Rebanhos*”. 1911-1915).

## RESUMO

Este estudo traz uma reflexão sobre os tipos de relações e de trocas simbólicas construídas entre dois sistemas de saúde diferentes atuantes no Morro da Conceição em Recife, a saber, o sistema mágico-popular (representado pelas benzedeiras urbanas), e o sistema comunitário de saúde (representado pelo Programa de Saúde da Família). Tem como propósito analisar como o elemento mágico-religioso do saber de cura popular sobrevive e se relaciona com as ações do Programa de Saúde da Família no Morro, e vice-versa, o que implica considerar as diferenças e hibridismos que circulam entre os dois sistemas de saúde. Trata-se de um estudo exploratório, de caráter descritivo com abordagem qualitativa, cujas técnicas utilizadas foram a observação semi-participante e entrevistas semi-estruturadas, com nove Agentes Comunitários de Saúde, nove Rezadeiras e um curandeiro/rezador, e dez usuários de saúde que se utilizam dos dois sistemas de cura para tratarem de seus problemas endêmicos. Como proposta de análise dos dados e depoimentos coletados, a presente dissertação optou pela técnica de “análise do Conteúdo”. Identificamos que ao mesmo tempo em que os dois sistemas de saúde se diferenciam, eles se relacionam. Nas falas dos informantes, há um indicativo da presença de uma esfera híbrida envolvendo as práticas de cura no Morro que atuam a partir de uma conexão dinâmica que une e articula o moderno e o tradicional, o global e o local, o científico e o popular reafirmando haver intercâmbios entre as diversidades de práticas terapêuticas da vida cotidiana moderna. Também pudemos constatar a presença de constantes trocas materiais e simbólicas, envolvendo o sistema de cura médico-comunitário e o mágico-popular na comunidade em estudo.

**Palavras-chave:** Sistema mágico-popular. Sistema Comunitário de Saúde. Benzedeiras. Hibridismo Cultural. Dádiva.

## ABSTRACT

This study looks into the types of relations and symbolic exchanges built between two different health systems run in Morro da Conceição, Recife, which are the magical-popular system (represented by the urban faith healers), and the communitarian health system (represented by the Family Health Program). We have aimed at analyzing how the popular healing knowledge of the magical religious element survives and has relations with the actions of the Family Health Program, and vice-versa, which means to take into account the differences and hybridism that circulates between the mentioned health systems. It is an exploratory study, with a descriptive feature of a qualitative approach, in which we have used semi-participant observation semi-structured interviews, with nine Communitarian Health Agents, nine Faith Healers and one witch-doctor/praying man, and ten health users who make use of the two systems to treat their endemic problems. As a proposal for the data analysis we have chosen the “Content analysis”. We have found that at the same time in which the two health systems are different, they relate to one another. In the informants’ speech, there is an evidence of a hybridized sphere in the healing practices which are run from a dynamic connection that put together and articulates the modern and the traditional, the global and the local, the scientific and the popular making sure there is an interchange among the diversities of healing practices in daily modern life. We could also observe the presence of sustained material and symbolic exchange between the two systems in the studied community.

**Keywords:** Magical-popular system. Communitarian health system. Faith healers. Cultural Hybridism. Donation.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	01
Objeto .....	01
Problemática .....	05
Objetivos.....	06
A Saúde no Morro: Um Breve Histórico.....	07
Aspectos e Procedimentos Metodológicos da Pesquisa de Campo.....	10
CAPÍTULO I – REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
1.1 Saber Científico e Popular: Hibridismo Cultural entre os Dois Sistemas de Cura.....	16
1.2 O Sentido Simbólico da Cura .....	27
1.3 A Dádiva e a Troca de Bens pela Vida.....	32
CAPÍTULO II – SISTEMA COMUNITÁRIO DE SAÚDE: O PSF no Morro.....	40
2.1 Os Agentes Comunitários de Saúde e os Dilemas entre do Atendimento entre o Sistema de Cura Popular e o Comunitário no Morro .....	45
2.2 Reconhecimento da Medicina Popular .....	54
CAPÍTULO III – O UNIVERSO SIMBÓLICO DAS REZADEIRAS .....	64
3.1 Percepção sobre a Arte de Curar .....	67
3.2 Eficácia Simbólica da Cura .....	74
3.3 Aliança entre Rezadeiras e Profissionais do PSF .....	81
3.4 Solidariedade e Obrigação entre as Rezadeiras e os Pacientes .....	88
CAPÍTULO IV – A DÁDIVA ENTRE REZADORES, AGENTES COMUNITÁRIOS E USUÁRIOS .....	100
4.1 Análise da Relação de Troca entre Rezadeiras e Pacientes.....	102
4.2 A Construção de Elos Sociais entre Agentes Comunitários de Saúde e Usuários .....	111
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	119
BIBLIOGRAFIA .....	123
ANEXOS .....	129

## INTRODUÇÃO

### ♦ OBJETO

A presente dissertação de mestrado tem por objeto de estudo a compreensão do diálogo entre, por um lado, o sistema de práticas de cura do catolicismo popular, representado pelos erveiros e rezadeiras<sup>1</sup> urbanos e, por outro, o sistema comunitário de saúde, representado pelo PSF (Programa de Saúde da Família), ação pública resultante da reforma da saúde no Morro da Conceição, em Recife. Parte-se do princípio de que esse diálogo se reflete na prática por experiências híbridas fabricadas a partir de saberes científicos e populares, de estratégias intencionais e de saberes e costumes tradicionais. Tal fabricação nos leva de imediato às considerações de Marcel Mauss (1903) sobre as imbricações entre técnica e magia, assunto que será aprofundado no desenvolvimento do trabalho.

Nessa análise, o termo “popular” é usado para explicar os papéis do rezador como agente criador, portador e transformador de técnicas próprias de lidar com a saúde/doença. Tais técnicas se revelam mediante práticas mágico-religiosas que incluem curar o paciente através da reza com um ramo verde, com uma bênção ou com receitas de medicamentos naturais. É interessante que “tanto as rezas como os chás somente adquirem um sentido e, portanto, se tornam eficazes, quando inseridos no contexto ritual. Fora dele, perdem todo seu poder, pois deixam de ser significantes”. (Quintana, 1999:55).

---

<sup>1</sup> De acordo com Schweickardt (2000) a diferença que se dá entre o curandeiro e o rezador é que “aquele opera no nível empírico, conhecendo as plantas e as doenças, embora isso não exclua o contato com o sobrenatural; o rezador, por outro lado, cura através de meios simbólicos, age preferencialmente sobre doenças de pouca gravidade como erisipela, mau-olhado, quebranto, vermes”. (Schweickardt, 2000: 156).

OBS: As rezadeiras que entrevistamos são todas de tipos mistos, ou seja, há união entre rezador e curandeiro, pois possuem amplos conhecimentos do uso de ervas, plantas e raízes medicinais.

Historicamente, no Brasil colônia, as expressões ritualísticas católicas foram enriquecidas pelo contato com as religiões indígenas, africanas, islâmicas, árabes e judaicas, diferenciando-se do catolicismo ortodoxo e instituindo uma roupagem sincrética. Neste sentido, catolicismo popular é definido por alguns autores como sendo “um conjunto de práticas e de crenças centralizadas em sinais parcialmente reveladores de uma presença do sagrado, envolvendo uma dimensão de proteção contra dificuldades e males desta vida e, também, de salvação eterna”. (Rolin, 1970 *apud* Segna, 1977:65). Estas práticas são manifestadas de diversas formas como procissões, promessas, entre outras; e, também, mediante práticas de cura efetuadas nos pacientes por meio da fé nas rezas sagradas. Desta forma, “o fenômeno de cura no catolicismo popular está basicamente referido à fé”. (Minayo, 1994:69). Tais práticas acontecem no domicílio das próprias rezadeiras, fora do ambiente da igreja católica oficial.

Assim sendo, quando usamos os termos “sistemas populares de cura” ou “sistemas mágico-populares”, estamos nos referindo especificamente às práticas e rituais curativos desenvolvidos pelas benzedadeiras no Morro da Conceição. Elas são vistas como agentes mediadores entre o homem e o sagrado e, por isso, as trataremos também por “Agentes Populares de Saúde” — APS.

Por outro lado, o “sistema de cura da saúde comunitária” está baseado na proposta de uma assistência de saúde oferecida pelo poder público, diretamente na comunidade, impactando as crenças e hábitos de saúde do local. A operacionalização de tal idéia é posta em prática através das ações do PSF (Programa de Saúde da Família), que vem sendo implantado em todo o Brasil a partir da expansão do SUS (Sistema Único de Saúde) e que está presente no Morro da Conceição desde 2003. O programa representa um avanço na área de saúde sócio-comunitária e uma mudança paradigmática no que se refere à noção de saúde,

sobretudo por valorizar o saber local e buscar integrar este saber nos programas de saúde oficiais.

Por conseguinte, para o PSF, o conceito de “saúde” é concebido tanto como a junção de saberes de cura diversos como a decorrência de uma gama de direitos que vão desde a habitação até o acesso a serviços de saúde. Neste programa, privilegiamos as ações do ACS (Agente Comunitário de Saúde) por revelarem o duplo papel de agente institucional e morador da comunidade.

A escolha do Morro da Conceição como universo de pesquisa encontra plausível justificativa na importância sociológica das práticas tradicionais de curas efetuadas pelas benzedoras no Morro, e na sobrevivência das mesmas na contemporaneidade, interferindo na estratégia de implantação do sistema comunitário de saúde pelos administradores públicos.

É interessante estarmos atentos para o fato de que, por ser o PSF um programa recente no Morro, muitas das ações de saúde ficavam por conta dos antigos curandeiros locais. Ainda hoje, as antigas rezadeiras, erveiras e parteiras da comunidade desempenham um importante papel histórico na saúde local, a saber, o de “Agentes Populares de Saúde”, agentes que buscam articular o planejamento em saúde com uma complexidade de técnicas de cura resultantes da esfera mágico-religiosa. Com a implantação do PSF, as práticas populares não foram abandonadas, mas passaram a constituir uma alternativa complementar à saúde comunitária. Procuramos, assim, nesta dissertação, observar o tipo de interação e articulação envolvendo os dois sistemas de cura no Morro.

Embora muitos desses agentes populares de saúde já tenham morrido, despertou nossa atenção o fato de que ainda hoje é bastante considerável o número de rezadeiras atuantes no Morro e o vivo prestígio social que possuem frente à comunidade. É igualmente significativo o fato de muitos dos usuários de saúde recorrerem aos dois sistemas de cura: o popular e o convencional, para tratar de suas endemias e das de seus familiares, além de se

utilizarem cotidianamente de medicamentos caseiros, muitas vezes ensinados pelas rezadeiras. No plano teórico geral, a explicação para isso é advogada por Nestor Garcia Canclini<sup>2</sup> (1998) que chama a atenção para a presença de uma transação de saberes envolvendo os dois sistemas:

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

Também Paulo Henrique Martins (2001) defende haver um mecanismo de reciprocidade envolvendo os dois sistemas:

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

Dessa forma, entendemos que a saúde coletiva disseminada a partir do PSF tenta preencher as lacunas sociais e simbólicas deixadas pelo modelo médico-hospitalar cartesiano, na medida em que possui um caráter holista e generalista de atendimento familiar, cuja concepção visa ao diálogo com o saber de cura local da comunidade em que atua. Por isso, sua proposta se aproxima da esfera mágica da cura, onde o atendimento é mais intimista.

Nessa política “da saúde social”, destaca-se o (ACS) “Agente Comunitário de Saúde” por se revelar como um forte elo de ligação entre a instituição de saúde e a comunidade. Por

---

<sup>2</sup> O autor desenvolve a noção de “hibridismo cultural” para explicar a união de tradições de classes, etnias e nações na modernidade e a desconstrução da oposição entre o erudito e o popular, o tradicional e o moderno, o subalterno e o hegemônico. Essa noção será aprofundada no primeiro capítulo da presente dissertação.

ser morador da área<sup>3</sup>, o ACS conhece e convive diariamente com as tradições, crenças e práticas de curas populares locais. Ele cria elos com a comunidade ao servir de veículo de informações e cria laços com os usuários de saúde quando o saber que representa interage e dialoga com os saberes e formas de viver locais.

Nessa perspectiva, se, por um lado, o saber científico da medicina comunitária desenvolvida pelo PSF possui uma legitimidade em âmbito institucional ou oficial, por outro, pode-se dizer que as práticas de cura das rezadeiras possuem reconhecimento e respeito extra-oficial, revelando certa “legitimação popular”. Essa legitimação ocorre porque as rezadeiras são reconhecidas e valorizadas pela comunidade como uma espécie de “cientistas populares” que harmonizam a mística da religião e os truques da magia com os conhecimentos da cura popular. Isso se deve ao fato de que para os APSs não existe uma “eclesiástica ou uma corporação profissional que os possa incluir, e ao seu trabalho: nem no catolicismo, pelo lado da religião; nem na medicina, pelo lado das agências de cura. Mesmo assim, eles souberam resistir, multiplicar e diferenciar tipos de agentes e de serviços”. (Brandão, 1986:54).

A motivação da escolha do tema se revela na tentativa de compreendermos como o saber mítico-mágico-simbólico se relaciona com o empírico-lógico-racional no Morro da Conceição com vistas à organização de saberes de cura apropriados, culturalmente falando. Considerando que as curas observadas nas camadas periféricas urbanas constituem importante fator de investigação sociológica, a pesquisa de campo tentou responder a seguinte problemática: *Como as práticas de cura do catolicismo popular sobrevivem e se relacionam com as ações de saúde do Programa de Saúde da Família no Morro da Conceição em Recife? Quais são as trocas, as diferenças e hibridismos que circulam entre os dois sistemas?*

---

<sup>3</sup> Ser morador da área é critério instituído para contratação do ACS, segundo a Lei Federal 10.507 de 10 de Julho de 2002, apontado pelo Ministério da Saúde como um facilitador da aproximação do setor saúde a comunidade no âmbito do SUS. De acordo com o Art. 2º da mesma lei, “A profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste”.

É o que analisaremos no decorrer desse trabalho através de discussões teóricas e dos depoimentos dos atores sociais entrevistados: benzedoras, agentes comunitários de saúde e usuários de saúde. Assim, esta dissertação possui objetivos de duas ordens: geral e específico. O geral tem como meta “analisar como o elemento mágico-religioso do saber de cura popular se relaciona com as ações do PSF no Morro da Conceição, o que implica considerar as articulações entre a medicina popular e a medicina científico-comunitária local”. Os específicos ressaltam os seguintes pontos: analisar o universo simbólico dos curandeiros e rezadeiras; entender o comportamento dos Agentes Comunitários de Saúde frente ao processo de interação entre o PSF, a comunidade e as práticas de curas do catolicismo popular local; estudar as motivações que levam os pacientes a recorrerem aos dois sistemas de cura para tratar da saúde: o mágico-religioso (rezadeiras) e o médico-comunitário (PSF); perceber as trocas de dádivas que circulam entre as rezadeiras e seus pacientes e entre os ACSs e seus domiciliados.

É fato que os Agentes Populares de Saúde (rezadeiras, erveiros) criam e recriam suas crenças e práticas curativas, segundo as suas próprias experiências e mediante a circulação de objetos simbólicos, ou trocas de dádivas (Mauss, 1924) com seus pacientes. A medicina comunitária, por sua vez, passando a fazer parte do cotidiano da comunidade, também passa a estabelecer um sistema de trocas de bens materiais e simbólicos com seus usuários, principalmente através da figura dos Agentes Comunitários de Saúde.

É relevante para a pesquisa percebermos o universo social e simbólico envolvendo esses dois sistemas de cura: o popular e o comunitário no Morro, a fim de entendermos como o sistema de cura tradicional convive na modernidade urbana periférica com o sistema da atual saúde comunitária.

♦ A Saúde no Morro: *Um Breve Histórico*

Situado no Bairro de Casa Amarela, o Morro da Conceição<sup>4</sup> possui uma alta densidade populacional, algo em torno de 8.500 (oito mil e quinhentos) habitantes, e se destaca pela riqueza de suas organizações populares, culturais e especialmente religiosas.

A primeira equipe de saúde de que se tem referência histórica surgiu a partir de um grupo integrante do “Conselho de Moradores do Morro da Conceição”, fundado em 1980. Este Conselho, por sua vez, nasceu a partir de vários grupos: de mães, de mulheres, de saúde, de barreiras. A partir daí, também nos anos oitenta, registrava-se o aparecimento do Centro de Educação Popular Maria da Conceição, em homenagem a uma rezadeira local. As pessoas na época procuravam muito por dona Maria da Conceição, rezadeira que abria espaço residencial para atender a comunidade, especialmente as crianças. Quando ela faleceu, seus filhos resolveram transformar a sua casa em um espaço público de trabalho na própria comunidade. Foi quando floresceu o trabalho do Centro.

Em 1989, depois de o Conselho de Moradores passar por muitas dificuldades e reivindicações políticas, estrutura-se a Equipe de Saúde para resolver assuntos na área de “Saúde Preventiva e Educação Sanitária”. Já existia na comunidade a venda de medicamentos naturais, produzidos pela própria equipe e vendidos a preço simbólico na “Farmácia de Ervas Medicinais”. Assim, os primeiros agentes de saúde do Morro faziam parte de um projeto desenvolvido pela médica Cristina Cardoso, que iniciou os trabalhos de uma medicina que visava ao atendimento domiciliar na comunidade.

---

<sup>4</sup> Seu primeiro nome era “Oitero da Bela Vista” e passou a se chamar Morro da Conceição em 1904, quando a estátua da santa Nossa Senhora da Conceição, vinda da França, levou nada menos que vinte mil pessoas à sua festa. Depois da chegada da santa, em 1904, iniciou-se um processo de ocupação e habitação no Morro através de lutas pela posse da terra firmada por uma população bastante pobre, de forma que, em 1970, criou-se o movimento “Terra de Ninguém”, que lutava contra as taxas de aluguel do chão cobrados pela Imobiliária Pernambucana das famílias Marinho e Rosa. A igreja católica entra na luta em prol dos anseios populares. Nas décadas de 60 e 70, a igreja católica exerceu influência na criação de várias organizações populares, através das Comunidades Eclesiais de Bases, e das Pastorais. (Fonte: Etapas, 1994).

Treinavam-se então as agentes com a ajuda da extinta FEACA (Federação de Associações e Conselho de Casa Amarela), que na época cedia o espaço para o movimento de saúde. Tal movimento estabelecia através dela um contato com toda a comunidade de Casa Amarela e do grande Recife, e começou a ter um reconhecimento do Estado e da igreja católica, atuando mediante ações como a de prevenção de doenças entre mulheres e homens e de realizações de campanhas para a diminuição da taxa de mortalidade infantil, entre outras.

Pode-se dizer que aquela Equipe de Saúde do Morro foi a precursora do trabalho hoje desenvolvido pelo PSF. Era um trabalho louvável, mas insuficiente para dar conta das necessidades dos moradores. De fato, pode-se dizer que o próprio PSF ainda hoje sofre com as dificuldades operacionais para atender a uma demanda enorme de famílias por profissionais qualificados. Por outro lado, as APSs (Agentes Populares da Saúde), ou seja, as rezadeiras e parteiras locais, apesar do PSF, continuam a ser requisitadas para curar os mais diversos tipos de doenças. Mas não foram encontrados registros escritos a respeito das rezadeiras, somente depoimentos orais resgatados através da memória dos entrevistados. Apenas Dona Conceição, rezadeira dos anos oitenta, possui relato documentado.

O uso de ervas medicinais também é histórico na comunidade e sobrevive fortemente até hoje. São os famosos medicamentos caseiros, como: chás, infusões, banhos, lambedores, todos feitos com ervas, raízes ou plantas medicinais que são transmitidos de geração em geração no espaço doméstico familiar, ou ensinados pelas rezadeiras locais. Elas formam um sistema alternativo de tratamento da saúde.

Atualmente, podemos citar o exemplo de Dona Mariza, que além de ser antiga agente de saúde, é rezadeira, integrante da ONG “Grupo de Mulheres do Morro da Conceição” e proprietária da atual farmácia de medicamentos populares do Morro, local onde se pode encontrar uma diversidade de ervas, plantas e raízes a preços bastante acessíveis à população. De acordo com os depoimentos tanto dos agentes de saúde entrevistados quanto da própria

Mariza, as médicas do PSF também tomam a iniciativa dos saberes híbridos ao recomendarem os medicamentos populares encontrados na farmácia da rezadeira (confirmando a interação do PSF com o saber de cura local).

Logo, a fé, a crença religiosa e a busca de cura através das rezadeiras e erveiros (pessoas que lidam muito com medicamentos naturais), são a base de uma tradição do Morro que se mantém viva até hoje, mesmo diante da presença de novas instituições de saúde pública na comunidade. Por isso, consideramos as rezadeiras atuais como verdadeiros patrimônios históricos e culturais vivos e representantes da tradição popular local.

Quanto à situação da atual medicina comunitária da comunidade, esta conta com o auxílio de um Posto de Saúde do PSF — Posto José Bonifácio — instalado em 2003, que faz parte do Distrito Sanitário III, e que é formado por duas equipes de saúde. Cada equipe possui os seguintes profissionais de saúde: uma médica, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde. O atendimento é agendado pelas duas equipes, semanalmente, para responder aos seguintes atendimentos básicos: clínica geral, pediatria, reuniões mensais com grupos temáticos, tais como: hipertensos, diabéticos, idosos, adolescentes, e atendimento à saúde da mulher, além de visitas domiciliares.

A relevância sociológica dessa pesquisa se efetiva por meio dessa sabedoria híbrida, dessa riqueza de informações apreendidas através do conhecimento construído no “mundo da vida”, no mundo cotidiano de pessoas que usam a criatividade para lidar com as adversidades: as doenças, as incertezas e os sofrimentos. De acordo com Parry Scott (1996):

É justamente pela doença ser uma convergência de muitos diferentes estados e processos que não se pode imaginar a cura como sendo assumido monoliticamente por um agente só, como pelo sistema de cura médico, o que é uma alternativa que têm as suas formas específicas de compreender a doença e de como agir frente a ela. Ao enfrentar um problema de saúde, as pessoas procuram solução fazendo uso dos diversos sistemas de cura dos quais têm conhecimento. (Scott, 1996:01).

Esta pesquisa nos possibilitou assimilar os significados dessa sabedoria de vida e refletir sobre a relação entre o saber popular e o convencional de cura nesta comunidade, que espelha fielmente o encontro de valores modernos e tradicionais.

#### ♦ Aspectos e Procedimentos Metodológicos da Pesquisa de Campo

O presente estudo possui um caráter descritivo com abordagem qualitativa. Buscamos, a partir da coleta de dados escritos e orais, compreender os elementos mais relevantes sobre o objeto da pesquisa. Para tanto, realizamos uma análise mediante observação participante e entrevistas semi-estruturadas, levando-se em consideração as falas, os gestos e as emoções dos entrevistados.

A opção pela metodologia qualitativa se deve ao fato de que não se está buscando nesta pesquisa números uniformizantes, como na pesquisa quantitativa, mas padrões, registros e sinais que evidenciem a singularidade das práticas de cura nesta comunidade. Tal método possibilita ao pesquisador não só apreender mais detidamente as particularidades do ambiente, como também o universo imaterial ou simbólico (crenças, costumes locais, trocas de gestos, solidariedades) dos atores envolvidos. A técnica qualitativa justifica-se, portanto, por ser capaz de captar o mundo dos símbolos e de gestos espontâneos das relações sociais dos atores. Miriam Goldenberg (2000), por exemplo, corrobora este caráter particular da pesquisa qualitativa:

“Os dados da pesquisa qualitativa objetivam uma compreensão profunda de certos fenômenos sociais apoiados no pressuposto de maior relevância do aspecto subjetivo da ação social. Contrapõe-se assim à incapacidade de estatística de dar conta dos fenômenos complexos e da singularidade dos fenômenos que não podem ser identificados através de objetos comparáveis, os métodos qualitativos enfatizam as particularidades de um fenômeno em termos de seu significado para o grupo pesquisado”. (Goldenberg, 2000: 47)

E enfatiza:

“O reconhecimento da especificidade das ciências sociais conduz à elaboração de um método que permita o tratamento da subjetividade e da singularidade dos fenômenos sociais. Com esses pressupostos básicos, a representatividade dos dados na pesquisa qualitativa em ciências sociais está relacionada à sua capacidade de compreensão do significado e a ‘descrição densa’ dos fenômenos estudados em seu contexto e não à sua expressividade numérica”. (Goldenberg , 2000:50).

Assim, o universo escolhido para a pesquisa de campo foi o Morro da Conceição, por se adequar aos indicadores estabelecidos pela pesquisa, como por exemplo: situar-se em um bairro periférico da Região Metropolitana do Recife, no qual estão presentes os dois sistemas de saúde de nosso interesse: o comunitário e o popular, além de usuários dos mesmos.

Quanto à amostra, o recrutamento dos participantes está intimamente vinculado aos objetivos da pesquisa. Tentamos apreender os depoimentos dos atores sociais identificados como peças-chave para responder a nossa pesquisa, agrupando-os nas seguintes tipologias:

- *Esfera Alopático-Comunitarista* – Representado pela figura do ACS (Agente Comunitário de Saúde). (09 Agentes da Equipe de Saúde da Família entrevistados).

- *Esfera Doméstica* – Representada pelos usuários de saúde que buscam atendimento tanto do PSF quanto das rezadeiras. Com isso, a dissertação pretende considerar os motivos, as estratégias ou alternativas que a família busca para resolver os seus problemas de saúde. (09 usuários de saúde apontados pelas rezadeiras e pelos ACSs).

- *Esfera Mágico-Popular* – Benzedeiras ou rezadeiras locais, ou seja, o Agente Popular de Saúde (APS). (09 rezadeiras e 01 rezador apontados pelos ACSs).

Diante disso, escolhemos algumas técnicas de pesquisa para nos auxiliar na coleta de informações. Entre as diversas formas de abordagem do trabalho de campo, destacamos a entrevista semi-estruturada e a observação semiparticipante como tendo sido de suma riqueza e importância na assimilação dos dados. Mas, além dessas técnicas, para a extração da amostra também foi utilizada a técnica do Snow Ball<sup>5</sup> (Bola de Neve), a qual consiste em recrutar sujeitos para a pesquisa que, por sua vez, indicam outros sujeitos e assim sucessivamente. No nosso caso, os ACSs foram os informantes privilegiados: indicaram os rezadores mais conhecidos da comunidade, que por sua vez nos indicaram os seus pacientes.

No que diz respeito à técnica da entrevista, pode-se afirmar que ela se caracteriza por uma “comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala. Já num outro nível, serve como um meio de coleta de informações sobre um determinado tema científico” (Minayo, 2001:57). No caso da pesquisa em questão foi utilizada a entrevista semi-estruturada. Esta combina perguntas fechadas e abertas, guiadas por um roteiro e que permite ao entrevistado discorrer sobre o tema sugerido sem que o entrevistador fixe a priori determinadas respostas ou condições. Pelo contrário, faz-se provável que surjam outras questões na medida em que o pesquisador receba as respostas dos informantes. Quanto à sua definição, nos esclarece Triviños:

“Entrevista semi-estruturada é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, junto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que recebem as respostas do informante. Desta maneira o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa”. (Triviños, 1987:143).

---

<sup>5</sup> Segundo Fontes (2003), a técnica “bola de neve” diz respeito a uma estatística de extração de amostra não probabilística, construindo uma lista de nomes para entrevistas utilizando-se de um conjunto inicial de nomes escolhidos a partir de informantes privilegiados. Estes nomes escolhidos são os entrevistados, que indicam um outro grupo de pessoas a entrevistar, e assim por diante, até o círculo se fechar (isto é, quando o número de pessoas indicadas e ainda não entrevistadas é pequeno).

As entrevistas gravadas nos possibilitaram captar o material empírico por meio da fala dos indivíduos para posterior interpretação e análise dos mesmos. Todas as entrevistas foram previamente agendadas mediante a disponibilidade dos sujeitos da pesquisa, gravadas em fitas de áudio com prévia autorização dos entrevistados sendo, posteriormente, transcritas. Visando não constranger os entrevistados da pesquisa, deixamos sempre claro que a decisão de participar, bem como a identificação do nome deveriam ser discutidos e negociados.

Já no que diz respeito à observação participante, ela se realiza “através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos” (Minayo, 2001:59). Estabeleceu-se, assim, uma relação face a face entre observador e os observados. A importância dessa técnica se situa na possibilidade de apreensão de fenômenos que escapam à entrevista e que são atitudes espontâneas cercadas de subjetividades.

Como proposta de análise dos dados e depoimentos coletados, a presente dissertação optou pela técnica de “Análise do Conteúdo”, baseado em Bardin (1970), que é um conjunto de técnicas de análises de comunicações as quais não podem ser reduzidas a um único instrumento, uma vez que apresentam um leque de apetrechos vastíssimo (tendo em vista as comunicações das quais serão retirados os conteúdos das mensagens). Aqui, a análise de dados está intrinsecamente ligada à interpretação dos mesmos. Minayo (1992) aponta três finalidades complementares da fase da análise: estabelecer uma compreensão dos dados coletados; confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas; ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte.

A partir da transcrição das gravações das entrevistas, foi realizada uma análise temática das verbalizações, destacando semelhanças, contradições e significações comuns nos conteúdos apresentados. Esta análise se deu através de uma triagem de frases modais, ou seja,

de frases típicas e não apenas palavras, contendo um grande número de expressões que refletem a realidade social e cotidiana nas quais os sujeitos estudados estão inseridos. Dessa forma, a presente dissertação está dividida em cinco capítulos fundamentais.

No primeiro capítulo, a perspectiva adotada propõe uma explanação teórica de caráter interdisciplinar sobre o tema, abrangendo contribuições de sociólogos, antropólogos e autores da área de saúde a respeito de conceitos-chave sobre o objeto da pesquisa. Discutimos questões como a do hibridismo cultural, que envolve o sistema de cura popular e o científico numa só teia; o sentido simbólico, que envolve as categorias saúde, doença e cura e, por fim, a contribuição que a Teoria da Dádiva nos dá para entendermos as relações de troca entre os atores sociais envolvidos na construção dos saberes de curas locais.

O capítulo subsequente foi dedicado a uma discussão envolvendo o sistema científico de saúde, no caso representado pela saúde comunitária adotada pelo PSF (Programa de Saúde da Família) no Morro e sua relação com as práticas de curas populares locais. Trazemos assim não apenas uma discussão do significado do PSF — enquanto uma proposta inovadora no campo da saúde comunitária — mas também depoimentos dos nove Agentes Comunitários de Saúde acerca das diferenças e articulações envolvendo as práticas do PSF e as práticas das rezadeiras locais.

O terceiro capítulo é muito rico em informações. Traz-nos um aprofundamento da compreensão do universo simbólico da benzedura e de suas técnicas, o que nos possibilitou observar semelhanças e diferenças entre esta terapêutica e as ações da saúde comunitária. A partir do depoimento de nove rezadeiras e um rezador, trazemos uma reflexão a respeito da origem do dom, os tipos de males que a rezadeira é capaz de curar, os tipos de benzeduras e de medicamentos mais utilizados. Podemos perceber também quais as diferenças, para esses agentes populares de saúde, entre a cura que eles praticam e aquela praticada pela medicina oficial.

Por outro lado, observamos os depoimentos de pessoas que recorrem a curas populares. Procuramos entender, a partir dos depoimentos de nove entrevistados, as motivações que os levam a recorrer a tais práticas, em que casos recorrem e os resultados obtidos. Com isso, pudemos avaliar a dimensão da crença e da confiança dessas práticas na comunidade.

Discutimos, no quarto capítulo, as relações de trocas materiais e simbólicas, ou de dádivas, circulando entre os atores sociais em questão. Analisamos as relações calcadas na tríplice obrigação do dar, receber e retribuir envolvendo rezadeiras e seus pacientes, e ACSs e domiciliados do PSF no Morro da Conceição. Com isso, perceberemos a presença de laços sociais fortes ou fracos entre os atores.

Por fim, o quinto e último capítulo é um breve apanhado geral do trabalho desenvolvido, das dificuldades encontradas e dos resultados obtidos em termos empíricos e conceituais.

# CAPÍTULO I

## Referencial Teórico

### 1.1 Saber Científico e Popular: *Hibridismo Cultural entre os dois Sistemas de Cura*

Há uma contraposição ou conflito entre a ciência médica e as práticas de cura mágico-populares? Se nos limitarmos ao reconhecimento histórico de ambas nos últimos séculos, podemos ser levados a concluir que a primeira, ao contrário da magia, foi eleita como expressão da verdade médica e, assim, honrada legalmente. É o que sugere Pereira Neto (2001) ao afirmar:

“Foi criado no Brasil, como símbolo de que a ciência é um poder inquestionável, o Regulamento de 1920, em que o artigo 155 determina que ‘o exercício da arte de curar só seria permitido aos que se mostrassem habilitados por título conferido pelas faculdades de medicina ou equiparadas na forma da lei’. Aos demais, ele estava proibido. O monopólio médico no mercado de trabalho em saúde estava, portanto, formalmente garantido”. (Neto, 2001:90).

Porém, se não nos limitarmos ao discurso oficial, é interessante constatar que as práticas mágico-populares sobreviveram e se adaptaram às mudanças da modernidade, desfazendo as previsões científicas segundo as quais a magia tenderia ao desaparecimento devido ao desencantamento do mundo moderno. A realidade não confirmou isso pelo menos em sociedades como a brasileira. O que se verifica na prática é que há novas adaptações das tradicionais práticas e crenças a partir de dois fatores: perda de hegemonia do poder temporal do catolicismo e quadro crescente de legitimidade do poder técnico-científico. Mas o fato é que as práticas de curas populares continuam sendo uma referência simbólica disponível para as pessoas do Morro da Conceição, constituindo veículo privilegiado para as pessoas ritualizarem o corpo, a vida e a morte. O acesso à medicina oficial não aparece para a

população como uma contradição, mas como uma ocorrência que serve para atualizar suas crenças.

