



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO**  
**MESTRADO ACADÊMICO EM PSICOLOGIA**

**SÉRGIO JUAN CRUZ SEVERO**

**“TEM ESPAÇO PARA O DOUTOR E O REZADOR”:  
práticas de benzedura no quilombo Jibóia como produção de  
sentido sobre saúde, doença e cuidados**

**PETROLINA-PE**

**2023**

**SÉRGIO JUAN CRUZ SEVERO**

**“TEM ESPAÇO PARA O DOUTOR E O REZADOR”:  
práticas de benzedura no quilombo Jibóia como produção de  
sentido sobre saúde, doença e cuidados**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGPSI) da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Campus Sede, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Duccini

**PETROLINA-PE**

**2023**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Severo, Sérgio Juan Cruz

S498t      Tem espaço para o doutor e o rezador: práticas de benzedura no quilombo Jibóia como produção de sentido sobre saúde, doença e cuidados / Sérgio Juan Cruz Severo. – Petrolina-PE, 2023  
vii, 84 f. : il. ; 29 cm.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Vale do São Francisco - UNIVASF, Campus Petrolina, Petrolina-PE, 2023.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciana Duccini

Inclui referências, apêndice.

1. Psicologia e religião. 2. Práticas religiosas. 3. Rezas. I. Título. II. Duccini, Luciana. III. Universidade Federal do Vale do São Francisco

CDD 261.515

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UNIVASF.  
Bibliotecária: Andressa Laís Machado de Matos CRB – 4/2240.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA -**  
**MESTRADO ACADÊMICO**

FOLHA DE APROVAÇÃO

**SÉRGIO JUAN CRUZ SEVERO**

**“TEM ESPAÇO PARA O DOUTOR E O REZADOR”:** PRÁTICAS DE  
**BENZEDURA NO QUILOMBO JIBOIA COMO PRODUÇÃO DE SENTIDO**  
**SOBRE SAÚDE, DOENÇA E CUIDADOS**

Aprovado em 28/02/2023

Orientadora e Presidente da Banca - Profa. Dra. Luciana Duccini (UFBA)

Membro Interno - Prof. Dr. Marcelo Silva de Souza Ribeiro  
(CPGPSI/UNIVASF)

Membro Externo - Profa. Dra. Karla Daniele de Sá Maciel Luz  
(Professora Associada I do curso de Psicologia  
Coordenadora do Núcleo de Acessibilidade e Inclusão - NAI/Reitoria –  
UNIVASF)

*À minha avó, professora Valdete Souza Severo (em memória) pelos cinquenta anos da sua vida alfabetizando crianças e adultos.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Jesus Cristo, espírito perfeito de amor e caridade, expressão mais pura da presença de Deus na minha vida e caminhada evolutiva;

Vovó Valdete (em memória), o nosso amor é unido por um laço fraterno consagrado por Deus. Sua dedicação e devoção durante anos para as coisas sagradas são referências para minhas expressões religiosas;

Yrlla, João e José, estamos ligados pelos laços do espírito nesta vida física para que possamos amar uns aos outros com toda força e sermos luz na vida das pessoas;

Professora Luciana, o valor desse trabalho tem como consequência nossa parceria, esforço coletivo em que lapidamos um pouco mais nossas virtudes e que pode ser entendido como uma providência divina de operarmos boas vibrações e contribuirmos para o progresso comum;

Aos meus Senseis, Jeovane Souza, Rodrigo Andrade e Thaiane Souza, gratidão pelos ensinamentos filosóficos do Karate-Do como um modo de vida em que o espírito é mais importante do que a técnica;

Godson Teixeira; é a riqueza espiritual da amizade em servir e ajudar em favor do próximo;

Aos quilombolas do território remanescente de Jibóia meu agradecimento pela confiança, difusão de informações e manifestações dos seus valores históricos, sociais e a identidade cultural negra de forma individual e coletiva;

Aos Profissionais do SUS (Sistema Único de Saúde) da Unidade de Saúde da Família Zumbi dos Palmares pelo empenho nos processos de saúde, prevenção de doenças e práticas de cuidado à população do quilombo Jibóia.

*“Como podemos observar, a fé é realmente importante”. – Valdete Souza Severo*

## RESUMO

Esta dissertação buscou compreender a produção de sentidos de saúde, doença e cuidados a partir de práticas discursivas na experiência de benzedura, na equipe de Saúde da Família (eSF), usuários(as) da USF e rezadeiras do Quilombo Jibóia. Teve como fundamentação teórica as Práticas Discursivas e o papel da linguagem na interação social, contextos e ações. A partir de modelos terapêuticos populares, especificamente saberes religiosos, práticas terapêuticas de benzedura são perceptíveis no Sistema Único de Saúde associadas ao modelo técnico-científico enquanto instância compartilhada para o fortalecimento ou “cura” espiritual, física e psicológica das pessoas. Esta pesquisa é qualitativa com material discursivo através de dados coletados nas entrevistas semiestruturadas e uso de Mapas Dialógicos como ferramenta para analisar os repertórios interpretativos mobilizados pelas pessoas no cotidiano do Quilombo Jibóia, localizado em um município do norte baiano. Esse estudo traz as práticas de benzedura e sua importância histórica, política e social para o contexto de saúde pública em diálogo igualitário com os saberes instituídos formamente, bem como fornece novos elementos para o campo da Psicologia que tem um número baixo de pesquisas a respeito das práticas de benzedura e a possibilidade de transformar o entendimento das pessoas em relação ao uso associativo da medicina e da benzedura para os processos envolvendo saúde, doença e cuidado, buscando contribuir com elementos capazes de reformular as políticas públicas em saúde no que refere ao uso práticas integrativas na Atenção Básica de Saúde.

**Palavras-chave:** Práticas discursivas. Práticas de benzedura. Saúde. Doença. Cuidados.



## ABSTRACT

This dissertation sought to understand the production of meanings of health, illness and care based on discursive practices in the experience of benzedura, in the Family Health team (eSF), users of the USF and mourners of Quilombo Jibóia. Its theoretical foundation was Discursive Practices and the role of language in social interaction, contexts and actions. Based on popular therapeutic models, specifically religious knowledge, therapeutic practices of benediction are noticeable in the Unified Health System associated with the technical-scientific model as a shared instance for the spiritual, physical and psychological strengthening or “cure” of people. This research is qualitative with discursive material through data collected in semi-structured interviews and the use of Dialogical Maps as a tool to analyze the interpretive repertoires mobilized by people in the daily life of Quilombo Jibóia, located in a municipality in the north of Bahia. This study brings healing practices and their historical, political and social importance to the context of public health in an egalitarian dialogue with formally instituted knowledge, as well as providing new elements for the field of Psychology, which has a low number of researches about the healing practices and the possibility of transforming people's understanding in relation to the associative use of medicine and healing for processes involving health, illness and care, seeking to contribute with elements capable of reformulating public health policies with regard to the practical use practices in Primary Health Care.

**Keywords:** Discursive practices. Healing practices. Health. Illness. Care.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	01
<b>2. “BENZER UMA PESSOA É AS PALAVRAS DE DEUS.”</b>	03
2.1 A benzedura	09
<b>3. NOS CAMINHOS DAS REZAS</b>	12
3.1 História do Quilombo Jibóia	14
3.2 Instrumentos de construção dos dados	16
3.3 Análise dos dados	19
3.4 Aspectos éticos e a ética do benzimento	20
<b>4. ANÁLISE DOS RESULTADOS</b>	21
4.1 Compreensão de saúde: um testemunho de fé e devoção	22
4.2 Práticas de cuidado	25
4.3 Entendimento sobre doença	31
4.4 Práticas de benzedura: “A fé que cura, tudo é a fé.”	36
4.5 Práticas ofertadas pela equipe de saúde da família: “Acredito na minha ciência e acredito nas crenças populares, também.”	46
4.6 Associação entre práticas médicas e práticas de benzedura: “A ciência e a fé é um laço.”	53
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	63
<b>REFERÊNCIAS</b>	68
<b>APÊNDICE A</b> -TCLE – Termo de Consentimento	72
<b>APÊNDICE B</b> - Roteiro da entrevista	76
<b>APÊNDICE C</b> - Exemplo de Mapa Dialógico	77

## 1 INTRODUÇÃO

Esta produção no âmbito do esforço que o pesquisador precisou fazer para realização de uma pesquisa científica decorrente da sua prática profissional que foi realizada como psicólogo do NASF durante o período de fevereiro de 2018 até março de 2019 no Quilombo Jibóia<sup>1</sup> que está localizado em um município do norte baiano e que foi certificado pela Fundação Cultural Palmares (2006), sob o processo FCP: processo n° 01420.000077/2006-03 e certificado FCP: Portaria n° 38838, de 24/03/2006.

O referido local possui uma Unidade de Saúde da Família (USF), referenciada como estabelecimento de saúde SUS (Cnes, 2022) que presta serviços de Atenção Básica aos(as) usuários(as) do Sistema Único de Saúde. A Atenção Básica em saúde desenvolve programas e ações, levando em consideração a diversidade e as necessidades específicas de saúde dos(as) usuários(as), como consultas médicas, procedimentos de enfermagem e saúde bucal, administração e distribuição de medicamentos, vacinação, procedimentos de curativos, realização de pequenas cirurgias, visitas em domicílio e educação continuada em saúde.

Com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Primária no Brasil o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado pelo Ministério da Saúde em 2008 com equipes multiprofissionais que trabalham no apoio matricial junto às equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) para ampliar e qualificar as intervenções em saúde nos territórios e grupos populacionais de maneira interdisciplinar e intersetorial (Brasil, 2010). O pesquisador no contexto da USF pôde acompanhar pessoas com adoecimento físico e psicológico associando práticas médicas e de benzedura para o fortalecimento ou “cura” espiritual, física e psicológica a partir de modelos terapêuticos populares, especificamente saberes religiosos.

---

<sup>1</sup> Os nomes de todos os participantes desta pesquisa, pessoas mencionadas durante as entrevistas e USF, foram substituídos por pseudônimos para preservar a verdadeira identidade. O nome do quilombo se manteve verdadeiro por solicitação dos representantes da Associação de Moradores e neste sentido, não houve oposição dos participantes da pesquisa. A função exercida por cada participante foi mantida devido a sua relevância para a compreensão dos resultados no capítulo da análise dos dados.

Assim, busquei compreender por meio das práticas discursivas “como linguagem em ação, ou seja, as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas” (Spink & Medrado, 2013, p. 26), a produção de sentidos de saúde, doença e cuidados a partir de práticas discursivas na experiência de benzedura, na equipe de Saúde da Família (eSF), usuários(as) da USF e rezadeiras do Quilombo Jibóia. Neste sentido, as terapêuticas populares são processos de construção de conhecimentos que acontecem no cotidiano e são produtoras de realidade, mas pouco valorizadas na universidade (Quintana, 1999). Por isso Spink (2007, p.14), propõe como ponto de partida que a formação e a prática dos profissionais de psicologia em serviços de saúde estejam sempre afinadas com os princípios dos SUS (Sistema Único de Saúde) e que novos aportes são necessários para garantir uma formação com redefinição das práticas psicológicas.

Dessa forma, o psicólogo no seu exercício profissional transita entre os microprocessos de produção de sentido e conhecimento (Spink, 2014). A exemplo dos microprocessos de produção, menciona-se a religiosidade, fé e reza como transformadores da experiência de adoecimento e as práticas terapêuticas de cura populares utilizadas nas benzeduras, enquanto modo de cuidado. Esta produção está estruturada em cinco capítulos, o primeiro é intitulado “Benzer uma pessoa é as palavras de Deus.” que apresenta uma revisão de literatura abordando o tema das práticas de benzedura. Em seguida, há o terceiro capítulo nomeado “Nos caminhos das rezas” que se refere a história do quilombo Jibóia, os Aspectos Metodológicos que descrevem o tipo de pesquisa, participantes e local, instrumentos de construção e análise dos dados, bem como os aspectos éticos.

O capítulo quatro, análise dos resultados foi construído com base nos objetivos específicos que consistiram em 1) Descrever as práticas de benzedura como recurso para ressignificação sobre saúde, doença e cuidados por meio das análises dos discursos das benzedadeiras, equipe de Saúde da Família (eSF) e usuários(as) da USF; 2) Identificar no cotidiano da USF os repertórios interpretativos da equipe de Saúde da Família (eSF) sobre saúde,

doença e cuidados; 3) Verificar como os(as) usuários(as) da USF vinculam as práticas de benzedura ao saber técnico-científico da equipe de Saúde da Família (eSF) para o processo saúde-doença e cuidados e 4) Compreender através das experiências de atendimento da equipe de Saúde da Família (eSF) como usuários(as) da USF associam as práticas médicas com benzedura. Esses objetivos foram divididos em 6 seções e analisados com base nas práticas discursivas e a produção de sentidos e por fim o capítulo cinco com as considerações finais.

Esse estudo aborda também a importância de se compreender os diversos pontos de vista sobre saúde, doença e cuidado para uma boa atenção à saúde de cada população em seu contexto cultural. Essas concepções não podem ser pensadas de modo estático, cristalizado, pois são constantemente produzidas nas interações cotidianas. Assim, a compreensão dos sentidos atribuídos a esses aspectos pode fortalecer a própria Atenção Básica e essa dissertação procura ser uma contribuição nessa direção.

## **2 “BENZER UMA PESSOA É AS PALAVRAS DE DEUS.”**

Esta pesquisa possui abordagem teórica fundamentada no estudo da produção de sentido no cotidiano e análise das práticas discursivas. Os processos de produção de sentido na vida cotidiana por meio de investigação socioconstrucionista, descrevem e explicam os modos pelos quais as pessoas constroem conhecimentos do mundo por meio da interação humana (Spink & Frezza, 2013, p.09). O conhecimento adquirido pelas pessoas é algo coletivo e não individual onde elas criam novos espaços culturais e históricos através de repertórios interpretativos tanto cumulativos como novos ao longo do tempo.

Construções culturais e históricas são processos em constante transformações realizadas pelos humanos por meio do uso da linguagem como prática social. A interação e comunicação entre os atores sociais resulta na apreensão compartilhada de conhecimentos do senso comum no cotidiano. Neste sentido, a perspectiva discursiva busca o sentido atribuído aos eventos sociais “privilegiando o que está fora do texto, mas tomando o contexto como

sentido” (Spink & Frezza, 2013, pp.18-19) que está para além da linguagem.

A perspectiva de fazer pesquisa com práticas discursivas baseia-se no estudo do saber cotidiano na maneira como as pessoas produzem sentidos e se posicionam socialmente como construtores de uma realidade que é transitória. Neste sentido, as práticas discursivas, na proposta de Mary Jane Spink e Rose Mary Frezza (2013, p.20) “são a linguagem em uso”. As práticas discursivas se “referem ao discurso tomado como ação e produtor de realidade a partir de recursos linguísticos preexistentes e constituem um caminho privilegiado para entender a produção de sentido no cotidiano” (Spink e Frezza, 2013, p.20). A linguagem como prática social pode ser entendida no cotidiano a partir dos repertórios linguísticos que fazem o vínculo com a cultura e a sociedade. São repertórios compartilhados, utilizados e mobilizados pelas pessoas nas relações sociais.

Os repertórios linguísticos tornam possível a construção de sentidos que circulam na sociedade e contribuem na compreensão de conteúdos e processos de forma fluída e flexível em contextos específicos (Spink, 2010, p. 28). O sentido é uma construção social, coletiva e interativa onde as pessoas, na dinâmica das relações sociais, culturais e históricas buscam lidar com as situações e fenômenos ao seu redor. Implica a linguagem como um fenômeno sociolinguístico e sustenta as práticas sociais geradoras de sentido que atravessam o cotidiano por meio de argumentações, narrativas e conversas (Spink & Medrado 2013, pp. 22-23).

É necessário, apresentar o discurso construído pelas pessoas acerca da compreensão que elas atribuem para os processos envolvendo saúde, doença e cuidados como fenômeno social. No campo da atenção básica em saúde é possível entender os sentidos que uma doença assume no cotidiano de uma pessoa ou grupo pelo foco na linguagem em uso por meio das práticas discursivas.

O conceito de práticas discursivas remete aos momentos de ressignificações, de produção de sentido, de rupturas, correspondendo aos momentos ativos do uso da linguagem, tanto no nível institucional como na diversidade social. As práticas discursivas possuem como elementos

constitutivos os enunciados orientados por vozes diversas e os conteúdos por sua vez são os repertórios interpretativos (Spink & Madrado 2013, pp. 23-25).

Os conceitos de enunciados e vozes “descrevem o processo de interanimação dialógica que se processa numa conversação. As vozes compreendem esses interlocutores (pessoas) presentes (ou presentificados) nos diálogos” (Spink & Madrado 2013, p. 26). Isso quer dizer que os enunciados de uma pessoa são endereçados a uma ou mais de uma pessoa e com isso eles se interanimam.

O enunciado é o ponto de partida para a dialogia por meio de expressões, palavras e sentenças que articuladas à noção de vozes adquirem caráter social. As vozes são as posições de falantes, personagens que emergem nos enunciados e se processam na produção onde se fazem presentes diversos autores sociais (mãe, professor(a), amigo, por exemplo), permeando uma prática discursiva num esforço de produzir sentido no contexto de interação social (Spink & Madrado 2013, p. 27).

O enunciado se constrói como um ato de comunicação que se produz pela pessoa que fala e dispõe de um sistema de linguagem, enunciações e repertórios linguísticos preexistentes. Repertórios interpretativos são dispositivos linguísticos utilizados para construção das práticas discursivas com base no contexto específico em que estas produzem sentido em relação aos fenômenos que estão ao nosso redor. Os repertórios interpretativos são importantes para aprendermos sobre as comunicações cotidianas (Spink & Madrado 2013, p. 28).

O aprendizado sobre os acontecimentos através da comunicação interativa torna possível entender a produção de sentido sobre as experiências humanas por meio da combinação de vozes e construção discursiva das pessoas que ocorre cultural, histórica e afetivamente ao longo do tempo (Spink & Madrado 2013, p. 33).

As pessoas, com foco na dialogia, ao invés de serem privilegiadas na individualidade serão compreendidas na interpessoalidade das relações sociais que estão em constante processo de interação produzindo sentido por meio de produção discursiva. Esse processo torna possível a construção

identitária das pessoas e grupos quando elas entram em contato com inúmeras narrativas, incorporando repertórios interpretativos que se articulam nas práticas discursivas (Spink & Medrado 2013, p. 37). Esta abordagem busca construir um modo de observar os fenômenos sociais nas particularidades das experiências vividas na diversidade do grupo e como produzem sentido para transformações sociais.

Esta pesquisa buscou como objetivo geral, compreender a produção de sentidos de saúde, doença e cuidados a partir de práticas discursivas na experiência de benzedura, na equipe de Saúde da Família (eSF), usuários(as) da USF e rezadeiras do Quilombo Jibóia. Portanto, foi no campo da atenção básica em saúde que se tornou possível para o pesquisador transitar nos microprocessos de produção de sentidos sobre saúde, doença e cuidados. Na compreensão do processo de adoecimento e das práticas utilizadas para prevenir o adoecer, sua cura ou promoção do estado de saúde, tornou-se necessário pensar as pessoas como ativas no processo de produção da realidade centrada na experiência (Spink, 2013).

Dessa forma, a Psicologia na dimensão social das políticas públicas em saúde ainda vincula sua prática à esfera intraindividual privilegiando explicações para a origem das doenças de forma individual. A doença é um fenômeno coletivo e historicamente construído (Spink, 2013, pp. 43-44-47). Portanto, considerar somente a ciência médica e não o significado social e o sentido da experiência pessoal que se vive sobre o processo saúde/doença, em determinados grupos significa a exclusão destes por direito à saúde (Miranda, 2022).

Neste aspecto, equipes multiprofissionais produzem nas suas práticas de trabalho posições hegemônicas e fragmentadas dos saberes e fazeres na prestação de atendimentos de modo que não articulam suas competências com outras práticas num completo e dinâmico processo de conhecimentos diferentes e não individualistas (Spink, 2013, p. 60). O papel do psicólogo(a) na comunidade e seus modelos de atuação não são construídos sozinhos tendo como possibilidade de trabalho terapêutico a existência de diversas possibilidades de construção não fragmentada para novos modelos de



cuidado em coletividade.