É importante esclarecermos também que não pretendemos, aqui, trabalhar os sistemas de cura científico e popular no sentido marxista de luta de classes antagonistas pelo poder, dividindo-os entre dominantes (medicina oficial) e dominados (medicina popular). Nossa intenção não é a de realçar o antagonismo ou a relação de poder numa perspectiva econômica ou de grupos de produtores, mas, diferentemente, de revelar a presença, no interior do imaginário social, de experiências de hibridismo cultural que permitem compreender como o saber popular opera a modernização do tradicional e articula as crenças científicas e mágicas entre os Agentes Populares de Saúde e os agentes oficiais.

De um modo geral, acreditamos que é de extrema importância tentarmos evitar — quando falamos em práticas de cura do catolicismo popular — as emboscadas de uma concepção que rotula o pensamento mágico como arcaico, primitivo ou ilógico e, em consequência, essencialmente diverso do pensamento moderno. É nesse sentido que Peter Berger (1997) reconhece que pelo menos no Terceiro Mundo existe uma tensão constante entre secularização e contra-secularização:

“No terceiro mundo, ficou claro para mim que a secularização não é um processo unilinear ou inexorável. Ao contrário, é um processo de permanente interação com forças opostas equivalente que podem ser classificadas sob o título de contramodernização. Acho que é útil olhar para a secularização do mesmo modo — como estando em crescente interação com forças contra-secularizadas”. (Berger, 1997:178).

Assim, pode-se dizer que “as sociedades modernas não abandonaram as apreensões mágicas do mundo” (Weber, B., 1999:187) em prol de uma visão anti-religiosa e científica. Tampouco se pode haver divisão hierárquica entre ciência e religião (colocando a ciência em primeiro plano), uma vez que “as crenças religiosas repousam sobre uma experiência específica, cujo valor demonstrativo não é inferior aos das experiências científicas, mesmo

sendo diferente”, como lembrou Émile Durkheim (1917:494). Percebe-se que no Brasil, de fato, moderno e tradicional não são colidentes ou excludentes, mas coexistem com suas lógicas próprias, conservando entre si relações de intercomplementaridade, de modo que não é preciso suprimirmos o tradicional para sermos modernos.

Nesse sentido, Schweickardt (2000) advoga que “a magia<sup>6</sup> é tão explicativa dos fenômenos quanto a medicina acadêmica na sua mais elaborada explicação do tipo experimental”. (Schweickardt, 2000:193). Assim sendo, as pessoas não vêem nenhum contrassenso em se tratarem simultaneamente com um médico e com um rezador, pois todos podem auxiliar no momento da dor e do sofrimento.

Indiferentes às previsões pessimistas de certos autores sobre o futuro incerto dos mágicos, as rezadeiras e os raizeiros continuam reconhecidos pelas pessoas como “médicos populares” ou “especialistas da alma”. Eles continuam a trabalhar a arte de curar através da combinação de preces sagradas e conhecimentos dos medicamentos naturais como ervas, raízes, plantas que podem ser usadas de diversos modos (banhos, chás, infusões, cataplasmas). A própria designação de “medicina popular”<sup>7</sup>, que alguns autores utilizam para explicar tal prática, é, no nosso entender, uma concepção híbrida em si mesma.

Para as pessoas que recorrem aos dois sistemas de cura — o científico-comunitário e o mágico-religioso — as doenças apresentam tanto causas naturais quanto sobrenaturais, um sistema interferindo sobre o outro e vice-versa. Portanto, todos os recursos vistos como

---

<sup>6</sup> O autor referido compreende por magia “o entendimento de que palavras e gestos irão interferir no processo natural das coisas”. (Schweickardt, 2000:149). Nesta mesma perspectiva, para Laplantine e Rabeyron, magia significa: “A confiança em certa ordem da natureza e em certo número de processos capazes de agir sobre a natureza, manipulando forças cujo conhecimento se obtém por iniciação. É um ato de fé em um princípio de harmonia: o equilíbrio do homem, da natureza e da cultura, que se opõe à tendência à dissociação do homem, da natureza e da cultura, cujo corolário é a especialização”. (Laplantine e Rabeyron, 1989:50).

<sup>7</sup> “A respeito desta questão, Laplantine e Rabeyron definirão a medicina popular como “certo número de práticas de prevenção e de cura fundamentadas numa visão coerente do homem e do cosmos, visão essa que qualificaremos antropológicamente de mágica. (...) É inicialmente uma medicina tradicional. Isso não significa que seja imutável, porém, designa certo modo de transmissão essencialmente oral e gestual que não se comunica através da instituição médica, mas por intermédio da família e da vizinhança”. (Laplantine e Rabeyron 1989:51).

relevantes para harmonizar o corpo e a alma, para promover um estado saudável e uma melhor qualidade de vida, são aceitos por este público. Nesta mesma perspectiva, Alberto M. Quintana (1999) explica que “a função terapêutica não se esgota na parte orgânica — erradicação dos sintomas e suas causas. Ela deve também cumprir a função de reconstituição de um universo simbólico que, com o surgimento da doença, foi igualmente afetado”. (Quintana, 1999:34).

Nessa discussão, destaca-se o termo “Hibridismo Cultural” adotado por Nestor Canclini (1998). Considerado um desbravador em pesquisas sobre o hibridismo nas culturas latino-americanas, o autor volta seu estudo para o entendimento da cultura urbana. De acordo com Canclini, há um hibridismo cultural que impede que se separe o popular do que se convencionou chamar de “erudito”.<sup>8</sup>

“... Vou agora vender a hipótese de que não há muito sentido estudar esses processos “desconsiderados” sob o aspecto de culturas populares. É nesses cenários que desmoronam todas as categorias e os pares de oposição convencionais (subalterno-hegemônico, tradicional-moderno) usados para falar no popular. Suas novas modalidades de organização da cultura, de hibridação das tradições de classes, etnias e nações requerem outros instrumentos conceituais”. (Canclini, 1998: 282).

E, reforçando essa idéia, afirma:

“Assim como não funciona a oposição abrupta entre o tradicional e o moderno, o culto, o popular e o massivo não estão onde estamos habituados a encontrá-los. É necessário demolir essa divisão em três pavimentos, essa concepção em camadas do mundo da cultura...” (Canclini, 1998:19).

Pode-se dizer que a contribuição desse autor está no fato de estudar os fenômenos sócio-culturais na América Latina não em termos fragmentados ou dicotômicos, mas

---

<sup>8</sup> A respeito desta questão, evitamos discriminar, rotular ou hierarquizar os domínios de uma cultura de erudita e outra de popular, já que dentro do universo cultural existem redes de imbricações envolvendo as diversas manifestações culturais entre as estratificações socioeconômicas. A cultura popular se definiria, de modo geral, como a cultura produzida e praticada no cotidiano do povo, com conteúdos estéticos próprios de sua significação em suas manifestações.

mediante o reconhecimento dos entrelaçamentos envolvendo práticas diferenciadas, o que veio a engendrar o que ele designou chamar de “culturas híbridas”.

Desta forma, podemos inferir que o rezador está imerso claramente numa atmosfera simbólica caracterizada por um emaranhado de crenças, de técnicas mágicas de tratamentos das doenças e de trocas de dádivas com os pacientes (gestos, presentes, gratidões, favores). Mas esta atmosfera mágica também impregna a relação das pessoas com a medicina comunitário-científica. Assim, no atendimento médico-comunitarista há, por exemplo, uma crença viva do paciente na capacidade da cura que emerge das mãos do médico. Existe, ainda, uma relação de troca de bens materiais e simbólicos entre os pacientes e os ACSs, como observamos na pesquisa, mesmo que essa dimensão fique muitas vezes camuflada pelo discurso científicista.

A interação entre a ciência e a religião é, em si mesma, um processo histórico complexo. Neste sentido, lembra-nos Durkheim que “longe de haver entre a ciência, por um lado, a moral e a religião, por outro, a espécie de autonomia que tão freqüentemente se admitiu, esses diferentes modos de atividade humana derivam, de uma só e mesma fonte”. (Durkheim,1989:524). O pai da sociologia francesa coloca a ciência e a magia num mesmo patamar: “estabelecemos que as categorias fundamentais do pensamento e, por conseguinte, a ciência, tem origens religiosas. Vimos que o mesmo vale para a magia e, conseqüentemente, para as diversas técnicas que dela derivam”. (Durkheim, 1917: 496).

Os estudos de Mauss e Hubert (1903)<sup>9</sup> sobre magia enaltecem uma intrínseca relação envolvendo técnica e magia, não se podendo conceber uma sem a outra. “A magia liga-se às ciências, da mesma forma que às técnicas”. (Mauss, 2000:179). No que se refere à ciência médica, isso também procede, pois para Mauss o ato médico não só se manteve rodeado de prescrições religiosas e mágicas, como também “as drogas, as dietas do médico, as

---

<sup>9</sup> A esse respeito consultar: *Esboço de uma Teoria Geral da Magia*, Perspectivas do Homem, edições 70, Lisboa, Portugal, 2000.

manipulações do cirurgião, são um autêntico conjunto de simbolismos, de simpatias, de homeopatias, de antipatias e, na realidade, elas são concebidas como mágicas”. (Mauss, 2000:17). Nesse sentido explica Martins (2001):

“Num primeiro momento do século XVI até os fins do século XVIII, na Europa, a representação institucional da medicina ainda estava bastante vinculada a (...) uma biociência médica incipiente, no interior da qual era inevitável a mistura da dinâmica científica com elementos religiosos, revelando o quanto o biocartesiano estava impregnado pela metafísica”. (Martins, 200:42).

De fato, a alteração desse quadro se efetivou por volta do século XIX, mediante a influência do positivismo biológico e da exaltação da racionalização técnica, que tentou suprimir as práticas de curas mágico-populares. Aos médicos foi garantido o monopólio da prática de cura de forma exclusiva, colocando na ilegalidade e clandestinidade todos os demais praticantes desse ofício, em geral as mulheres, acusadas de serem charlatãs. Antes da ascensão hegemônica da medicina alopática, o curandeirismo religioso era visto como uma “alteridade terapêutica”. Mas nesses últimos dois séculos, as práticas religiosas de curas populares continuaram a desempenhar papéis importantes nas mais diversas culturas locais, interferindo nas práticas científicas e integrando essas práticas ao universo mágico-simbólico. De acordo com Quintana (1999), a medicina clínica-alopática:

“Acredita que não precisa de meios simbólicos para intermediar o real, pois ela se crê portadora de meios técnicos para dominá-lo. Ela substituiu a intenção de dar um sentido ao mundo pela pretensão de controlá-lo. Assim, ela se convence de que por intermédio do positivismo obteve controle sobre a doença e a morte; quando, na realidade, somente perdeu o domínio sobre o universo simbólico”. (Quintana, 1999:39).

Por outro lado, as práticas de cura mágico-religiosas envoltas em um amplo universo de significações continuaram a exercer seu efeito simbólico à margem da medicina oficial.

“As crenças populares mantiveram uma maneira de ser religiosa, que permanece para boa parte da população”. (Weber, B.T., 1999:187).

Mas como não podia deixar de ser, o modelo biomédico hegemônico também foi alvo de severas críticas ao longo do seu percurso histórico, revelando suas fragilidades. O “Movimento de Saúde Coletiva”, por exemplo, que se expandiu nas últimas décadas, na América Latina, demonstrou as limitações do modelo médico vigente. Rompendo com a estreita concepção de doença e saúde da biomedicina, o movimento da saúde coletiva propõe um campo de conhecimento interdisciplinar, “cujas disciplinas básicas seriam a epidemiologia, o planejamento/administração da saúde e as ciências sociais em saúde, o qual valorizaria a dimensão subjetiva dos atores sociais, cujas vivências abririam novas perspectivas de reflexão e ação”. (Paim e Almeida, 2000 *apud* Martins, 2001:21).

Encontra-se implícito aí o apelo à ampliação do sentido simbólico na prática médica e a revalorização da qualidade na relação entre o curador e seu paciente. Portanto, mais do que mero acidente, a resistência social do saber mágico-popular de cura no Morro demonstra a presença inquestionável do simbólico na configuração das práticas médicas populares.

Por sua vez, a medicina comunitária de atenção básica, hoje consolidada pelo PSF, representa uma tentativa de responder às críticas acima mencionadas à biociência, ampliando o campo da saúde para uma visão mais antropológica. Ela aparece como esforço de reforma incremental pelo Sistema Único de Saúde (SUS) das antigas ações públicas em saúde, que eram largamente subordinadas a uma lógica assistencial-curativa. Revela uma tentativa de mudança paradigmática do conceito anátomo-clínico de saúde para outro interativo, rompendo com as teorias reducionistas que colocavam a saúde como uma “simples ausência de doenças”. A proposta da medicina comunitária adotada pelo SUS, ao contrário, busca ampliar a visão dominante de saúde pelo realce dos aspectos ecosociais e culturais.

Esta revisão da política de saúde possibilitou uma maior relação de confiança da comunidade com os gestores do PSF. Dessa forma, pode-se dizer que o sistema comunitário de saúde aproxima-se, sem se confundir, com o sistema mágico popular de cura das rezadeiras no Morro, uma vez que ambos os sistemas defendem um entendimento amplo da saúde enquanto meio-ambiente, corpo, mente, alma e dignidade de vida.

Em termos concretos, é interessante o fato de que no Morro da Conceição haja pacientes que não vão ao PSF sem antes visitar e se aconselhar com as rezadeiras; em alguns casos, essas últimas aconselham seus pacientes a visitarem também a Unidade de Saúde da Família. O PSF; além de medicamentos químicos, também recomenda, em alguns casos, o uso de medicamentos caseiros e herbários, encontrados na farmácia popular de dona Mariza, rezadeira da comunidade.

A noção cancliniana de hibridismo cultural se sobressai como fundamental para nossa discussão. De acordo com o autor, sobretudo nas novas gerações, “os cruzamentos culturais, (...) incluem uma reestruturação radical dos vínculos entre o tradicional e o moderno, o popular e o culto, o local e o estrangeiro”. (Canclini,1998:241). E nós acrescentaríamos ainda o mágico e o científico.

A doença-cura aparece como o grande elo esclarecedor para as relações entre o natural e o não-natural. Aí se misturam crenças na técnica médica moderna e nas tradições religiosas de cura. O que nasce desse hibridismo é uma medicina comunitarista mais humanitária no Morro. Isto é reforçado no momento em que o PSF reconhece e respeita a importância social das práticas de curas locais. De acordo com Schweickardt:

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

Diante do que supramencionamos, podemos perceber que pressões a favor da hibridização entre os dois sistemas de saúde no Morro encontram-se presentes tanto nas práticas cotidianas extra-oficiais dos moradores da comunidade, como entre os gestores da saúde oficial. Em termos oficiais, podemos também citar as ações compostas entre governo, universidade e ONGs. Por exemplo: percebendo a importância dessas rezadeiras e de suas receitas medicamentosas, o PSF, juntamente com o Distrito Sanitário III, a UFRPE (Universidade Federal Rural de Pernambuco) e o GEMPLAM (Grupo de Estudo Multidisciplinar em Plantas Medicinais), pesquisou os medicamentos caseiros mais utilizados na comunidade e selecionou aqueles que não apresentavam efeitos nocivos para a saúde, segundo a ciência. Dessa iniciativa resultou a cartilha “Tomando um Chá com Sabedoria”, que, no nosso entender, constitui uma forma inquestionável do hibridismo prático que é defendido neste trabalho.

Trata-se de uma sabedoria popular que busca passar aos profissionais de saúde segredos e tradições de curas que a ciência, por mais imponente que seja, desconhece. Porém, é importante salientar que esse hibridismo ainda é embrionário e se faz mais presente nas práticas cotidianas do que de forma oficializada. Nas palavras de um Agente Comunitário de Saúde entrevistado:

“Eu acho que o PSF é um ponto de saúde que une o saber popular com o científico. Eu acho que ele deve se melhorar em ter mais informações e responder pra dar para a comunidade a respeito dos tratamentos alternativos na medicina popular. Às vezes a gente acaba aprendendo com a comunidade porque ainda não existem programas que procure pegar esse saber popular e passar para os profissionais”. (ACS 09).

Percebe-se que o ACS chama a atenção para a necessidade de o PSF interagir mais com o saber popular e capacitar os demais agentes de saúde a esse respeito, a fim destes não chegarem desinformados às casas das pessoas. Por outro lado, as rezadeiras vão ao médico e utilizam também medicamentos alopáticos. Mas dizem atender, por vezes, pessoas que levam

seus filhos para que elas rezem com problemas “*que o médico não conseguiu resolver*”, (Tia Tonha). Há um relato muito interessante de uma rezadeira, segundo o qual o médico indicou a um paciente que procurasse um rezador para lhe curar de um cobreiro<sup>10</sup>. O paciente então a procurou e ela o curou através de suas rezas:

“Veio um senhor aqui com um cobreiro tão feio! Ele chegou aqui quase enrolando a cintura, que era aqui bem perto do umbigo. Ele disse que já estava um toque pra encontrar. O médico que mandou ele procurar uma pessoa que rezasse. Aí eu rezei e ele ficou bom. Sempre o que eu faço, as pessoas ficam boas”. (Vó Nana).

Desse modo, mesmo tendo acesso ao tratamento médico gratuito, a crença nas curas das rezadeiras e no uso de medicamentos naturais continua sendo uma prática conservada por muitas pessoas no Morro. Também os ACSs são profissionais híbridos, uma vez que representam um elo articulador entre o saber comunitário-científico e o mágico-popular<sup>11</sup>.

Isso não significa dizer que tais saberes não se diferenciem entre si, e que não haja tentativa de controle pela ciência das práticas de cura popular. Porém, no PSF do Morro essas divergências aos poucos vêm sendo rompidas pela própria história religiosa e cultural da comunidade, marcada por tradições religiosas católicas. O PSF teve que se adaptar a essa lógica moral local. Assim, embora esses saberes se diferenciem, eles não se anulam ou concorrem.

Nessa perspectiva, advogamos a idéia de que entre os dois saberes existe uma interação, um hibridismo, um influxo recíproco, uma troca simbólica, ainda que apenas o saber científico tenha o status de verdade experimental. É importante não dicotomizar a prática médico-comunitarista e aquela mágico-religiosa, uma vez que ambas possuem tanto

---

<sup>10</sup> Na medicina é cientificamente chamado de Herpes-zoster. Doença dolorosa da pele.

<sup>11</sup> Além de conhecerem as práticas de curas populares, quatro agentes de saúde entrevistados também disseram utilizar os tratamentos terapêuticos das rezadeiras.

elementos mágicos como empíricos. Desse modo, “o universo simbólico do rezador é encantado e racional ao mesmo tempo, pois as coisas são vividas e intelectualizadas” (Schweickardt, 2000:248).

É relevante reconhecermos a importância do denominado de “conhecimento popular”, que é aquele adquirido pela população ao longo do tempo e que se serve da tradição<sup>12</sup> para explicar a realidade. Um exemplo é o uso de plantas medicinais, amplamente utilizadas pelas famílias de baixa renda e que veio a dar origem, posteriormente, a uma ciência chamada “fitoterapia”.

A medicina popular baseada na fé enfatiza os efeitos dos remédios através dos rituais e busca uma explicação mágica para os fenômenos que não pode explicar. Para o conhecimento popular, a saúde é algo que perpassa o fator biológico. Nas palavras de Rubem Alves:

“Saúde é um bem espiritual. Não se trata simplesmente de uma dor no estômago, uma tosse que não pára, uma palidez que impressiona. Lado a lado com os sintomas físicos está o medo, a incerteza, a ansiedade. É possível incorporar necessidades espirituais à lógica dos valores de troca”. (Alves, 1979:115).

Através dos rituais da cura efetivados por rezas, bênçãos, plantas medicinais, entre outros, cria-se uma linguagem que estabelece uma composição entre símbolo e coisa simbolizada. Diferentemente da medicina clínica, as rezas populares não negam o que não podem esclarecer; no entanto, procuram uma justificativa mágica para os fenômenos da doença. Segundo Maria Andréia Loyola, “os rezadores são capazes de curar um número ilimitado de males, pois para eles a cura é principalmente uma questão de fé”. (Loyola,

---

<sup>12</sup> A respeito do conceito de “tradição”, há uma vasta discussão de autores das ciências humanas. Esse seria, pois, um debate que exigiria um espaço muito especial. Não dispondo do mesmo, simpatizamos com a noção de tradição adotada por Alfredo Bosi (1987) que entende a tradição enquanto memória: “a memória é o centro vivo da tradição, é o pressuposto da cultura no sentido de trabalho acumulado e refeito através da história. Falar em cultura como tradição sem falar em memória é não tocar no nervo do assunto”. (Bosi, 1987:10) in “*Cultura Brasileira: tradição e contradição*”. Jorge Zahar Editor/Funart, 1987.

1984:93). Nesse sentido, a medicina comunitarista entendeu a necessidade de interagir com os saberes populares locais da comunidade a fim de melhor dialogar com seus usuários de saúde.

## 1.2 O Sentido Simbólico da Cura

A magia transparece em nosso cotidiano mais do que nos aparece à consciência, mas está aí, guiando-nos as ações, dando sentidos às nossas palavras, gesto, significando o mundo que aparece a nós. (SCHWEICKARDT, 2000:129).

A vida cotidiana moderna, por mais racionalizada que esteja, possui espaços ocupados pelo sentido mágico do que se entende por saúde/doença e processos de cura. Engana-se quem pensa que rezar para mau-olhado e espinhela caída é coisa do passado, ou manifestação típica apenas de lugares agrários do interior do país e utilizados unicamente por pessoas de baixa renda.

Essas práticas de cura são comuns em todo Brasil e estão presentes na região metropolitana do Recife. Mas, certamente em áreas populares como o Morro da Conceição, que são herdeiras de forte catolicismo popular, essas tradições se mostram bastante vivas. Porém, de acordo com o depoimento de algumas rezadeiras, a reza é uma prática que extrapola o Morro, pois pessoas de bairros de “classe média alta” também buscam suas rezas. Ou seja, essas práticas não se limitam às populações rurais ou às camadas de baixa renda.

Há uma vasta heterogeneidade de proposições acerca da temática saúde e doença. Em se tratando de curas através de rezas e ervas medicinais, entra-se necessariamente numa discussão do sentido mágico-religioso da cura.

Em termos científicos, a cura está sempre associada à superação das disfunções do organismo e ao restabelecimento da “normalidade” do mesmo através do tratamento biomédico. Já nas concepções das rezadeiras, o restabelecimento da “ordem” orgânica se dá

pela fé que transforma a mente, o corpo e a conduta do paciente. Sem dúvida, a cura no sentido simbólico da saúde é considerada um fenômeno de alta significação. Os fenomenólogos, explica Minayo (1999), ponderam a respeito que:

“A cura se baseia em valores, símbolos e sistema de significados compartilhados nos seus grupos de referência. (...) A partir das mesmas idéias vai se desenvolvendo também uma linha holística na concepção saúde-doença, na qual a saúde tem que ser pensada como bem-estar integral: físico, mental, social e espiritual”. (Minayo, 1999: 61).

Sociólogos e antropólogos tentaram demonstrar que fenômenos como a saúde, a doença e a morte não podem ser reduzidos a fatores puramente orgânicos e naturais, mas dependem das características culturais e históricas de cada sociedade. (Áries, 1990; Carse, 1987). E que o enfrentamento das doenças se realiza tanto por meios científicos como por religiosos. “Tudo depende da crença”, diz Allain Caillé (2003).

Submerge com notável importância nesse debate os estudos de Marcel Mauss, que via com bastante relevância o sentido simbólico presente nas práticas sociais cotidianas dos homens, levando-os a concluir que o mundo social é um fato simbólico total. (Mauss, 1924). O modo como os povos neozelandeses e australianos encaravam as doenças e a morte levou Mauss a constatar que a idéia de morte é construída socialmente e depende do modo como se articulam o físico, o psicológico e o moral com o social. Daí ele conclui que os sujeitos morrem porque crêem que vão morrer devido a alguma ruptura com as coisas sagradas que os sustentam. Caillé confirma esta leitura afirmando que “quando os médicos ocidentais têm ocasião de examinar esses sujeitos não constatam nenhum tipo de lesão anatômica ou orgânica”. (Caillé, 2003 *apud* Martins, 2003:07).

Esses estudos já revelam que Mauss não via o fato patológico isolado do social, psíquico e simbólico. Saúde, doença, cura, morte, alma e corpo fazem parte, para ele, de um "sistema social total". As curas efetuadas pelas rezadeiras e curandeiros do Morro da

Conceição são envolvidas pelas crenças simbólicas presentes na comunidade. Compreender essas práticas significa, portanto, entender a natureza “total” da sociedade que as legitima e as conservam, pois é justamente a crença coletiva que garante o efeito do rito. Nesta perspectiva, é famosa a análise que Claude Lévi-Strauss (1975) faz em “Antropologia Estrutural” sobre os elementos indispensáveis para a eficácia de certas práticas mágicas.

“Não há, pois, razão de dúvidas da eficácia de certas práticas mágicas. Mas vê-se ao mesmo tempo em que a eficácia da magia implica a crença da magia, e que esta se apresenta sob três aspectos complementares: existe, inicialmente, a crença do feiticeiro na eficácia de suas técnicas, em seguida, a crença do doente que ele cura (...). Finalmente, a confiança e a exigência da opinião coletiva”. (Lévi-Strauss, 1975:194).

Mauss advoga que “a crença do feiticeiro e do público não são duas coisas diferentes; a primeira é o reflexo da segunda, pois a simulação do feiticeiro só é possível em virtude da credulidade pública”. (Mauss, 2000:118). Analisando a magia do Ocidente em “Chamanes, Místicos y Doctores”, Sudhir Kakar (1989) atribui às práticas xamânicas uma especialidade religiosa, que muito se assemelham com as práticas mágicas das rezadeiras:

“... Al chamán como um especialista religioso conecta a su comunidad com todo lo que es sagrado y da um significado a la vida. Es el mediador entre lo sobrenatural y la comunidade que da a conocer los deseos de uno a la outra. La literatura antropológica reciente menciona la influencia social y política Del chamán, reconoce su cualidades intelectuales y se admira de sus capacidades creadoras e innovadoras”. (Kakar,1989:141).

Para os grupos de pacientes que recorrem à cura através dos curandeiros e rezadeiras, a saúde é vista como um estado humano que depende da natureza como, por exemplo, a energia do ramo verde que tira a dor ou doença do corpo no momento da reza, ou da erva que serve de medicamento. Para esses grupos, a cura depende tanto das relações sociais e da relação de confiança estabelecida entre curador e paciente, quanto da fé em forças sobrenaturais e a crença de que o curador é um agente interlocutor com o mundo sagrado.

Assim, as curas adquiridas pelas ervas e rezas sagradas possuem, para as pessoas em geral, o poder de estabelecer uma ressignificação na vida e nos valores dos pacientes:

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

O que sempre prevalece nesses casos é a crença de que o rezador, enquanto possuidor do dom sagrado da cura, conhece as plantas certas para cada tipo de doença ou a “energia ruim” que se disseminou sobre o paciente, como nos casos de “mau-olhado” que, segundo a rezadeira Tia Tonha, “*Pode até levar à morte*”.

Marcel Mauss, num texto intitulado “A Prece”, mostrou-se maravilhado ao falar do poder da oração nas sociedades arcaicas: “Ela é também eficaz, e de uma eficácia *sui generis*, pois as palavras de oração podem causar os fenômenos mais extraordinários”. (Mauss, 1909:270). A prece para Mauss é um rito oral. A arte verbal encontrada no estilo narrativo da oração das benzedadeiras constitui-se em uma fala que procura fazer a pessoa entrar em contato com o mundo sagrado. As palavras estão carregadas de um poder evocatório capaz de proporcionar emoções e curas a quem nelas acreditar.

Tanto a medicina quanto a magia utilizam-se de técnicas de cura, embora estas sejam diferenciadas do ponto de sua legitimidade discursiva. Durante nossas entrevistas, uma rezadeira explicou qual a diferença da sua cura para a do médico: “*A médica cura com medicamento e eu curo pelas palavras. O lado da fé e das palavras de Deus. A fé é que cura*”. (Vó Nana). Assim, as relações são mediadas pelas palavras, entendidas como ponto entre o mundo terreno e o sobrenatural. A palavra é dotada de um poder de cura que atua juntamente

com vários símbolos que ganham significados nos rituais de cura. Nessa mesma perspectiva, Durkheim enfatiza a importância dos cultos sagrados:

“De fato, qualquer que tenha realmente praticado uma religião sabe bem que é o culto que suscita aquelas impressões de alegria, de paz interior, de serenidade, de entusiasmo, que são, para o fiel, como que a prova experimental de suas crenças. O culto não é simplesmente um sistema de signos pelo qual a fé se traduz exteriormente, é a coleção de mitos pelos quais ela cria e se recria periodicamente. Que ele consista em manobras materiais ou em operações mentais, é sempre ele que é eficaz”. (Durkheim, 1917: 494).

Nesse sentido, as curas obtidas através da medicina popular<sup>13</sup> não têm nada de irracional, mas podem ser explicadas através das crenças dos pacientes na cura não convencional. Para Laplantine e Rabeyron, a força dos curandeiros consiste em uma “suplementação psicológica e social, na medida em que eles aceitam ouvir o inacreditável e responder aos clientes com a garantia da cura. Pois estar doente é querer ser amado, ser protegido, é querer encontrar diante de si alguém que não duvida”. (Laplantine e Rabeyron, 1989:62).

Para o doente, a possibilidade de poder se comunicar com o mundo sagrado representa um prestígio e uma atribuição de sentido e apelo da cura às forças do além-mundo. É dessa forma que Durkheim via o sobrenatural como “o mundo do mistério, do incognoscível, do incompreensível. A religião seria, assim, uma espécie de especulação sobre tudo aquilo que escapa à ciência”. (Durkheim, 1989:54).

Podemos, pois, inferir que a cura religiosa popular emerge com a constituição de um novo mundo fenomenológico para o doente. No ritual de cura, o doente é convidado a rever

---

<sup>13</sup> Na explicação de Laplantine e Rabeyron, a medicina popular consiste em “certo número de práticas de prevenção e de cura fundamentadas numa visão coerente do homem e do cosmos, visão essa que qualificaremos antropologicamente de mágica. É inicialmente uma medicina tradicional. Isso não significa que seja imutável, porém, designa certo modo de transmissão essencialmente oral e gestual que não se comunica através da instituição médica, mas por intermédio da família e da vizinhança”. (Laplantine e Rabeyron, 1989:50).

seus problemas sob novo prisma, inserindo-o em um novo contexto moral que lhe dá forças para enfrentá-los. Nesse processo, a fé na cura é fundamental, pois o doente é uma pessoa acometida pelo medo: medo da dor, medo da morte, medo da incerteza. “Mas o medo sai quando se confia”. (Alves, 2002: 36). Além do mais, “é a fé do doente no poder do feiticeiro que faz com que ele sinta efetivamente a erradicação de sua doença”. (Mauss, 2000:157).

Por sua vez, a proposta de atenção à saúde adotada pelo PSF também apresenta uma concepção fenomenológica da saúde quando entende que ela vai além da “ausência de doenças” e passa a tratá-la em sua integralidade, entendida enquanto “uma ação resultante da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema”. (Gomes e Pinheiro, 2005:10).

No processo de cura, o doente que recorre ao atendimento do PSF também é convidado a melhorar o seu estilo e qualidade de vida a partir do trabalho em “educação em saúde”, desenvolvido pelo Programa, como por exemplo, conselhos de como se conviver com problemas de diabetes, hipertensão, etc. Dessa forma, há um lado humanitário, embora profano, que tenta passar confiança e dignificar a vida do paciente a partir da saúde comunitária.

### 1.3 A Dádiva e a Troca de Bens pela Vida

“O feiticeiro é um homem que, por dom, experiência ou revelação, conhece a natureza e as naturezas; a sua prática é determinada pelos seus conhecimentos. É aqui que a magia toca mais perto a ciência. A este respeito ela é até, bastante sabedora, senão verdadeiramente científica”. (Mauss, 2000: 92).

Ao falarmos em sistema de dádivas, estamos buscando compreender a natureza dos mecanismos de reciprocidades presentes nas relações doador-recebedor. Trata-se de um sistema de contínuas trocas materiais e simbólicas que circulam no cotidiano das pessoas

através de doações, recebimentos e devoluções de presentes, gestos, gratidões, serviços e outros, cuja conseqüência são as criações de vínculos sociais, de laços afetivos que, muitas vezes, tomam a forma de disputas, competições e rivalidades<sup>14</sup>.

Nessa ocasião, faz-se presente a questão da reciprocidade e da obrigatoriedade do dom (Mauss, 1924). A importância da obra maussuniana está no fato de mesma realçar nas sociedades arcaicas (e nas modernas), um sistema de prestações que é obrigatório (embora muitas vezes apareça como livre). Isto revela a força do simbolismo para uma compreensão da ação social a partir da tríade: doações; recebimentos e devoluções de bens simbólicos e materiais. Mauss ressalta o valor dos significados simbólicos dos bens dados nas criações de obrigações que são responsáveis pela criação dos vínculos sociais entre as pessoas. A noção de “aliança”, portanto, é o fio condutor de sua obra, ressaltando esta trama de dívidas e dádivas.

Daí a importância de entendermos como as trocas são concebidas e praticadas nos diferentes tempos e lugares, e como elas podem ser diversificadas. Isso ocorre porque dar, receber e retribuir implica não só uma troca material como também espiritual, um diálogo entre almas. Quem dá, dá algo de si mesmo. Quem recebe, por sua vez, recebe algo da alma do doador. A dádiva aproxima e assemelha o doador-receptor.

Mauss, ao analisar os sistemas de dádivas presentes nas sociedades tradicionais na Austrália, explica como as trocas de presentes se misturam aos sentimentos e às pessoas: “Misturam-se às almas nas coisas; misturam-se as coisas nas almas. Misturam-se as vidas e eis como as pessoas e as coisas misturadas saem, cada uma, das suas esferas e se misturam: o que é precisamente o contrato e a troca”. (Mauss, 1950:86).

---

<sup>14</sup> A respeito da noção de dádiva agonística., Mauss explica que ela se funda na rivalidade entre o doador e receptor, e ganha aquele que se revelar mais generoso. Diz o autor: “Poderíamos reservar o nome de potlatch para este gênero instituição que se poderia chamar: prestações totais de tipo agonístico”. (Mauss, 1950:57).

De acordo com Martins “o dom ou a dádiva é, por natureza, uma regra sistêmica ambivalente, que permite ultrapassar a antítese entre o eu e o outro, entre a obrigação e a liberdade, entre o mágico e o técnico”. (Martins, 2005:19). Para Caillé e Godbout (1998), o anti-utilitarismo interacionista, em particular, a teoria da dádiva, longe de estar ultrapassada, se faz fortemente presente também nas sociedades modernas, tanto através das relações primárias (famílias, vizinhos, amigos, entre outros) quanto através das relações entre desconhecidos (dádiva entre estranhos). Godbout explica a dádiva a partir de dois prismas: “de modo negativo, entende-se por dádiva tudo o que circula na sociedade que não está ligado nem ao mercado, nem ao Estado (redistribuição), nem à violência física. De modo mais positivo, é o que circula em prol do ou em nome do laço social”. (Godbout, 1998: 44).

De maneira geral, podemos afirmar que o paradigma do dom se diferencia tanto do paradigma individualista quanto do holista. O dom não reduz a ação social a uma lógica puramente do Estado ou a outra do Mercado, mas pensa em termos de totalidade das esferas sociais. Entender a Teoria da Dádiva exige, portanto, uma compreensão de sua lógica paradoxal, pois Mauss rompe com qualquer reducionismo ao propor a imbricação existente entre o simbólico e o utilitário, o interesse e o desinteresse, a obrigação e a liberdade no campo das relações humanas. Não há, na teoria da dádiva, nem indivíduo nem sociedade; há uma (inter) ação entre eles. Segundo Martins, a dádiva envolve:

“(…) Uma ação desinteressada e interessada ao mesmo tempo, visto que os atores criam laços, vínculos de gratidão que os une e constitui uma relação pessoal. O que diferencia o interesse contido na dádiva com relação ao interesse utilitarista próprio do capitalismo médico é o fato de que a retribuição do bem oferecido não tem um sentido prioritário de equivalência monetária, como ocorre no mercado. Na dádiva, o interesse tem um sentido primeiramente simbólico”. (Martins, 2002:09).

Quando pensamos tais trocas sob o prisma de pessoas acometidas por sofrimentos e problemas endêmicos, o sentido da doação de gestos que possam aliviar a dor passa a ter uma

conotação significativamente mais forte por lidar com a noção de risco, com a vida e a morte dos pacientes. Tais doações são freqüentemente praticadas como formas de solidariedade pelos Agentes Populares de Cura (APSs) e Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) no Morro da Conceição. Os agentes criam e recriam constantes laços sociais e afetivos com a comunidade em que atuam. A dádiva não é desinteressada. Mas pudemos perceber que o interesse desses agentes está mais baseado na busca dos mesmos pelo reconhecimento social do que em ganhos materiais propriamente ditos.

No caso dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), pode-se dizer que exercem na relação com a comunidade trocas que extrapolam suas funções enquanto profissionais. Por serem pessoas da comunidade, os agentes possuem uma identidade com ela e com seus moradores, uma vez que suas condições de integrantes da mesma lhes proporcionam vivências de situações análogas aos dos próprios moradores usuários da saúde pública. Isso permite aos ACSs melhor entrosamento e discernimentos quanto ao estilo de vida, costumes culturais e necessidades sociais locais.

Dessa forma, acabam observando fatores de extrema necessidade das pessoas. E estas lhes abrem as portas de suas casas e, muitas vezes, acabam vendo na figura do agente um amigo a quem confidenciam problemas e pedem conselhos. Nessa relação, criam-se laços de confiança e solidariedade por parte dos agentes que acabam doando seu tempo, seus gestos e, muitas vezes, buscam ajudar até materialmente um morador que esteja com necessidades, ou acompanhá-lo para um hospital como se fosse seu parente.

Durante a pesquisa de campo, observamos que essa é uma relação muito comum estabelecida entre os agentes e os moradores da comunidade. Mas não ocorre de forma unânime. Há, nessa relação, a construção de laços sociais mais fortes e mais fracos, o que é compreensível se pensarmos no grande número de famílias que os agentes precisam atender. Muitas vezes, as quantidades de atendimentos vão além da possibilidade dos ACSs de

conduzirem as visitas domiciliares com mais qualidade. Por isso, é também comum que alguns moradores prefiram estabelecer um congelamento na relação com o agente, que por sua vez, acaba pagando por todas as falhas do Programa de Saúde.

No que se refere aos Agentes Populares de Saúde (APSs), observamos, também, que as trocas presentes na religiosidade popular revelam o drama dos problemas sociais. Os fiéis buscam enfrentá-los através de um comportamento moral e de um vínculo com o mundo sagrado que os protejam do mal na terra. Assim, as práticas de curas populares, feitas pelas rezadeiras e/ou erveiros, evidenciam-se em gestos de doações feitas por pessoas humildes na privacidade de suas casas. Apesar da vida simples, elas fazem com otimismo e devoção suas rezas, orações e encantos, e receitam com atenção chás e medicamentos capazes de curar; e ainda estão sempre dispostas a ouvir atentamente os problemas das pessoas e lhes dar o melhor conselho que puderem. Tudo isso a qualquer momento do dia, sem hora marcada, sem interesse utilitário e sem se preocuparem se o seu gesto será, de alguma forma, retribuído.

Um motivo capaz de explicar tamanha doação de si mesmo está no fato de que todos os rezadores acreditam ser pessoas possuidoras de “dons” sobrenaturais e usam a reza, ou as “palavras doutriniais”, como instrumentos simbólicos mediadores entre o mundo sagrado e a pessoa doente. *“Agora eu não tenho esse dom porque me deram não, quem me deu foi Jesus”*; diz dona Sebastiana, afirmando a crença em seu dom. Este testemunho nos faz lembrar Martins quando nos esclarece que “o ato de curar tem uma forte simbologia que liga a cura ao dom, sendo tal cura um processo que transcende o conhecimento técnico especializado construído em laboratórios e reproduzido em cânones e faculdades”. (Martins, 2002:17).

Outro fato distintivo da tradição da reza é o de ser gratuita. Entendida como um dom que vem de Deus, uma bênção ou missão para o rezador pelo resto da vida, não é possível que se cobre por seus benefícios. “Os praticantes das medicinas populares não exigem nenhuma retribuição, já que a noção de ‘dom’ implica doação”. (Laplantine e Rabeyron, 1989:56).

Portanto, a reza, diferentemente da medicina alopática e da clínica moderna, é uma prática anti-utilitarista de cura, de modo que o rezador interpreta como uma ofensa o pagamento em dinheiro por uma “*palavra de Deus*”, como dizem as rezadeiras.

Porém, é muito comum que o receptor do dom se sinta na livre obrigação de retribuir a doação. Essa retribuição vai desde gestos simbólicos como sorrisos, agradecimentos e vínculos de amizade, até presentes como perfumes, sabonetes, ajuda em alimentos, entre outros. Contudo, essa retribuição está longe de ser uma regra estabelecida pelas benzedadeiras. Ela está implícita como sistema de regras morais na sociedade, que contribui para o aparecimento de um mecanismo espontâneo do reconhecimento. Por isso, ainda que o receptor do dom se sinta na obrigação de retribuí-lo, essa retribuição se fará de forma moralmente espontânea. A pessoa que recebe um dom tem uma obrigatoriedade moral de retribuí-lo, embora seja melhor que o faça da forma mais simples possível, como se fosse “por nada”.

Também os rezadores se sentem na obrigação de praticar as rezas, as curas, as solidariedades a quem quer que seja, diante da tamanha responsabilidade de seu dom, o que é confirmado por Schweickardt:

“A partir do momento em que a sua prática se torna social, ela se torna uma obrigatoriedade, ou seja, a pessoa está amarrada ao dom. A doença ou a morte são interpretadas pela negação de se continuar a rezar. O sagrado envolve situações de perigo, pois a pessoa não é mais livre propriamente dita, pois a sociedade a identifica como portadora de características especiais. A sociedade é quem vai dar crédito ao mágico, estabelecendo um consenso em torno da pessoa e de sua magia”. (Schweickardt, 2000:170).

Diferentemente, os Agentes Comunitários de Saúde, enquanto representantes institucionais do PSF, são pagos para exercerem a sua função. Mas, embora recebam um salário, percebemos durante a pesquisa que o valor da solidariedade não se desintegra ou é abolido devido à remuneração. Daí concluímos haver uma empatia espontânea para com os

agentes, o que revela haver alguma forma de reconhecimento do trabalho do ACS, embora nem sempre tal sentimento seja explícito. Ou seja, os ACSs também se envolvem emocionalmente com os problemas da sua comunidade e muitos se sentem na obrigação de doar-se além do que lhes é exigido pelo Programa. Assim, tanto os ACSs quanto os APSs são regidos por constantes relações de trocas materiais e simbólicas muito intensas com as pessoas da comunidade, configurando o permanente trabalho de hibridização.

Diante disso, percebemos que os bens doados pelos Agentes Comunitários de Saúde vão além de seus ganhos ou interesses utilitários, pois ser solidário não implica aumento de seu salário. Não é função do agente ajudar psicologicamente o morador, ou acompanhá-lo para fazer um exame fora da comunidade, ou ainda ouvir seus problemas e lhe enviar ajuda como mantimentos. Quando o faz, partilha com o estranho gestos de solidariedade cujo retorno se dará na construção de vínculos de gratidão. Mas mesmo o reconhecimento de sua boa ação não tem garantia de retorno. Mas se o retorno é recíproco, o agente passa a ser bem visto na comunidade e passa a adquirir um forte capital social e significantes laços afetivos frente à comunidade (o que é bom para a sua imagem enquanto profissional).

No caso das rezadeiras, o reconhecimento de seu poder mágico também é importante. A confiança em suas ações é um traço fundamental. Na visão de Elda Rizzo de Oliveira (1985), a bênção dada pelas rezadeiras “é um veículo que possibilita a seu executor estabelecer relações de solidariedade e de aliança com os santos, de um lado, e com os homens, de outro, e entre ambos simultaneamente”. (Oliveira, 1985:08).

Desta forma, podemos afirmar que atendimentos através de bênçãos, ervas ou rezas, são instrumentos através dos quais as rezadeiras produzem serviços e símbolos de reciprocidade com as pessoas que auxiliam. É um ato de coesão e solidariedade social entre as pessoas, de trocas simbólicas que reforçam os laços de confiança e reforçam a sua

legitimação popular. Assim, o reconhecimento faz parte do circuito da dádiva. Nas palavras de Quintana:

“O reconhecimento como um bom feiticeiro pode se dar pelo paciente, mas é o grupo quem vai consagrá-lo como tal. Num consultório médico, esse atestado do reconhecimento grupal está expresso por um diploma na parede. Já um terapeuta popular, como a benzedeira, vai precisar recorrer a outras formas de reconhecimento, que pode se dar em virtude da quantidade de gente que aguarda no pátio para se benzer, ou pelo relato das várias bênçãos realizadas com êxito, ou por referência a figuras investidas de autoridade que procuraram pelos seus serviços”. (Quintana, 1999:49).

## CAPÍTULO II

### Sistema Comunitário de Saúde: o PSF no Morro

A Saúde Coletiva se originou da crítica ao positivismo médico e à saúde pública tradicional, instituída a partir do modelo curativista centrado na doença, na atenção individualista e hospitalocêntrica, que, sabe-se, oferecia uma saúde de má qualidade para a população de baixa renda. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>15</sup> surge como proposta institucional alternativa a esta visão limitada curativista. O Sistema Comunitário de Saúde, uma das manifestações do SUS, surge, por sua vez, com o objetivo de viabilizar uma medicina de promoção à saúde, tendo como carro-chefe o PSF — Programa de Saúde da Família.

O PSF ocupa, contemporaneamente, uma cátedra muito importante nas políticas de saúde no Brasil, tendo como desafio atender à meta: “Saúde Para Todos no ano 2000” (SPT)<sup>16</sup>. Originalmente, a proposta do SPT foi articulada em 1978 na Conferência Internacional sobre “Cuidados Primários de Saúde”, pela “Organização Mundial de Saúde” (OMS). A principal estratégia para atingir tal meta seria a ampliação da Atenção Primária à Saúde, no interior de uma organização sistêmica do setor. No Brasil, com a constituição de 1988, tal proposta foi viabilizada.

Por meio dessa proposta, foi possível ao SUS fortalecer o mérito da atenção primária e, simultaneamente a ela, a da saúde comunitária. Nessa perspectiva, o PSF contribui para

---

<sup>15</sup> Assegura a Constituição Federal de 1988, a saúde como “Direito de todos e dever do Estado”, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção e recuperação. Ainda o artigo 4º da lei federal 8.080 define o SUS como sendo o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público e complementarmente pela iniciativa privada. O SUS foi criado pela constituinte de 1988, norteado pelos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade, visando ainda ações de promoção, proteção e recuperação como meios de controlar e eliminar doenças e de garantir assistência médica aos cidadãos.

<sup>16</sup> Apesar dos significativos avanços ocorridos a partir da meta SPT/2000, sabe-se que na prática ela não foi cumprida integralmente. A exclusão social que afeta a saúde pública, em Recife e no Brasil, ainda é bastante gritante. A comunidade do Morro da Conceição, que é uma área organizada mas muito pobre, é um retrato disso.

“criar uma nova forma de intervenção sobre a realidade social que torna a saúde e a família elementos nucleares para a redução da pobreza e da iniquidade para o desenvolvimento da cidadania”. (Silva e Dalmaso, 2002:15). Nesse sentido, é evidente a relevância que a saúde coletiva adquiriu na reforma sanitária brasileira.

O “Programa Saúde da Família” foi idealizado em 1993, oficializado em 1994, e teve sua expansão nacional a partir de 1995<sup>17</sup>. Surgiu como estratégia para concretização dos SILOS (Sistemas Locais de Saúde)<sup>18</sup> e constituiu-se por uma equipe multi e interdisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

A Portaria nº 1886, de 18 de dezembro de 1997, referente à aprovação das Normas e Diretrizes do PSF, considera como dever do Programa desenvolver ações de “promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, características do nível primário de atenção, tendo como campos de intervenção o indivíduo, a família, o ambulatório, a comunidade e o meio ambiente”. Além disso, o Ministério da Saúde intenciona ainda o seguinte objetivo:

“O objetivo do PSF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo de saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas”. (MS, 1998 *apud* Silva e Dalmaso, 2002:57).

---

<sup>17</sup> A primeira etapa da implementação do programa iniciou-se em junho de 1991, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir de janeiro de 1994, começaram a ser formadas as primeiras equipes do “Programa Saúde da Família”, incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde em todo país.

<sup>18</sup> Os sistemas locais de saúde (SILOS) representam um elemento fundamental dentro deste processo de transformação, sendo, portanto, imprescindível sua existência. No Brasil, estes SILOS vêm se configurando como Distritos Sanitários. A lei federal de 8080, de 1990, explicita, enquanto a organização dos municípios, a organização de distritos “de forma a integrar e articular recursos, técnicos e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde”.

Para alcançar tais objetivos, o trabalho do Agente Comunitário de Saúde<sup>19</sup> constitui um dos fatores essenciais, talvez o mais importante, pois ele é um verdadeiro elo de ligação entre o sistema de saúde e a comunidade, ou seja, entre o saber institucional de saúde e o saber popular local. A visita domiciliar é considerada primordial no Programa e a atribuição primeira do agente comunitário. O agente, por ser um morador da comunidade, possui uma identidade muito estreita com ela e acaba, por vezes, se transformando num meio para promoção da ajuda solidária, que é a base dos laços sociais e afetivos que o agente constrói com seus domiciliados.

Portanto, a incorporação do atendimento domiciliar no Programa é um aporte para uma reestruturação das práticas de cura para além dos muros dos serviços de saúde, deslocando seu olhar para o espaço-domicílio das famílias. Estas passam a ser o grande centro da ação pública, buscando-se considerar seu ambiente físico, social e cultural. Isto vem possibilitando ao PSF adotar uma visão mais holística do significado saúde/doença.

O saber científico que orienta a medicina comunitária ao ser aplicado a situações concretas, desdobra-se em saber operante e articulador, uma vez que tem que lidar com outras carências não recobertas pela ciência, como os valores, as condições subjetivas de vida, as relações afetivas e simbólicas de dada comunidade.

Estão explícitas na proposta do PSF mudanças paradigmáticas da noção de saúde/doença, que passam a ser ampliadas para uma compreensão bio-psico-social, que implica uma reordenação progressiva do modelo assistencial biomédico tradicional. Além disso, o Programa valoriza ações como a equidade, a integralidade, a intersetorialidade, a

---

<sup>19</sup> “São considerados requisitos para o ACS, entre outros: ser morador da área onde exercerá suas atividades há pelo menos dois anos, saber ler e escrever, ser maior de dezoito anos e ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades”. (Portaria nº 1886 de 18 de dezembro de 1997).

descentralização e a territorialização, a fim de atingir a esfera primária da vida social, ou seja, a família. Segundo o Ministério da Saúde<sup>20</sup>:

“O Programa de Saúde da Família (PSF) apresenta-se como uma possibilidade de reestruturação da atenção primária, a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, coresponsabilização e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer. O PSF foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994 e o documento que define as bases do programa destaca que "ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, o PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos, quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua". (MS, 1994).

É importante salientar que a partir do momento em que se implementa uma equipe de Saúde da Família numa comunidade, faz-se necessário responder a alguns requisitos para que o trabalho obtenha resultados espontâneos e não impostos ao modo de viver daquela comunidade. No nosso entender, é preciso, em primeiro lugar, que a equipe de saúde priorize a questão saúde como um fenômeno sócio-cultural amplo que vai além da explicação anátomo-clínico, e que não exclua o significado que o termo saúde tem no entendimento da própria comunidade (ainda que para esta, “saúde” tenha um significado também religioso). Ou seja, os profissionais do PSF devem se despir de preconceitos cientificistas e interagir com a cultura local. Longe de idealismos, pode-se dizer que essa proposta é bastante pertinente e já foi implantada no Estado do Ceará de forma contundente:

“No estado do Ceará, o PACS, 1987, visa que os Agentes Comunitários de Saúde deveriam trabalhar com outros integrantes da comunidade que tradicionalmente, já executavam ações de saúde, como as parteiras leigas, os curandeiros locais e outros agentes. Também havia a indicação de que deveriam promover uma atitude ativa e participativa das famílias e da comunidade para a proteção da saúde”. (Nogueira, 2000 *apud* Silva e Dalmaso, 2002: 92).

---

<sup>20</sup> Infelizmente, há um distanciamento entre a teoria do PSF e a prática.

O destaque para o Estado do Ceará é evidenciado pela abrangência política e social do programa estadual, que conseguiu efetivar uma integralidade entre o PSF e as práticas de curas locais. Como exemplo concreto, podemos citar o município de Manguarape, com cerca de 90 mil habitantes. Ali as ações públicas estão contribuindo para reduzir consideravelmente os índices de mortalidade infantil através da formação de uma cultura híbrida entre ciência, fé e costumes populares, a qual é efetuada pela implantação do Programa “Soro, Raízes e Rezas”.

O Programa visa a diminuir os óbitos em menores de um ano mediante a redução dos casos graves de diarreia, através da hidratação oral da criança. O medicamento é introduzido na ocasião da “reza” unindo o saber tradicional ao saber biomédico, conforme recomendação da Organização Mundial de Saúde. Verifica-se a incorporação das rezadeiras ao PSF, as quais trabalham em conjunto com os médicos, para cuidar do “corpo” e da “alma” dos pacientes. As rezadeiras recebem crachás e reconhecimento oficial. Além disso, é distribuído no posto um *kit* de soro re-hidratante benzido com as ervas das rezadeiras. Ao sair do consultório, a família pode passar pela rezadeira, que benze a criança e o medicamento, e reforça a importância de se seguir as orientações médicas.

Em Recife, essa integralidade não chegou a ser oficializada, mas acontece nas sutilezas dos contatos cotidianos entre alguns ACSs e rezadeiras no Morro da Conceição e, principalmente, através dos usuários de saúde, que são freqüentadores dos dois sistemas de cura. É fato que, muitas vezes, a população tem mais confiança nas recomendações feitas pelas rezadeiras, tidas como líderes naturais mais próximos do cotidiano da comunidade, que pelos profissionais “científicos” da saúde.

Se a proposta do PSF é a de estabelecer um contato face a face entre o profissional de saúde, o paciente e o ambiente em que ele vive, é extremamente necessário que essa equipe institucionalizada do governo, ao adentrar a comunidade, respeite e se articule com

os saberes de curas locais tradicionais. A exemplo de Manguarape, no Ceará, cujo modelo deu mostras de eficácia, acreditamos que apenas a integração das ações da saúde comunitária com a popular pode chegar de forma mais próxima e ativa até a comunidade, que passa a perceber esses dois sistemas de saúde como eixos complementares em prol do bem-estar social e da cidadania.

Partimos do pressuposto de que o investimento em saúde vai além dos instrumentos materiais. Antes de mais nada, deve-se partir do princípio de que técnica, ciência e magia devem caminhar juntas em prol do social, possibilitando uma integração entre os diversos saberes e práticas de curas e seus desdobramentos. De acordo com Martins, no contexto de uma “realidade-mundo que se abre para várias modernidades naturalmente às novas expressões simbólicas da medicina também são plurais, recombina a realidade por meio de diferentes sincretismos e hibridismos”. (Martins, 2201:31).

## 2.1 Os Agentes Comunitários de Saúde e os dilemas do atendimento entre o Sistema de Cura Popular e o Comunitário no Morro.

Primeiramente, faz-se mister explicarmos alguns procedimentos práticos utilizados durante a pesquisa de campo. A pesquisa se iniciou com visitas à Unidade de Saúde<sup>21</sup> José Bonifácio, no alto do Morro, onde, inicialmente, foi feito o reconhecimento da área, realizada a coleta de informações relativas aos atendimentos na Unidade de Saúde e verificada a

---

<sup>21</sup> A Unidade de Saúde consiste em uma “unidade ambulatorial pública de saúde destinada a realizar assistência contínua nas especialidades básicas, através de equipe multiprofissional. Desenvolve ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, características do nível primário de atenção, tendo como campos de intervenção o indivíduo, a família, o ambulatório, a comunidade e o meio ambiente”. Ver: (Portaria nº 1886/GM de 18 de dezembro de 1997).

existência das rezadeiras locais. Aplicamos, então, a técnica de observação semi-participante a fim de perceber o cotidiano de trabalho das ACSs.

Nesse período, também ocorreram conversas informais com a médica e a enfermeira do PSF, com a finalidade de obtermos apoio para a pesquisa e acesso às informações extras sobre a ação pública na comunidade.

Ultrapassada essa fase inicial, passamos para a aplicação das entrevistas semi-estruturadas, com nove Agentes Comunitários de Saúde, e para a técnica do Snow Ball (na qual os ACSs apontaram nomes de rezadores e usuários locais para a realização das entrevistas posteriores). As entrevistas realizadas com os agentes foram primordiais para percebermos o funcionamento cotidiano do PSF, bem como a realidade social das rezadeiras e dos moradores da comunidade. O ACS é um ator fundamental do cotidiano no Morro devido a seu amplo conhecimento acerca da comunidade e ao importante papel<sup>22</sup> que desempenha dentro do Programa de Saúde Comunitária.

---

<sup>22</sup> São consideradas atribuições básicas dos ACS, nas suas áreas territoriais de abrangência: Cadastramento das famílias; participação na realização do diagnóstico demográfico, definição do perfil sócio-econômico da comunidade, do perfil do meio ambiente da área de abrangência, do levantamento das condições de saneamento básico; acompanhamento das micro-áreas de risco; programação das visitas domiciliares, elevando a sua frequência nos domicílios que requeiram atenção especial; atualização das fichas de cadastramento dos componentes das famílias; execução da vigilância de crianças menores de 1 ano em situação de risco; acompanhamento do desenvolvimento das crianças de 0 a 5 anos; promoção da imunização de rotina às crianças e gestantes, encaminhando-as ao serviço de referência ou criando alternativas de facilitação de acesso; promoção do aleitamento materno; monitoramento das diarreias e da reidratação oral; monitoramento das infecções respiratórias agudas e das dermatoses e parasitoses em crianças; orientação dos adolescentes e familiares na prevenção de DST/AIDS, gravidez precoce e uso de drogas; encaminhamento das gestantes para o serviço de pré-natal na unidade de saúde de referência; visitas domiciliares periódicas para monitoramento das gestantes; monitoramento dos recém-nascidos e das puérperas; ações educativas para a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama; ações educativas sobre métodos de planejamento familiar; ações educativas referentes ao climatério; atividades de educação nutricional; atividades de educação em saúde bucal; apoio a inquéritos epidemiológicos de surtos de doenças de notificação compulsória; supervisão dos pacientes com: tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas; atividades de prevenção e promoção de saúde do idoso; identificação dos portadores de deficiência psicofísica com orientação aos familiares para o apoio necessário no próprio domicílio; orientação às famílias e à comunidade para a prevenção e o controle das doenças endêmicas; ações educativas para preservação do meio ambiente; sensibilização da comunidade para abordagem dos direitos humanos; estimulação da participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida da comunidade; outras ações a serem definidas de acordo com prioridades locais. (Portaria nº 1886/GM de 18 de dezembro de 1997).

De acordo com o Art. 2º da Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, a profissão do Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo “exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local”. Desta forma, os ACSs estão em contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de promoção da saúde realizado por toda a equipe.

É interessante relatarmos que todos os ACSs entrevistados demonstraram possuir muito respeito pelo trabalho das rezadeiras locais, mesmo aqueles que não recorrem a elas. Também é unânime a opinião entre os agentes quanto ao alto índice de uso das ervas medicinais no tratamento de doenças pela comunidade. Vejamos o perfil dos Agentes que trataremos por referencia numérica para preservar seus depoimentos:

Tabela 01: Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde Entrevistados:

<b>Nº ACS</b>	<b>SEXO</b>	<b>IDADE</b>	<b>TEMPO DE PROFISSÃO</b>	<b>MICRO-ÁREA</b>	<b>EQUIPE</b>	<b>RELIGIÃO</b>
01	F	19	1 ano e 4 meses	01	01	Católica
02	F	24	10 meses	03	02	Protestante
03	F	45	11 anos	01	01	Católica
04	F	33	10 anos	05	01	Católica
05	F	24	1 ano e 5 meses	02	01	Testemunha de Jeová
06	F	25	1 ano e 5 meses	05	02	Evangélica Batista
07	M	38	1 ano e 6 meses	06	01	Evangélico
08	F	22	2 anos	06	01	Católica
09	M	24	1 ano e 6 meses	07	01	Católico

Fonte: Kátya C. Alexandre. 20 de Julho de 2005. Morro da Conceição.

Os entrevistados são em sua maioria mulheres, o que nos sugere um desdobramento interessante em termos de pesquisa. Se não o fazemos aqui, é porque nos limites desta pesquisa tivemos que centrar nosso foco no tema da produção dos saberes híbridos. Selecionamos os depoimentos considerados mais relevantes a respeito das diversas categorias levantadas nas entrevistas. A princípio, perguntamos aos ACSs se acreditam ou não na possibilidade da cura de uma doença física pela medicina popular. Os entrevistados responderam positivamente a questão, nos afirmando haver interação entre a medicina popular e a científica:

“Eu acho assim, se for uma junção da medicina científica com a popular sim, mas separadamente, não. Mas vai muito da crença das pessoas”. (ACS 03).

“Acho que sim, porque a medicina científica já é baseada na medicina popular. Desde os nossos antepassados, o acesso à medicina científica é um pouco complicado e as pessoas mais antigas já tinham uma crença, os chás, as ervas, os tônicos, que pra eles serviam como alternativa, e eles se curavam, não é?” (ACS 04).

Percebe-se por esses depoimentos certa reverência ao tratamento natural ou alternativo como sendo um agente atuante da cura. O primeiro depoimento se destaca por acreditar na eficácia da cura através da união dos tratamentos químicos e naturais. O segundo afirma que a cura natural sempre foi um procedimento histórico no qual a própria ciência se baseou para construir sua eficácia de cura e que, portanto, não são sistemas de cura tão separados assim.

Perguntamos aos ACSs qual seria, na concepção deles, a relação existente entre a medicina científico-comunitária e a popular. O primeiro depoimento destaca não uma diferença, mas uma relação de complementaridade entre os dois sistemas:

“Existe uma relação, não uma diferença, mas uma relação. Acho que a medicina científica vai buscar base lá na medicina popular, até mesmo nos remédios, porque muitos eles vão buscar lá na Amazônia, descobrem uma planta e daquela planta eles extraem substratos pra fazer o medicamento, a droga”. (ACS 01).

O entrevistado destaca haver uma relação orgânica entre os dois sistemas de cura, uma vez que a medicina alopática sempre se apropriou dos recursos naturais valorizados pela medicina popular na fabricação de seus medicamentos. De fato, estudos revelam (Martins, 2003) existir uma apropriação já antiga de plantas medicinais por parte dos laboratórios farmacêuticos. A legitimação científica da técnica de uso de plantas medicinais surge sob a nomenclatura da “fitoterapia”<sup>23</sup>. Trata-se de uma “terapia caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal”. (Netto Jr., 1998. *apud* MS: 2005:10).

Outros dois depoimentos apontaram mais a questão da “diferença” existente entre o tratamento médico científico-comunitário e o mágico-religioso. Observamos dois tipos de explicação. Uma das explicações assinala o “valor do vínculo” entre a rezadeira e os pacientes, ao contrário do que acontece na medicina oficial:

“Existe uma diferença porque se você procura um curandeiro, essas pessoas vão te tratar como pessoa, enquanto a maioria dos médicos te trata como um número. Você é um prontuário, é mais um que ele tem que cuidar e rápido para vir o próximo, porque ele ganha por aquilo que ele produz, certo? Então existe esse tratamento muito frio, muito superficial. Enquanto a rezadeira vai se preocupar é com você, sabe?! E em muitos casos, se você é uma pessoa conhecida, se mora na área, ela vai lá procurar

---

<sup>23</sup> “Desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, a OMS tem expressado a sua posição a respeito da necessidade de valorizar a utilização de plantas medicinais no âmbito sanitário, tendo em conta que 80% da população mundial utiliza estas plantas ou preparações destas no que se refere à atenção primária de saúde. Ao lado disso, destaca-se a participação dos países em desenvolvimento nesse processo, já que possuem 67% das espécies vegetais do mundo. O interesse popular e institucional vem crescendo no sentido de fortalecer a fitoterapia no SUS. A partir da década de 80, diversos documentos foram elaborados enfatizando a introdução de plantas medicinais e fitoterápicos na atenção básica no sistema público”. Fonte: *Ministério da Saúde: Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares PMNPC: Brasília, junho de 2005.*

saber se você melhorou. Então existe um tratamento muito mais humanitário com essas pessoas”. (ACS 07).

Embora tal opinião não seja unânime, ela é importante por alertar para o fato de que mesmo a saúde comunitária ainda apresenta limites técnicos claros na concepção do tipo de relacionamento a se efetivar entre o profissional e o cliente. Mesmo pretendendo ser um diferencial do modelo curativista individualizante da medicina pública alopática — marcada por consultas-relâmpago, fragmentação da imagem do paciente e sobreposição de interesses utilitaristas aos humanitários — esta medicina comunitária que caracteriza a lógica do PSF ainda precisa ser revista de modo a suprir o desafio da interação médico-paciente. Logo, o usuário tenta suprir a ausência da reciprocidade e da confiança através da consulta com as rezadeiras locais para quem o fator tempo não é um agravante.

Por outro lado, as rezadeiras se caracterizam por possuírem um contato mais humano, mais místico e afetivo com as pessoas que atendem. Além de tratarem, também tocam, ouvem, aconselham os seus pacientes que acreditam entrar em contato com uma providência superior da qual a rezadeira é apenas uma intermediária. A segunda diferença entre as duas formas de cura refere-se aos tipos de técnicas utilizadas no processo de cura:

“A diferença pra mim é que hoje na medicina você tem os exames, você tem ultra-sonografias, endoscopias, hoje você tem um monte de recursos. E as rezadeiras curam mais pela fé, não é? Aí o povo está aí, porque eu conheço uma que até hoje reza e o pessoal diz que fica bom e ela passa as coisas tudo direitinho, lambedor, essas coisas”. (ACS 03).

Neste segundo depoimento, percebe-se que a diferença está na natureza das técnicas utilizadas em ambos os sistemas de cura. Enquanto a medicina oficial utiliza aparatos técnicos modernos para diagnosticar as doenças, o instrumento das rezadeiras é a fé, a tradição cultural herdada do uso de medicamentos naturais. Nesse sentido, é preciso haver a crença também do

paciente para que se efetue a cura. O que fica claro na pesquisa é que a valorização da racionalidade técnica especializada presente na medicina oficial contribuiu para realçar os mecanismos de reciprocidade presentes, tradicionalmente, na relação curador e paciente, sem que elimine a eficácia simbólica do saber tradicional.

Isso nos remeteu a uma outra questão: a de saber dos ACSs as razões pelas quais, mesmo diante das modernas tecnologias científicas oferecidas pela medicina oficial, ainda haja um grande número de pessoas que recorrem ao tratamento popular oferecido pelas rezadeiras na comunidade. Esse tema nos oferece três possibilidades. As primeiras enfatizam a cultura tradicional:

“Acho que é o tradicionalismo. Por mais que haja progresso e tecnologia, eles vão estar ligados ao tradicionalismo. Aquilo que meu pai ensinou, que meu avô ensinou a meu pai, que meu bisavô, tal. Então as tradições familiares, elas são muito fortes. Elas não se perdem assim não. É uma coisa que vai passando de geração pra geração”. (ACS 03).

“Eu acho que isso vem da cultura. É uma coisa que vai passando de geração pra geração e, assim, não se perde, né? Aí é por isso que as pessoas ainda recorrem. Então é uma coisa que vai de geração pra geração. É tradição”. (ACS 08).

A busca pelas práticas populares de cura é explicada, segundo os entrevistados, pela transmissão oral das mesmas através das gerações. De fato, pensando com Canclini, temos que reconhecer que o mundo moderno não conseguiu suprimir as culturas populares tradicionais. Estas se desenvolveram e transformaram-se de várias formas e por vários motivos, apontando para outra questão: a atualização do tradicional que Giddens (1991) prefere denominar de “destraditionalização”.