Essa perspectiva de cuidado em coletividade fortalece as políticas públicas do SUS que ganha relevância na promoção, prevenção e cuidados em saúde para a população brasileira (Spink, 2010, p. 22). Como pesquisador com formação de psicólogo faço uso dos processos de produção de sentidos no cotidiano e repertórios linguísticos das pessoas me baseando nas suas experiências construídas social e culturalmente reinterpretados de diferentes formas para compreender o tema proposto nesse estudo. Essas formas também se dão pelo saber religioso, técnico-científico, senso comum por meio de produções cumulativas que estão sempre sendo ressignificadas, por meio dos nossos processos de socialização (Spink, 2010, p. 27).

É o caso, por exemplo, de populações remanescentes de quilombo que necessitam da prestação de serviços de assistência e promoção à saúde. A Estratégia Saúde da Família busca melhorar a integralidade no SUS, universalizar o acesso à atenção básica e com equidade de resultados (Heimann e Mendonça, 2005). A Psicologia, em relação às novas adaptações onde se faz presente atuando no território brasileiro, se insere na exigência da saúde coletiva numa clínica que se amplia do individual ao estudo das relações, não limitando e estabelecendo prognósticos a partir da doença, mas enfatizando a importância da vida enquanto relação que se constrói não com a proposta terapêutica centrada na queixa e restrito(a) ao espaço subjetivo do indivíduo em sofrimento.

A clínica ampliada é mais uma proposta que leva em conta toda a interação, experiências e o convívio dos(as) usuários(as) e profissionais dos serviços públicos de saúde na mobilização para a busca de resultados no contexto social em que vivem (Guarido e Braga Campos, 2001, p. 41). O foco do trabalho é a pessoa na sua integralidade, quando busca cuidados nos serviços de saúde pública. Neste sentido, compreender essa procura é valer-se de todos os recursos que a rede de serviços públicos pode oferecer às

peças, desde a atenção básica<sup>2</sup> até a terciária<sup>3</sup>, assim como, intersectorial e transdisciplinar. Nesse sentido, as práticas de benzedura se inserem nos processos de saúde, doença e cuidados, pois possuem eficácia e são reconhecidas como saber popular, assim vão ganhar o seu espaço nessa produção acadêmica.

A produção de sentido não se faz, somente, através de uma produção intelectual. É fundamental o contexto onde as falas circulam por meio das experiências tornando possível a manifestação da crença como um elemento fundamental nas terapêuticas populares (Quintana, 1999, p.11). Geralmente essas práticas, que não possuem um embasamento científico, são desvalorizadas em relação ao conhecimento acadêmico, sobretudo na área de saúde. Através delas, existe a possibilidade de ressignificação do nosso presente e passado nos permitindo construir caminhos para pensar, por intermédio da benzedura, outras formas de construção da realidade (Quintana, 1999, pp.13-14-15).

Essa produção de sentido para a construção da realidade, que se faz necessária em todo processo terapêutico, tem que vir ao encontro do universo cultural da população por meio da existência de uma complementação onde a benzedora precisa do reconhecimento do grupo para poder exercer com êxito suas funções (Quintana, 1999, p.39). Desse modo, o ritual nunca é apenas de duas pessoas, mas inclui o seu grupo social que, ao mesmo tempo que dá a força à benzedora para realizar seu trabalho, também obtém dela uma reafirmação, pois, a cada cura realizada, revalida-se a crença nesse procedimento terapêutico e, por sua vez, na realidade grupal (Quintana, 1999, p.50).

Para Quintana (1999, p.50) “a benzedura pode ser caracterizada como

---

<sup>2</sup> Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2017, p.1)

<sup>3</sup> Atenção Terciária envolve ações ambulatoriais e hospitalares, é capacitada para prestar atendimentos aos casos de reabilitação que justifiquem uma intervenção mais frequente e intensa, requerendo tecnologia de alta complexidade e recursos humanos mais especializados (Brasil, 2007, p.99).

uma atividade principalmente terapêutica, a qual se realiza através de uma relação dual – cliente e benzedor.” Nessa relação, a benzedeira é intermediadora com o sagrado pela qual se tenta obter a cura. Neste sentido, a benzedura é um dentre diversos outros sistemas de cura que são utilizados pelos grupos populares nas suas práticas sociais que vêm passando, ao longo da história, por modificações, reconstrução e ganhando sentido por intermédio do social que se constitui numa realidade dinâmica (Alves, 1994).

### 1.1 A benzedura

A benzedura consiste em rezar uma pessoa como um ato relacionado a saberes populares. É realizar simpatia ou um ritual na perspectiva de “curar” ou cuidar de alguma pessoa doente ou como forma de proteção. A benzedura, é entendida como um ofício que envolve o encontro de habilidades técnicas, intelectuais e manuais associadas às experiências e vivências de cada um dos benzedores e benzedoras (Tomasi e Silva, 2007). Em relação ao processo de iniciação das benzedadeiras, Alberto Quintana (1999) aponta que o ofício de benzer é aprendido quando ainda se é muito jovem por intermédio da imitação, pelo aprendiz, de um(a) benzedor(a) que geralmente é do ambiente familiar. Outro modo de aprender a benzer é pela experiência mística transmitida por uma entidade espiritual como um anjo da guarda, um guia ou dom dado por Deus.

Nesse sentido, o dom é entendido pelo(a) benzedor(a) como uma manifestação reconhecida e validada entre os familiares, os vizinhos e a comunidade (Oliveira, 1985). Primeiro, o dom é algo percebido pela benzedeira através de sensações físicas como calafrios, formigamento nas mãos, pensamentos intuitivos ao ponto que começa a acreditar na sua capacidade de curar as pessoas através das benzeções. A iniciação no ofício de benzer tende a ser no contexto familiar e em seguida essa prática se estende aos vizinhos, amigos e pessoas da sua comunidade. Desse modo, a benzedeira passa a ficar conhecida pela sua prática e esse reconhecimento se expande para fora da comunidade em que reside. Ainda nesse sentido, outro autor traz uma contribuição para o que é dom.

Caillé (2002) afirma que tem a ver com o divino ou uma missão que se

converte na prestação de serviço para o bem do próximo sem a garantia ou intenção de retribuição. Não se trata de trocas financeiras ou materiais, é a gratidão numa perspectiva afetiva como retribuição por suas rezas e cuidados ofertados. Essa oferta de cuidados muitas vezes está associada com os males vividos pelas pessoas que buscam nas práticas de benzedura um modo de cura para sua doença ou um alívio para sua dor (Nery, 2006). Os próprios benzedores geralmente afirmam que as pessoas precisam acreditar na cura, caso contrário, nada acontecerá. Assim, é importante destacar a fé como confiança, crença e legitimidade dos processos que envolvem práticas de benzedura. Para isso, é necessário que o(a) benzedor/benzedeira e benzido(a) tenham fé. E que as pessoas tenham fé neles.

Atualmente, observa-se por meio do acesso às plataformas contendo publicações acadêmicas que pesquisas são pouco desenvolvidas pela psicologia acerca das práticas de benzedura. Acredito que esse desinteresse tem relação com o modo como as benzeduras são transmitidas carregadas de preconceito pelas pessoas e por não ser um modelo predominante como é a biomedicina. Nesse aspecto, se trata de um conhecimento acumulado durante gerações e transmitido através da oralidade onde a narração tem um papel preponderante na prática cotidiana das benzedadeiras para suas experiências e conhecimento.

Não podemos perder de vista que estamos inseridos em um mundo altamente tecnológico, onde cada vez mais o contato presencial entre humanos está cada vez menor. Esse processo de fragilidade entre os laços tem gerado rupturas e fragmentação que resultam em inúmeras formas de adoecimento nas pessoas, na sociedade cada vez mais caracterizada por estados de depressão e ansiedade (Brasil, 2015). O cuidado atual com a saúde da população tem sido voltado quase que exclusivamente para a área médica que está cada vez mais situada em um campo bastante tecnológico por meio de equipamentos sofisticados e técnicas precisas para realização de diagnóstico(s).

Diante de um cenário como esse, ainda existe um retorno às tradições como as benzeduras e as pessoas associam com a tecnologia e ciência como

forma alternativa de tratamento de forma integral. Entretanto, existem doenças que as benzedeadas reconhecem que as rezas sozinhas não são suficientes e orientam que se busque o auxílio médico, mas nem sempre os médicos fazem recomendações para as pessoas recorrerem as práticas de benzeduras. É importante destacar que não foi localizado nenhum texto que abordasse a existência de uma associação de rezadeiras ou grupo organizado. Geralmente, o ofício de benzeção ocorre individualmente, no ambiente doméstico e a permanência da prática possibilita construir a identidade da pessoa que reza ao longo de um processo que envolve a cultura e história local.

Avançando nessa discussão, é importante contextualizar as comunidades quilombolas pelo fato desse estudo ter sido realizado em um desses territórios. As práticas tradicionais presentes nos quilombos possuem relação direta com a vida cotidiana dos moradores dessas áreas. A medicina popular é uma prática sociocultural que envolve diferentes valores e opiniões construída e colocada à disposição das pessoas que precisam desse recurso (Oliveira; Costa Júnior, 2011).

As benzedeadas e rezadores quilombolas, ao praticar o ofício de benzeção, além de prestação de cuidados, também carregam consigo uma reivindicação por direitos e acesso às políticas públicas com base na trajetória histórica dos povos quilombolas (Moreno, 2013). Nas comunidades quilombolas, as benzedeadas e rezadores vêm mantendo seus saberes e práticas associadas a outras ações de prevenção, tratamento de doenças ou mal que esteja acometendo as pessoas necessitadas de cuidados por meio conhecimento que possuem acerca das plantas, ervas, suas propriedades terapêuticas e a utilização das folhas, caule e/ou raiz para fazer chás, banhos e simpatias (Mendes, Dulce & Santoro, 2018).