A segunda possibilidade enfatiza a questão da confiança adquirida pelos rezadores na comunidade graças à eficácia aparente de seus tratamentos, segundo apreendemos dos entrevistados:

“Eu acho que leva a isso é a credence, a confiança, a credence popular. Desde criança que a gente sabe que os nossos antepassados usavam isso como forma de cura. Então vai passando de tempo em tempo, e aquelas pessoas que acreditam é mais fácil de verem o resultado. Pra quem não acredita não adianta, você vai dizer: não, fulana reza. Teu um menino que tá com um quebranto, como elas chamam, teu menino tá com olhado, manda rezar. Uns acreditam e outros não.. Mas o que move isso é a credence mesmo”. (ACS 02).

“Acho que é pela confiança, porque você vai a primeira vez (na rezadeira), se gostar dela, vai voltar, se não gostar, não volta. Então eu acho que elas têm paciência, orientam. Às vezes a pessoa vai no médico, o médico diz que tá com uma coisa, e elas talvez até achem que seja, mas vai naquela pessoa que tem mais idade, que dá uma erva para uma ferida, um conselho... e em tudo que é bom, você confia, você volta. O problema é a confiança”. (ACS 04).

É preciso observar que as questões da crença e da confiança são de suma importância, pois a base da relação médico-paciente ou curador-paciente está justamente na construção de laços de confiança durante a consulta. Com relação ao médico, muitas vezes a construção da credibilidade por parte do paciente é prejudicada pelo tempo insuficiente da consulta. Ao contrário, no caso das rezadeiras, atenção e tempo livre de fala são bens simbólicos que circulam constantemente na consulta. Para se confiar, é preciso se dar tempo, se dar afetividade, presentear o outro com gestos e palavras. É preciso um atendimento que vá além da descoberta do diagnóstico e do prontuário da receita para se abrir sobre uma experiência de cumplicidade compartilhada.

A terceira possibilidade assinala a dificuldade de acesso a uma medicina mais especializada ou particular por parte da comunidade de baixa renda, o que contribui para revalorizar a tradição de uma medicina caseira praticada no cotidiano familiar:

“...O primeiro ponto é que nas comunidades carentes, o que propicia isso, ainda é a dificuldade de acesso a um serviço de saúde bem mais especializado. Coloco também como o segundo ponto a tradição. Aqui é comum usar ervas para chazinhos e ir visitar a rezadeira”. (ACS 09).

“...Acho que pode ser a fé que lá (na rezadeira) cura mais rápido, a certeza de que vai ficar bom, ou se não, também o valor do produto, né, de graça. No posto, muitas vezes não tem medicamentos”. (ACS 06).

As dificuldades acima lembradas são reforçadas pelo fato de que em casos de necessidades de exames mais elaborados, o PSF precisa encaminhar o paciente para algum hospital, pois a Unidade de Saúde limita-se a atendimentos básicos e não dispõe de recursos médicos mais especializados. O ACS entrevistado avalia que ir à rezadeira, além de ser uma tradição, é também uma alternativa complementar para a situação financeira da comunidade pobre, com dificuldades em recorrer a um sistema médico especializado, cujo acesso é privilégio de uma pequena parcela da população recifense. Dessa forma, a explicação da busca das rezadeiras pelas pessoas da comunidade se basearia também nos fatores econômicos, os quais passam a contribuir como fatores que reforçam a cultura tradicional.

Sabendo que a Comunidade é bastante conhecida pela devoção de fé nas festas católicas ocorridas no dia de Nossa Senhora da Conceição, considerada protetora do Morro, resolvemos provocar os entrevistados com a seguinte indagação: *você acha possível que a fé ou crença religiosa possa interferir no processo de cura de uma doença física considerada grave?* Observamos, nesse caso, que as respostas dependem do tipo de religião dos entrevistados. No caso de um ACS que é Testemunha de Geová, verificamos que ela expressa certa reserva, visto que as rezadeiras são católicas:

“Eu acho que não. Só através da fé, não. Assim depende, é muito relativo isso. Porque eu acho que doença mais grave em estágio terminal é muito remota a possibilidade de cura. Eu acredito em curas de doenças mais bestas. A fé da gente é diferente, a gente não acredita que vai haver uma cura agora, a gente acredita numa cura mais na frente, a cura que Deus promete na Bíblia”. (ACS 05, Testemunha de Geová ).

De acordo com esse depoimento, apenas pequenos males poderiam ser curados através da fé. Essas opiniões, no entanto, estão influenciadas pelas crenças religiosas dos agentes, no caso de um adepto da seita Testemunha de Geová, a qual, como se sabe, coloca-se como adversária da igreja católica. Diferentemente, a maioria dos ACSs católicos acha que é possível que a fé cure qualquer tipo de enfermidade:

“Pode. Acredito que ajude. Tem pessoas que dizem que se curaram através da fé. Da mesma forma que as pessoas tomam as ervas, o chazinho, e vai lá procurar uma rezadeira, aquilo lá elas fazem com muita fé, e realmente obtêm a cura. Eu acredito que sim, que tem a ver, lógico!”. (ACS 03, católica).

“Eu acho que sim, porque a fé é uma coisa que ninguém dá. Ninguém chega com pedacinho de papel e diz: toma! Isso aqui vai ser a tua cura. Não! Acho que vem de dentro. Acima de qualquer religião, acima de qualquer crença, vem Deus. Se você crê, se você tem fé, chega em qualquer lugar”. (ACS 04, católica).

Ressalta-se que a maioria acha possível que a fé possa curar males também graves. Muitas foram as histórias contadas informalmente a este respeito por algumas ACSs, enquanto percorríamos o caminho até as casas das rezadeiras e dos usuários a serem entrevistados. Essas histórias remetiam, freqüentemente, a situações de curas inexplicáveis efetuadas pelas rezadeiras. São casos como a história de uma criança com paralisia nas pernas que teria voltado a andar após a reza; ou ainda, a cura de câncer, contado por outro, ou a reabilitação de um bebê quase morto, testemunhado por terceiros.

## 2.2 Reconhecimento da Medicina Popular.

O uso de ervas medicinais, muitas delas cultivadas no fundo do quintal das residências das famílias do Morro, é uma prática secular baseada no conhecimento popular e

transmitida oralmente durante gerações. É difícil não encontrarmos no local relatos freqüentes de casos de curas. Pessoas que teriam curado a febre de um filho com um banho de colônia, outras que teriam tratado a inflamação com um banho da aroeira, ou terceiros que resolveram o mal-estar estomacal com um chá de folhas de boldo.

Pelo fato de o Morro da Conceição ser uma comunidade periférica cuja população tem baixo acesso a medicamentos alopáticos e à medicina privada, a utilização de medicamentos naturais constitui uma alternativa constantemente utilizada, mas, como já foi observado, muitas pessoas complementam a medicalização natural com receitas médicas passadas pelos profissionais do PSF e com uma visita à rezadeira para garantir “bons fluidos”. “A medicina caseira é indicada para os mais variados casos de doenças, mas também é utilizada como estratégia terapêutica para suprir a falta ou a espera do atendimento médico”. (Scott, 1996: 189).

Perguntamos aos ACSs se haveria alguma articulação entre as ações de saúde desenvolvidas pelo PSF e as práticas de cura populares locais. Uma primeira resposta confirmou existir uma relação extra-oficial, que ocorre quando a médica, durante a consulta, recomenda medicamentos naturais tradicionalmente aconselhados pelas rezadeiras. Porém, constatamos não haver um programa ou projeto de integração formalizado para responder a esta articulação:

“Não. O programa do PSF, não. Eu acho que isso é feito extra-oficialmente porque as enfermeiras e a doutora, antes de qualquer coisa, qualquer bebê acima de seis meses, elas sempre orientam um lambedor, um melzinho, um chazinho. Às vezes tem o soro de re-hidratação, mas elas sempre orientam o caseiro, que é para a pessoa também saber fazer. Eu acho que sem querer querendo elas se integram com isso”. (ACS 07).

Percebemos que, embora o PSF do Morro da Conceição não possua um contato mais direto com as rezadeiras, a exemplo do programa “Soros, Raízes e Rezas”, desenvolvido no Ceará, os profissionais deste Programa interagem com o saber popular estabelecendo intercâmbio com a farmácia popular local, de dona Mariza, uma rezadeira e erveira muito respeitada na comunidade:

“Aqui tem uma farmácia popular que é a de dona Mariza. Inclusive em muitas coisas a gente acaba tendo o auxílio dessa farmácia para pequenas coisas, e a gente sempre indica para uma criança que está adoentada com um resfriado, etc.” (ACS 09).

De forma semioficial, encontramos um intercâmbio entre os dois sistemas de cura através da cartilha “Tomando um chá com sabedoria”, criada a partir da necessidade do PSF de incorporar no seu programa conhecimentos dos medicamentos caseiros utilizados constantemente na comunidade. Para nós, esta cartilha representa uma ação hibridizadora entre as ações do PSF com os saberes locais mágico-populares e que podem servir, fundamentalmente, de inspiração para ações de mais fôlego:

“Teve recentemente uma cartilha chamada “Tomando chá com a Sabedoria”. Essa cartilha foi feita pelos PSFs dos distritos juntamente com a Secretaria de Saúde e a Universidade Federal. Ela procurou realmente sintetizar esse saber popular, selecionar esse saber popular, ver realmente o que tem comprovação científica e fez uma pequena cartilha. Eu estava trabalhando com um grupo de terceira idade, o IESA, que é um programa que o distrito sanitário fez, que chama: “Idoso, Educador e Saúde”, e que foi passado para o programa desses grupos um módulo chamado: “Medicina Popular e Terapias Alternativas”, colocado como um módulo mesmo para se trabalhar em PSF nos grupos de terceira idade”. (ACS 09).

Existe, na verdade, seleção de valores (positivos e negativos) e códigos de regras morais quanto à forma de uso das ervas, raízes e plantas na cartilha. É fato que muitas ervas utilizadas pelas rezadeiras estão ausentes na seleção, utilizada para organizar a cartilha.

Procuraram destacar as plantas que são tóxicas e que podem conter efeitos colaterais se usadas indevidamente. Isso é interessante na medida em que o Programa precisou pesquisar na comunidade quais as ervas mais utilizadas para, a partir daí, expor na Cartilha quais as partes das plantas que devem ser usadas e de que forma. Percebemos nesse ato uma troca de saberes envolvendo os dois sistemas de cura.

Outra forma de reconhecimento da importância de articulação entre PSF e práticas populares ou alternativas de cura é aquela concebida nas palestras durante a formação dos ACSs, e que servem como atividades preparatórias da ação em saúde:

“O Programa de Saúde da Família, lida diariamente com o saber popular das pessoas, então é necessário que também a gente saiba de algo pra ter como resposta para comunidade. Então durante o tempo de formação dos Agentes de Saúde tem sempre alguma palestra, alguma formação a respeito de terapias alternativas também, até para dar essas respostas para comunidade”. (ACS 08).

Quanto à parte mais nutricional do programa, também há um avanço interessante de reaproveitamento alimentar desenvolvido pelo PSF, que valoriza alimentos de baixo custo e com elevado valor nutricional no controle da desnutrição:

“Com relação à alimentação, a gente tem o “Programa de Alimentação Enriquecida”, que trata a desnutrição com casca de ovo, pó de semente, casca de verduras, casca de frutas, não é, a gente reutiliza tudo isso para fazer a alimentação e tirar a criança da desnutrição. Às vezes também nas minhas visitas com a médica eu vejo muito ela dizendo: ah! Você tome um chá de chuchu pra baixar a pressão, entendeu? Pelo que eu vejo da médica, ela sempre dá uma alternativa fora da medicação pra ajudá-los”. (ACS 06).

Os ACSs encontram, freqüentemente, casos interessantes de pessoas que medicam suas crianças através de remédios baseados em crenças singulares que são heranças culturais transmitidas pelas gerações passadas e readaptadas às novas condições de vida. Uma dos

depoimentos nos chamou a atenção por mostrar o grau da força de crenças tradicionais convivendo no mundo moderno:

“Eu acho que, na realidade, em muitas casas existe um curandeiro ou uma rezadeira. Eu vejo assim porque sempre tem uma família que tem aquela avó que sabe alguma receita pra curar determinado tipo de doença. Posso citar alguns casos que muitas vezes auxilia e algumas vezes também é prejudicial. A gente sempre se depara com crianças que tem a icperícia que é aquela pele amarelada e tal. Se doe muito geralmente a avó sempre passa: ah, toma o chá da alpista, aí faz o chá da alpista e dá pra criança. Mas já vi também uma avó que fez um chá de umbigo da criança. Guardou o umbigo da criança lá, sequinho, quando a criança estava com problema, ferveu um pouquinho de água e botou o umbigo. Quando eu me deparei, eu fiquei assustado. Escrevi o caso e vim pro PSF saber. Realmente não era nada certo, não tinha nenhuma comprovação que isso funcionasse”.

*ENTREVISTADORA:* Mas a criança ficou curada depois do chá?

*ACS:* É, ficou “boa”. (Risos). (ACS 09)

Nesse depoimento se percebe como a comunidade possui suas lógicas próprias de tratar das doenças, a qual se baseia em crenças passadas de uma geração para outra. Essas crenças estão intimamente associadas ao medo da morte ou do mal-estar físico e são expressas cotidianamente:

“Aqui as pessoas vivem muito de: o menino está mole, está com olhado, aí vai rezar. Menino chora muito, aí tem que rezar. Só que muitos médicos não acreditam em olhado, eles acreditam em doença mesmo, mas olhado não. E a mãe que mora aqui, que é pobre, ela acredita; ela vai e leva o seu bebê, reza e o menino já fica espertinho. A rezadeira já tem um jeito de rezar peito aberto, que nem ela fala lá. Se estiver com diarréia, o menino melhora, entendeu? Agora eu não sei por que, mas eu sei que melhora. Eu sei que melhora. Não sei se é a fê, não sei o que é, sei que melhora e muito”. (ACS 03).

Verifica-se não existir uma explicação racionalizada ou científica para o fato de as crianças se curarem através de tratamentos com as rezadeiras. A eficácia da cura é um fato para as pessoas envolvidas, embora o diagnóstico médico possa dar explicações diferentes daquelas feitas pelas rezadeiras: peito aberto, espinhela caída, mau-olhado, etc. Ainda assim,

essa é a explicação mais aceita pelas mães que levam seus filhos para benzer. É através dessa prática que acreditam curar os filhos de todas as doenças e males. Nesse sentido, a confiança do paciente no curandeiro é fundamental. De acordo com Mauss, enquanto toda a ciência é ainda concebida como positiva e experimental, “a crença na magia é sempre a priori. A fé na magia precede necessariamente a experiência: só se vai consultar o feiticeiro porque se acredita nele; só se aplica uma receita porque se tem confiança nela”. (Mauss, 2000:113).

Uma outra questão dirigida aos ACSs foi saber deles se durante as visitas domiciliares eles orientam o uso de medicamentos naturais para o tratamento de doenças. Com isso, pretendíamos constatar o grau de importância dada pelo PSF aos medicamentos naturais, já que seu uso é um costume constante no Morro. Vejamos algumas respostas:

“A gente orienta lambedor. Agora, assim, às vezes tem algumas pessoas que deixam de tomar o remédio da pressão pra tomar um remédio caseiro. Então a gente aconselha que tome as duas coisas. Que não deixe de tomar o remédio alopático”. (ACS 01).

“Oriento, oriento sim. Assim, com chá de camomila que a gente sabe que é calmante, capim santo pras pessoas dormirem. Tem também os diuréticos: chá de chuchu. Não que o chá de chuchu vá baixar a pressão sozinho. Mas junto com um remédio ajuda. Oriento algumas ervas. Diarréia, um chazinho de boldo. Mas no caso de diarréia a gente orienta mais o soro caseiro mesmo”. (ACS 08).

Nos dois primeiros depoimentos, percebe-se que os agentes orientam o uso de ervas naturais de forma combinada ao tratamento alopático. Para eles, esses medicamentos são formas complementares de se tratar das doenças. Outros depoimentos abaixo já destacam que o papel do agente dentro do Programa não é de receitar remédios, mas orientar medicamentos caseiros para problemas considerados mais simples:

“Oriento que tipos de alimentação devem ter ou não. E com plantas, só mais quando está com gripe, a gente recomenda lambedor, essas coisas. Porque a gente também não pode muito

dar uma de médica, não é? O papel da gente é reconhecer qual o estado da pessoa e se for da alçada da gente, a gente tenta resolver antes de trazer para o PSF, se não, a gente traz, marca a consulta para eles falarem com a médica”. (ACS 06).

“Oriente. Oriente. Apesar de que a gente tem uma norma de não poder medicar. Mas aí a gente lida por exemplo próprio. Eu tenho dois filhos. Eu acho que o que serve para os meus filhos, serve pra uma comunitária. Se o meu filho tiver uma diarreia, eu faço um chá de goiaba, boldo, folhinha de alecrim. Se eu chego na casa de uma comunitária e o filho dela está com aquele sintoma, eu já oriento: faça um soro caseiro, faça um chazinho de folha de goiaba, crioulo, de boldo”. (ACS 04).

Diante do fato de o PSF ser recente numa comunidade como esta, caracterizada por um contingente populacional marcado por dificuldades econômicas, também achamos relevante que os agentes fizessem um parecer da qualidade da atuação do programa na comunidade. Com base nisso, pedimos aos ACSs para avaliarem a atuação do PSF na área. Todos acharam que o Programa é bom. No primeiro depoimento, percebemos que o ACS destaca como um avanço do programa a melhoria na relação médico-paciente:

“Acho bastante proveitoso, principalmente por cortar mais o tabu dessa relação com médico-paciente, porque geralmente em outros postos tradicionais por aí, os médicos, por não conhecerem os pacientes, não adentram tanto a vida deles, não têm tanto conhecimento, tanta troca de informações como a gente tem na equipe do PSF”. (ACS 02).

Este avanço pretende ser um fator diferenciador da medicina comunitária, cujo médico é um clínico geral que atende ao paciente e à sua família, numa tentativa de resgatar o antigo médico de família que conhecia a história de vida de seus pacientes. Durante a observação participante, pudemos perceber que as médicas tentam, de fato, seguir isso à risca, embora a questão da quantidade de pacientes a serem atendidos comprometa-lhes o trabalho. Entretanto, durante as entrevistas também surgiram algumas justas críticas ao programa e algumas sugestões a respeito de aspectos que poderiam fazer o programa avançar. Dividimos

as respostas em duas categorias. As duas primeiras fazem uma crítica quanto ao reduzido número de profissionais para atender ao alto número de usuários, bem como a falta de estrutura em termos de recursos físicos e humanos, o que demonstra que na prática, o PSF sofre sérios problemas:

“Eu tenho 185 famílias. O normal, era pra gente ter 120, cada um, então só eu tenho 65 a mais. Aí, o que deveria melhorar era isso. E colocar dentista, aumentar um pouco o número de profissionais. E aqui, o próprio ambiente (posto de saúde) porque eu acho aqui muito pequeno, muito apertadinho, não tem uma sala de vacina decente, refrigerada como deve ser”. (ACS 05).

“O programa é bom, mas pode melhorar. Temos uma médica que atende aproximadamente 2.000 famílias. Não atendemos ao Morro todo porque não há condições, então existe uma área de porte. Mas mesmo dentro da área restrita fica difícil que a médica vá lá e visite aquelas pessoas com regularidade. Existem mil outras coisas que ela tem que fazer, então fica difícil. Esse ano ainda não saí com a médica porque não houve tempo. Então eu acredito que deveria ter nesse programa para cada equipe um médico só pra fazer visita domiciliar, porque nós temos uma grande gama de pessoas que são domiciliados, que são acamados e não podem se locomover”. (ACS 07).

A outra, diz respeito à falta de mais capacitações para os agentes de saúde, ao reduzido número dos mesmos (o que compromete a regularidade e qualidade das visitas domiciliares e, por fim, quanto ao papel do ACS perante a comunidade):

“Eu acho que tudo precisa melhorar. Eu acho que os agentes de saúde precisam ser mais capacitados nas doenças mais comuns, para saber orientar melhor a comunidade, porque a gente não tem muita clareza disso. Uma capacitação para os profissionais a respeito dessa medicina popular e terapias alternativas. E o número de Agentes Comunitários também ainda está reduzido e isso é uma necessidade. Uma outra coisa que atrapalha é essa questão de marcação de consultas. A gente tem que trabalhar muito com a prevenção, educação, educar as pessoas a mudar os seus hábitos para ter uma melhor qualidade de vida, mas a gente só é visto como marcador de consultas mesmo. Fica difícil pra trabalhar a prevenção e a educação na casa do pessoal. Porque quando a gente vai chegando o pessoal diz logo: veio marcar hoje foi? É assim”. (ACS 09).

Nesses depoimentos, destacam-se algumas questões-chave que foram alvo de reclamações dos agentes e que apontam para uma análise mais aprofundada da prática do Programa e da sua operacionalização. Embora teoricamente seja uma proposta exemplar, na prática, o Programa ainda sofre muitas dificuldades que comprometem o seu desempenho e a sua credibilidade diante dos usuários.

O PSF prevê a universalidade das ações de saúde, ou seja, que todos os pacientes possam ser assistidos. Mas descobrimos que os agentes só têm condições de visitar a casa das pessoas em suas micro-áreas uma vez por mês. A exceção apenas se verifica em casos mais especiais, ou seja, no caso de domicílios que possuem os considerados pacientes de risco. Logo, o número de visitas torna-se incipiente porque o número de agentes também o é. Além disso, o Programa prevê uma regularidade de visitas médicas domiciliares para atender aos pacientes acamados. Na prática, porém, percebe-se que, embora essas visitas aconteçam, elas acabam sendo esporádicas devido à sobrecarga dos médicos no atendimento na Unidade de Saúde.

Devido a uma ausência do apoio da equipe de retaguarda e da insuficiência de profissionais de saúde no programa, tanto a comunidade quanto os profissionais são prejudicados. A comunidade porque nem sempre pode ser atendida no momento exato em que necessita; os profissionais porque precisam se desdobrar para atender a todos, comprometendo, por vezes, a qualidade do atendimento. Dessa forma, as rezadeiras locais continuam atuando enquanto importantes agentes populares de saúde e representando uma alternativa encontrada pelas famílias, principalmente por aquelas de baixa renda, de obterem um atendimento de saúde no momento em que precisarem.

Os distintos sistemas de saúde apresentam-se com particularidades que podem ser complementares. A integralidade entre os diferentes sistemas de cura parece-nos uma medida inteligível no tratamento terapêutico. Partimos do pressuposto segundo o qual a doença é uma

experiência que não se restringe à alteração biológica pura, mas esta lhe serve como substrato para uma construção cultural. Os meios de tratá-la são plurais. Nossa pesquisa considera três deles: o sistema domiciliar de cura, representado pela família, que utiliza medicamentos caseiros tradicionalmente transmitidos pelos mais velhos; o sistema médico-comunitário do PSF, que é um sistema profissional e representa uma organização formal da prática de saúde; e, por fim, o sistema mágico-popular, que abrange todas as demais práticas de saúde “não-profissionalizadas”, como erveiros, benzedores, e outras formas alternativas de cura.

### CAPITULO III

#### O Universo Simbólico das Rezadeiras do Morro da Conceição

*“A fé cura, a descrença mata!”.*

(Dona Sônia, rezadeira)

A rezadeira ou benzedeira<sup>24</sup> é uma figura histórica singular que fala e atua em nome de uma religião popular, voltada para solucionar os problemas da vida cotidiana. A maioria desses agentes de cura é constituída por mulheres. Entrevistamos nove benzedeiros e apenas um rezador. Todos trabalham com ervas que, segundo eles, aceleram o processo de cura que acontece paralelo às orações. São, em geral, pessoas muito respeitadas por todos na comunidade. Apenas duas das entrevistadas nos afirmaram sofrer preconceitos devido à atividade que exercem, por vezes denominada de “bruxaria”. Tal fato lhes proporcionam grande mágoa, uma vez que vêem o seu ofício como um dom, no qual Deus é o curador, e elas, instrumentos intermediários de cura.

As rezadeiras possuem algumas peculiaridades na sua forma de curar, mas apresentam traços em comum. Várias recomendam aos pacientes que também procurem o médico. Nesta recomendação está contida uma exemplificação popular forte que revela a relação de complementaridade entre fé e ciência. As rezas são fenômenos cotidianos que se revelam repletos de símbolos e significados. Neste capítulo, relacionaremos algumas fórmulas orais, gestos e medicamentos naturais utilizados nos rituais de cura pelas rezadeiras do Morro da Conceição e registraremos as motivações que levam os usuários de saúde a recorrerem a essas práticas populares de cura. Mas antes, vejamos o perfil das rezadeiras entrevistadas.

---

<sup>24</sup> Segundo o dicionário Aurélio Buarque de Holanda, benzer significa: "fazer o sinal da cruz sobre pessoa ou coisa, recitando fórmulas litúrgicas para consagrá-la ao culto divino ou chamar sobre ela o favor do céu". Para Quintana, a benzedura é uma “atividade terapêutica, a qual se realiza através de uma relação dual – cliente e benzedor. Nessa relação, a benzedeira exerce um papel de intermediação com o sagrado pela qual se tenta obter a cura, e essa terapêutica tem como processo principal, o uso de algum tipo de prece”. (Quintana, 1999:50).

Quadro: 02 – Perfil das Rezadeiras:

<b>NOME E IDADE</b>	<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>RELIGIÃO</b>	<b>NATURALIDADE E TEMPO QUE MORAM NA COMUNIDADE</b>	<b>MALES QUE CURAM E MEDICAMENTOS QUE RECOMENDAM</b>
D. Antônia (Tia Tonha) 67 anos	Sem estudo	Católica	Morro da Conceição Recife/PE Há 67 anos	Reza para: espinhela caída, peito aberto, olhado, erisipela e dores em geral. Receita: banhos, chás e lambedores. Usa um cordão para medir o peito, e ramos verdes e rosário na reza. Foi parteira.
D. Isaura (Vó Nana) 82 anos	Sem estudo	Católica	Olinda/PE Não lembra	Reza: espinhela caída, peito aberto, olhado, erisipela, cobreiro, engasgo, dores em geral e dificuldades na vida pessoal. Receita banhos e chás. Usa terço, cordão e ramos: manjirioba, manjerição, pinhão, etc.
D. Neussina (Nessa) 101 anos	Sem estudo	Católica	Glória do Goitá./PE Não lembra	Não reza mais para fora, mas foi grande rezadeira de diversos males. Curou principalmente olhado. Criou-se apenas com medicamentos naturais. Tem sonhos e pressentimentos.
Seu José 68 anos	Sem estudo	Católico	Recife/PE Há 55 anos	Grande conhecedor de ervas, tem receitas pra diversos males. Cura olhado só em crianças; não reza erisipela para não lhe ser passado o mal. Planta ervas no muro de casa e receita chás, banhos e garrafadas.
D. Mariza 51 anos	Auxiliar de Enfermagem	Sincretismo (catolicismo e kardecismo)	Vitória de Santo Antão/PE Há 35 anos	Reza apenas olhado em adultos e crianças. Possui uma farmácia popular em casa onde vende raízes, sementes, ervas, plantas e lambedores.
D. Sônia 58 anos	3ª Série Primária	Sincretismo (catolicismo e candomblé)	Recife/PE Há 58 anos	Cura males em geral: olhado, peito aberto, espinhela, problemas pessoais. Receita banhos de ervas e chás. Afirma que já curou casos difíceis, como câncer.
D. Sebastiana (Basta) 83 anos	2º Série Primária	Católica	Quipapá/PE Não lembra	Reza olhado, cobreiro, espinhela, peito aberto, etc. Reza três vezes para São Cipriano e solicita a quantidade de velas para acender para o santo, de acordo com a gravidade do problema.
D. Ilda (Dinha) 40 anos	5º Série Primária	Católica	Recife/PE Há 40 anos	Reza olhado em crianças e adultos e para problemas pessoais. Reza três vezes e apenas a luz do sol e usa três ramos de pinhão ou vassourinha de botão.
D. Lucinéia (Néia) 55 anos	Segundo Grau Completo	Sincretismo (catolicismo e kardecismo)	Recife/PE Há 55 anos	Reza para olhado em crianças e adultos e para problemas pessoais. Usa qualquer mato verde e reza a qualquer hora do dia ou da noite.
D. Nazaré (Naza) 49 anos	Sem estudo	Sincretismo (catolicismo e religiões afro-brasileiras)	Araripina/PE Há 15 anos	Reza olhado em crianças e adulto, dores físicas e problemas pessoais. As rezas são feitas diretamente nos pacientes ou através de uma peça de roupa deles. Usa qualquer mato verde. Receita banhos, chás, trabalhos com maçãs para resolver problemas difíceis.

Fonte: Kátya C. Alexandre. 25 de julho de 2005. Morro da Conceição.

Durante a pesquisa, constatou-se que as rezadeiras<sup>25</sup> são, em geral, pessoas de baixa renda e autônomas, ou seja, não dependem de outros profissionais da bênção para praticar o seu ofício. Também descobrimos que elas não possuem qualquer contato entre si. Além disso, os dados do quadro 02 nos levam a perceber que são predominantemente mulheres católicas com pouco ou nenhum estudo, numa faixa etária madura, nascidas em Recife ou no interior do Estado, além de antigas moradoras do Morro.

Dentre as dez entrevistadas, seis se disseram ser apenas católicas — aliás, a reza é uma prática de tradição distintamente católica<sup>26</sup>. Mas também encontramos duas rezadeiras que se declararam católicas e freqüentadoras de centro espírita, e duas católicas e freqüentadoras de terreiro afro<sup>27</sup>. Dessa forma, embora todas as rezadeiras se declarem apenas católicas ou principalmente católicas, é sabido que a religiosidade popular brasileira é caracterizada pelo sincretismo entre o catolicismo trazido pela colonização portuguesa e as manifestações religiosas de origem africana e indígena. Por fim, o quadro nos mostra que as rezas são utilizadas como tratamento para as mais diversas mazelas e doenças, cujas nomenclaturas são típicas da cultura popular e cujos tratamentos são compostos por medicamentos naturais e ritos sagrados.

---

<sup>25</sup> Falaremos aqui no feminino, pois a grande maioria das pessoas que realizam essa atividade é de mulheres. Havia apenas outro rezador da comunidade que não foi entrevistado porque estava viajando para visitar parentes.

<sup>26</sup> Podemos notar que esse catolicismo popular é flexível e indulgente e aberto às inovações. Ele é composto de símbolos, significados e práticas advindas de várias fontes, incluindo a crença em milagres, experiências sobrenaturais e carisma do líder religioso. De acordo com Quintana “a benzedura vai estar sempre num processo de reconstrução, ganhando sentido apenas em razão de sua articulação com o social; portanto, nunca vai ser uma prática estática, detida no tempo; pelo contrário, ela se constitui uma realidade dinâmica”. (Quintana, 1999:50).

<sup>27</sup> Embora se declarassem católicas, elas revelaram posteriormente freqüentar terreiros. No decorrer da entrevista, às vezes também se denominavam apenas “espíritas”, pois demonstraram muito cuidado para não deixarem passar a idéia de que eram “macumbeiras”, nomenclatura que vêm mui pejorativamente. Aliás, todos os agentes populares de saúde entrevistados enfatizaram *não fazer “macumbas”*.

### 3.1 Percepções sobre a Arte de Curar

De acordo com os depoimentos dos entrevistados, pudemos perceber que as rezadeiras recorrem a duas formas de explicação para a origem de suas práticas: para algumas, isso se deu através das gerações precedentes, com a transmissão oral das rezas através das mães e avós. As demais contaram histórias de descobertas desses dons, surgidos espontaneamente como um sinal divino, geralmente transmitidos através da revelação de um sonho.

Tais características tornam o agente da reza uma pessoa dotada de poderes especiais, de modo que não é qualquer pessoa que pode se tornar um rezador. Há condições específicas para que se possa exercer tal atividade. “Não é feiticeiro quem quer: há qualidades cuja posse distingue o feiticeiro do comum dos mortais. Umas são adquiridas, outras congênicas; umas há que lhe são atribuídas, outras, que possui efetivamente”. (Mauss, 2000:27). A iniciação é que dará uma legitimação para quem reza. Vejamos, de acordo com alguns dos relatos, exemplos da origem dos dons. Primeiramente, o dom aprendido ou transmitido por gerações precedentes:

“Aprendi com minha mãe de umbigo. Ela deixou um livrinho, eu peguei muita coisa, né, até parto atrapalhado ela me ensinou. Quando eu visse uma pessoa sofrendo muito eu botasse a mão na barriga, fosse dizendo às palavrinhas que o menino vinha ou então ela se aliviava e levava pra maternidade. E antes ela me ensinava muito, como eu rezava. – Num importa se é a reza toda, o importante é você rezar pra fora. Nunca reze calada porque você está fazendo mal a pessoa que você tá rezando. Era o que ela me dizia Aí de lá pra cá, eu fiquei rezando e todo mundo gostando. Quando eu via chegava, eu digo: meu Deus do céu! Aí eu rezava minha fia”. (Tia Tonha).

Segundo, a descoberta do dom através de revelações, visões ou sonhos:

“Eu comecei a rezar olhado, tinha nove anos de idade. Papai era quem rezava. Um dia eu tive um sonho que chegava uma senhora bem morena com um menino no braço e uma fraudinha amarrada na cabeça do menino. Ela perguntou: menina, cadê o teu pai? Eu disse: papai foi trabalhar. Aí ela fez: meu Deus, como eu estou aperreada com esse menino, desde ontem que ele só vomita e com uma desinteira muito braba. Aí eu fui e disse pra ela: sente lá atrás com ele, que eu vou ver ele. No sonho Aí eu panhei três folhas de liamba, que nem o meu pai fazia, aí eu fui dizendo àquelas palavras que nem eu mesmo sabia o que tava dizendo. Aí ela foi embora com o menino e eu acordei com aquilo. Aí eu disse a papai de manhã e ele achou tanta graça naquilo: Sônia deu pra dormir e rezar olhado. No fim da semana, eu tava saindo pro colégio, aí eu vi aquela mulher morena com um menino com um pano amarrado na cabeça. Aí disse: menina cadê o seu pai? – Ele foi trabalhar, só chega de tarde. Aí ela disse: Ah meu Deus, esse menino desde ontem que vomita, ta com uma disenteria tão grande. Aí eu fui disse: sente lá atrás com ele, com aquela autoridade que não era minha. Aí ela sentou e eu fui lá, peguei os três galhinhos de liamba, rezei o menino. Quando foi de tarde ela chegou com o menino bem melhor e papai estava. Papai disse: veio rezar olhado? Ela disse: não eu prefiro sua menina porque ela cura na hora. Aí papai disse: não tenho nenhuma filha rezadeira. Ela disse: tem, aquela menina que está ali pulando corda. Venha minha filha rezar o meu menino que ela já está bem melhor. Aí eu rezei novamente como rezei de manhã. Com isso o povo passou a me procurar, eu passei a rezar olhado”. (Dona Sônia).

A partir dessa ocasião, pode-se dizer que a rezadeira ganha a legitimidade da comunidade em que vive como alguém tão importante quanto um médico, mas que tem um adicional: o mistério da cura. Neste aspecto, muitos foram os relatos das rezadeiras sobre casos de curas, de modo que selecionar alguns dentre eles não foi tarefa fácil. De acordo com Schweickardt, “a pessoa que passou pela experiência de receber o dom já não é a mesma, ou seja, se torna uma pessoa diferente em seu meio social, pois possui características do sagrado, e é reconhecida como tal”. (Schweickardt, 20002:170). Notamos que a iniciação está muito relacionada com a construção da experiência subjetividade das pessoas. Assim, uma pessoa torna-se feiticeiro “por revelação, por consagração e por tradição. Esta tríplice forma de qualificação foi assinalada pelos observadores e pelos próprios feiticeiros”. (Mauss, 2000: 46).

♦ Crenças, Visões, Tradições, Mistérios e Tabus: o *mundo mágico da cura*.

O universo simbólico das rezadeiras é repleto de mistérios subliminares que enriquecem mais ainda o significado dos ritos de cura. Essas crenças também são compartilhadas pelo público que recorre às rezas. Há vários relatos interessantes que demonstram bem essas simbologias e encantamentos do mundo mágico das rezadeiras. Neste sentido, as eficácias das rezas estão associadas a fórmulas e jaculatórias tradicionalmente transmitidas. O mundo das rezadeiras é repleto de contatos com fenômenos fantásticos:

“Eu já vi muitas coisa bonita do céu. Agora essas coisas num quer zoadá. (...) Tudo que se passar eu sinto. Foi um dom que Deus me deu”. (Dona Nessina).

“A reza melhor que a gente faz é de meio dia e assim, à tarde com o sol ainda em cima, porque com o sol se pondo não pode. Essa semana eu cheguei lá em cima a menina pediu pra eu rezar, eu disse: não posso! não posso de jeito nenhum. Porque o sol já estava saindo”. (Dona Dinha).

“Pra criança você tem que rezar e oferecer três dias, se você fizer uma, duas e num oferecer a derradeira vez, aí num voga. Aí quebra até a reza da pessoa. Agora isipela é má vizinha. Má vizinha. Se tu rezar ela, a vizinha passa pra tu”. (Seu José).

“Às vezes, se você está com um olhado forte, a gente conhece. Parece que sua reima todinha passa pra gente. Aí a gente passa o ramo na gente pra ver se se livra”. (Dona Dinha).

“Antigamente eu rezava dores de dente, mas é a única coisa que eu deixei. Eu não rezo mais dor de dente. Porque se eu rezar uma dor de dente, o dente da pessoa amolece, vai caindo todinhos. Não sei por que, é mistério”. (Dona Sônia).

Todas essas crenças são fenômenos que dispensam qualquer explicação científica racionalista. Simplesmente elas existem e funcionam, no entender dos entrevistados. As rezas e orações são as expressões mais significativas das curas e justificam todas as crenças e

acontecimentos pela fé. Isso pode ser verificado através dos santos cultuados pelas rezadeiras com fervor e devoção.

#### ◆ Os Santos

Além da crença em Deus, as rezadeiras em geral são devotas de inúmeros santos, para quem fazem oferendas, pedem proteção e atribuem acontecimentos. “O culto aos santos caracterizava-se e caracteriza-se, ainda hoje, por estar essencialmente ligado às necessidades práticas da vida”. (Schweickardt, 2002:252). Vejamos os santos citados durante as entrevistas, cujas imagens estavam presentes nas casas dos rezadores: Nossa senhora da Conceição — que é a padroeira da comunidade e foi citada por todos —, Santo Antônio, Santo Expedito, Nossa Senhora Aparecida, São Severino do Ramo, Santa Luzia, São Judas Tadeu, Nossa Senhora do Desterro, São Lázaro, Nossa Senhora do Carmo, Santa Ana, Nossa Senhora dos Prazeres, Santa Terezinha, São José, São Sebastião e Joana D’Arc.

Todos esses santos são adorados como entidades capazes de influenciar o dia-a-dia das pessoas e que podem ajudá-las a enfrentar as dificuldades terrenas. Vejamos alguns relatos de rezas sagradas ensinadas por algumas rezadeiras que concordaram em revelá-las.

#### ◆ As Rezas Sagradas

Há três elementos essenciais para compreender o povo e o benzedor: a fórmula da bênção, a fé na cura e a confiança da comunidade no curador. O benzedor tem que saber as orações. As rezadeiras, ao praticarem a cura através de rezas e ervas sagradas, estão representando muitos valores de uma comunidade. Nas palavras de uma rezadeira: “*Não sou eu quem curo, quem cura é a presença de Jesus ali naquele momento onde eu estou*”

*chamando, aclamando e convocando*". (Dona Néia). As palavras proferidas nas rezas são signos que traduzem um mundo de significados que ajudam a dar sentido à doença, aos sofrimentos cotidianos e à energia cósmica. Há nas palavras uma força que religa a natureza com Deus e com os santos. A reza também contribui para a manutenção da tradição católica popular passada oralmente de geração a geração. De acordo com Quintana, a bênção é um tipo de prece na qual "aquele que a realiza procura influenciar os favores das forças sagradas em benefício de uma outra pessoa, e que tem por objetivo implícito influenciar tanto as forças sagradas quanto o beneficiário". (Quintana,1999:94). Vejamos algumas rezas específicas para resolver determinadas mazelas:

❖ Espinhela Caída em adulto ou Ventre Caído em criança:

*"Lá vai o céu saindo por trás da santa cruz  
Levante-se (nome do paciente) que resolve tua espinhela em nome de Jesus  
Jesus nasceu, Jesus morreu, Jesus ressuscitou  
Levanta a tua espinhela em nome do Salvador". (Vó Nana).*

❖ Mau-olhado:

*"Com três te botaram e com três eu tiro  
Em nome de Deus e do Divino Espírito Santo  
Tu tem olhar quebrante, hás de comungar na boniteza, na feiúra,  
No teu comer, na tua gordura". (Vó Nana).*

❖ Mau-olhado:

Reza 1 Pai Nosso, 3 Ave-Marias e pronuncia o nome da pessoa que está sendo rezada.

*"Quebrou o teu corpo"<sup>28</sup> e hoje se admirou da tua esperteza,*

---

<sup>28</sup> Durante a reza, tia Tonha bate com três ramos da palmeira ou do pinhão roxo em todas as juntas do corpo do paciente. Se os ramos murcharem muito, é sinal de que o paciente estava com muito mau-olhado. Ela consegue ver se o mau-olhado foi colocado por homem ou mulher no paciente.

*do teu comer e do teu trabalhar, da tua sabedoria. Tu tá querendo vivência, eu tiraria com o poder dos teus pais, do Espírito Santo. Ar de morto, olhar de vivo é mardidoado. Será lançado esse mal que tu tem nas ondas do mar sagrado para sempre. Amém! Glória ao pai, Amém!* (declama a Salve Rainha). (Nome do paciente), *criou o seu corpo e hoje se admirou. Eu te benzo-te por frente e te benzo-te por trás, e te benzo toda a junta do corpo. Será lançado esse mal que tu tem nas ondas do mar sagrado<sup>29</sup> para sempre, amém”.*  
(Tia Tonha).

❖ Oração de São Clemente (oração para curar doenças):

*“Diz uma antiga lenda que pode muito bem ser verdadeira que São Clemente, filho de nobre família romana, desde muito cedo concebera de ajudar os cristãos perseguidos nas catacumbas de Roma. No excesso do seu apostolado, ele foi surpreendido e acusado por discípulos de Jesus, justamente com os outros cristãos, foi condenado às feras, quando estava completando quatorze anos de idade, lançando seus vestes Helenas de Coliseus. Santas feras que Verodis precipitaram sobre todos os cristãos. São Clemente, com seu sorriso de inocência irá apalhar seus olhos verdes em forma de uma cruz, há uma alvíssima luz que se lhe desenha as costas se ligando ao pequeno Jesus, crucificado numa cruz de ouro, preciosa relíquia dos santos, mostra todos os ossos dos santos: dentes, crânios, um vaso contendo todo seu sangue. Suas festas será celebrada na basílica da Nossa Senhora da Penha aos vinte de outubro, é dia em que o pai consagra seus próprios filhos, dando uma grande proteção especial em todas as criancinhas inocentes católicas e todos os adultos católicos que nessa hora, Jesus, estão precisando de uma grande bênção do senhor. Oh meu glorioso São Clemente, mas pelo amor que teve o menininho Jesus, bendito o teu seio imaculado, sempre virgem Maria, pelo sofrimento que vós padeceu, martírio que vós suportou, tão pequenininho em idade, receba a bênção dessas crianças e de todo adulto católico que nessa hora estão precisando de sua bênção, em nome da paz. Pai, Filho, Espírito Santo, amém!”.* (Dona Basta)”.

❖ Para curar doenças (oração criada pela rezadeira no momento da cura):

*“...Oh Deus onipotente, pelas cinco chagas do nosso senhor Jesus Cristo, filho bem amado, aquele a quem dissestes que em nome do meu filho, tudo, tudo o quanto pedires se fará, então fazes nessa hora, essa caridade, pela oração que teu filho fez no Horto das Oliveiras, eu peço, pelos setenta e dois espinhos que foi feito numa coroa e botado na sacra-santa cabeça de Jesus Cristo, pela divindade do Espírito santo, pelos anjos Serafim, querubins e do céu. Peço-te e agradeço sempre oh pai, porque estou aqui humildemente em teus pés, porque não existe outro Deus além de vós. (declama o Creio em Deus Pai). Até morto sepultado para que reprenda tudo quanto houver de ruim com aquela doença que ta afetando aquela pessoa. Aí rezo três ‘Pai de Nosso’, três ‘Ave-Maria’, três ‘Glória ao Pai’ em louvou à Santíssima*

---

<sup>29</sup> É interessante a apologia às imagens marítimas. Relega-se às “ondas do mar” as doenças como se esse lugar fosse uma região onde tudo se perdia para sempre.

*Trindade e o Divino Espírito Santo e as cinco chagas de nosso Senhor Jesus Cristo*". (Dona Sônia).

❖ Antes de Dormir (oração revelada por uma santa através de um sonho):

*"Com Deus me deito, com Deus me levanto  
Cobri-vos, oh senhora, com seu bento manto  
Se eu dormir, levantareis, se eu morrer,, nomeareis  
Com três anjinhos me acompanhando  
para sempre sem fim"*. (Dona Nessa).

Algumas rezadeiras não revelaram as rezas por acreditarem que ao fazê-lo correriam o risco de *"quebrar a força de suas rezas"*. Algumas são decoradas e outras são palavras improvisadas que surgem de forma espontânea no ato da cura. Cada doença exige uma forma determinada de cura. Um ritual próprio. Em alguns casos são receitados remédios feitos através de ervas medicinais no acompanhamento terapêutico.

Descobrimos que as rezadeiras atualmente não costumam ensinar suas rezas para seus parentes ou amigos. Perguntamos o porquê delas não transmitirem seus conhecimentos e descobrimos dois motivos: para algumas, não se pode passar a oração adiante, já que a reza deve ser adquirida pelo próprio dom, sob risco de perder a força; para outras, geralmente aquelas que aprenderam a rezar com as mães ou avós não passam adiante esse ensinamento por falta de interesse das novas gerações em aprender. Mas uma opinião é unânime entre todos: a de que a fé é algo primordial no ritual da cura. *"A fé é, antes de tudo, calor, vida, entusiasmo, exaltação de toda a atividade mental, transporte do indivíduo acima de si mesmo."* (Durkheim, 1917:502). A fé é um instrumento de cura diferenciado de qualquer técnica científica. Neste aspecto, perguntamos às rezadeiras se, para elas, a fé também é capaz de curar enfermidades consideradas graves. Vejamos as respostas:

*"Quem cura a gente é a fé. Tendo fé, a gente tem tudo na vida e sem fé, num tem nada"*. (Dona Nessina).

“Jesus disse: a fé cura. Quando andou no mundo, ele andou curando e salvando e batizando os santos”. (Seu José).

“Quando Deus quer, até água é remédio”. (Dona Basta).

A fé serve também como auxílio para se enfrentar as dificuldades diárias de uma população de baixa renda. Sobressai-se como um consolo e esperança na solução dos problemas, vistos como aprovações dadas por Deus para testar a fé de seus filhos. Desse modo, não só as rezadeiras, mas também os membros da comunidade buscam cultivar a fé como amuleto de energias positivas e sorte.

### 3.2 Eficácia Simbólica da Cura

O significado da doença no mundo mágico é de caos, desordem, desestabilidade física, psicológica, social e astral da vida do doente. Os rituais das rezadeiras tentam reorganizar o universo simbólico da pessoa, oferecendo uma nova ressignificação à sua realidade. A doença, uma vez compreendida pelo doente, passa a ter significado, tornando possível o processo da cura através do ritual mágico. Segundo Paula Montero (1985): “a doença se torna elemento significante somente quando associada à idéia de uma negatividade genérica, à noção de uma desordem que extrapola o corpo individual ao abranger relações sociais e à própria organização do mundo sobrenatural”. (Montero, 1985 *apud* Schweickardt, 2002:210).

Obtivemos relatos de curas efetivadas pelos Agentes Populares que dizem respeito a males de duas ordens. Os considerados mais leves e cotidianos e os graves. Dentre os mais comuns, temos o mau-olhado, que é um dos problemas centrais das rezas e que representa uma crença muito forte na comunidade, um risco à saúde, uma ameaça constante, pois “por

toda parte se encontram pessoas cujo olhar vivo, estranho, pestanejante e falso, numa palavra, o ‘mau olhado’, leva a que sejam receadas e mal vistas”. (Mauss, 2000:28).

Para as rezadeiras, o mau-olhado apresenta vários sintomas que vão desde uma indisposição até vômitos e diarreia, dependendo do quanto a pessoa possa estar carregada. Segundo os entrevistados, “*como os médicos não acreditam no mau-olhado, não conseguem a cura*”. Só a reza cura o mau-olhado. Quintana considera o mau-olhado como “um ato inconsciente e, portanto, não premeditado; o seu portador não tem percepção do mal que o seu olhar pode causar sobre outra pessoa. Estar carregado implica ter sido alvo do olho grande que instalou energias negativas no corpo do cliente”. (Quintana, 1999:121). O grande público alvo são as crianças que estão fragilmente expostas às energias humanas. O mau-olhado, dizem, está ligado à inveja que acarreta energias perigosas e nocivas à saúde. Vejamos alguns relatos que aludem a sua periculosidade:

“... O mau-olhado é triste. Tem gente que não acredita, mas mata. Rezou, o mato arriou, o olhado ta perto. Às vezes, a pessoa vai pro médico num sei quantas vezes. Num tem nada, né. Mas o olhado tá matando.” (Tia Tonha).

“Já curei muito olhado. Pra o olhado eu rezo com três folhas de pinhão roxo. Quando pega a rezar, a folha murcha. Tem olhado de mulher e olhado de homem. Às vezes tem dos dois”. (Seu José).

“O olhado é uma pessoa que olhou pra você que admirou sua beleza ou talvez sua feiúra, sua magreza, sua gordura, seja lá o que foi que lhe admirou, não teve intenção de lhe botar um olhado, mas botou. Botou. Chegou aqui uma menina, eu disse: meu Deus, leve pro pronto socorro. A menina com os lábios todo roxo. Quando ela ia descendo o degrau eu disse: volte! Aí fui rezar, era um olhado. Se ela fosse pro hospital agora ela ia simhora. Aí quebranta os seus caminhos, o olho gordo”. (Dona Sônia).

Os depoimentos mostram que a benzeção opera num campo codificado de doenças, atingindo diretamente o mal, visando suprimi-lo. É freqüente encontrarmos casos de curas em

males como: espinhela<sup>30</sup>, cobreiro<sup>31</sup>, vento caído<sup>32</sup>, companhia caída<sup>33</sup>, erisipela<sup>34</sup>, entre outros. Esses são considerados males tradicionais que são típicos das crenças populares. No entanto, também obtivemos relatos de curas realizadas pelas rezadeiras, referentes a males considerados mais graves e efetivados em pessoas que já haviam sido desenganadas pelos médicos, mas que obtiveram a cura graças à fé nas rezas sagradas:

“Um homem chegou na minha casa com um câncer na garganta e eu fiz a reza e ele ficou curado no mesmo momento. Depois, eu já fiz com outras pessoas e não deu certo, compreendeu? Quer dizer, é a fé da pessoa também, porque esse homem fez assim: que queria criar três filhos que ele tinha. E ele chegou aqui na minha casa e eu disse umas palavras que eu também não lembro, não chegam na minha mente, e na mesma hora, curou. Ele tava desenganado pelo médico. Ele já estava com tudo pronto para ir para o Oswaldo Cruz, botar um aparelho na garganta e não foi necessário. O médico perguntou a ele como foi que ele ficou curado, aí ele disse que foi a fé em Deus. Porque ninguém ia acreditar não é?” (Dona Sônia).

Esse é um relato interessante na medida em que a rezadeira retira o mérito da cura apenas de si mesma e passa a dividi-lo com a fé do paciente. Percebe-se também que para o cristão, a vontade de Deus é primordial na sua vida. Vejamos outros relatos de cura:

---

<sup>30</sup> Essa doença ocorre em adultos e é percebida como uma dor muito grande no peito e nas costas. De acordo com a explicação de vó Nana: “*A gente não tem um nervosinho entre um peito e outro? Aquilo ali emborca até com um espirro de mau jeito ou um peso grande que você pega, aí é a espinhela caída*”. Conforme os relatos, se o médico examinar o paciente com espinhela não encontrará nada. Apenas o benzedor poderá curar essa doença. O diagnóstico do benzedor consiste em “medir” o enfermo pelo ombro com um pedaço de barbante. Nada pode faltar ou passar da medida do “normal”.

<sup>31</sup> Na medicina: Herpes-zoster. Doença dolorosa da pele. Mancha de bolhas doloridas. As orações falam da cabeça e do rabo desta mancha. Segundo a sabedoria popular, se o cobreiro preencher toda a barriga do paciente, ele pode falecer.

<sup>32</sup> Vento Caído é quase como a Espinhela. De acordo com dona Basta: “*criança não tem a espinhela, tem o ventre. Aí é um fastio e uma disenteria que dá na barriga que chama vento caído da criança*”.

<sup>33</sup> Companhia Caída é um engasgo na garganta. Explica dona Nazaré: “*A gente tem na garganta um coraçãozinho de galinha. Quando ela tá caída, ela encosta, dá uma tosse, uma cosquinha na garganta sem ter resfriado, sem ter nada. É quando ela tem companhia caída, ela arreia um pouquinho*”.

<sup>34</sup> Erisipela - Doença de pele, forte irritação. Chamada popularmente pelas rezadeiras de “*isipela*”.

“Meu menino pegou um cansaço, e eu vivia que só Deus sabe. A médica de criança acompanhou até os seis anos. Aí doutora passava sempre aquelas coisas, injeção, vacina, tudo, nada! Aí eu tinha uma vizinha que disse: olhe, dona Basta, eu vou dar essa oração a senhora de São Clemente, a senhora reze com fê, o Pai Nosso a Ave Maria, entregue a ele que a senhora vê o seu filho curado. Aí eu disse: será que fazendo essa oração meio dia, de noite, na hora que meu filho estiver cansado ele para? Aí eu fui continuando, continuando. Aí eu fui à médica, ela disse: olhe dona Sebastiana, o seu menino está completamente curado”. (Dona Basta).

A partir da cura de seu filho, dona Basta curou muitas outras pessoas através da oração para São Clemente. Trata-se de uma oração longa e difícil, e que ela decorou com devoção. Também há casos em que o processo da cura é ensinado ao rezador através de um sonho. Muitos foram os relatos nesse sentido. Vejamos um exemplo:

“A minha filha tava botando sangue pela boca. E ninguém sabia o que era. Você credite, ainda fui eu ter com o médico particular, o médico particular não deu jeito. Me deu uma carta assinada, mandou para o hospital Pedro Segundo, aí lá fizeram uma junta médica, dum monte de doutor, e terminar, ainda não sei a causa disso. Agora a ciência não curou. Agora não sei como, não sei se foi um milagre, só sei que num deu um mês sonhei que desse um chá de crista de galo<sup>35</sup> a ela. Minha filha, na hora que eu acordei, eu fiz o chá. Você credita que com esse chá de crista de galo ela ficou boa? Foi um sonho que quis mesmo me mostrar a cura”. (Vó Nana).

Vó Nana se emocionou contando essa história sobre a cura de sua filha. Cura que não foi obra da ciência, como bem expressa a rezadeira, mas um sinal sagrado em forma de sonho. Geralmente, as rezadeiras relatam que têm muitos avisos através de sonhos e que também sentem a energia da pessoa que está sendo rezada. Há, pois, um aspecto místico muito forte envolvendo as práticas de curas populares. Vó Nana também relata um caso típico de cura solucionado pelas rezadeiras, o engasgo:

“Uma vez dona Zenaide, ela engasgou-se com uma espinha de bacalhau. Foi pra um pronto socorro, foi não sei pra onde e não teve jeito dessa espinha sair. A mulher chorava de apurar. Ela já

---

<sup>35</sup> Crista de galo é o nome popular que se dá a uma planta. (Não foi possível encontrar o seu nome científico).

tava babando com aquela coisa aqui na garganta. Aí ela veio aqui, eu rezei e a espinha saiu. Ela ficou um bocado de tempo, só era o que ela falava porque chorou, foi pro pronto socorro e nada. Eu rezei e graças a Deus, ela ficou boa”. (Vó Nana).

A prática popular de cura é muito intuitiva. As curas são constituídas por um vasto e heterogêneo espectro de modos de vida e de valores que têm um sentido intenso para aqueles que a realizam e para aqueles que a utilizam. Muitas são as práticas que curam e cortam o mal. Ou seja, muitas são as “técnicas” utilizadas pelos rezadores no Morro da Conceição no artifício da cura: uso de ramos verdes, de rosários, de cordas para medir peito aberto, a imposição das mãos sobre pontos-chaves no corpo do paciente, entre outros. Tais rituais de cura se assemelham àqueles utilizados há mais de quatrocentos anos pelos curandeiros coloniais, o que significa dizer que as práticas populares foram historicamente transmitidas e readaptadas.

Os atuais agentes populares de saúde curam com “palavras mágicas” e com a sabedoria do uso das ervas, cujo conhecimento de como utilizá-las são indissociáveis das representações simbólicas do universo das rezadeiras. Os pacientes, por sua vez, ainda que ignorem o conteúdo e preparo dos medicamentos naturais, utilizam-nos sem questionamentos, certos de que o rezador-erveiro conhece as plantas certas para cada doença. No ritual da cura as rezadeiras também utilizam alguns símbolos religiosos como instrumentos terapêuticos. A crença coletiva dá sustentabilidade a esses símbolos. Vejamos algumas das técnicas e fórmulas sagradas mais utilizadas durante os rituais de cura:

- Cordão para medir peito aberto ou espinhela caída:

“Pra ver se tá ou com peito aberto ou com espinhela caída, eu faço uma medidinha com o cordão, sabe? Aí eu tiro a medida deles aqui (mostra o antebraço) aí venho pra cá (mostra os ombros). É preciso que a medida seja exata, aí sobra três dedos,

às vezes quatro. As mãos é pra rezar espinhela caída, peito aberto. Mas eu rezo com pinhão. Eu rezo com qualquer mato, o importante é eu rezar. Eu pego até o terço ali e rezo”. (Tia Tonha.).

- Reza fazendo sinal da cruz na testa na garganta, no meio dos peitos e nos ombros do paciente com algum ramo verde:

“Quando é de olhado, é com folha, folha verde. É pinhão, manjirioba, é manjeriçã. Qualquer mato verde a gente reza. Porque na de olhado, é umas palavras só assim cruzando”. (Vó Nana).

- Velas oferecidas aos Santos:

“Eu não curo ninguém com remédio, com nada, é com a benção de Jesus. Agora depois que eu curo aquela pessoa, eu não, Jesus cura, eu peço: um maço de vela, três velas, quatro velas, depende do que o paciente tiver passando. Se tiver dores, vômito: traga um maço de vela; se tiver torção, traga três pra caminhar, até fiar bom, curar. Depois que a pessoa fica bom, eu peço três velas e deixo acesa, aí depois da oração, eu mando tomar três dedinhos de água com açúcar. Pronto, é o remédio que eu passo”. (Dona Basta).

Podemos perceber que a cura presente na religiosidade popular está carregada de gestos simbólicos e de fenômenos relacionados ao sobrenatural, demonstrando que a vivência religiosa católica se faz presente no cotidiano de cada um dos agentes populares de saúde e das pessoas que recorrem a esta terapêutica mágica. Vejamos agora alguns medicamentos naturais mais utilizados e receitados cotidianamente pelas rezadeiras/erveiras.

- Receitas e Medicamentos elaborados com Ervas:

A cura de doenças através de ervas faz parte do universo simbólico de diversas culturas na história humana. Nas tradições indígenas, por exemplo, o xamã detém o poder de controlar a natureza através da magia e do conhecimento das ervas e suas funções curativas. O

xamã exerce seu papel terapêutico através do mundo sagrado. Já nas tradições afro-brasileiras, o curador é um intermediário privilegiado entre o mundo dos homens e o mundo das entidades espirituais, sejam os orixás, caboclos ou pretos velhos. Dessa forma, no candomblé, os orixás Omulu (orixá das varíolas e doenças contagiosas que protege das doenças e das mazelas) e Ossain (orixá das folhas, médico das plantas) tanto curam como podem causar doenças.

No catolicismo popular, a rezadeira é a detentora do segredo do poder das ervas e rezas e dos mistérios nelas contidas. Elas têm um respeito pelas plantas de modo geral, pois consideram-nas como uma coisa sagrada, poderosa. Muitas são as receitas naturais que indicam para dores, doenças e mal-estar. Vejamos algumas mais citadas:

“Dor de dente, a gente reza tem vez, sabe, que passa é o olho de picuí, tem que rezar e passar o óleo. Duas vez a noite. Tá com dor de cabeça? Você pega a colônia, esfrega a folha na água, banho frio, banho quente presta não, aí toma aquele banho de cabeça e se enxuga. Favada de caboclo, também. Tira a folha dela, esfrega, é bem cheiroso, toma banho. Aquilo ali chama felicidade e saúde. Outra: quando você tá com tosse? pegue três cebolinha branca, descasca ela, corta bem miudinha, aí bota assim num pirex, cobre toda com açúcar cristal, e bota no sereno; no outro dia você come em jejum, toma um banho acabou-se a tosse. E pra coração? você pega um cravo branco, quando der duas horas, você bota o cravo num copo americano, encha d’água e tampe. Aquele sabor do cravo passa pra água. Quando for dormir, tome! Aí você pára. Com dois dias, você pega, de noite, você descasca cinco dente de alho, bote na água, deixa na água e tome. E assim eu fiz, Hoje eu pego em peso e tudo”. (Seu José).

“O pinhão roxo tem uma função muito importante pra parte inflamatória, a crise de ovário. Também serve pro fígado. O Mastruz, recomendam só pra criança a partir de quatro meses, para matar vermes, um monte de coisas. Já o chambá, arrasta catarro recomendando a dar a criancinha mais crescidinha. A carqueija, que o pessoal usa muito pra emagrecer, o caju roxo, o barbatimão. Aroeira, a gente não recomenda beber porque ela fecha os tecidos. A gente indica mais pra lavar ferida aberta, faz um chá côa e lava. A quixaba também que é pra pancada, a gente recomenda muito que bote na água, não cozinhe, que é uma planta que o pessoal cozinha bota na geladeira aí ele fermenta e aquela nata pode dar infecção intestinal”. (Dona Mariza).

“Para isipela, cuminho é muito bom, pra quem tem a primeira vez. Agora pra quem já tá muito acostumado, eu mando fazer o caju roxo, a aroeira, às vezes o barbatimão, tudo isso levanta. Esfregar fredegoso no joelho com pimpim é bom pra reumatismo. Aí bota no álcool, aí de noite passa”. (Tia Tonha).

“Geralmente eu mando as pessoas tomar banho de folha de colônia e um pouco de perfume porque é muito bom pra tirar as mazelas mesmo, quando é coisa pra pessoa melhorar um pouco de vida aí eu mando tomar um banho de erva doce. Pra insônia o mulungu, porque o mulungu você faz um travesseiro, aí bota na cabeça da pessoa, aí tem que dormir, aí dá um chá morno. Mulungu é um grande remédio pra se dormir”. (Dona Sônia).

Percebe-se que há uma riqueza de conhecimentos do uso das plantas e ervas medicinais, resultado de uma rica tradição oral. Para os rezadores, a cura que vem da natureza através das ervas é sagrada porque criada por Deus e usada pelos homens, sem questionamento.

### 3.3 Aliança entre Rezadeiras e Profissionais do PSF

É interessante observar que as rezadeiras não disputam o saber da cura com os médicos, mas reconhecem que há casos específicos que só os médicos podem curar. É grande a diferença entre a cura oficial e a popular: desde o lugar do tratamento, dos nomes dados aos membros do corpo físico até o próprio sentido atribuído à doença e, conseqüentemente, à forma de saná-la. Essa diferença não descarta, no entanto, a possibilidade de haver uma interação entre os dois sistemas. O fato é que as benzeções não ficaram enterradas no passado e nem foram totalmente substituídas pelos preceitos científicos. Analisemos alguns depoimentos a esse respeito e que nos fizeram chegar a essa conclusão.

“Eu acho assim, que a inteligência do médico quem deu foi Deus assim como a minha, então é algo que ninguém pode medir força. Quando é para o médico, é para o médico e acabou-se. E

quando é para a rezadeira, é para ela e acabou-se. Às vezes uma pequena palavra, uma reza resolve”. (Dona Sônia).

Percebe-se, na visão da rezadeira, que não há um campo competitivo envolvendo os dois sistemas de cura. Não se pode medir forças entre as duas práticas porque, no final das contas, “Deus” rege as duas e é o responsável pelo desempenho do médico e do curandeiro. Para dona Sônia, há por trás do ato médico uma dimensão sagrada. Isto pode ser explicado pelo fato de que, na perspectiva de cura das rezadeiras, a doença não é produzida racionalmente, mas é subjetivamente sentida e solucionada graças a uma força superior. Saúde e doença estão ligadas à fé desde a época de Cristo:

“Minha fia, eu vou dizer uma coisa, pra o médico, aquilo ali é o meio de vida deles. Mas médico é bom, porque primeiro médico que houve no mundo, quando Jesus formou o mundo, foi doutor Lucas. Primeiro médico que ele botou pra curar”. (Seu José).

Há uma explicação de base religiosa cristã para a cura que se fazia desde os milagres de Cristo e de seus discípulos. Assim, o médico é uma criação e instrumento de Deus e a cura é um ato de fé. Nas curas populares, corpo e espírito não se separam em momento algum. Tampouco se desliga o homem do cosmos, nem a vida da religião; o profano comunga com o sagrado, o puro com o impuro, o simples com o complexo:

“A rezadeira trata através das orações, da fé, de seu conhecimento adquirido. Eles (os médicos) tratam através do que aprendeu e através do poder supremo porque Deus ainda está nas costas deles, porque é através de Jesus que eles fazem o que fazem. Eles não têm o poder de abrir, fechar e a pessoa voltar a andar. Então se eles chegam a esse ponto é porque tem a mão do senhor sobre eles. O senhor dá a ele sabedoria e ele é escolhido pra fazer aquilo. Agora sei de um médico que acreditava que as rezas curavam. Então eles são médicos, mas são abençoados para fazer o serviço deles. Mas forte do que Jesus e as orações não existe. Mas tem que existir alguém que Jesus vai usar, então Jesus usa os médicos como instrumentos dele, eles não sabem, mas Jesus usa os médicos para fazer alguma coisa boa na terra. E isso é não de agora, mas de muito tempo. Eu digo que eu fui usada também. As parteiras foram responsáveis pelo maior

número de nascimentos aqui. E tem inúmeras crianças nascidas pelas mãos delas. Às vezes não iam nem para médico, era só nos chazinhos de ervas naturais e se davam bem. Para você ver, e os médicos não acreditam, mas os remédios que eles fazem são de ervas naturais. Só os antídotos que são químicos, mas os restos, são tudo de ervas naturais e quem é que usam as ervas naturais? As rezadeiras. E hoje, eu fui para o médico, e ele passou remédio de ervas. Eles tão mais caindo pro lado nosso. Eles não querem se entregar, eles querem ser o primeiro lugar, tudo bem que são. Mas devagarinho tão vendo”. (Dona Néia).

Outra questão interessante é que, segundo as rezadeiras, está havendo, finalmente, um reconhecimento por parte da medicina oficial do poder de cura contida nas ervas medicinais tão amplamente utilizadas pelos agentes populares de saúde. O antigo preconceito quanto à eficácia das ervas populares estaria cedendo lugar a uma apropriação do seu uso pela medicina oficial:

“Os médicos proibiam dar remédio do mato. Agora que eles tão ouvindo por aí que a flora medicinal botou pra frente, funciona, tão quebrando mais: tome um chazinho disso. Mas antigamente, não tinha não. Eles não davam não. E proibiam dar, e proibiam a pessoa tomar. — Que folha é essa? Erva cidreira, laranja, sapinho pra tosse, sabugo, eucalipto, colônia. — ‘colônia é de catimbó!’ É não, colônia é uma erva que você pode vir do hospital batendo de febre, mas botou a colônia no fogo, fez o chá, aí passa a febre. Agora eles estão sabendo que a flora medicinal entrou mesmo pra valer, eles não estão mais falando, tão?” (Dona Basta) .