Para Quintana (2007), na medicina popular, diferentemente da medicina acadêmica, as concepções de doença estão associadas às visões de mundo a um conjunto de valores e normas morais, culturais aos serviços de saúde. Nesse sentido, é possível pensar que existe, por exemplo, a benzedura por causa de uma certa desconfiança acerca do modo como

alguns médicos agem, com atitude autoritária e frieza durante o atendimento, ou desqualificação das representações do paciente em relação seu próprio corpo ou entendimento para o adoecimento que está vivenciando (Quintana, 2007). Rotineiramente, as benzedoras informam que cuidam de pessoas que estão em tratamento médico e aqueles que apresentam necessidade de um suporte técnico-científico são orientados a procurar o Sistema Público de Saúde por serem considerados casos que o benzimento sozinho não vai conseguir solucionar. Uma prática não anula outra prática, mas observa-se que não há reciprocidade de indicação de tratamento espiritual por parte dos médicos.

Este processo de construção social, envolve representações variadas de um grupo social sobre as terapêuticas de cunho popular, como é o caso da benzeção. Segundo Quintana (1999) cada grupo social constrói e reconstrói suas representações tanto de doença, quanto de cura e a benzeção é uma expressão espiritual, que representa a tradição de um grupo social que se mantém viva por meio de gerações que carregam consigo um conceito de saúde e doença, ligado às questões interiores e existenciais do ser humano.

É importante mencionar que, historicamente a benzedura geralmente se relaciona a um universo predominantemente feminino devido ao papel imposto pela sociedade que a mulher sempre teve em relação as funções de cuidar da família e pessoas doentes. Mulheres que muitas vezes se encontram ocultas, sem visibilidade mesmo exercendo um papel sociocultural e espiritual fundamental em suas localidades. Geralmente a benzedura está concentrada em cidades menores ou na zona rural. Geralmente nesses lugares costuma ter pessoas se dedicando a fazer rezas e orações com o sentido de amenizar a dor de pessoas que sofrem e buscam tratamento e cura.

### **3 NOS CAMINHOS DAS REZAS**

O caminho percorrido para o desenvolvimento dessa dissertação consistiu em: 1) Delimitação do tema da pesquisa; 2) Escolha da metodologia; 3) Pesquisas acerca do tema na biblioteca virtual Periódicos CAPES, a partir

dos critérios: idioma português, data de publicação dos últimos cinco anos e os descritores contendo as palavras benzedura, benzeção, benzedeira, benzedores, práticas discursivas, reza, cura, doença, saúde, cuidados, USF, quilombo e quilombola; 4) Seleção do material que consistiu na leitura do título e resumo de 19 artigos, 1 resenha e 1 livro e 5) Organização do material em uma tabela no Microsoft Word contendo o título, autoria, periódico, metodologia, numeração das páginas, volume e número e seção. Esta pesquisa é qualitativa com material discursivo a partir das falas das benzedeiros, usuários(as) da USF e profissionais da equipe de Saúde da Família (eSF). Seu objeto é a produção de sentidos no cotidiano sobre saúde, doença e cuidados, a partir das práticas médicas e de benzedura no quilombo Jibóia.

Para aproximação a esta produção de sentidos, a pesquisa propõe como abordagem teórica e metodológica as Práticas Discursivas voltadas para o papel da linguagem na interação social, contextos, ações e “Dessa forma, torna-se um caminho privilegiado para entender a produção de sentido no cotidiano.” (Spink & Frezza, 2013, p. 20-21). Por questões metodológicas, este projeto utilizou entrevistas semiestruturadas, diário de campo, observação participante e um terceiro instrumento foram os Mapas Dialógicos como formas de acesso e atenção aos processos de linguagem utilizada na explanação verbal sobre a compreensão dos(as) participantes acerca dos processos envolvendo saúde, doença e cuidados.

Através das entrevistas, foi possível identificar os repertórios interpretativos mobilizados pelas pessoas ao produzir sentidos. Nessa perspectiva, as Práticas Discursivas foi um diferencial para a pesquisa, devido ao seu foco no papel da linguagem na interação social por meio de ações, seleções, escolhas, contextos para uma variedade de produções sociais para entender e interpretar os sentidos produzidos pelas pessoas no cotidiano, momentos de ressignificações, de rupturas e posicionamentos diversificados (Spink & Frezza, 2013, p. 20-21).

Como produção de conhecimento para esta pesquisa qualitativa com material discursivo os Mapas Dialógicos serviram como instrumento para

visualização de trechos que foram transcritos integralmente com falas dos participantes para mostrar o que acontece quando algo é perguntado ou comentado e que incluem a narrativa, a argumentação e depoimentos das pessoas entrevistadas (Spink, 2010, pp. 38-39). O Mapa Dialógico, é uma tabela onde colunas são definidas por temas que estão relacionados com o roteiro das perguntas realizadas na(s) entrevista(s) organizando os repertórios linguísticos de forma sistematizada por meio da transcrição do material discursivo dos participantes que posteriormente foram analisados e articulados com os objetivos dessa pesquisa.

### 3.1 História do Quilombo Jibóia

A pesquisa foi realizada no Quilombo Jibóia, localizado em um município no interior da Bahia. Ao fazer contato com algumas representantes da Associação Quilombola para saber a viabilidade da pesquisa, tive acesso ao manuscrito de três páginas contendo parte da história de Jibóia. O manuscrito está em poder da associação de moradores e foi concedido por demanda espontânea pelas moradoras, mas não consta informações que permitam sua identificação sobre ano de produção, referências e título.

Durante um momento que estive visitando amigos no quilombo, comentei o meu interesse por informações referentes ao documento. Prontamente, uma moradora local que tem vínculo familiar com a autora do manuscrito compartilhou o contato telefônico dela para que eu pudesse obter esclarecimentos, no entanto, houve pouca disponibilidade da autora para prestar informações. Algumas representantes da Associação de Moradores do Quilombo Jibóia, disseram que a coleta dos dados consistiu em conversas da autora com pessoas mais velhas da comunidade, em seguida ela digitou no computador o que foi transmitido, fez algumas impressões em papel ofício e uma via foi justamente para a Associação, onde tive acesso a um desses impressos.

Nesse sentido, quando o documento foi fornecido pelas mulheres da Associação, veio junto um pedido para eu referenciar neste trabalho a comunidade como quilombola e publicasse a cultura e história do seu povo. Com base no conteúdo do material que tive acesso, apresento trechos para



apresentar o(a) leitor(a) o local da pesquisa. A comunidade de Jibóia surgiu por volta do ano 1800 e teve como primeiro morador a escrava chamada Constância. A mesma residiu por algum tempo em uma fazenda chamada Gameleira sob o domínio de dois fazendeiros que ali residiam. Constância era uma escrava vinda da África e não falava português. Ela passou alguns anos da sua vida com a família de portugueses. Essa família foi residir em outra localidade e deixaram Constância para traz, mas com sua alforria.

Segundo relatos de um senhor da comunidade, essa escrava trazia consigo marcas da brutal violência que sofreu durante o trajeto do navio que saiu da África até chegar aqui no Brasil, mas ela resistiu a tudo isso e não desistiu da luta de se tornar uma mulher livre. Constância foi a primeira moradora do povoado de Jibóia e depois dela foram chegando outras pessoas. O escravo Lázaro chegou em Jibóia foragido de Salvador-BA com dois filhos. Um desses filhos faleceu em Jibóia com uma doença [no documento não consta qual doença] que estava matando muita gente naquela época. Depois da morte do filho o escravo deixou a comunidade e foi embora.

Constância teve uma única filha chamada Joana e um neto chamado Simão. O morador mais antigo de Jibóia faleceu com 96 anos de idade. As primeiras famílias que vieram para a comunidade foram, a família Simão, família Canjirana e família Calisto, essas foram as responsáveis pela formação da comunidade. Atualmente, Jibóia tem viva uma bisneta de Constância com 84 anos de idade. Em relação as manifestações religiosas de matriz africana estiveram presentes na fé do povo da comunidade de Jibóia o terreiro da matriarca Vicência onde todos iam se curar, se proteger, além desse existiu o terreiro de Elias, dentro da comunidade.

Ainda as rezadeiras que curam crianças de mau olhado, rezas com um ramo verde, heranças da manifestação da fé. As celebrações realizadas pela igreja católica e famílias nos festejos do padroeiro Bom Jesus, as pessoas rezavam o terço e soltavam fogos durante todo mês de maio como forma de devoção que finaliza com uma procissão com participação da comunidade rezando ao redor de um pé de Juazeiro, ritual da procissão realizado no terreiro de Deonila. Os remédios usados pelo povo eram somente chá, pois

não existiam médicos para dar assistência para as famílias e muito menos medicamentos farmacêuticos. segundo conta no documento, uma moradora antiga da comunidade, bisneta da escrava que deu origem a comunidade afirmava que só existia médico na cidade de Senhor do Bonfim-BA com acesso apenas para as famílias de pessoas com cor de pele branca e com bastante dinheiro.

Foi diante desse cenário que a participação das rezadeiras no Quilombo Jibóia foi e continua sendo fundamental enquanto prática terapêutica popular ofertada para crianças e adultos e tem suas heranças mantida pela fé e ensinamentos dos antepassados para os rezadores atuais. No que diz respeito aos participantes da pesquisa, a seleção dos profissionais de saúde que trabalham na USF Zumbi dos Palmares foi composta inicialmente com o auxílio de uma informante que tem proximidade com o pesquisador. A informante, articulou uma entrevista com dois profissionais e em seguida os próprios profissionais foram fazendo indicação de colegas.

Portanto, os profissionais foram compostos por 01 enfermeira, 01 dentista, 01 agente comunitária de saúde e 01 farmacêutico. O farmacêutico exerce atividade mediunica e práticas de benzedura, mas fora do ambiente da USF. Além dos profissionais, foram entrevistados(as) 01 usuária referenciada na USF Zumbi dos Palmares que está ativamente associando práticas médicas com práticas de benzedura, 01 técnica de enfermagem aposentada, mas o ofício de rezadeira está em atividade e por fim 01 rezadeira com mais tempo em atividade no quilombo Jibóia, totalizando 07 participantes nas três categorias rezadeiras, profissionais da USF e usuários(as) que associam práticas médicas e de benzedura. Quantos aos critérios para participação na pesquisa, foi dada a importância de que houvesse pelo menos um(a) participante em cada categoria e tivessem vínculo estabelecido com o local da pesquisa.