Sobressaiu-se com notável relevância nos depoimentos uma outra questão muito importante: o valor que as pessoas dão à qualidade da relação entre curador e paciente. Aí fica evidente a distancia entre o médico e a rezadeira. O que tem um sentido lógico, pois no jogo de interesse do mercado médico-hospitalar, o distanciamento médico-paciente é calcado pela própria formação acadêmica médica, que é intensamente orientada para aspectos que se referem à anatomia, à fisiologia, à patologia e à clínica, em detrimento da história da pessoa doente, do ambiente social em que ela se encontra, e do calor humano durante a consulta.

Superar tais deficiências é o desafio que a medicina comunitária se propõe a enfrentar. A consulta da rezadeira atrai por ser anti-utilitarista, mística, solidária e calorosa. Ainda assim, há um reconhecimento da importância e eficácia do tratamento médico por parte das rezadeiras:

“A diferença é muita. Tem o próprio atendimento do médico, a frieza, a forma de escutar o paciente, que a gente trabalha muito nessa linha de escutar, de olhar. Isso é uma coisa que tem fugido muito, e começa com o atendente e vai até o médico, que pesa, mas que a gente também não pode deixar de lado e dizer assim: vou só me tratar com as rezas, vou só me tratar com as plantas, porque não pode! Hoje tem doença aí que tem que ser tratado pelo médico e com remédio de farmácia. Mas seria muito bom que a gente chegasse num grau que a gente começasse a se conhecer e a buscar mais a questão da natureza, a questão da reza, da concentração”. (Dona Mariza).

Ademais, é interessante a legitimação que o erveiro e rezador José Pedro atribui a um vendedor de raízes, o qual trata como médico:

“Não tem o doutor raiz na cidade? Já fiquei bom com ele. Meu filho teve uma crise de ameba, oxe! Foi em doutor Júlio, e era comprimidos, comprimidos! (...) Fui em doutor raiz, ele disse: olhe, eu tenho aqui uma garrafinha com sete ervas dentro. Você toma três vez por dia. Tá bom até hoje”. (Seu José).

Além disso, nota-se, pelo depoimento acima que o medicamento químico é menos apreciado na comunidade que os naturais. Existe uma idéia entre os moradores do Morro de que todo "medicamento" que vem da natureza é benévolo. Por isso, os "medicamentos do mato" não são muito questionados quanto à sua eficácia. Na concepção dos moradores, se não fazem bem, provavelmente não farão mal algum; historicamente sempre teria sido assim: as plantas sempre foram tidas como os maiores aliados dos moradores locais. Por isso a fé nas rezas e nas ervas naturais é tão forte.

Durante nossa pesquisa, no que se refere à interação entre a prática médica e mágica, coletamos depoimentos que demonstram haver uma verdadeira troca de conhecimentos e de

confiança entre alguns médicos e rezadeiras que ultrapassa preconceitos. Há dois casos concretos que definimos como típicos de experiências híbridas. Vejamos primeiramente, dois relatos de curas nos quais as rezadeiras tratam de médicas:

“Eu lembro muito bem da médica, a fisioterapeuta aqui do PSF, aí eu trabalhava lá no Mário Gam, aí ela me chamou: eu estou sem dormir, faz é dias que eu não durmo. Aí eu pedi pra rezar ela, aí eu rezei. Aí, no outro dia, ela disse: Puxa estou é melhor, dormi tanto. Aí quer dizer, isso é muito bom e foi ela que se concentrou também”. (Dona Mariza).

“E já veio pessoa enviada pelo médico. Doutora Paula mandou várias pessoas pra mim. Ela era do PSF agora está pro lado de Aldeias. Ela me conhecia e eu fiz a cura da perna dela. Ela ficou no gesso. Só que ela botou gesso, ela tirou gesso, botou gesso e não ficava boa. Eu disse: doutora Paula a senhora quer que eu bote a mão nessa perna? Ela disse: ai Sônia, faz isso? Aí tranquemos a porta da sala dela e eu cuidei da perna dela, compreendeu? Porque Deus é pai e não foi por isso que ela desfez a parte médica dela não”. (Dona Sônia).

Há médicos que não estão alheios à dimensão sagrada da cura, o que é interessante porque mostra a circularidade entre os dois sistemas funcionando na prática terapêutica de cura. O contrário também é verdade. Esta compreensão híbrida das práticas de cura podem ser verificadas nos depoimentos que seguem e que revelam que as rezadeiras também buscam o tratamento médico:

“Olhe, agora estou precisando de um cardiologista. Então não é pra ali, é para o médico. Eu vou para o médico fazer uma prevenção que eu mesma não posso fazer”. (Dona Sônia).

“Eu rezo em mim mesma. Eu rezo em mim. Mas procuro médico. É os dois”. (Dona Naza).

“Eu vou pro médico. Eu só vivo no médico. A doutora do posto aí também vem na minha casa, eu gosto muito dela...”. (Tia Tonha).

No primeiro caso, os médicos incorporaram o sentido simbólico e religioso de cura que ultrapassa a racionalidade da medicina e compartilha o universo mágico da rezadeira. O contrário também é verdadeiro, quando os rezadores também compartilham os símbolos e técnicas da cura médica alopática e recorrem a ela com a mesma fé com que acreditam no ato mágico da cura. Porque, para eles, há muitas possibilidades de se curar, as técnicas é que mudam. Neste sentido, La Plantine chama atenção ao aspecto inter-relacional desses dois universos simbólicos, não existindo, para ele, “uma prática puramente médica e uma prática puramente religiosa, mas, no máximo, recursos distintos, de resto, raramente antagônicos”. (La Plantine, 1991 *apud* Schweickardt, 2002:213).

As rezadeiras também nos deram depoimentos falando do que acham do trabalho desenvolvido pelo PSF no Morro. A partir deles, notamos que o trabalho do PSF é respeitado e visto como sendo muito importante por todas as rezadeiras, ainda que duas delas tenham apresentado algumas críticas à atuação do Programa. Todos os entrevistados freqüentam ou já freqüentaram a USF — Unidade de Saúde da Família local. Também observamos que há uma boa relação entre as rezadeiras e os médicos e agentes de saúde na comunidade. As rezadeiras representam para os profissionais de saúde do PSF agentes religiosos que fazem parte da cultura local. O PSF representa para as rezadeiras uma alternativa a mais na cobertura do atendimento à saúde oficial, de modo que não precisam mais se deslocar do Morro para fazerem uma consulta, a não ser em casos mais graves. Dona Mariza, rezadeira integrante da ONG de Mulheres do Morro, é quem tem um contato mais intenso e direto com o PSF, afirma:

“A gente do “Grupo de Mulheres” tem feito encontros e convidado o pessoal do PSF e o pessoal tem participado e durante esses dois anos tem sido uma completa integração mesmo. A gente faz “O Encontro com o PSF”, no final do ano, que a gente tem o balanço dos casos de DSTs e AIDS e de atendimentos que elas fizeram durante o ano. Muito bom esse encontro com lideranças comunitárias, mulheres. Também teve uma seqüência de encontros para os homens, e de casais. Pra

gente, esse encontro é muito importante e o pessoal do PSF tem ajudado muito, tem indicado pessoas para participar e encaminha pessoas pra comprar medicamentos naturais”. (Dona Mariza).

Mas o reconhecimento do trabalho do PSF é comum entre as Agentes Populares de

Saúde:

“O trabalho do posto na comunidade chegou para ficar porque é uma coisa boa. Nós tínhamos um posto CSU, ‘Centro de Saúde Urbana’, era bom, mas acabou. Mas esse posto que chegou agora se empolga mais, se integra mais, ajuda de uma forma muito mais próxima com a comunidade. Tem um atendimento diferente e era pra estar aí há muitos anos. Tem os pontos negativos e positivos, mas os médicos têm um tratamento bom com as pessoas. Não tem restrição, racismo, nada. É como se fosse família. Agora tem gente que quer chegar lá e ser logo atendido, aí quando isso não acontece sai falando mal de médico, da agente, de todo mundo. (...) Mas as agentes secam as pernas por aqui atrás dos doentes, encontram doentes gravíssimos, é um trabalho bonito que essas meninas fazem. Elas ajudam até materialmente, e até com a parte emocional, ouvindo, entendendo, procurando fazer, telefonam pro SAMU, botam a pessoa no carro e vão também. Quer dizer, elas são a base e deveriam ser mais olhadas. Eles deviam ouvir mais as agentes. Elas têm contato com sujeiras, doenças contagiosas, e traz pra casa depois de ter contato. É horrível. Muita gente desinformada pede: me dê um remédio! Aí elas dizem: não é assim, você tem que falar com a médica. — Que nada! não sei pra que agente de saúde. Aí saem pra reclamar no posto. Não é fácil”. (Dona Néia).

Esse último relato demonstra um reconhecimento ao trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde do PSF, principalmente exaltando as dificuldades que os ACSs enfrentam no seu dia-a-dia. Nesse caso, a crítica recai não sobre o programa, mas sobre a própria comunidade que não colaboraria para o bom desempenho dos profissionais.

Demonstra ainda haver uma boa integração do programa com a comunidade que, segundo dona Néia, “*é como se fosse uma família*”. A rezadeira (irmã de uma agente de saúde) chama atenção apenas para o fato de que o ACS é a base do programa e que deveria ser melhor assistido pela equipe. Mas o Programa de Saúde da Família também foi alvo de críticas que basicamente podem ser agrupadas em duas ordens. Primeiro, quanto à

rotatividade do profissional médico no programa e demora em se obter o resultado de um exame:

“Rapaz, é porque eles não deixa ficar um médico aí responsável. Aí fica um médico, daqui a pouco sai, entra outro, aí você vai fazer um exame, aí faz e não chega o resultado, é assim! Eu acho que deixa muito a desejar aqui, falta muita coisa”. (Dona Sônia).

Segundo, quanto à falta de materiais hospitalares para atender aos usuários:

“Eu ia muito pro posto ali, eu sou de lá, mas eu deixei de ir lá porque às vezes eu ia, não tinha facha, não tinha curativo, não tinha não sei o quê, fulaninha não veio. Aí eu deixei, estou em casa cuidando. (se refere a um corte numa varize da perna). Faço eu mesma em casa. Mas, por hora, não estou usando remédio de farmácia nenhum”. (Dona Basta).

Diante das dificuldades e falhas no atendimento do programa, dona Basta prefere se automedicar. Assim, elabora seus próprios medicamentos e reza em si mesma todo dia, a fim de preencher o espaço de cura que lhe faltou no atendimento do PSF. Nesta perspectiva, nota-se que há uma falha estrutural no programa em termos da ausência de recursos materiais e humanos para atender a toda a comunidade.

### 3.4 Solidariedade e Obrigação entre as Rezadeiras e os Pacientes

“A dor é sempre intolerável enquanto significar algo arbitrário. Mas quando ela adquire um sentido, torna-se suportável. É em busca dessa linguagem que as pessoas procuram uma benzedeira”. (Quintana, 1999:47).

A partir do momento em que as rezadeiras começam a efetivar as curas, a ficar conhecidas e a conquistar a confiança das pessoas, elas passam a ser procuradas por um grande número de pacientes. Isso simboliza o reconhecimento social do dom. Mas é

importante o fato de que elas adquirem, juntamente com a legitimação comunitária, certas obrigações sociais, tais como a de ter que estarem sempre dispostas a atender a um chamado; a de serem sempre solidárias; a de não terem preconceitos com seus clientes; e a de serem portadoras de uma fé inquestionável, visto que representam um elo de ligação entre o mundo profano e o sagrado:

“De primeiro, minha filha, era gente aqui na porta como que fosse um milagre. De não deixar nem eu tomar café. Mas de primeiro eu não tinha nem conta. De fazer fila e eu mandar esperar. E um ficar esperando pelo outro, outros vem mais tarde, como os que moram mais perto. Agora não. Mas quando aparece, também chegando aqui, eu não nego não.” (Vó Nana).

Isto significa que, a despeito dos avanços tecnológicos dos tempos modernos, as pessoas continuam acreditando no poder das orações proclamadas pelos rezadores. E no Morro da Conceição, em particular, pode-se dizer que mesmo diante do acesso à medicina oficial, a procura pelas rezadeiras é intensa. Se a prática persiste é porque persiste viva a crença na magia, o que faz com que ela tenha forma de permanência. Por procurarem tanto a saúde oficial quanto a saúde alternativa, denominamos os moradores do Morro entrevistados de “usuários híbridos”. Neles, a tecnologia e a magia são componentes de uma mesma comsmovisão.

“Geralmente as pessoas procuram as benzeções quando já sabem, de antemão, que é para a benzedeira resolver”. (Oliveira, 1985:47). Há na comunidade uma crença muito forte em males como o mau-olhado. E como a medicina oficial não considera seriamente este tipo de enfermidade, as pessoas quando estão com os sintomas referentes a esse mal, podem até procurar os dois sistemas de cura, mas com certeza priorizam a visita à rezadeira como sendo fundamental.

Muitos adultos procuram as rezadeiras para curar dores, espinhela caída, mau-olhado, cobreiro, entre outros. Mas a maior frequência de atendidos se concentra nos filhos das

pacientes, pois as crianças estão muito propensas “a pegar um olhar”. Porém, é interessante salientar que as visitas às rezadeiras ultrapassam a questão puramente da doença e vão ao encontro de uma busca de apoio psicológico e afetivo, da necessidade e dos conselhos para solucionar problemas pessoais do cotidiano.

Desse modo, é comum encontrarmos nas casas das rezadeiras pessoas pedindo conselhos para os mais diversos assuntos: mulheres em busca da interpretação de um sonho, ou discutindo problemas conjugais, ou ainda adolescentes pedindo ajuda perante as decisões na vida afetiva, ou diante da primeira gravidez. Também é muito comum vermos pessoas aflitas diante de problemas que envolvem o alcoolismo, o desemprego, a busca de respostas para achar objetos perdidos ou roubados, a busca de rezas para ajudar na soltura de um parente preso, etc, pois “os problemas tratados pela benzedeira transcendem o campo do adoecer biológico englobando problemas nas relações sociais”. (Scott, 1996: 190).

Diante de tanta carga de confiança depositada nas rezadeiras, elas costumam ser discretas e éticas com as confidências que ouvem. Podemos observar que elas também têm função de conselheiras. Nos depoimentos que se seguem, poderemos perceber o quanto as pessoas recorrem aos seus conselhos ante os problemas cotidianos:

“Me procuram pra dar conselho, é pra tudo. É pra fazer casamento, é pra desfazer, é pra tirar, é pra botar, é pra fazer tudo. Olhe, só você vendo. É incrível”. (Dona Néia).

“Eu rezo crente. E as beatas que vivem no pé do padre. Vem se rezar comigo aqui. E tem gente que vem conversar muito comigo. Que minhas filhas não conversam comigo o que as outras conversam. Os estranhos. Conversa de mãe pra filha, mas trazer problemas assim: mas dona Antônia o que é que a senhora acha? Eu: meu Deus! É uma barra viu? Eu digo: o que é que sua mãe diz? — Ah! Mas eu num converso isso com minha mãe não. Eu digo: Ah meu Deus do céu! (Tia Tonha).

Percebe-se aí a importância não somente terapêutica, mas também social desses “curandeiros” que organizam o imaginário do Morro, principalmente no que concerne àquelas

peessoas de condições sócio-econômicas precárias. A eficácia simbólica presente no campo da cura das rezadeiras ocorre não apenas quando se apresenta a eliminação dos sintomas de alguma doença, mas também, através do estabelecimento de laços sociais com os pacientes. Se as pessoas procuram as rezadeiras, é porque compartilham da mesma visão que elas: a de que o ritual pode curar e ser eficaz no combate dos males, sejam eles de origem patológica ou psicossomática. Os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta, a partir das suas vivências, valores e sociabilidades.

Quadro 03: Perfil dos Usuários dos dois Sistemas de Saúde.

<b>NOME E IDADE</b>	<b>PROFISSÃO</b>	<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>RELIGIÃO</b>	<b>NATURALIDADE/ TEMPO QUE MORA NA COMUNIDADE</b>	<b>EM QUE CASOS BUSCA A CURA / MEDICAMENTOS QUE UTILIZA</b>
D. Nisse 55 anos	Dona de casa	2ª Série	Católica	Rio de Janeiro/RJ Há 35 anos	Mau-olhado. Utiliza chás, e banhos de ervas.
D. Marlene 40 anos	Dona de casa	8ª Série	Católica	Jaboatão/PE Há 17 anos	Mau-olhado, espinhela caída, cobreiro. Utiliza chás e banhos de ervas.
D. Rosana 20 anos	Dona de casa	6ª Série	Católica	Recife/PE Há 18 anos	Mau-olhado, conselhos. Utiliza chás
D. Ana Lúcia 35 anos	Dona de casa	6ª Série	Católica	Recife/PE Há 35 anos	Mau-olhado, dor de cabeça e doenças em geral. Utiliza chás.
D. Rivalda 30 anos	Dona de casa	4ª Série	Católica	Recife/PE Há 30 anos	Mau-olhado, diarreia nas crianças. Utiliza chás e lambedores.
D. Norma 41 anos	Dona de casa	5ª Série	Católica	Recife/PE Há 41 anos	Mau-olhado. Utiliza Chás e lambedores..
D. Marcelina 61 anos	Dona de casa	Sem estudo	Católica	Rio Grande do Norte Há 48 anos	Dor no corpo, enxaqueca, mau-olhado. Utiliza chás, banhos e lambedores.
D. Maria de Fátima 50 anos	Dona de casa	5ª Série	Católica	Recife/PE Há 21 anos	Doenças em geral, mau-olhado e problemas pessoais. Utiliza chás.
D. Lúcia Helena 45 anos	Autônoma	1º Grau completo	Católica	Recife/PE Há 04 anos	Mau-olhado, doenças em geral. Utiliza Chás e lambedores.

Fonte: Kátya C. Alexandre. 30 de julho. Morro da Conceição.

De acordo com os dados apresentados pelo quadro acima exposto, todas as respondentes possuem uma faixa etária entre 20 e 60 anos; a grande maioria com baixo índice de escolaridade e de baixa renda (apenas uma é autônoma, as demais são donas de casa). A religião católica apareceu como predominante. A maioria é moradora do Morro há muitos anos. A busca da cura se centra na reza para mau-olhado e no uso de ervas medicinais no preparo de chás, banhos de ervas e lambedores.

Entrevistamos nove pessoas, todas mulheres, que são usuárias constantes das rezadeiras, mas também se utilizam dos serviços do PSF. O fato de todas as entrevistadas serem mulheres se deve à própria disponibilidade delas de dar entrevistas. Embora muitos homens recorram às rezas, não se sentem à vontade para falar sobre isso. A receptividade da mulher, que é o centro de apoio da rede primária familiar, é bem maior. Se o marido precisar de rezas, geralmente é a mulher que vai em busca da rezadeira e a traz para dentro de casa.

- Pessoas que se Curaram Através das Rezadeiras.

Escolher os depoimentos mais relevantes foi tarefa difícil frente às diversas histórias de curas que as entrevistadas relataram. A partir deles, poderemos perceber como as crenças tradicionais estão presentes no cotidiano dos moradores do Morro da Conceição. Depois que se constatou que essas pessoas freqüentavam assiduamente as rezadeiras, foi-lhes perguntado em que casos recorriam a tais tratamentos. Esses relatos são depoimentos de casos típicos de doenças curadas pelas rezadeiras. No primeiro caso, há uma crença no tratamento segundo o qual a rezadeira precisa benzer três vezes o paciente para obter o resultado:

“Olhado, aí reza três vezes, aí a gente com aquela fé fica boa. Esses tempos mesmo, meu esposo estava ruim, ruim mesmo, uma moleza no corpo, uma febre medonha, então eu falei com a rezadeira, cheguei lá quase chorando, ela veio, e também foi ali em baixo ver outra moça que tava doente, aí trouxe logo uns galhos de pinhão grandão, aí tirou as três folhas, deu uma rezada

nele, mandou ele tomar um banho frio, e disse: ‘quatro horas eu venho rezar de novo’. Na segunda reza, ele tava melhor e, na terceira, ficou bom já. Ficou bom”. (Dona Nisse).

Vejamos outro depoimento que descreve doenças típicas do conhecimento popular:

“Procuro a rezadeira quando tem olhado, espinhela caída. Também pra meus filhos. Olhado, a pessoa fica mole, às vezes chega até a vomitar, e reza e fica bem. E agora eu fui pra tratamento com ela (a rezadeira) porque saiu em mim um cobreiro. Assim, de repente. Mas depois que ela tá rezando, já tá secando. Eu peguei ele de repente. Aí fui pro dermatologista, ele passou um antibiótico. Mas também tenho que rezar”. (Dona Marlene).

Neste segundo depoimento, nota-se que a entrevistada disse recorrer a uma dermatologista para curar a herpes, que ela chama de “cobreiro”, como é conhecida popularmente. Mas segundo o seu relato, percebe-se que ela está atribuindo a cura muito mais ao tratamento da rezadeira: “*Mas depois que ela tá rezando, já tá secando*”. Percebe-se também que para ela os dois tratamentos, o médico e o mágico, complementam-se: “*Aí fui pro dermatologista*”. “*Mas também tenho que rezar*”. Analisemos agora um caso de cura considerado mais grave:

“Quando o meu filho teve muito doente, passou um tempo com febre reumática e já tava sem andar, tomava benzetacil. Aí não fui eu, foi minha irmã que levou ele pra dona Sônia, a rezadeira. Ela rezou. Então depois que levou pra o médico, o próprio médico lá no Barro Lima suspendeu o medicamento dele, disse que não tinha mais necessidade, que ele não tava mais com problema de reumatismo. Ele já tá bem. Já tá até passando dos limites, de tão bom que ele ficou. Ta aí, vive correndo...”. (Dona Ana Lúcia).

O terceiro depoimento aborda um caso mais grave de doença, uma vez que a criança já estava sem andar devido a um grave reumatismo. Segundo a entrevistada, a rezadeira curou seu filho, que também se tratava com antibiótico, e sua cura surpreendeu o médico, que suspendeu a medicação. Isso demonstra que algumas pessoas no Morro depositam uma

confiança e fé muito grande no tratamento religioso, de modo que não o acham, de modo algum, inferior ao tratamento alopático. Há de fato na comunidade uma reciprocidade de crença no fenômeno da cura. Perguntamos às pessoas se realmente sentiram resultados nos tratamentos feitos pelas rezadeiras em seus familiares e nelas próprias. As respostas foram positivas.

“Tem resultado. Com dois ou três dias já melhora bastante. Às vezes você quer levar pra uma emergência, mas melhora, aí nem precisa. Eu conheço muitas rezadeiras e vejo que realmente dá resultado, porque minhas filhas mesmo, só levo pra elas morrendo e elas ainda ensinam medicamentos, ervas pra gente preparar em casa, chás, lambedor, alguma coisa diferente. Eu acho que é a mesma coisa do médico porque melhora bastante os meus meninos, bastante mesmo”. (Dona Norma).

“Eu vejo resultado. E a fé também ajuda muito não é? A gente tem que acreditar naquilo que está fazendo. As pessoas não acreditam muito, mas antigamente as pessoas acreditavam e a gente vê que é verdade. Às vezes a gente está com o corpo mole, com dor de cabeça e você toma um remédio e não melhora, sabe? E existe o olho mau. Então comigo já aconteceu muito de eu estar me sentindo mal, indisposta e ela me rezar e eu melhorar”. (Dona Maria de Fátima).

Esses relatos nos remetem a uma questão importante: o fato das pessoas tratarem a fé como um instrumento de cura. A fé é o nutrimento que dá à vida expectativas de vitórias diante das dificuldades e doenças, uma vez que representa a ponte entre o pedido mundano e o poder sobrenatural que rege os acontecimentos da vida terrena. Diante da crença em energias negativas, como o mau-olhado, é preciso se prevenir através de rezas e bênçãos.

Assim, a saúde e sua prevenção são tidas como processos contínuos de seus rituais e crenças, e são estabelecidas através da adesão e participação nas atividades direcionadas a estes fins. Perguntamos às entrevistadas se, em suas opiniões, a fé seria capaz de curar doenças graves ou casos de desenganos médicos. Nesses relatos, veremos que as entrevistadas atribuem confiança e poderes à questão da fé:

“Acho que sim, porque Deus é real. Ele é verdadeiro e é real, quem crer nele, e com a fé, Deus cura, a não ser quando Deus não quer, mas quando é permitido por Deus... porque você sabe que quando Deus quer, até água é remédio”. (Dona Marcelina).

“A fé cura tudo. Eu conheço um caso, sim, mas não posso falar. Uma pessoa que estava mal e por intermédio da fé, da oração, foi curada”. (Dona Maria de Fátima).

“Com certeza. A fé pode tudo. Tudo! Se você acreditar, pode tudo. Eu fiz uma cirurgia de alto risco (...) eu fiquei quase dez horas na mesa de cirurgia e o medo era que não resistisse, mas graças a Deus, eu entrei na mesa de cirurgia rezando. A gente pede a Deus mentalizando, pedindo pra sair com vitória e eu acho que foi a minha fé mesmo que me ajudou”. (Dona Lúcia Helena).

Durante a pesquisa, também indagamos as pessoas sobre qual a diferença ou semelhança entre o tratamento do médico e o das rezadeiras durante a consulta. Essa foi uma pergunta que fizemos tanto aos ACSs como às rezadeiras e aos usuários. No caso dos usuários, a questão da humanização presente no tratamento demonstrou ser vital para uma boa relação e para um bom resultado na cura. Vejamos alguns relatos de pessoas destacando a questão da diferença dos atendimentos:

“O médico não acredita nessas coisas. O médico é mais pelo remédio. E a rezadeira é mais pela fé. As rezadeiras ensinam chás, banho de limpeza feito de ervas, banho pra limpar o ambiente da casa. No médico é muito demorado pra conseguir ficha e também muitos médicos ainda se dedicam ao paciente, mas outros não. Só passam aquele remédio e pronto. É consulta rápida. A rezadeira tem carinho com a pessoa, a gente já conhece ela de mais tempo, aconselha a gente, quando tem um problema ela orienta”. (Dona Rivalda).

“Ah, tem diferença com certeza. A gente vai pra rezadeira, primeiro que assim, são pessoas que a gente conhece, não é? Que tem mais contato. E os médicos às vezes atendem a gente com uma frieza tão grande. Tem médico que você entra no consultório dele, e ele não olha nem pra você. Pergunta o que é que você tem, não levanta nem a cabeça, passa uma receita e manda você embora. E na rezadeira você chega e diz: olha, eu tô assim. Ela diz: vamos rezar. Depois da reza ela conversa, entendeu? Eu acho que o tratamento é melhor, é mais carinhoso,

mais pessoal. E isso ajuda muito também. Às vezes você vai pro médico, já chega tão constrangido e você encontra um médico que parece um cavalo, nem parece que estudou. Tem uns bons. Mas já me deparei com muitos assim. E ela não se nega, é sempre a hora que eu chegar. Eu tenho ela como uma mãe que está sempre protegendo”. (Dona Lúcia Helena).

Percebe-se, nesses relatos, que a diferença entre o tratamento do médico e o mágico-religioso se centra, respectivamente, na qualidade da relação desses agentes de cura com os seus pacientes. Lembramos as principais críticas feitas ao atendimento médico alopático curativista que se faz presente, sobretudo, nos hospitais públicos: o doente como um objeto fragmentado, o médico como mecânico, a doença como um dano físico e o hospital como fábrica de reparos.

Diferentemente, o atendimento mágico não se limita a fenômenos puramente físicos, como ocorre no modelo biomédico. Através de rituais de cura, o rezador tenta influenciar a mente do paciente, aliviando a sua tensão, que é um fator expressivo da doença, e estimulando a sua esperança na revitalização da cura e solução do problema. Dessa forma, os rezadores trabalham não só com o corpo como também com o fator psicológico, as emoções e a religiosidade do paciente. Seu tratamento não se baseia numa relação de poder ou hierarquia, visto que o rezador fala a mesma língua cultural do paciente. Mas para as pessoas a medicina oficial também possui uma dimensão mágica, afinal, Deus, dizem, está por trás de tudo:

“A reza é permitida por Deus e os médicos têm a sabedoria aqui na terra, mas é permitida por Deus. Porque a ciência quem deu foi Deus. A pessoa quando precisar, é procurar por eles. Eles também ajudam, porque eles têm ajuda de Deus. Se eles não existissem, não existissem doenças, também não existia médico, não é? E a gente tem que procurar Deus porque o médico também não morre quando Deus quer? O médico morre também. Eu creio muito em reza e eu tenho muita fé”. (Dona Marcelina).

É verdade que este tipo de entendimento não é acolhido facilmente pela ciência médica, já que “a maior parte dos cientistas até agora não aceita a dimensão espiritual do

homem. Esperam sua prova física. Ora, enquanto pesquisarem em direções materiais algo que só se descobre num certo nível de consciência, suas realizações permanecerão incompletas”. (Brian Josephson *apud* Laplantine e Rabeyron, 1989:105).

Outra questão importante nessa pesquisa se refere à opinião dos usuários de saúde quanto à qualidade do atendimento desenvolvido pelo PSF no Morro. É interessante que, diferentemente das rezadeiras, os usuários manifestam mais críticas do que elogios ao trabalho do PSF. As críticas ao PSF se misturam aos elogios com relação ao trabalho dos agentes de saúde e se agrupam nas seguintes categorias: Primeiramente, podemos apontar a falta de maior número de profissionais de saúde para atender a população e a falta de equipamentos e medicamentos na Unidade de Saúde:

“O trabalho da agente é um trabalho importante. Mas aí no posto tá faltando dentista, tá faltando um bocado de coisa, às vezes também falta remédio, né? Mas os grupos de hipertensos é altamente”. (Dona Nisse).

Em segundo lugar, sobressaiu à reclamação quanto à dificuldade de marcação de consultas e falta de estrutura para se fazer certos exames:

“Às vezes a gente precisa marcar um médico assim, urgente, e não pode, tem que ser pelo agente de saúde. Eu acho que isso não existe porque a gente tem que ir pra uma emergência, pra morrer numa emergência, tendo um posto próximo de casa? Porque lá o que a gente recebe é logo reclamação: não tem não, mãe, um posto mais perto de casa pra receber você e sua filha? Eu digo: tem, mas tem que esperar o agente de saúde marcar. Ai dizem: mas isso não existe, mãe.” (Dona Norma).

“Rapaz, o trabalho do agente é bom, agora, em compensação, é ruim o atendimento do posto porque a gente marca uma consulta e tem que esperar quinze dias, um mês, e aí já tá até melhor, nem adianta, e também nem todos os exames fazem aí, a gente tem que sair pra fora, aí tem que melhorar nisso”. (Dona Rivalda).

Entendemos que essas reclamações são reais e fundamentadas. Estas dificuldades logísticas e falta de recursos humanos na Unidade se refletem não apenas nas expectativas das

peças atendidas como também na postura e disponibilidade dos profissionais de saúde que precisam se desdobrar para atender ao público-alvo com recursos reduzidos. Mas também houve casos de reconhecimento ao trabalho da equipe do PSF, principalmente no que se refere ao atendimento domiciliar:

“O trabalho das Agentes de Saúde, eu acho uma coisa muito boa porque antigamente não existia isso, principalmente pras pessoas idosas, que aqui no Morro tem muita gente idosa que não tem condições de estar subindo e descendo ladeira. Aí tinha que ir pro “Bem-Estar”, o “Agamenon”, aí já era dificuldade pra essas pessoas tá andando. E a agente de saúde vem na própria casa das pessoas, tem vezes até quando as pessoas não têm condição de ir no posto, o médico vem na casa. Quando meu filho estava doente, ela veio duas vezes aqui, conversou muito com ele. Dá muita atenção às pessoas”. (Dona Marcelina).

“Eu não vou muito não. Só fui umas três vezes, mas acho que tem médicos bons, são dedicados e também lá eles dão remédios, né? A agente vem na casa da pessoa. O posto é pertinho de casa, já faz o exame aí mesmo, que antes não tinha”. (Dona Maria de Fátima).

Por fim, perguntamos aos entrevistados como eles avaliavam, na comunidade, a imagem das rezadeiras locais. Com isso, queríamos constatar se haveria, de fato, uma legitimação social e reconhecimento do trabalho das mesmas ou se elas eram alvos de preconceitos. Os depoimentos abaixo revelam esta imagem positiva sobre a função social da rezadeira:

“Aqui é bem aceita, elas são bem respeitadas. Aqui tem muita gente crente e muita não crente. Quem é crente leva as suas criancinhas pra rezar. Eu plantei esse pé de pinhão aí fora, coitado, já botei aí fora pro pessoal tirar. Tenho um pé de pinhão dentro de casa, que esse é sagrado, e tenho um aí em frente pra comunidade. Às vezes pedem às vezes, nem pedem, tiram e vai rezar com elas”. (Dona Nisse).

Mas é verdade que a aceitação desta função social varia de acordo com as crenças religiosas:

“Olhe, os evangélicos não acreditam nessas coisas, eles desfaz muito dos católicos. Mas tem muita gente que respeita muito as rezadeiras e que vem de longe pra rezar. Quer dizer que é uma grande consideração, vir atrás delas pra rezar, veio porque tem fé. Muitos que vêm aqui pra se rezar com elas, depois dizem que estão melhor. Isso vai muito da fé da pessoa também”. (Dona Marlene).

Apesar disso, para a entrevistada, há muito respeito e reconhecimento geral das pessoas ao trabalho das rezadeiras, tanto que algumas pessoas vêm de outras localidades para se consultar com elas.

Analisaremos, no próximo capítulo, as relações de trocas sociais e simbólicas envolvendo as rezadeiras e seus pacientes, e as ACSs e seus domiciliados no Morro, a fim de percebermos as relações de dádiva que circulam no ambiente comunitário local.

## CAPÍTULO IV

### A Dádiva entre Rezadores, Agentes Comunitários e Usuários

Uma parte considerável de nossa moral e de nossa própria vida permanece sempre nesta mesma atmosfera da dádiva, da obrigação e ao mesmo tempo, da liberdade. Felizmente, nem tudo está ainda classificado exclusivamente em termos de compra e venda. As coisas têm ainda um valor sentimental para além do seu valor venal. (Mauss, 1924:185).

Neste capítulo, trataremos dos sistemas de dádivas encontrados nas relações “rezador e paciente” e “ACS e domiciliado”, no Morro da Conceição. Decidimos dedicar um capítulo ao sistema de dádiva (Mauss:1924) porque percebemos, durante a pesquisa de campo, o valor marcante das trocas materiais e, principalmente, simbólicas na circulação de solidariedades coletivas na vida local.

A teoria da dádiva<sup>36</sup> funda-se na circulação de bens. Seu método é a compreensão e a interpretação da dinâmica das relações sociais através da tríplice ação: dar, receber e retribuir, no cotidiano das pessoas. Mauss enfocou o caráter livre e gratuito e, ao mesmo tempo, obrigatório e interessado do que chama de “sistema de prestações totais”, para provar que esta moral funciona ainda em nossas sociedades. Mauss dedica-se, sobretudo, às implicações morais da troca, pois a considera uma das bases sociais. Assim, numa definição mais geral, dádiva seria:

“Toda a ação ou prestação efetuada sem expectativa, garantia ou certeza de retorno; por esse fato, comporta uma dimensão de gratuidade. O paradigma da dádiva insiste sobre a importância, positiva e normativa, sociológica, econômica, ética, política e filosófica desse tipo de ação e prestação”. (Caillé, 2002:192).

---

<sup>36</sup> O trabalho de Marcel Mauss: Ensaio sobre a Dádiva explica as formas e razões das trocas nas sociedades arcaicas, realizado em 1924. Mais recentemente, a teoria da Dádiva é estudada pelos integrantes do movimento iniciado nos anos 80: M.A.U.S.S – Mouvement Anti-Utilitariste dans les Sciences Sociales, que atualiza a contribuição de Mauss para uma crítica teórica do mercantilismo nos tempos atuais. Ver igualmente as reflexões que fizemos sobre o tema no capítulo I, sub-capítulo 1.3 denominado “A Dádiva e a Troca de Bens pela Vida”.

Como advogam Godbout e Caillé (1998), a dádiva não apenas sobrevive na contemporaneidade; mais que isso, ela é constitutiva da vida social. Diferentemente das perspectivas de caráter utilitarista e mercantilista — que têm como base o indivíduo focado em interesses puramente materiais e lucrativos — na ótica da dádiva o valor do elo social precede o interesse individual. Nesse caso, percebe-se que o dom não é meramente desinteressado, mas privilegia interesses plurais e não apenas egoístas como o reconhecimento, a aliança, a solidariedade, o prestígio e a amizade.

É nesta perspectiva que os agentes religiosos de cura — que acreditam possuir um dom também sagrado, o dom da cura — estabelecem com seus pacientes trocas simbólicas de solidariedade nas quais, muitas vezes, o interesse pelo outro aparece como mais importante que o interesse por si mesmo.

Na ótica do dom, podemos dizer que os ACSs extrapolam suas funções técnicas enquanto profissionais da saúde e adentram numa esfera mais solidária de ajuda às pessoas de sua micro-área a fim de obter delas o reconhecimento do seu trabalho enquanto “um bom agente”, o que contribui para a frutificação dos laços de amizade.

Por outro lado, as pessoas auxiliadas pelos APSs e ACSs retribuem a ajuda através de gratidões, gestos, presentes e serviços, garantindo a força da aliança construída e a continuidade da mesma. Neste aspecto, há uma obrigação moral no ato de dar e também no ato de receber e retribuir, sob pena de se romper o vínculo e se extinguir as redes de trocas criando-se, transitória ou definitivamente, uma situação de hostilidade dentro do grupo ou da comunidade.

Por isso, as rezadeiras estão sempre aptas a receber em sua casa quem quer que seja e a qualquer momento. O “Espírito da Dádiva” se faz presente nas práticas de caridade católica popular através do princípio de caridade cristã das rezadeiras. Por outro lado, os ACSs não podem negar um pedido de socorro de um domiciliado, ou correrão o risco de não serem bem

vistos por toda a comunidade. Neste sentido, os bens e serviços trocados em forma de prestações têm valor simbólico inestimável, uma vez que a coisa trocada é parte do doador, é sua personificação, de modo que há uma continuidade entre as pessoas e as coisas. Ao se dar e se retribuir coisas, dão-se e retribuem-se reconhecimentos, gentilezas e vínculos, pois, para Mauss, ao dar, o doador se dá e, se ele se dá, é porque ele se deve ao outro.

Na comunidade do Morro, os usuários de saúde são de baixa renda e eles costumam buscar auxílio nos momentos de dificuldade nas pessoas em quem confiam e com as quais construíram laços sociais e afetivos, tais como os APSs e os ACSs da região. A relação social entre os atores sociais no Morro está permeada por motivos que favorecem a reciprocidade, uma vez que a pessoa auxiliada sente-se na obrigação moral de retribuir a ajuda.

Assim, a relação de dádiva entre as rezadeiras e seus pacientes e entre os ACSs e seus domiciliados é fundamentalmente recíproca, num movimento de ida e volta, inspirado em valores como a confiança e amparado por atividades de escuta e de partilha. A construção de uma rede de intersubjetividade entre os atores envolvidos na relação se expressa com espontaneidade no momento em que vivenciam o compromisso recíproco. Analisaremos agora as relações de dádivas presentes nos cotidianos dos APSs e dos ACSs, apreendidas através de seus depoimentos nas entrevistas.

#### 4.1 Análise da Relação de Troca entre Rezadeiras e Pacientes:

A prática da reza ou benção é reproduzida por meio de diversas trocas simbólicas que parecem contribuir para recuperar a auto-estima e confiança dos pacientes. Neste processo, observa-se um profundo calor humano marcando o atendimento e o estabelecimento de laços de solidariedade e respeito. Pode-se mesmo se falar de uma defesa da ecologia ao se valorizar, recuperar e cultivar plantas medicinais tradicionais que servem para produzir curas.

Com o partilhar dessas experiências, as rezadeiras multiplicam e democratizam o seu saber, solucionando a dor e a angústia do paciente. “A benção sintetiza uma proposta que o concebe de forma totalizante, como sendo um somatório articulado de corpo, espírito e relações sociais”. (Oliveira, 1985:99). A doação é repleta de símbolos, valores e ritos que lhe dão um caráter muito especial.

A prece é simultaneamente rito e crença. Consiste em ação e em pensamentos religiosos geradores de perspectivas positivas. Na prece, o rito e o mito são vistos como um meio de ação em direção ao mundo sagrado. Trata-se de uma série de palavras com significados específicos e que são regidos por alguns padrões a serem seguidos. As palavras proferidas na prece, para os curandeiros, são capazes de causar fenômenos extraordinários, inclusive a cura.

É inconcebível se receber dinheiro pelo gesto dado. Uma das razões para que não se receba dinheiro em troca da reza é o fato de que o milagre da cura já era feito e pregado na época de Jesus Cristo, que nada cobrava pelos bens concebidos aos homens. O valor espiritual do dom ou da caridade está acima do valor venal, para as rezadeiras.

- O Dar:

Para Mauss, (1924) o que se dá representa sempre algo do doador, o seu espírito que é transmitido através do objeto e que é responsável por estabelecer um vínculo com o outro, um compromisso, um futuro crédito para a retribuição. Essa é a lógica da aliança.

Entendendo-se o rezador como um instrumento de “Deus”, alguém dotado do dom de proporcionar a cura, ele se sente na obrigação moral-religiosa de seguir os ensinamentos de Jesus, que teria curado e feito milagres movido por uma intenção de generosidade. Por isso, o

sentido da caridade cristã tem uma conotação fortemente enraizada nas ações do rezador, cuja marca central é o seu desprendimento de bens tido como venais.

Quem é dotado de dom, tem que assumir grandes responsabilidades, pois o dom “obriga, manda, é um compromisso assumido. Ele representa um certo privilégio ao dotar o escolhido de um poder especial, mas também é vivenciado no seu caráter obrigatório de atribuir uma responsabilidade à qual o escolhido não pode fugir”. (Pereira, 1993 *apud* Quintana, 1999:86). Dessa forma, Quintana entende que o paciente contrai uma dívida para com o curandeiro:

O ofício de benzedeira, semelhante ao ofício de médico, mais que uma profissão, é visto como um sacerdócio, uma missão. Essa característica marca o lugar que a benzedeira vai ocupar em relação a seus clientes. São sempre estes que precisam dela e, em nenhuma situação, ela quem precisa dos seus clientes. O atendimento implica sempre uma dívida que o cliente contrai com a benzedeira. O privilégio do dom também determina que a benzedeira, como já vimos, não possa se negar a dar sua ajuda àquele que a procura. (Quintana, 1999: 86).

Um aspecto diferenciador das práticas de cura populares com relação à medicina clínica está no caráter anti-utilitário da primeira. De acordo com Godbout (2002), o utilitarismo é um modelo teoricamente neutro diante dos valores. Diz ele: “O mercado acrescenta uma condição de funcionamento que afeta a neutralidade: sejam quais forem os valores, estes devem estar em condições de serem transformados em mercadorias”. (Godbout, 2002:02). Daí a desumanização tendencial na medicina clínica submetida ao jogo mercantil. No caso das curas populares, diferentemente, a vida é um dom e ajudar o ser humano é um ato de fé espontâneo que independe de quaisquer ganhos materiais. Por isso, o dinheiro torna-se irrelevante diante de princípios como o vínculo afetivo, a amizade, a solidariedade. O importante para o doador é cumprir sua obrigação divina através da realização de gestos generosos e gratuitos baseados principalmente nos ensinamentos bíblicos cristãos. Vejamos alguns depoimentos que comprovam isso:

“Quando Jesus andou no mundo, ele pregou não foi por dinheiro, foi por amor. Não foi por dinheiro e nem por presente. Ele pregava por amor. Não aceito nada, nada, nada! A gente não deve receber”. (Seu José).

“Cristo, quando chegou no mundo e começou a prática de suas curas, ele não pediu dinheiro a ninguém, e ele não cobrou. Ele curou cego, ele curou leproso, ele curou aleijado, tuberculoso, ele ressuscitou mortos como Lázaro, deu a vida a uma criança recém-nascida filha do faraó, e assim por diante. Mas ele nunca pediu importância nenhuma. E eu presto uma reza como uma caridade, e por que eu vou prestar uma caridade e vou cobrar? (...) Por que eu vou cobrar de uma mãe, coitadinha, às vezes não tem nem a passagem pra procurar o médico, aí já chega procurando uma forma de ser socorrida! Então, é uma reza que quem paga a mim, é meu Senhor, ele é quem me fortifica e é melhor do que receber materialmente, porque eu vou me sentir mais forte e cada vez eu quero fazer aquilo mais, porque eu sei que o Senhor está de bem comigo. Então eu não cobro”. (Dona Néia).

“As palavras de Deus não se vendem. O que Deus me deu é pra fazer a caridade e não pra se vender”. (Dona Nessa).

“Eu faço remédios. Eu só não faço remédio para aborto porque acho que para aborto não se faz, está tirando a divindade do dia a dia. Já me ofereceram 400 reais pra eu ensinar um remédio de aborto, mas eu disse não, porque não se tira uma vida. Vida se dá. Deus é vida”. (Dona Sônia).

Apesar de se tratarem de pessoas de baixa renda, percebemos através das palavras dos entrevistados que o dom da cura se baseia nos princípios morais, éticos e religiosos de gratuidade e fraternidade e que são colocados acima das necessidades de bens materiais que essas pessoas possuem. Desse modo, aceitar dinheiro para ensinar uma erva abortiva é um crime de conotação principalmente moral. Da mesma forma, cobrar pelas rezas significaria assumir um papel de charlatão ou picareta, pois não se pode vender um dom. Depois que uma pessoa vira feiticeiro, “são exigidas determinadas deposições mentais; é preciso ter fé e ser honesto”. (Mauss, 2000:56).

A solidariedade também está presente na justificativa da não cobrança de dinheiro pelas rezas, pois geralmente, embora haja exceções, as pessoas da comunidade que recorrem

às rezas também são de baixa renda. O último relato expõe bem esse sentimento. Assim, doa-se por solidariedade; doando ao paciente, o rezador doa a Deus um gesto fraterno. “Dando-vos, eu dou-me!”. Esse é o lema da dádiva caritativa aqui exposta. Na análise de Quintana:

“Em última instância, quem cura é a intervenção divina. Assim, não se pode cobrar por algo que não é diretamente a pessoa que faz. Contudo, é importante assinalar que se espera um reconhecimento pelo trabalho realizado, o qual vai se dar na forma de reciprocidade através de um presente. Assim, o fundamental desse processo é que o pagamento se constitui uma forma de reconhecimento do cliente para com a benzedeira, reconhecimento de uma dívida que é impossível pagar. Se a benzedeira colocasse um preço no seu trabalho, ela o estaria desvalorizando, pois ele é algo da ordem do sagrado que não pode ser medido na ordem do material. Agindo assim, ela estaria misturando fenômenos que correspondem a duas ordens distintas: o sagrado e o profano, e estaria confundindo ou contradizendo classificações ideais. Uma cobrança por parte da benzedeira viria a sujar tanto o trabalho realizado como a imagem de quem o realiza. Ao colocar um preço e vender os seus serviços, ela estaria deixando de ter as qualidades: bondade e pureza, as quais lhe possibilitam sustentar um lugar especial e manter o dom”. (Quintana, 1999: 88).

- O Receber:

Ainda que não lhe seja cobrado dinheiro pelo dom recebido, é comum que o recebedor da graça se sinta na obrigação moral de oferecer retribuições às rezadeiras como forma de agradecimento. Para Mauss, receber um presente também faz parte da obrigação de mútuo reconhecimento e aceitação. Receber significa aceitar o sentido das normas subjacentes à dádiva, sendo o recebedor o responsável por fazer o circuito funcionar.

Dessa forma, as rezadeiras geralmente recebem os presentes de seus pacientes porque não os receber implicaria a quebra da aliança. É preciso, pois, receber para que o novo doador se liberte da dívida moral e possa se sentir livre e à vontade para procurar novamente a rezadeira quando precisar, e para recomeçar um novo circuito. Ao aceitar a devolução do bem, a rezadeira desobriga o paciente. Neste aspecto, as retribuições são diversas. As

rezadeiras falam sobre os presentes retribuídos, enfatizando sempre que se tratam de gestos espontâneos e jamais cobrados:

“Olhe, tem gente que traz. Uma vez eu cheguei em casa, tava cheia de novidades, roupa, essas coisas assim. Tem gente que me agrada, mas eu não peço nada não. Se o pessoal não agradecer, Deus agradece”. (Dona Naza).

“Às vezes as pessoas me dão um perfume. Às vezes me dá caixa de sabonete, queijo do reino. Ontem mesmo ganhei um galeto. Às vezes me dão uma blusa, essas coisas assim. Mas eu não posso cobrar. Caridade não se cobra”. (Dona Sônia).

“Tem uns que traz, mas outros não. Diz só muito obrigado e vão”.

Entrevistadora: *Mas os que trazem, geralmente lhe dão o quê?*

Entrevistada: “Sabonete, um perfume, até tem uns que querem dar dinheiro, eu não quero não! (...) Deus não vendeu as palavras dele. Eu podendo ajudar, eu ajudo”. (Vó Nana).

“Eu recebo assim: jogos, mantimentos. Dinheiro, Deus me livre! Reza não se compra com dinheiro não. O que se compra com dinheiro é as igrejas, que as igrejas precisam, né, de velas, de roupas, construção, pra ornamentar. Mas a pessoa que faz oração cobrar por dinheiro? Deus me livre! Agora, quando eu dou fé, chega os agrados: ‘já que a senhora não quer dinheiro, tome isso.’ Mantimentos, colcha pra frio. Aquelas tigelinhas pra comida.”. (Dona Basta).

É comum as rezadeiras falarem sobre pessoas de posição social elevada e moradoras de bairros nobres que vêm à sua procura em busca de benção. Para Quintana, o prestígio da benzedura “aumenta na medida em que as pessoas que procuram seus serviços pertençam a uma classe mais abastada ou uma posição social de destaque, (especialmente médico)”. (Quintana, 1999:122). O prestígio do curador também cresce na medida em que a distância percorrida para procurar seus serviços aumenta. Do mesmo modo, quanto mais parecer espontâneo e desinteressado o gesto, mais valor ele tem, como podemos perceber no depoimento abaixo:

“Algumas pessoas sabiam que eu gostava de fumar, aí me dava uma carteirinha de cigarro. Eu recebia e achava aquilo uma recompensa tão grande. Mas dinheiro eu não aceitei não. E tem gente que não era daqui, mas vinha de outra comunidade e com outra posição social, aí perguntava pra mim: ‘o que é que a senhora quer?’ Eu dizia: ‘nada! Eu não quero nada.’ ‘Ah! Mas eu vou trazer.’ Eu dizia: ‘seria melhor que não trouxesse, se não, não vai ser válido, viu?’ ‘Ah! É mesmo? Então eu não trago não.’ Mas era de mim mesmo. Eu não ficava com raiva, eu não escolhia quem atender.”. (Dona Néia).

Além de curar e rezar nos pacientes, a rezadeira ainda é uma espécie de conselheira, e está sempre disposta a ouvir os problemas das pessoas da comunidade, que a vêem como uma pessoa dotada de sabedoria. O “ouvir”, se sobressai como um tipo de doação dos mais valorizados pelas pessoas que buscam conselhos para resolver seus problemas cotidianos com essas pessoas tidas como sábias. Os depoimentos que seguem mostram a disponibilidade dos os agentes populares de cura em ajudar, ouvir e aconselhar:

“Eu, podendo ajudar, eu ajudo. Pode vir qualquer hora, me procurando, eu ajudo. A pessoa também quer um conselho, vem se aconselhar comigo. Às vezes não quer conversar na frente dos outros, aí entra lá pra trás pra uma coisa reservada. Também aquela conversa fica só entre mim e ela”. (Vó Nana).

“Tem gente que vem conversar muito comigo. Que minhas filhas não conversam comigo o que as outras conversam, os estranhos. É. Conversa assim, né, de mãe pra filha, de trazer problemas assim: ‘mas dona Antônia, o que é que a senhora acha?’ Eu: ‘meu Deus! É uma barra, viu?’ Eu digo: ‘o que é que sua mãe diz?’ ‘Ah! Mas eu num converso isso com minha mãe não’. Eu digo: ‘Ah! Meu Deus do céu!’ Mas eu me sinto bem”. (Tia Tonha).

De acordo com Claude Lévi-Strauss, em seu artigo “A eficácia Simbólica”, “o xamã tem o mesmo duplo papel que o psicanalista: um primeiro papel — de auditor para o psicanalista e de orador para o xamã é estabelecer uma relação imediata com a consciência (e mediata com o inconsciente) do doente. É o papel da encantação propriamente dita”. (Lévi-Strauss 1975:229). Assim, a lógica da dádiva funciona eficazmente como sistemas de

prestações simbólicas entre as rezadeiras e seus pacientes, antes mesmo que apareça como bem material.

Ouvir as lamúrias das pessoas faz parte do ritual de cura e geralmente as rezadeiras conhecem a história de vida dos seus pacientes e de seus familiares. Muitas vezes, sabe de segredos que guarda à sete chaves e acaba por isso sendo incluída nas redes primárias das pessoas como uma tia ou avó, ou seja, como um membro da família.

- O Retribuir:

A retribuição da rezadeira aos presentes, gestos de agradecimento e carinho de seus pacientes se evidencia na sua atenção e disposição em ajudar sempre que o paciente precisar novamente de seu apoio.

A retribuição fecha o circuito da dádiva e abre as portas para um novo ciclo, garantindo a continuidade e dinâmica do sistema. A aliança entre doador e receptor se faz através da construção de laços sociais fortes e sólidos que são reforçados com o fechamento do ciclo de retribuições. Esta retribuição aparece, em geral, como um estímulo permanente a novas doações porque a graça recebida pelo paciente é graça agradecida:

“Tem muita gente que chega aqui e diz assim: ‘dona Sônia, graças a Deus e a senhora, eu adquiri isso.’ (...) Às vezes eu tô fazendo as coisas aí tem que correr. Todo dia vem gente”. (Dona Sônia).

Às vezes a benzedeira recebe não o bem, mas o mal, mas mesmo assim ela se coloca à disposição para iniciar novo ciclo de doação:

“Às vezes é quatro, três. (...) Mas às vezes eu vejo, meio-dia em ponto, é: Dinha, pelo amor de Deus, dá pra me rezar?’ Eu digo: dá! ”. (Dona Dinha).

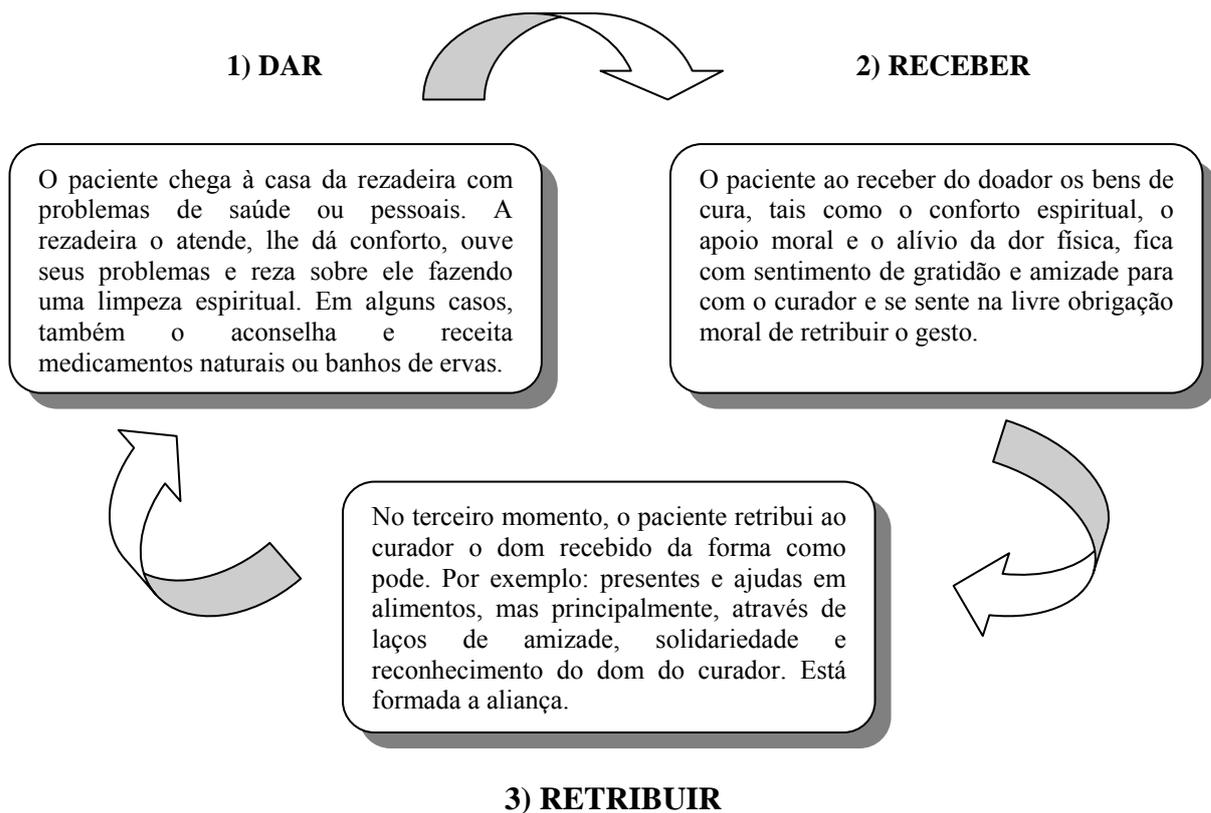
“... Atendia quem chegasse na minha porta, mesmo que aquela pessoa já me tivesse feito o mal, recebia com alegria e sem nenhum ressentimento. É uma coisa divina”. (Dona Néia).

No que se refere à relação das Agentes Populares de Saúde com a Comunidade, podemos dizer que elas adquirem uma legitimação popular ao longo de seu trajeto de curas, o que as fazem se sentir na obrigação de estar sempre com disposição a ajudar, uma obrigação social que, se quebrada, pode virar uma inimiga ou desconfiança. Os APSs não podem correr esse risco porque isso implicaria a sua deslegitimação social e a desobediência sagrada ao dom gracioso que lhe cabe como missão divina.

“Aí começou um dizendo ao outro: ‘fiquei bom, fiquei bom.’ Que o que vale é a fé, né não fia? Aí começou a rezar numa pessoa, aí vem o outro, daqui a pouco até os adultos vêm. Quando eu vejo, saí, aí minha mãe me disse, quando cheguei: ‘olhe telefonaram pra você aqui, pra você ir rezar’”. (Dona Ilda).

“Agora à noite, às vezes eu chego cansada e ainda vou prestar caridade”. (Dona Nazaré).

Por isso, elas estão sempre dispostas não só a benzer, mas a ouvir, a aconselhar, a acalmar as pessoas a qualquer momento em que lhe for pedido, ainda que lhe seja inoportuno. Para não se receber alguém em suas casas a justificativa deve ser séria. Mas, geralmente, as rezadeiras estão sempre de braços abertos para a comunidade, reforçando a dádiva caritativa herdada do catolicismo. Vejamos o circuito da dádiva funcionando entre o curandeiro e o paciente:



#### 4.2 A Construção de Elos Sociais entre Agentes Comunitários de Saúde e Usuários.

*“Meu trabalho é o meu elo de vida”.*

(ACS 04)

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde se faz diretamente, no face a face, com as pessoas a quem auxilia, participando do cotidiano dos lares através dos acompanhamentos intra-domiciliares, vivenciando os problemas específicos sociais e de saúde da comunidade. É o agente quem presencia a adversidade humana em sua face mais austera: a do desamparo na doença, da carência de acesso aos serviços, da pobreza que assola as famílias.

Dessa forma, a família torna-se para o ACS um depositário de suas angústias e dificuldades. Mas também é ele quem tem o privilégio de conhecer de perto a realidade das famílias, de chegar primeiro aos dados, de presenciar os avanços e conquistas que ocorrem

através das atuações do profissional do PSF que cria elos sociais e afetivos mais fortes com a comunidade, devido à sua constante presença nos lares familiares.

Por outro lado, o ACS também é o profissional de saúde que sofre mais de perto a pressão e a cobrança da própria comunidade no concernente às falhas nos serviços de saúde. A comunidade reconhece no ACS um aliado e porta-voz de suas necessidades.

O Agente de Saúde tem recomendações para não se envolver nas questões políticas ou pessoais de sua localidade. Porém, o tipo de sua atuação, e a horizontalidade da relação que estabelece com a comunidade através das proximidades físicas, intelectuais e sociais colocam-no inevitavelmente em face de situações imprevisíveis. Assim, a atividade profissional visa à prestação de favores, como por exemplo: levar o menino ao médico; trazer o remédio do Posto de Saúde até a casa do domiciliado acamado; conseguir que a médica visite tal acamado naquele dia; acompanhar o idoso para internação em um hospital; enfim, tudo isso repercute em seu trabalho com a criação de vínculos e a compreensão do modo de viver comunitário, estabelecendo entre ele e a comunidade um sistema de trocas de favores e serviços:

“Hoje estou exausta porque ontem à noite eu acompanhei uma moradora pro hospital pra se internar, que ela só queria ir se fosse comigo, aí cheguei tarde da noite em casa e já vim trabalhar de manhã”. (ACS 08).

“A gente pode trabalhar o dia todo, mas se precisarem da gente pra acompanhar pra um hospital num caso mais grave, a gente vai e ainda chega sorrindo aqui no outro dia”. (ACS 03).

O Agente de Saúde é o vetor de políticas de saúde que têm como alvo o bem-estar da coletividade. Nesse panorama, ele possui um perfil ambivalente: agente institucional (ligado ao campo técnico-assistencial) e agente da comunidade (ligado à esfera política, cultural e social da realidade local). Mas pode-se afirmar que no Morro da Conceição a maioria dos

ACSs extrapola o papel do agente institucional e passa a atuar numa dimensão mais subjetiva, de alianças e relação de pertencimento e solidariedade para com a comunidade.

O ACS se esforça para desempenhar o papel de um agente transformador que atua na comunidade fazendo uma articulação híbrida entre duas dimensões: uma, de atenção à saúde através da assistência profissional em seu saber prático e a outra, social e humanitária, criando vínculos com as famílias, trocando experiências sobre curas. Estabelece-se, assim, uma atenção à saúde humanizada com duas entradas.

Para percebermos o funcionamento da dádiva na relação entre os agentes e seus domiciliados, perguntamos a eles a respeito das suas relações com a comunidade ou, mais especificamente, com a micro-área em que atuam. As respostas demonstraram que há, em geral, a construção de laços sociais fortes entre eles. Muitos são os papéis desempenhados pelos agentes comunitários:

“Minha relação com a comunidade... Eu acho que é boa! É uma relação boa, é uma relação que eu me dou muito de mim, insisto, é uma coisa que é uma paixão que a gente tem que tá. Eu exijo muito de mim, porque às vezes a gente se preocupa tanto com os problemas dos outros que esquece os da gente. E até é bom porque os da gente tornam-se pequenos diante daquele. A gente vê muita coisa. Lidar com as pessoas com distúrbio mental, lidar com as pessoas que são viciadas. Às vezes é uma constante, é mais uma constante. (...) Algumas vezes eu digo: eu tô lutando com isso aqui, mas repito, e digo: eu sou ligada ao meu trabalho. Meu trabalho é o meu elo de vida. Porque dentro dessa comunidade eu sou tudo: eu sou amiga, eu sou mãe, eu sou filha, eu sou mulher, eu sou tudo”. (ACS 04).

Neste depoimento, observa-se que o papel do agente comunitário é ampliado para uma rede de novos papéis que ele acaba exercendo na comunidade. Percebe-se tanto um sentimento efetivo de compromisso com o trabalho como um hábil jogo de cintura para lidar com agravos que não caberiam, em princípio, ao ACS resolver (pois tais agravos deveriam ser função específica de uma Equipe de Retaguarda). Mas pelo fato da ausência dessa equipe, eles terminam assumindo para si essa responsabilidade. Os casos de distúrbios mentais, por

exemplo, seria um caso pertinente a um psicólogo do programa auxiliar; casos de dependência química, caberiam a um assistente social. Na falta de tais profissionais, o agente, embora não esteja capacitado para solucionar tais problemas, acaba tendo que assumir o encaminhamento desses casos.

A confiança também é apontada como um aspecto fundamental na construção das relações sociais. Aparece como o movimento de reconhecimento que faz o indivíduo passar do terreno da impessoalidade para o da intimidade. Dessa forma, a confiança do domiciliado na figura do agente e o reconhecimento na responsabilidade que ele detém, leva a construção de um grau de intimidade que quebra a distância e a impessoalidade na relação:

“Eu acho que hoje posso dizer que já consegui respeito e confiança. Eu não sou vista somente como agente de saúde, sou mesmo uma amiga. Muitas vezes as pessoas me param pra conversar mesmo, falar sobre sua vida, contar os seus problemas. E acreditam no que eu faço, no que eu digo. Claro que tem, né, aquelas exceções, pessoal ignorante, pessoal que não quer visita, que não acredita, que xinga, que você só tem valor se fizer o que eles querem. E a gente tem que saber lidar com isso. Mas a minha relação... posso dizer que em geral é a relação boa. Na minha micro-área”. (ACS 05).

Neste depoimento, primeiramente a agente aponta a questão da importância do profissional estabelecer laços de confiança com a comunidade, o que torna a relação ACS mais pessoal que institucional. A confiança em seu desempenho profissional é diretamente responsável pelo grau de interação comunicativa e afetiva entre ele e a comunidade.

Dessa forma, ao adquirir confiança ele acaba participando da vida privada dos moradores da sua micro-área. Esses passam a lhe confidenciar problemas e segredos. Essa é a relação comum aos olhos dos agentes. Tanto que diante das situações de exceções (ou seja, de pessoas que não querem manter qualquer vínculo com o agente ou mesmo não o querem receber em suas casas), o agente reage visivelmente quando denomina de “pessoal ignorante” esses usuários defensivos.

Pelo que foi observado na pesquisa de campo, tais pessoas denominadas de “ignorantes” são, na verdade, pessoas que cobram do programa uma eficácia em termos de mais vagas para marcação de consultas, mais agilidade nos resultados dos exames, mais distribuição de medicamentos e maior frequência de número de visitas domiciliares, tanto dos agentes quanto dos médicos. Alguns se revoltam com tais problemas e passam a não aceitar a visita do ACS por achá-la secundária frente aos agravos citados, rompendo relações com o programa.

Para essas pessoas, é inviável receber o agente apenas uma vez por mês em sua casa, então simplesmente não o recebem e o culpam por todos os seus direitos lesados. A dádiva não se mantém nesses casos, quebrando o laço de confiança e amizade entre os ACSs e os usuários. Mas é bom deixarmos claro não ser muito grande o caso de pessoas que se enquadram nesse contexto.

Entendemos, no entanto, que essa relação conflituosa é uma realidade comum e, embora não seja a mais freqüente, não pode ser negligenciada. Porém, podemos afirmar veementemente que os conflitos são mais a exceção que a regra nas relações dos agentes com a comunidade:

“Relação bastante boa, bastante legal. Eu me dou bem com o pessoal. Como eu sou novinha, né, eu tinha muito medo de como a comunidade ia me receber, pelo menos a maioria da minha área era de uma agente de saúde antiga que passou pra mim, e o pessoal tinha muita abertura com ela e aí eu achei que comigo iam se fechar mais, mas não. Com a grande maioria, eu acho que noventa por cento, noventa e cinco, eu me dou super bem. E não tenho nenhum problema não”. (ACS 02).