### 3.2 Instrumentos de construção dos dados

Para a coleta dos dados, foram utilizadas as técnicas de observação participante, registros em diário de campo e entrevista semiestruturada. Ressalta-se que a coleta de dados teve início em junho

de 2022, sendo finalizada em julho de 2022. Segundo Minayo, Deslandes e Gomes (2016) a observação participante é um processo pelo qual o pesquisador se posiciona como observador de uma situação social com o objetivo de realizar uma investigação científica. A observação participante, pode ser considerada parte do trabalho de campo de uma pesquisa como um recurso para a compreensão de como as pessoas constroem a realidade. Sendo possível relacionar os fatos observados, suas representações e perceber as diferenças entre as práticas vividas no cotidiano pelo grupo observado.

A técnica de observação participante foi realizada na residência das duas rezadeiras. Observei elas praticando o ofício de benzedura com movimentos corporais envolvendo as mãos na cabeça das pessoas ou usando ramo de folhas verdes, gesticulação dos lábios ao rezar e no final dos benzimentos ofertavam abraços para as pessoas que as procuravam. Na casa de uma usuária referenciada na USF, pude observar sua interação com familiares e fazendo expressões corporais para contar exemplos das suas vivências sobre os seus processos envolvendo doenças e práticas de cuidado.

Com os profissionais de saúde da USF Zumbi dos Palmares, tive acesso aos ambientes do consultório de enfermagem, consultório odontológico, sala de recepção e sala de reuniões. Nesses ambientes, pude observar a postura e dinâmica de trabalho, relacionamento com os colegas da equipe de saúde da família e com os(as) usuários(as) que estavam aguardando atendimento.

Outro instrumento utilizado para construção dos dados, foram os diários de campo. As observações feitas pelo pesquisador foram registradas com informações referentes aos detalhes do que foi visto, ouvido e vivido através do contato que tive com as pessoas e o local da pesquisa. Nesse sentido, Oliveira (2014) destaca que o diário de campo também pode ser utilizado como um instrumento reflexivo para o pesquisador em relação aos sujeitos pesquisados e os significados que eles atribuem para as situações vividas. Portanto, o diário de campo serve

como uma ferramenta que contribui na investigação de uma pesquisa, pois descreve ações praticadas pelas pessoas observadas nos variados contextos e, desse modo, esses registros contribuem para a qualidade e profundidade das análises dos resultados.

Por fim, o recurso da entrevista semiestruturada foi utilizado com todos os participantes da pesquisa. Foi com base no referencial teórico das práticas discursivas e produção de sentidos, alinhada com a abordagem construcionista que as entrevistas serviram como ferramenta para coletar informações. Nessa perspectiva, as entrevistas apresentaram versões que hora se aproximaram e hora tiveram posicionamentos diferentes acerca do tema estudado por causa do modo como os participantes se posicionaram diante dos acontecimentos.

Esses posicionamentos diversificados, podem ser entendidos como um processo dialógico em que ocorre uma negociação de pontos de vistas e de versões sobre o tema dessa pesquisa. A entrevista foi um recurso para obter informações, contextualizar um tema que se pretendeu investigar nesse estudo. Por isso, o objetivo da entrevista foi coletar informações para compreender a dinâmica dos repertórios em um contexto social e histórico e o modo como as pessoas do quilombo Jibóia explicam e constroem sentidos para os processos envolvendo saúde, doença e cuidados a partir da associação entre prática médica e de benzedura.

Em relação a entrevista semiestruturada, o pesquisador elabora previamente um roteiro de perguntas para nortear o trabalho no momento que estiver entrevistando uma pessoa ou grupo de maneira flexível em relação ao discurso que o entrevistado vai produzindo (Aragaki, Lima, Pereira e Nascimento, 2014). Todas as entrevistas foram realizadas individualmente e os locais que preservaram o sigilo dos participantes, bem como, condições para falarem livremente e sem interrupções sobre o tema estudado.

As entrevistas foram gravadas com o auxílio de um celular de propriedade do pesquisador, contendo um aplicativo de captação apenas do áudio dos participantes. Posteriormente, todas às entrevistas foram

transcritas de forma integral em um computador protegido com senha. É importante mencionar que todos os participantes da pesquisa autorizaram por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE que os dados coletados fossem analisados e os resultados fossem apresentados pelo pesquisador através desse estudo preservando a identidade dos mesmos por nomes fictícios.

### 3.3 Análise dos dados

Os dados coletados, através da observação participante, o diário de campo e as entrevistas semiestruturadas, foram analisados com base na técnica dos Mapas Dialógicos. Consta um exemplo de Mapa no apêndice C como forma de visualizar esse recurso que serviu para analisar os dados que estiveram diretamente relacionados ao referencial teórico-metodológico das práticas discursivas e produção de sentidos. Os mapas dialógicos serviram para dar visibilidade aos passos dados na construção da pesquisa e à dialógica presente nos discursos analisados, possibilitando identificar o modo como as pessoas se posicionam e falam acerca da realidade em que vivem por meio dos repertórios linguísticos.

Segundo Spink (2010), os mapas dialógicos são construídos a partir de tabelas, cada coluna tem um tema que geralmente está relacionado com o roteiro da entrevista realizada pelo pesquisador junto ao(s) participante(s). As colunas organizam as entrevistas por conteúdos de acordo com os objetivos do estudo em questão. Os temas são identificados na transcrição sequencial por meio das categorias que tem como finalidade manter o contexto em que ocorre a produção do discurso construído pelas pessoas.

Portanto, os Mapas Dialógicos têm o objetivo de sistematizar o processo de análise das práticas discursivas por meio da construção linguística, dos repertórios utilizados na construção dialógica na produção de sentidos com o objetivos de subsidiar o processo de interpretação do material coletado no processo de análise e dar visibilidade aos resultados.

Portanto, os Mapas Dialógicos servem como instrumento que possibilitam o processo interativo entre a análise dos conteúdos, a elaboração das categorias, permitem a visualização do processo de

interanimação dialógica e a compreensão da dinâmica das trocas discursivas, bem como uma visão conjunta das temáticas em discussão (Nascimento, Tavanti e Pereira, 2014). Para esses autores, os Mapas Dialógicos são construídos a partir das transcrições sequenciais como primeira etapa de aproximação do pesquisador com o material coletado. Os Mapas irão orientar o pesquisador na elaboração dos temas e categorias por meio da identificação das falas e vozes presentes nos áudios coletados por meio das entrevistas.

Em seguida, a segunda etapa busca relacionar as falas e expressões comunicadas pelos participantes com base nas transcrições integrais das entrevistas. Nessa etapa, relaciona-se as categorias construídas na primeira etapa com os objetivos da pesquisa. Essa pesquisa teve um único mapa dividido por colunas em categorias específicas, sendo: Compreensão de saúde; Práticas de cuidado; Entendimento sobre doença; Práticas de benzedura; Práticas ofertadas pela Equipe de Saúde da Família; Associação entre práticas de benzedura e práticas médicas e Outros. Cada categoria foi composto pelas falas próprias dos participantes e falas de outras pessoas reproduzidas partir das falas deles.

Portanto, os Mapas Dialógicos serviram como ferramenta para analisar e produzir os resultados dos dados coletados que serão apresentados no próximo capítulo acerca dos sentidos produzidos pelos profissionais de saúde da família, usuária da USF e rezadeiras para o tema das práticas médicas e de benzedura no quilombo Jibóia.

### 3.4 Aspectos éticos

Para a realização dessa pesquisa, tiveram os aspectos éticos para além do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, pois o pesquisador quando realizou a coleta de dados esteve inserido em alguns espaços sagrados construídos pelas rezadeiras nas suas próprias residências. Nesses espaços, as rezadeiras se conectam com o divino, recebem inúmeras pessoas e praticam o ofício de benzedura. Ao acessar esses ambientes não se deve tocar sem autorização nos objetos sagrados (imagens, terços e escapulários) que fazem parte do local, é importante fazer silêncio para não

atrapalhar o momento de um acolhimento, não sugerir possibilidades de intervenção durante a prática de benzedura e geralmente existe um convite para ser benzido ao entrar ou sair do espaço.

Avançando nos aspectos éticos referentes ao CEP, para realizar a coleta de dados, foi elaborada inicialmente uma Carta de Anuência que foi enviada para a Prefeitura do município em que ocorreu a pesquisa e com consentimento do prefeito e do secretário municipal de saúde, o pesquisador foi autorizado acessar a Unidade de Saúde da Família Zumbi dos Palmares, localizada no Quilombo Jibóia para realizar as entrevistas com os profissionais. Posteriormente, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas – CEP da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, sob número CAAE: 57220922.7.0000.5208, sendo aprovado em Junho/2022. Além desses procedimentos os participantes foram informados dos objetivos da pesquisa, procedimentos para coleta de dados, garantia do sigilo e direito de recusar ou desistir em qualquer fase da pesquisa sem nenhuma penalidade de acordo com a Resolução CNS 510/16.

Para a realização das entrevistas todos os esclarecimentos foram mencionados previamente aos participantes, os que aceitaram participação voluntária foram solicitados a assinar uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi elaborado em versões para maiores de 18 anos alfabetizados e impossibilitados de assinar. Uma via ficou com o pesquisador e a outra via com o participante. Ressalta-se que foi comunicado aos participantes que estes teriam acesso aos resultados ao término da pesquisa, que teria divulgação apenas em eventos ou publicações científicas.

#### **4 ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Os eixos temáticos apresentados neste capítulo, foram construídos com base nos objetivos dessa pesquisa e na articulação com os procedimentos metodológicos empregados nos procedimentos para analisar os dados coletados através das entrevistas semiestruturadas, diários de campo com registros de algumas ocasiões onde familiares do próprio pesquisador foram rezados e técnica de observação participante durante as visitas aos entrevistados. Todo material foi analisado a partir de duas etapas iniciais que

foram construídas pelo pesquisador antes de elaborar o mapa dialógico como recurso que faz parte dos procedimentos de análise em pesquisas científicas (Nascimento, 2014).

A primeira etapa consistiu em fazer a transcrição sequencial (TS) do material que foi analisado e teve como propósito auxiliar na construção dos temas. A TS é feita por meio da identificação das falas e vozes nos áudios coletados nas entrevistas, nesse sentido, foi construída uma ordem para cada participante com base em um determinado assunto de modo que fosse possível estabelecer uma interação dialógica entre as pessoas e o modo como elas se posicionam em relação aos assuntos tratados nessa pesquisa. Nesse sentido, foi construído um quadro contendo numa primeira coluna os interlocutores, na segunda coluna continha a transcrição sequencial e na terceira coluna os temas que emergiram da TS (Nascimento, 2014).

Assim, finalizada a transcrição sequencial, avançamos para a segunda etapa da transcrição integral (TI) dos áudios gravados durante as entrevistas. Nessa etapa, incluiu todas as falas de forma literal, onde se preservou o discurso original dos participantes. Um vez finalizada a transcrição integral, todas as linhas foram numeradas com auxílio de ferramentas do Microsoft Word com o intuito de localizarmos na etapa do mapa dialógico e na discussão dos resultados, onde se encontra cada fala que fizemos referência (Nascimento, 2014). Por fim, o mapa dialógico foi construído após as duas etapas mencionadas anteriormente e consta um modelo no Apêndice C - Exemplo de Mapas Dialógicos na página 78.

Portanto, o mapa dialógico, foi um instrumento utilizado pelo pesquisador como um dos passos da análise que pôde auxiliar na organização, associação e interpretação dos discursos, assim como, no norteamento das discussões e resultados que tratam da realidade pesquisada e serão apresentadas nas seções a seguir.

#### 4.1 Compreensão de saúde: um testemunho de fé e devoção



No quilombo Jibóia, dona Elza (rezadeira) durante cinquenta anos da sua vida tem se dedicado ao ofício de benzer crianças e adultos na sua casa onde estive e pude escutá-la dizer que: “Tanto quem reza como quem vai receber a reza, como eu também, quem reza e quem recebe, se não tiver fé não adianta não”. Essa informação é uma compreensão de saúde que faz relação com o entendimento que dona Stella (técnica de enfermagem aposentada e rezadeira em exercício) também tem sobre a saúde. Um exemplo foi quando presenciou o testemunho de uma mulher que teve câncer de mama: “A menina daqui foi dá testemunho que ela tava com CA no seio, ela fez tratamento, ela foi dá o testemunho. Ela é muito devota de Nossa Senhora de Fátima do Sagrado Coração de Jesus”. Após um período em tratamento médico associado com a devoção da mulher pela santa houve um período para a realização de exames e uma ultrassonografia constatou não haver mais nada relativo à doença.

Entretanto a compreensão de saúde não pode ser entendida somente como ausência de doença. Gil (dentista) que trabalha na USF do quilombo Jibóia disse que: “Pra mim, saúde [é] um completo, não só a ausência da doença, mas o completo bem-estar físico, mental, social do indivíduo”. Benedita (enfermeira) que também trabalha na mesma unidade informou que: “Passei minha faculdade toda, todos os professores falando que a saúde é a ausência da doença. Eu não acho que a gente se baseia só nisso. Eu acho que é uma coisa mais ampla na verdade, né!”. Um exemplo para ela é que saúde mental é algo que as pessoas muitas vezes não sabem o que é e.

Benedita diz que saúde mental é: “Ter paz, existem vários motivos para ligar a saúde mental, é multifatorial.” Ela avança nesse sentido e acredita que quando as pessoas falam na questão de saúde: “Eu acho que a gente vem desde lá de sempre da questão financeira, da questão educacional, do acesso, a gente tem muitas dificuldades ainda em relação a nossa realidade”. São muitos fatores que influenciam na saúde das pessoas e Benedita continua seu raciocínio dizendo que: “A gente não consegue propor uma saúde mental de uma pessoa se essa pessoa não tem acesso à medicação, não tem acesso à educação, ele não vai ter acesso a um transporte, muitas vezes vem andando

e quando chega aqui já chega com todos os índices alterados por causa de uma caminhada enorme”.

A ampliação que Benedita menciona em relação à saúde tem a ver com a atuação do farmacêutico Assis que inclui a relação que estabelece com as pessoas na USF para ter mais conhecimento. Assis (farmacêutico e médium) adquire conhecimento voltado à saúde: “Entrando em contato com os pacientes para que eles possam se prevenir e se cuidar. Então, trabalho muito nessa forma de comunicação por conta de cada situação”. Para ele saúde é: “Eu acho que você, primeiramente aqui no ambiente [Unidade de Saúde da Família], você acolher o paciente, saber o motivo que o paciente está passando nos outros setores”. Saúde para ele tem a ver com acolhimento, tratar bem e: “Eu acho que a gente vai aprendendo o conhecimento a cada dia. A gente vai aprendendo cada vez com cada pessoa. Aí a gente passa a nossa experiência, ele passa a experiência dele e a gente acaba tratando ele como família que é um posto familiar”.

A unidade conta com enfermeira, médico, dentista e com isso, Assis faz o máximo para os(as) usuários(as) serem bem atendidos(as). Assis se baseia nas experiências vividas na unidade para dizer o que é saúde, além de farmacêutico ele é médium e benzedor, associando as duas práticas para promover saúde e adquirir conhecimentos. Ele menciona um sentido ético para essas duas formas de praticar saúde: “A gente sabe que existe a ética aqui na saúde que é cuidar, cuidar bem”. Ajudar o próximo é algo que ele faz tanto na vida profissional como na vida pessoal, mas: “Só não posso confundir as coisas, não sabe? O que a gente tem que saber da vida é o profissionalismo e vida pessoal”.

Assis menciona o assunto da ética em saúde que é bastante discutido nos congressos científicos, salas de aula das universidades e exercício profissional com base nas suas práticas ofertadas às pessoas. Assis se baseia nas suas experiências para dizer o que é saúde, tomo como referência meu processo de inserção profissional no SUS na USF Zumbi dos Palmares para testemunhar minha compreensão de saúde. Na época eu não sabia como

promover saúde, prevenir doenças e oferecer práticas de cuidado dentro e fora da unidade básica de saúde. O meu entendimento em políticas públicas em saúde se apoiava apenas na mesma compreensão de Gil: “Eu acho que o SUS abre as portas para muitos profissionais, então o SUS ele é básico, a unidade básica de saúde, é a primeira porta de entrada do usuário, então assim, você faz procedimentos mais básicos que eu nem sabia”.

Através desta fala de Gil, minha formação em psicologia muitas vezes em sala de aula foi direcionada para compreender e praticar saúde numa perspectiva elitizada. Avançando nesse contexto, a próxima seção vai abordar as práticas de cuidado ofertadas pelos profissionais de saúde da USF, rezadeiras e um breve relato como foi meu processo de inserção na unidade de saúde.

#### 4.2 Práticas de cuidado

Foi com a compreensão de saúde como ausência de doença mencionada por Benedita no capítulo anterior que cheguei na USF Zumbi dos Palmares no quilombo Jibóia. Cheguei bastante limitado de conhecimento teórico e sem experiência prática para trabalhar no contexto do SUS (Sistema Único de Saúde). Eu não sabia como desenvolver práticas de cuidado para os(as) usuários(as) que recorriam diariamente aos serviços ofertados na USF e muito menos em um contexto específico de população quilombola.

Conversei muitas vezes com colegas psicólogos(as) que considerava experientes, os colegas profissionais que faziam parte da equipe NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) para compartilhar angústias que vivia cotidianamente em relação à minha prática profissional e fui estudar manuais ofertados pelo Ministério da Saúde, Referências Técnicas para atuação de psicólogos(as) no âmbito das políticas públicas de saúde para tentar me nortear.

Estudei materiais científicos da área da saúde e no exemplo de Assis são estudos religiosos que orientam sua prática como médium para trabalhar em busca da cura e do bem do próximo na comunidade quilombola: “Estudei um pouco Allan Kardec, André Menezes e fui também me fortalecer, fazendo a doação e me benzendo também que se sabe que a gente, quando pega

peças de cargas muito negativa, a gente fica muito abatido. Eu fui buscar forças positivas, né?”. Assis traz uma perspectiva de autocuidado que muitas vezes não é levada em consideração pelos profissionais de saúde que geralmente vivem sobrecarregados no trabalho.

Foi o caso de dona Stella que: “pegava os problemas do povo tudo para mim, tudo entendeu? Eu pegava, eu via a situação, eu pegava tudo pra mim”. Dona Stella entrava oito horas da manhã na USF do quilombo Jibóia, mas antes de chegar na unidade de saúde já saía da sua casa fazendo visitas domiciliares aos usuários referenciados no território. Durante as visitas ela via inúmeras situações e dificuldades que algumas pessoas viviam: “Tinha gente que eu ia até varrer a casa, fazer um café, devido à situação da pessoa”.

Dona Stella relata um caso sobre práticas de cuidado que ofertou durante o seu exercício profissional referente uma mulher que não sabia que estava grávida de gêmeos pela falta de acesso ao exame de ultrassonografia, passou por uma fase de adoecimento na gestação e quase morreu no hospital. Diante dessa situação o marido da mulher teve que cuidar da família e saía para trabalhar muito cedo. Dona Stella passava na casa dessa família para fazer visita e: “Via a situação dela aquilo me comovia aí eu ia fazer uma comida pra ela, ia trocar os meninos, dar banho nos meninos, ajudava ela sentar, o que eu podia fazer ali por ela, lavava um prato, eu fazia um mingau para ela, uma comida e várias outras pessoas também via a situação e eu me obrigava a fazer”.

Dona Stella ofertou esse cuidado durante o tempo de recuperação da mulher por meio de uma articulação feita com sua colega Lélia (atualmente técnica de enfermagem aposentada). Em períodos que o posto de saúde estava sem movimento, saía para realizar essas atividades, pois segundo ela: “Era pertinho e eu dava um pulo lá”.