Outra questão bastante relevante observada por um ACS perspicaz foi acerca do posicionamento adequado que o agente deve constituir para poder estabelecer com a comunidade uma boa relação:

“Eu acho que o Agente Comunitário de Saúde tem que, em primeiro lugar, não demonstrar ser um simples marcador de consultas. Não ser um fiscal também na casa dos outros: ver se o povo está tomando remédio, ver se o povo está limpando a frente da casa. Eu acho que o Agente Comunitário de Saúde tem que ser cúmplice da comunidade. Ele tem que ser não alguém do posto que vai à comunidade, mas alguém da comunidade que os representa no posto, que os auxilia no posto. Deve ser alguém que vai à comunidade e que é amigo das pessoas e que não está lá para criticar, não está lá para mandar. Mas está lá para sentar com as pessoas, para compreendê-las e para procurar com elas, através de uma conversa, ver possíveis meios de melhoria da comunidade. (...) Tem que ser alguém que vai lá, que olha, que primeiro procura compreender aquela comunidade, procura conversar amigavelmente e procura, com o tempo, sensibilizar as pessoas”. (ACS 09).

O depoimento supracitado é bastante interessante. Inverte o papel institucional do profissional de saúde. Ele é antes de tudo um representante da comunidade no posto, e não o contrário. Dessa forma, a relação entre o agente e a comunidade perde seu caráter hierárquico e passa a ser tratado na horizontalidade. Tal experiência é particularmente relevante quando lembramos que por muito tempo os agentes agiam como verdadeiros policiais de saúde, estabelecendo medicalização e disciplina nos domicílios impondo um código higienista.

Na atual medicina comunitária do PSF, o agente passa a ter outro papel: o do agente de saúde solidário, que pode trazer melhorias para os domiciliados sem impor-lhes normas. No depoimento desse agente, a amizade com a comunidade é o melhor caminho para que possa se desenvolver um bom trabalho. É preciso ser cúmplice, antes de tudo, pensam eles. Não apenas ensinar, como aprender com as pessoas seus costumes e tradições. Afinal, o agente faz parte da comunidade em que atua.

É bom lembrarmos que o trabalho do agente é permeado por muitas dificuldades. Isso afeta o seu desempenho, pois ele também está suscetível às conseqüências resultantes das limitações da organização e dos recursos humanos e financeiros do Programa. Por exemplo, é meta do Ministério da Saúde que os ACSs visitem mensalmente 100% das famílias cadastradas na área; porém, como a demanda de famílias é muito alta, isso reflete na

qualidade das visitas. Ou seja, o quantitativo ainda é mais cobrado que o qualitativo pelo Ministério da Saúde, e o agente se desdobra para corresponder aos números. Dessa forma, a exigência da quantidade compromete a qualidade do trabalho domiciliar. Mas embora o agente sofra com o número excedente de famílias para serem atendidas, ele reconhece que tem certos ganhos em termos materiais ou afetivos:

“Eu acho que fui privilegiada, as pessoas são maravilhosas e eu tento dar o máximo de mim, apesar de ser muita gente pra visitar em um mês só. Mas eu gosto, porque eu moro de um lado e trabalho do outro”. (ACS 01).

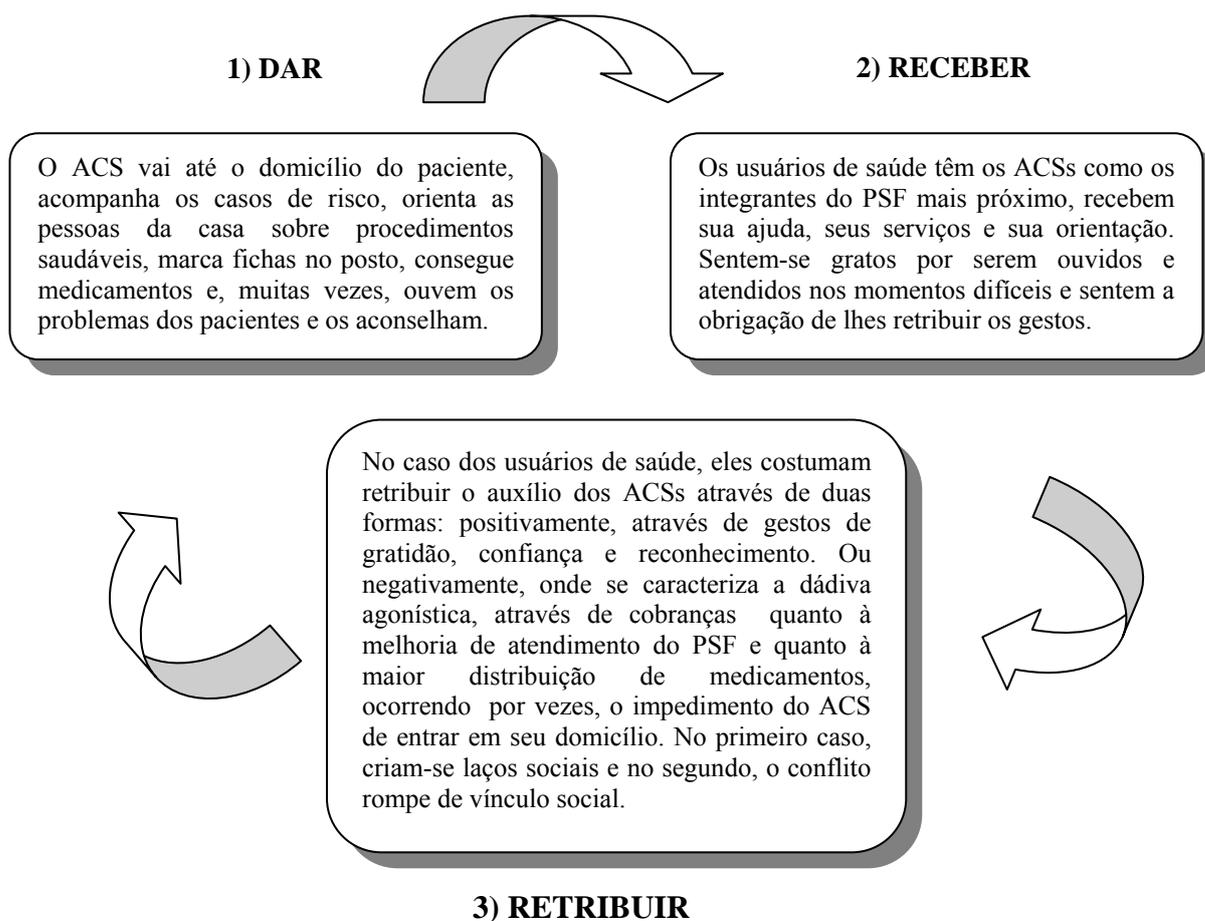
“Tem gente que a gente chega na casa e vê que a pessoa quer mesmo é conversar, é desabafar um problema. A gente acaba sendo amigo, psicólogo também, e vê muita coisa”. (ACS 02).

Pudemos perceber que há ganhos recíprocos entre agentes e moradores. Há atos de doações por partes dos agentes e de retribuições por parte das pessoas assistidas, retribuições que nesses casos, como nos casos das rezadeiras, se efetuam mais em formas de gratidão e amizade do que propriamente presentes materiais. O agente doa seu tempo, sua atenção, seu esforço. O paciente agradece, doa-lhe de volta um ato de amizade, cria-se uma aliança. O ACS, por sua vez, precisa retribuir com novos gestos solidários, pois uma vez generoso, a responsabilidade e a obrigação de sê-lo sempre é estabelecida. Assim funciona a dádiva no Morro.

Percebemos também que ser morador da comunidade é um fato muito influente na qualidade da relação que o ACS estabelece com as famílias atendidas. Em termos de dádivas, pudemos constatar também que os laços de amizade e a existência de condições socioeconômicas e culturais similares entre os ACSs e a comunidade possibilitam a horizontalidade e a confiabilidade entre os profissionais e moradores, facilitando a integração entre, de um lado, o saber médico-comunitarista adquirido pelo ACS em suas capacitações

profissionais e, de outro, o saber popular voltado para uma medicina caseira e religiosa, sem estabelecer o distanciamento, conflito ou hierarquia nesse nessa relação.

Diante disso, podemos concordar com Nestor Canclini, para quem hoje em dia há maior clareza sobre a percepção da existência de várias modernidades, através de diferentes formas de articulação entre o modelo técnico-racionalista (considerado moderno) e as tradições populares e religiosas. Não se pode falar nem em isolamento cultural nem em hegemonia ou superioridade da chamada modernidade sobre as práticas populares. Vejamos o circuito da dádiva funcionando entre os Agentes Comunitários de Saúde e os domiciliados de suas micro-áreas de trabalho:



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo que ora encerramos nos possibilitou ampliar sobremaneira a nossa visão em torno das relações existentes entre os saberes de cura mágico-popular e médico-comunitária no Morro da Conceição, em Recife. Podemos inferir que conseguimos responder, com efeito, a problemática da pesquisa, ou seja, o questionamento sobre como as práticas de cura do catolicismo popular se relacionam com as ações de saúde do PSF no Morro e quais as trocas, as diferenças e hibridismos que circulam entre os dois sistemas de saúde.

É possível constatar neste trabalho que o catolicismo popular, representado pelas benzedeadas/erveiras do Morro, continua atuante até hoje graças à valorização dessa prática pela comunidade; percebe-se também a passagem da tradição das rezas ao longo das gerações. Ficou bastante claro na pesquisa que a relação de tais práticas curativas com o PSF é algo sutil e extra-oficial, mas ocorre sem nenhum tipo de conflito; ao contrário, notamos a presença de uma circularidade de saberes envolvendo os dois sistemas de cura.

Vimos que há, por parte dos profissionais do PSF, um grande respeito pelas rezadeiras locais e pelos seus medicamentos naturais (bastante utilizados pelos moradores). Da mesma forma, as rezadeiras respeitam e, em alguns casos, até recomendam o trabalho dos médicos do PSF aos seus pacientes. Por isso, em diversos momentos, nota-se a presença de uma lógica híbrida articulando os dois sistemas de cura, o que pode ser visualizado principalmente através dos usuários de saúde. Há, portanto, um intercâmbio cultural praticado cotidianamente pelos usuários de saúde que não hierarquizam os saberes de cura, mas complementa-os, integra-os.

Percebemos também que existem diferenças fundamentais entre os dois sistemas, o que não impede que eles troquem conhecimentos, respeitos e técnicas. Tais diferenças estão em que a medicina comunitária é cientificamente caracterizada de “oficial” por se tratar de

um programa controlado pelo Governo Federal, que garante a legitimidade de sua prática e lhe fornece recursos técnicos, financeiros e humanos para atuar. Possui uma proposta humanitária na medida em que aproxima o saber médico do ambiente popular e expande seu atendimento clínico não apenas ao indivíduo, mas a toda a família através de um médico generalista e de Agentes Comunitários de Saúde pertencentes à comunidade que atuam.

Quanto à medicina popular, ou práticas de curas “mágico-populares”, esta se efetiva por meio de uma dinâmica própria, fundamentada em um conhecimento empírico transmitido oralmente. No Morro da Conceição é marcante a influência do catolicismo popular urbano, no qual a fé possui um papel que norteia as práticas curativas, visto que “*a fé é capaz de curar tudo*” (lema comum entre as benzedadeiras). O uso de ervas é ritualístico, sagrado e usado como o principal medicamento alternativo.

Também há uma diferença entre a medicina médico-comunitária e o tratamento mágico-popular no que concerne à relação curador-paciente. Na medicina dita oficial, mesmo no PSF — cuja proposta é mais humanitária que a medicina clínica efetuada nos hospitais públicos — o médico busca localizar e sanar, por meios técnicos, exclusivamente o problema patológico do indivíduo, não se preocupando com as múltiplas causas que puderam ter provocado certas doenças. Por outro lado, a relação entre o rezador e seus pacientes é mais compassiva e direta, levando em consideração não apenas a dimensão patológica, mas o estilo de vida, as aflições, angústias e problemas pessoais do paciente.

Os saberes de cura, ao mesmo tempo em que se diferenciam, se relacionam. Nas falas dos informantes há um indicativo da presença de uma esfera híbrida envolvendo as práticas de cura no Morro que conhecem uma conexão dinâmica articulando o moderno e o tradicional, o global e o local, o científico e o popular, reafirmando haver intercâmbios entre as diversidades de práticas terapêuticas da vida cotidiana moderna.

Também pudemos comprovar a presença de constantes trocas materiais e simbólicas envolvendo os atores dos sistemas de cura médico-comunitário e do mágico-popular na comunidade em estudo. No que diz respeito às trocas de dádivas encontradas durante a pesquisa, notamos que atingem os dois sistemas de saúde. No que se refere ao comunitário, pudemos observar que os Agentes Comunitários de Saúde do PSF do Morro se caracterizam por uma forte identificação com a comunidade e uma forte solidariedade com os moradores locais, prestando ajudas e favores aos mesmos. Os moradores, por sua vez, respondem a tais ajudas, salvo raras exceções, através de apoio e reconhecimento social ao trabalho do agente e através de vínculos de amizade e confiança.

No que diz respeito ao sistema mágico-popular, notamos que as trocas sociais e afetivas são ainda mais fortes, pois muitas vezes a rezadeira conhece a história de vida de seus pacientes. É uma relação baseada na confiança, na força da tradição e crença na eficácia curativa da benzedeira. Os pacientes retribuem a ajuda espiritual, a cura da dor física ou o conselho das benzedeiros com presentes ou amizades chegando, muitas vezes, a convidar as mesmas para serem madrinhas de seus filhos. Isto demonstra que a construção de laços sociais fortes é uma prática constante entre os moradores locais e as benzedeiros.

Este trabalho se propôs demonstrar haver entre os dois sistemas de cura uma circularidade e uma troca de conhecimentos. O saber popular soube resistir e se adaptar às mudanças da modernidade sem perder o simbolismo envolvendo suas práticas tradicionais. Percebemos que a medicina proposta pelo PSF busca quebrar a lógica assistencial-hospitalar e o desprezo com relação às práticas populares de cura, buscando, para tanto, estabelecer uma integração com os saberes de curas locais. Por isso, a teoria do hibridismo cultural proposta por Canclini (1998) nos pareceu apropriada a esta discussão.

Sobre a proposta de trabalho do PSF, procuramos demonstrar que é possível haver integração entre suas práticas curativas e as práticas populares, a exemplo do projeto “Soro,

Raízes e Rezas”, no Ceará, que integra os dois saberes em prol da saúde da população, levando em conta seus valores culturais. Apresentamos também o importante papel do Agente Comunitário de Saúde nesse processo, enquanto ponte articuladora dos dois sistemas de cura.

Sobre o universo simbólico das rezadeiras, suas técnicas, rezas, ervas e curas, tentamos explicar que este universo enriquece a experiência e a consciência popular. Descobrimos que as benzedadeiras não têm contato entre si, mas têm, em geral, uma boa relação com as médicas e ACSs do PSF. Enfim, tentamos aprofundar a teoria da dádiva mostrando as trocas materiais e simbólicas ocorridas entre as benzedadeiras e seus pacientes, e entre os ACSs e os usuários de saúde.

Diante de tudo isso, podemos dizer que este trabalho teve uma pretensão importante: a de mostrar a relevância social presente na proposta da saúde comunitária em fazer uma interseção entre o atendimento clínico, físico e técnico e o simbólico, mágico e psicossocial.

É hora, pois, de repensarmos a visão de ciência médica como sendo a única capaz de curar, e como sendo a única detentora do conhecimento da questão saúde/doença. É premente reconhecermos que há muitas formas de fazê-lo e muitas formas de conhecimentos possíveis no concernente às formas de sanar doenças. O interessante não é hierarquizar ou fragmentar tais saberes, mas articulá-los em benefício das populações de baixa renda. Sob a ótica aqui exposta, certamente a saúde pública estará resgatando a cidadania e os princípios de integralidade, universalidade e democracia nos seus serviços, contribuindo na consolidação do Sistema Único de Saúde.

Gostaríamos de deixar como mensagem neste trabalho a importância que há em se valorizar as diferentes terapêuticas de saúde em comunidades onde elas são marcantes, como no Morro, cujos moradores recorrem aos dois sistemas. Longe de vê-los como “atrasados”, percebemos neles a capacidade inesgotável de reinventar a tradição a partir dos desafios trazidos pelo novo.

## BIBLIOGRAFIA

- ALVES, R. (2002). *O Médico*. Campinas, SP: Papirus;
- ACIOLI, D. M. (1990). *A Fala do Médiun e do Doutor: A construção histórica do discurso médico umbandista*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco;
- ALEXANDRE, K. C. ; Martins, P. H. (2004). *A Mercantilização da Relação Médico-Paciente: Crítica Teórica do Utilitarismo a Partir do Estudo sobre Atendimento a Famílias de Baixa Renda em Hospitais Públicos*. In Revista Política e Trabalho. Editora da UFPB, n° 20, semestral, abril;
- ALEXANDRE, K. C. (2004). Resenha Crítica sobre o livro: “*Redes Sociais e Saúde: Novas Possibilidades Teóricas*”. In Estudos de Sociologia. Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE.: v.10, números 1,2, jan./dez. Recife. Ed. Universitária da UFPE;
- ARIÊS, P. (1990). *O Homem Diante da Morte*. Rio de Janeiro, E. Alves;
- BARDIN, L. (1970). *Análise do Conteúdo*. Lisboa: edições 70;
- ALVES, P. C. ; MINAYO, M. C. (1994). *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Editora: Fiocruz. Rio de Janeiro;
- BERGER, P. L. (1996). *Rumor dos Anjos: a sociedade moderna e a redescoberta do sobrenatural*. (Traduções de Waldemar Boff, Jaime Classen). Petrópolis – RJ: Vozes;
- BRANDÃO, C. R. (1986). *Os Deuses do Povo: um estudo sobre religião popular*. Editora: Brasiliense S.A. São Paulo – SP;
- BOTAZZO, C. (1999). *Unidade Básica de saúde: a porta do sistema revisitada*. Bauru, SP: EDUSC. (Coleção Saúde e Sociedade);

- CANCLINI, N. G. (1998). *Culturas Híbridas: Estratégias Para Entrar e Sair da Modernidade*. Tradução: Ana Regina Lessa e Heloísa Pezza Cintrão. Editora Edusp;
- CAILLÉ, A. (1998). *Nem Holismo Nem Individualismo Metodológico: Marcel Mauss e o Paradigma da Dádiva*. In Revista Brasileira de Ciências Sociais, n.8, volume 13, São Paulo, AMPOCS;
- CAMPOS, G. W. (2000). *Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas*. In Ciência & Saúde Coletiva, v.5 n.2 Rio de Janeiro;
- CARDOSO, A. (1998). *Pés na Terra e Cabeça nas Nuvens: Contornos do Misticismo Contemporâneo*. (Trabalho apresentado na Mesa Redonda: MR05: Racionalizando Max Weber: Desencantamento ou Reencantamento? – VIII Jornada sobre Alternativas Religiosas na América Latina). São Paulo;
- CARVALHO, J. J. (1999). *Uma Querela de Espíritos: para uma crítica brasileira do suposto desencantamento do mundo moderno*. In Revista Sociedade e Estado, vol. XIX, nº 1, jan/jun;
- CARDOSO, C. F. ; VAINFAS, R. (ORG). (1997). *Domínios da história: Ensaio de Teoria e Metodologia*. Rio de Janeiro: CAMPUS;
- CARSE, J. P. (1987). *Muerte y existencia: una historia conceptual de la mortalidad humana*. México, Fondo de Cultura Económica;
- DURKHEIM, É. (1989). *Formas Elementares da Vida Religiosa: o sistema totêmico na Austrália*. (Tradução Joaquim Pereira Neto; revisão José Joaquim Sobral). – São Paulo: Ed. Paulinas;
- FEATHERSTONE, M. (1997). *O Desmanche da Cultura: globalização, pós-modernismo e identidade*. (Tradução: Carlos Eugênio Marcondes de Moura). São Paulo – SP. Studio Nobel: SESC. (Coleção Megalópolis);

- FOUCAUT, M. (1979). *A Microfísica do Poder*. (Organização e tradução de Roberto Machado). Rio de Janeiro: edições Graal;
- GIDDENS, A. (1991). *As Conseqüências da Modernidade*.(Tradução de Raul Fiker).São Paulo: Editora UNESP;
- GOLDENBERG, M. (2000). *A Arte de Pesquisar: Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro – RJ: Record;
- GOLDENBERG, P. (org).(2003). *O Clássico e o Novo: Tendências, Objetos e Abordagens em Ciências Sociais e Saúde*. (Organizado por: Paulete Goldenberg, Regina Maria Giffoni Marsiglia, Mara Helena de Andréa Gomes). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz;
- GODBOUT, J. (1998). *Introdução à Dádiva*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, n.8, volume 13, São Paulo, AMPOCS;
- KAKAR, S. (1989). *Chamanes, Místicos y Doctores: una investigación psicológica sobre la Índia y sus tradiciones para curar*. (Trsdución de Maria Martinez Peñaloza). Fondo de Cultura Econômica, México;
- LAPLANTINE, F. ; RABEYRON, P. L. (1989). *Medicinas Paralelas*. (Tradução: Ramon Américo Vasques). São Paulo - Editora Brasiliense;
- LOYOLA, M. A. (1984). *Médicos e Curandeiros: Conflito Social e Saúde*. São Paulo-SP: Editora DIFEL;
- MACHADO, M. H. (1997). *Os Médicos no Brasil: Um Retrato da Realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz;
- \_\_\_\_\_ MARTINS, P. H. (2002). *A Dádiva entre os Modernos: discussão sobre os fundamentos e regras sociais* / Paulo Henrique Martins (Organizador); Tradução de Guilherme João de F. Teixeira. Petrópolis – RJ: Vozes;
- \_\_\_\_\_ (2003). *Contra a Desumanização da Medicina: Crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis – RJ: Vozes;

- MARTINS, P. H. (2000). *Religiosidade dos Terapeutas Alternativos: Um Sincretismo Gracioso*. Texto apresentado na sessão “La dynamique des religions au Brésil” (animé par M. Aubrée) na Semaine Brésil 2000, Paris, 16-20 octobre;
- MAGNANI, J. G. (2001). *Curas e Milagres*. In *A Religiosidade do Povo* (1984) / Lísias Negrão... [et.AL]; José J. Queiroz organizador. — São Paulo: Ed.Paulinas. (Coleção PUC-estudos; 3);
- MAUSS, M. (1950). *Ensaio Sobre a Dádiva*. Com Introdução à obra de Marcel Mauss por Claude Lévia Strauss. (Tradução de Antônio Filipe Marques). ed. 70, Ltd. Lisboa – Portugal;
- \_\_\_\_\_ M. (1999). *Ensaio de Sociologia*. (Tradução de Luiz João Guio e J. Guimburg. Produção: Ricardo W. Neves e A. Neves e Adriana Garcia) São Paulo: Editora Perspectiva;
- \_\_\_\_\_ M. (1979). *Antropologia*. (Organizador [da coletânea] Roberto Cardoso de Oliveira; [Tradução: Regina Lúcia Moraes Morel, Denize Maldí Meirelles e Ivonere Toscano]) São Paulo: Ática;
- \_\_\_\_\_ M. (2000). *Esboço de uma Teoria Geral da Magia*. (Tradução: José Francisco Espadeiro Martins). Perspectivas do Homem. Edições 70;
- MENDES, E. R. (1999). *Uma Agenda para Saúde*. 2ºed. São Paulo: Hucitec;
- MEDEIROS, B. T. F. (1990). *Nossa Senhora do Carmo do Recife*. In Comunicações do ISER. Rio de Janeiro. ISER.
- MINAYO, M. C. (1999). *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Abrasco;
- NETO, P. ; FARIA, A. (2001). *Ser Médico no Brasil: O Presente no Passado* – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz;

- NEVES, D. P. (1984). *As curas Milagrosas e a Idealização da Ordem Social*. Niterói, UFF;
- OLIVEIRA, E. R. (1985). *O que é Benzeção*. Editora Brasiliense. São Paulo-SP;
- PIERUCCI, A. F. ; PRANDI, R. (1996). *A Realidade Social das Religiões no Brasil: Religião, Sociedade e Política*. São Paulo: Editora Hucitec;
- PORTELA, N. P. (2000). *Medicina, Poder e Produção Intelectual: uma análise sociológica da medicina no Maranhão*. – São Luiz , edições UFMA; PRIN;
- PRANDI, R. (1998). *Um Sopro do Espírito*. São Paulo: Editora Dusp;
- QUINTANA, A. M. (1999). *A Ciência da Benzedura: mau-olhado, simpatias e uma pitada de psicanálise*. Bauru, SP : EDUSC;
- RABELO, M. (1993). *Religião e Cura: Algumas Reflexões Sobre a Experiência Religiosa das Classes Populares Urbanas*. Cad. Saúde Pública V:9, N°:3. Rio de Janeiro. jul./set;
- RICHARDSON, R. J. (1999). *Pesquisa Social: Métodos e Técnicas*. Roberto Jarry Richardson; colaboradores: José Augusto de Souza Peres (et al). São Paulo: Atlas;
- STRAUSS, Claude-Lévi (1975). *Antropologia Estrutural*. (Tradução de Chaim Samuel e Eginardo Pires; revisão etnológica de Júlio Cezar Melatti). Rio de Janeiro: Vozes;
- SANTANA, M. (1994). *Morro da Conceição: Fazendo História* . Revista ETAPAS;
- SCHWEICKARDT, J. C. (2002). *Magia e Religião na Modernidade: os rezadores em Manaus*. Editora da Universidade do Amazonas;
- SCOTT, R. P. (org.) (1986). *Sistemas de Cura: As Alternativas do Povo*. Recife-Pe. UFPE.
- \_\_\_\_\_ R. P. (1996). *Saúde e Pobreza no Recife: poder, gênero e representações de doenças no bairro do Ibura*. Universidade Federal de Pernambuco, Núcleo de Saúde Pública. Recife: Editora Universitária da UFPE.
- SEGNA, E. V. (1977). *Análise Crítica do Catolicismo no Brasil: e perspectiva para uma pastoral da libertação*. Rio de Janeiro-RJ. Editora: Vozes;

SILVA, J. A. ; DALMASO, A. S. (2002). *Agente Comunitário de Saúde: o Ser, o Saber, o Fazer*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ;

VAITSMAN, J. (org.) (1999). *A Ciência e seus Impasses: Debates e Tendências em Filosofia, Ciências Sociais e Saúde*. (Organizado por Vaitsman e Sábado Girardi). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz;

WEBER, M. (2001). *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*. (Tradução de Pietro Nanetti). São Paulo – SP: Editora Martin Claret;

WEBER, B. T. (1999). *As Artes de Curar: Medicina, Religião, Magia e Positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928*. Editora: EDUSC;

WILBER, K. (1998). *A União da Alma e dos Sentidos: Integrando Ciência e Religião*. (Tradução: Afonso Teixeira Filho). Editora Cultrix, São Paulo.

## **ENDEREÇOS ELETRÔNICOS**

PORTARIA N° 1886/GM EM, 18 DE DEZEMBRO DE 1997; Lei n° 10.507, de 10 de julho de 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTARIA N.º 1.399, DE 15 DE DEZEMBRO DE 1999. Disponíveis em: <http://www.saude.gov.br/saudefamilia/portarias;>

SARTI, C. A. (2001). *A Dor, o Indivíduo e a Cultura*. In Revista Saúde e Sociedade V.10, N° 1, jan-jul. Disponível em: <http://apsp.org.br/saudesociedade/artigos101.htm;>

TRAD, L. A. ; BASTOS (1998). *A.C.S: O Impacto Sócio-Cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação*. In Cad. Saúde Pública v.14 n.2 Rio de Janeiro abr./jun. Disponível em: <http://www.cadernos@ensp.fiocruz.br;>

Programa Soro, Raízes e Rezas. Disponível em:

<http://www.manguarape.ce.gov.br/prefeitura/programa/saude-cultura.htm;>

**ANEXOS**

# Panorama do Morro da Conceição



# Aspectos da presença do Catolicismo no Morro



*Barraquinha de santos  
e símbolos sagrados*



*Igreja de Nossa Senhora  
da Conceição*



*Imagem de Nossa Senhora  
da Conceição*

# Sistemas de Saúde do Morro



*PSF local*



*Agentes Comunitárias de Saúde em atendimento à população*



*Sistema alternativo de cura:  
Farmácia de plantas medicinais*

# Rezadeiras Locais



*Dona Antônia (Tia Tonha)*  
*67 anos de idade*



*Dona Sebastiana (Dona Basta)*  
*83 anos de idade*



*Dona Mariza*  
*51 anos de idade*  
*Farmácia de ervas naturais*

**Entrevista dirigida aos *Agentes Comunitários de Saúde*  
do Morro da Conceição**

IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO:

NOME:

IDADE:

SEXO:

TEMPO DE PROFISSÃO:

ÁREA QUE ATUA:

EQUIPE:

RELIGIÃO:

ENTREVISTA:

1. Você acha que é possível ocorrer a cura de doenças físicas fora da medicina alopática? Por quê?
  
2. Qual a diferença e a relação que você verifica entre o tratamento alopático e o popular feito por curandeiros e rezadeiras aqui do Morro?
  
3. Você conhece os rezadores da comunidade? Se conhece, que tipo de contato você tem com eles? Poderia apontar três nomes?
  
4. Você conhece pessoas da comunidade que procuram tratamento com esses agentes populares de cura? Conhece relatos de pessoas que de fato se curaram através desse tipo de tratamento? Se conhece, poderia apontar três nomes?

5. Em sua concepção, por que, mesmo tendo acesso ao tratamento médico alopático moderno, as pessoas ainda procuram se tratar com os curandeiros, rezadeiras, erveiros, etc.?
  
6. O Programa Saúde da Família (PSF) integra algum tipo de medicina popular em seu programa? Se integra, de que forma isso se dá?
  - 6.1 Se não integra, você acha que deveria passar a integrar? Por quê?
  
7. Além do atendimento assistencial, você, como Agente Comunitário de Saúde, dá alguma orientação sobre medicamentos caseiros em suas visitas domiciliares? Se dá, quais seriam?
  
8. Você acha que ter uma crença religiosa, uma fé espiritual interfere no processo de cura?
  
9. O que você acha da atuação da medicina comunitária? Há algo que você apontaria como importante para melhorá-la, ou não?
  
10. Você tem conhecimento de algum caso de continuidade da prática de cura por algum membro da família quando o curandeiro ou a rezadeira morrem?
  
11. Como é a sua relação com a comunidade?
  
12. Como você percebe a relação dos curandeiros e rezadeiras com a comunidade?

**Entrevista dirigida as *Benzedeiras / curandeiros*  
do Morro da Conceição**

IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO:

NOME:

IDADE:

SEXO:

PROFISSÃO:

GRAU DE ESCOLARIDADE:

RELIGIÃO:

NATURALIDADE:

TEMPO DE CONVÍVIO NA COMUNIDADE:

ENTREVISTA:

1. Como o(a) senhor(a) descobriu que era capaz de curar? Foi um saber:

Transmitido ( )      Aprendido ( )      Um Dom ( )

Esclareça:

2. Há quanto tempo o(a) senhor(a) pratica a cura?

3. O que o(a) senhor(a) faz durante a consulta, ou seja, como se dá o processo da cura?

4. Que tipo de medicamentos ou técnicas o(a) senhor(a) utiliza em seu tratamento?

5. Qual é o perfil das pessoas que buscam se tratar com o(a) senhor(a)?

6. O(a) senhor(a) tem idéia de quantas pessoas por semana lhe procuram?
7. Quais são os problemas mais freqüentes que as pessoas que lhe consultam apresentam?
8. Qual é a diferença entre a cura que o(a) senhor(a) faz e a cura que o médico faz?
9. E quando o(a) senhor(a) está doente, a quem recorre para se tratar?
10. O(a) senhor(a) acha que a fé e a religião ajudam a pessoa na cura de uma doença?
11. O(a) senhor(a) é devoto de algum santo? Qual ou quais?
12. O(a) senhor(a) já curou uma pessoa que estava desenganada pelo médico? Como foi?
13. As pessoas costumam trazer alguma retribuição como forma de agradecimento para o senhor(a)? O que trazem?
14. O(a) senhor(a) está ensinando essa prática de cura para que algum parente seu dê continuidade a esta prática?
15. Como é a relação do(a) senhor(a) com a comunidade em que vive?
16. O que o(a) senhor(a) acha do trabalho desenvolvido pelo PSF (Programa de Saúde da Família)?
17. O(a) senhor(a) poderia citar o nome de três pacientes seus regulares que também freqüentam o PSF na comunidade?

**Entrevista dirigida aos *Usuários de Saúde*  
do Morro da Conceição**

IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO:

NOME:

IDADE:

SEXO:

PROFISSÃO:

RELIGIÃO:

GRAU DE ESCOLARIDADE:

NATURALIDADE:

TEMPO DE CONVÍVIO NA COMUNIDADE:

ENTREVISTA:

1. O(a) senhor(a) já recorreu a algum tratamento de saúde através de curandeiros ou rezadeiras? Em caso afirmativo, em que circunstâncias o(a) senhor(a) procurou essa ajuda?

3. O(a) senhor(a) acha que esse tratamento teve algum resultado? Relate:

4. A senhora acha que existe alguma diferença entre o tratamento do médico e do curandeiro?

Sim ( )

Não ( )

4.1 Em caso afirmativo, qual seria essa diferença?

5. O(a) senhor(a) acha que ter religião, ter fé, interfere no processo de cura?

6. O ACS, quando visita a casa do(a) senhor(a), ensina algum medicamento caseiro que o(a) senhor(a) mesmo(a) possa fazer para tratar da sua saúde e da sua família?

Sim ( )

Não ( )

6.1 Em caso afirmativo, que tipo de tratamento ele ensina?

7. O(a) senhor(a) acha importante que o ACS ensine formas de medicamentos caseiros? Por quê?

8. Como o(a) senhor(a) vê a relação médico-paciente durante uma consulta?

9. Como o(a) senhor(a) vê a relação rezadeira / paciente durante uma consulta?

10. O que o(a) senhor(a) acha do trabalho da saúde comunitária adotada pelo PSF na comunidade?

11. O(a) senhor(a) indica o tratamento das rezadeiras ou curandeiros a outras pessoas, por exemplo, a vizinhos ou parentes?

12. Como o(a) senhor(a) vê a relação das rezadeiras ou dos curandeiros com a comunidade?

13. Como o(a) senhor(a) vê a relação dos Agentes de Saúde com a comunidade?