Quem também partilha dessa mesma prática de cuidado é Dandara (agente comunitária de saúde) que trabalha na USF Zumbi dos Palmares há quase 24 anos. Ela diz que: “O trabalho como agente comunitário se a pessoa bem soubesse, é bom, só ter conhecimento, [ao] chegar numa casa e ver uma

idosa deitada com fome, toda suja, mijada e eu chegava lá, nem que eu fique a manhã todinha aqui, mas vou sair daqui depois que der banho nela, depois que eu fizer o almoço, eu fazia isso, fazia e faço qualquer hora”.

Às vezes Dandara chegava oito horas da manhã em uma casa e saía meio dia para deixar tudo organizado. Em uma visita domiciliar ela retrata como conversava com uma usuária: “Eu vou fazer um chazinho pra senhora.” Além do chá ela conta que faz o almoço, arroz com verdura e ainda questiona a aparência física: “E esse cabelo?” e vai além nos cuidados quando: “Pegava uma tesoura e cortava o cabelo dessa pessoa todinho, cortava as unha, deixava deitada na cama com barriga cheia e toda limpa”.

Dandara acrescenta que ofertar cuidado é desse jeito: “Eu pegar dá banho, trocar fralda, trocar roupa, fazer comida, fazer um chá, varrer a casa [e] depois vai tomar o remédio”. Para ela o trabalho de agente comunitário é: “Às vez a gente encontra uma situação, a pessoa deitada toda cheia de fezes com fralda e a casa chuja e a pessoa deitada. Eu chegava e fazia isso várias vez, pegava lavava panela, esquentava água, botava uma cadeira, dava banho dentro de casa”.

Além de oferecer cuidados aos aspectos físicos ela conversa com cada usuário(a) levando em conta que cada pessoa tem sua história de vida: “A gente conversa com um de um jeito, conversa com outro de outro jeito.” Acrescenta que: “A gente recebe todo mundo normal, você não vai jogar pedra” e vai conversar com as pessoas para que elas possam entender a situação que estão passando e que todo mundo pode passar por dificuldades: “Quantas pessoas passa por situação, você tá passando e todo mundo pode passar, mas só que você tem que se compreender, entender que é assim e aí desse jeito a gente vai”.

Neste mesmo sentido, dona Elza também cuida das pessoas de forma bastante parecida como dona Stella e Dandara fazem. Todas elas servem as pessoas doentes do quilombo Jibóia e localidades vizinhas. Dona Elza conta que no período que conseguia se locomover com mais facilidade: “Eu sempre, os doentes daqui, quando eu andava, que agora eu não ando mais, mas

quando eu andava, tava forte, eu nunca deixava de visitar os doentes e aquilo ali era uma coisa que tinha e chegava lá, eu fazia uma coisa e fazia outra, eu lavava uma roupa se precisasse eu dava uma comidinha, se não tivesse quem fizesse, eu chegava ali e fazia uma comida e dava, às vezes eu levava feita de casa pra aquela pessoa que tava precisando, tava doente e aí eu levava aquele caldo, mingau que a gente faz, levava pra fortalecer aquele doente”.

Durante muitos anos dona Elza ajudou quem não tinha vínculo familiar fortalecido ou vivia insegurança alimentar: “Tanto eu levava pra deixar pra alguém, como eu levava feito. Ajudei muito. Lutei muito com gente doente. Pelejei muito, eu ia lá qualquer hora que precisasse, de noite, qualquer hora eu ia”. Vemos aqui uma prática de cuidado muito mais alargada do que apenas a exigida pela atuação profissional. É importante comentar com àquela concepção de saúde mais ampla do que apenas a ausência de doença.

As práticas de cuidado também são ofertadas para as crianças do quilombo Jibóia e Dona Elza diz que: “Às vez o povo não tem cuidado com nada e eu sempre tenho cuidado, falo que é obrigado ter cuidado de mandar não andar com criança na chuva”. O cuidado de dona Elza tem um sentido relacionado à febre que pode ocorrer durante o nascimento dos primeiros dentes dos bebês pois: “O menino às vez ta nascendo dente e tá com febre e não pode se molhar e aí eu fico falando sempre com as menina aqui pra elas ter cuidado disso com eles”.

Esse tipo de demanda que chega para dona Elza no seu ofício de benzer, Gil também oferece na USF: “Eu forneço cuidados básicos de prevenção, tratamento em si da carie que é um processo que mais, é, destrói os dentes, então a gente foca muito na prevenção. Aplicação de flúor, serviço de restauração pra aquelas pessoas que já estão com a doença instalada e não é mais reversível, a gente parte para extração”.

Esses dois exemplos de cuidados como forma de prevenção de riscos à saúde das pessoas possuem sentidos diversificados embasados numa perspectiva do conhecimento popular e outro científico sem que uma seja melhor que a outra. Ambas são construídas a partir do local que cada pessoa

vive, maneira como interpreta suas experiências cotidianas. A seguir outros exemplos serão mencionados para abordar a variedade das práticas de cuidado.

Assis que é farmacêutico e médium, utiliza essa diversidade em práticas de cuidados para ajudar pessoas não somente na USF: “Eu comecei a fazer cirurgias espirituais em pessoas que tinha sinusite. Tem prova de pessoas aqui que tinha mioma no útero, que foi feita a cirurgia espiritual. Pessoas que curei da sinusite, de pessoas que deixou o cigarro”. Assis pratica cirurgias espirituais em local apropriado e previamente preparado, mas não é na USF e tem como objetivo curar e ajudar: “Eu faço, pois é uma coisa que eu me sinto bem, né? Primeiramente Deus me deu esse dom de curar. Só não posso confundir as coisas e receber, não sabe?”.

Em relação a não receber pelo seu serviço prestado enquanto médium ele exemplifica que fez uma cirurgia espiritual em um homem e foi descoberto no mesmo momento a existência de uma doença no coração: “Ele foi curado, mas não cem por cento, mas de lá para cá já teve uns dois ou três avc” e acrescenta que o homem quando faz contato com ele pelas ruas de Antônio Gonçalves lembra da sua intervenção e diz: “Poxa, eu nunca esqueci o que você fez por mim” e Assis acrescenta dizendo que: “Tem que agradecer a Deus e se cuidar”.

Outro exemplo é Firmina (usuária da USF) que utiliza a diversidade das práticas de cuidado como forma de tratamento para suas doenças. A experiência dela com cirurgias espirituais e resultados promissores possibilitou que ela orientasse outras pessoas: “Eu procuro as famílias que tá precisando pra eles [médiuns] ajudarem mesmo do modo que eu fui ajudada. Eu vou orientando as pessoas, pergunto se querem ajuda. É só agradecer porque abaixo de Deus, ele me fez... [pausa] me, ele me curou, porque o que eu sentia, uma cabeça que eu tinha, parece que não era minha não. Agora eu tenho a cabeça leve, cabeça de criança, eu não tenho dúvida”.

Diante da diversidade de práticas mencionadas nesse estudo, dona Firmina demarca a distinção entre benzedura e medicina ao contar que antes

da implantação da USF no quilombo Jibóia, as pessoas faziam uso de remédios caseiros e conta uma situação quando era criança para ilustrar as dificuldades vividas na época que não tinha posto de saúde: “Eu mesmo tive uma vez um corte no braço que ainda dá pra vê quando eu era menina e um arame me cortou e meu pai colocou café, o pó do café, fiquei com o braço cheio do pó do café e ali foi curando, curando e não tinha... [não concluiu o raciocínio] Muito difícil nesse tempo e curou”.

Dona Firmina acrescenta que as práticas de cuidado ocorriam dessa forma usando sumo de folha, de ervas ou: “Então era o pó do café, era pra estancar o sangue, era a telha da aranha que coloca pra estancar o sangue e essas coisa assim, muitas coisa, assim antiga”. Quem completa essa ideia é Benedita, pois entende que: “Muitas dificuldades dos pacientes usarem as medicações corretas porque são analfabetos e não sabem ler e a gente tem que usar de artimanhas para fazer desenho de lua e desenho de sol, caixas diferentes para eles saberem usar a medicação correta”.

Benedita conta que sempre trabalhou em zona rural, que sua prática foi quase toda nesse contexto e sempre tenta trabalhar de uma forma mais simples: “Para não espantar o paciente. Porque às vezes, qualquer atitude que você tenha e ele entende que aquela atitude é como uma, tipo, não é nem prepotência, é como se você tivesse se colocando num lugar mais alto que o paciente, você acaba espantando esse paciente. A questão da hierarquia”.

Para minimizar a hierarquia entre usuários(as) da USF e profissionais, Benedita conta que: “Eu tento fazer com a realidade deles, com os termos populares, sem termos técnicos” e que durante as atividades educativas em saúde: “Eu trabalho muito com a questão da educação em saúde, eu mostro muitas figuras e falo muito, pois eu sei que a maioria não sabe ler e não sabe escrever”. Essa maneira como Benedita trabalha com os(as) usuários(as), pode ser entendida como uma prática que rompe com a hierarquia de modo vertical e institucionalizada, favorece o fortalecimento do vínculo de confiança dos(as) usuários(as) com ela, tende a potencializar adesão dos(as)



usuários(as) ao(s) tratamento(s) prescrito(s) e maior participação nas atividades educativas em saúde que são desenvolvidas na USF.

#### 4.3. Entendimento sobre doença

Essas ações educativas em saúde que Benedita realiza na sua prática profissional são uma forma de aproximação entre as pessoas e possibilidade de elas construírem sentidos e desconstruírem conceitos com base nas vivências do cotidiano. Por exemplo, quando fui membro da equipe NASF na USF do quilombo Jibóia durante uma ação em saúde com um grupo de idosas foi abordado por algumas usuárias a importância de construir um grupo com pessoas que fazem uso de drogas lícitas e ilícitas na comunidade por causa do índice elevado de jovens e adultos que desenvolvem alguma forma nociva de uso

Neste sentido é algo que Benedita também se depara até hoje: “A gente tem um número de saúde mental aqui muito grande, muito”. Ela é recém contratada na USF e não consegue fazer um comparativo do índice muito alto de adoecimento mental, se teria a ver com o período da pandemia de coronavírus ou já era anterior: “A gente tem um índice muito alto aqui de saúde mental, de usuários em uso de medicações controladas. A gente tem muitos alcoólatras, o alcoolismo aqui é muito grande e o uso de drogas”.

Em relação a oferecer tratamento para alcoolismo no quilombo me articulei na época que trabalhava com colegas de profissão da USF para elaboramos estratégias para montar um grupo, estudarmos abordagens que tratam do assunto, intervenções para condução e lembro que foram inúmeras dúvidas que vivemos coletivamente diante dessa complexidade que é o alcoolismo. Me apoiei em teorias para sugerir possibilidades de intervenções para o uso abusivo de álcool e outras drogas na comunidade, pois só entendia o alcoolismo pelo viés científico da doença.

Entrevistando Gil lembrei que o seu entendimento de doença era bem parecido com o meu: “Pra mim doença é um processo patológico em que o indivíduo, ele tá necessitando de uma ajuda profissional só que também acredito que ele esteja com o psicológico abalado, eu acho isso. Ao mesmo

tempo que você procura uma ajuda profissional você também precisa se auto avaliar”. Essa perspectiva científica foi limitante demais para mim, não dava conta e não me ajudava a construir ações em saúde. Muitas vezes escutei comentários que surgiam dentro e fora da unidade e sugeriam haver algo espiritual que se apropriava de pessoas com tendência ao alcoolismo, escutei muitos sentidos para um problema de saúde que afeta muitas pessoas e seus familiares.

Dona Stella menciona o sentido que atribui para o alcoolismo na comunidade ao fazer referência de uma moradora do quilombo: “Ela não é um vício, não, não é uma dependência do álcool no caso dela, não. É um incostor ruim. Muitos não acreditam, acham que é vício mesmo. Ali na Jibóia corre muito o que não presta, porque ali a maioria chama muito pelo nome do sujo, se você chama pelo sujo ele vai encostar em você”.

Dona Stella comenta que na comunidade existe: “Uma coisa tão feia, tão feia que eu não desejo que ninguém veja. Ele vai se apoderando das pessoas mais frágeis e sei que os que xingam atrai na bebida né? A maioria das pessoas que bebe não é por vício, mas é algo espiritual”. Quem também entende que alguns processos de doença têm influência espiritual é Assis: “Quem não está se sentindo bem e que se sente [com] o corpo muito pesado, tem aquela parte também que mexe com a espiritualidade, elas ficam com o espírito muito doente que pesa tanto que às vezes ele acha que é um problema que está sentindo, que é um câncer, mas não é”. Ele sugere que é preciso orar e pedir a Deus entendimento para aprender a perdoar, porque: “Às vezes nosso espírito, nosso corpo, ele se cansa, tem máculas pesada do nosso dia a dia, do nosso coração”.

Para exemplificar, dona Stella conta um caso breve que faz relação com a compreensão de Assis sobre alguns processos relacionados à doença com causas espirituais. Ela conta que na comunidade uma menina com transtorno depressivo era acompanhada por espírito obsessor ancestral: “Tem uma menina aí, de vez em quando ela tem a depressão, essa depressão é o que não presta que encosta nela, só que a família não acredita”. Diante de uma

crise que agravou os sintomas depressivos da menina o seu pai sem saber o que fazer chamou dona Stella e outras pessoas para uma intervenção através de reza: “Um dia o pai chamou pra gente rezar lá na casa dela o ofício, quatro pessoa. Nós fomos rezar cantado o ofício”. As compreensões místicas para a saúde mental são definidoras de sentido.

Esse suporte que dona Stella ofereceu para essa pessoa que estava doente foi somente através de reza, ela comenta que faz sua parte e acrescenta que: “Está escrito na bíblia, Jesus disse que nós tinha a possibilidade de expulsar qualquer demônio e isso tá na bíblia, então, eu em nome de Jesus posso. Eu já encosto chamando por Deus, quem chama atrainé?” Dona Stella conta que essa pessoa foi curada da depressão porque o espírito familiar não se aproximou mais dela. Avançando nessa discussão, dona Firmina é outro exemplo em relação aos processos de adoecimento e intervenção espiritual. Ela relata uma dor de cabeça que viveu durante muitos anos, realizando exames, intervenções médicas, mas sem solução: “Tirei a tomografia de enxaqueca e aí continuou doendo. Era preciso fazer uma cirurgia espiritual porque as veias tava muito cheia”.

Diante do agravamento da doença, persistência das dores, ela localizou um médium em São Paulo que realizava cirurgias espirituais e foi realizado o procedimento que ela contextualiza para melhor entendimento: “Fiz todo o procedimento aqui, forrei a cama de branco, acendi uma vela, rezei o pai nosso, crem deus pai e ele colocou uma prima minha lá como que se tivesse deitada na cama e fez a cirurgia na minha cabeça”. Após essa cirurgia ela ficou em repouso alguns dias e obteve melhora significativa: “Sarei, não tenho mais dor de cabeça, minha cabeça parece ser de criança.”

Dona Firmina também tinha dores relacionadas a varizes, ela foi submetida ao mesmo tipo de cirurgia espiritual: “Eu fiz a mesma coisa e ele [médium] operou as minhas pernas, senti como que se tivesse costurando e não tenho mais os vasos que eu tinha assim, não tenho mais”. Ela informa que após ter positivado para COVID-19 passou a sentir dores episódicas nas pernas como consequência das sequelas causadas pelo vírus e não em

relação às varizes. Diante do exposto, foram mencionadas algumas situações de intervenções espirituais para entender como o público adulto compreende processos de adoecimento. Contribuições de dona Elza (rezadeira) em relação ao público infantil também serão mencionadas a seguir.

Dona Elza comenta que: “Eu canso de rezar, mas eu rezo assim de olhado que o povo bota em criança. Olhado eu não sei, deve ser, eu fico pensando assim, porque, isso eu nunca tive declaração sobre esse negócio”. Dona Elza comenta que as mães de algumas crianças vão até sua casa e dizem: “Quero que reze de olhado, disso, reze daquilo, de dor de barriga, meu menino parece que tá com dor de barriga”. Dona (rezadeira) geralmente usa um raminho verde durante o benzimento, mas ela não o considera obrigatório e nos oferece uma explicação com base nos ensinamentos que sua mãe transmitiu para ela sobre benzedura: “Oia minha fia, quando mucha é porque aquela pessoa tinha aquela doença”.

Ao que indica seria um parâmetro para verificar se existe doença ou não, pois segundo sua mãe: “Vê ficar muchinho é porque o menino tá doentinho aí você reza três vez quando a mãe vim, reza três vez que fica bom, que melhora a criança que as vez tá doente”. Aqui temos um exemplo da heteroglossia mencionada no capítulo teórico. Aqui é possível perceber que a fala da mãe de Dona Elza se faz presente no seu enunciado e aponta para uma transmissão de conhecimento geracional acerca de elementos que sinalizam a presença de alguma doença. Isso mostra como os sentidos são produzidos coletivamente e de maneira dialógica.

Para dona Elza os médicos não entendem o seu ofício de benzer: “Os médico não entende desse negócio de doença, assim de doença que eu tô falando de dente, nasceu os dentes aquela coisa, eles não entendem”. Cada pessoa entrevistada pode trazer uma perspectiva bem diferente ou com proximidade com as demais. Dandara entende as doenças na perspectiva da insegurança alimentar ou alimentação inadequada e conta exemplos vividos no seu cotidiano para contextualizar que: “Alimentação que não tá sendo adequada, porque na minha área mesmo tinha poucas pessoa com problema

de pressão alta, diabética e depois só foi aumentando. Depois dessa parte da alimentação, eu acho que as pessoa tão chegando no limite e ficando afetada”.

Ela usa as falas de algumas pessoas que acompanha em visitas domiciliares para reproduzir variados sentidos produzidos pelas pessoas para o que é doença: “Ah! Que eu não tô com paciência.” Uma usuária comenta: “Ah! Que eu não tô boa, eu não tô boa depois que comecei tomar esses remédio”, outra usuária diz: “Eu tô muito agoniada” e um usuário em diálogo com Dandara diz que: “Oxe, eu tô tomando um medicamento que não tá me servindo!” Sobre esses inúmeros sentidos produzidos pelos(as) usuários(as), Dandara comenta que algumas pessoas vão em busca de psiquiatra para tratar ansiedade, estresse e depressão e ela aproveita o momento da visita para fazer uma recomendação: “Aí eu oriento que tome chá calmante, chá de erva cidreira, maracujina”.

Diante das situações que ela se depara ao longo dos seus anos de profissão não sabe dizer o que significa doença: “Essa resposta eu não sei.” E depois de uma pausa para refletir diz que: “Eu acho que é um sofrimento a doença, porque depois que a doença aloja nas pessoas, pra sair pode dar trabalho e pode levar até o óbito”. Dandara trabalha com Benedita e juntas acolhem inúmeros usuários referenciados na unidade de saúde. Benedita concorda com a mesma perspectiva de Dandara sobre doença. A relação da alimentação inadequada com o alto índice de diabetes e hipertensão: “As doenças mais comuns mesmo são a hipertensão, o diabetes que são os mais comuns, são as procuras maiores justamente essas” e acrescenta que essas doenças já encontram maior predisposição em população quilombola: “Geralmente população quilombola tem mais predisposição para desenvolver as duas doenças. Na maioria das vezes até as duas juntas”.

Adiante, Benedita acrescenta que existem poucos casos de hanseníase e tuberculose e houve uma redução significativa de pessoas com diarreia. Os casos de diarreia ela explica: “Às vezes eles [usuários(as)] chamam de nervo caído”. Ela faz uso de uma fala de uma mãe que estava acompanhada do filho com diarreia na triagem para exemplificar: “Há tá com

nervo caído e aí vou levar na benzedeira”. Durante a entrevista ela explica que nervo caído, tem a ver com a pessoa tá fraca, sem se alimentar e que muitos usuários(as) acreditam que levar pessoas com diarreia para benzer vai melhorar mais rápido o quadro da doença. E combinação com o tratamento médico ou não? Se for em combinação, é um ótimo exemplo do que você argumentou mais no início do trabalho.

Em uma visão mais ampliada acerca do entendimento sobre doença, Benedita menciona que a falta de infraestrutura, falta de saneamento básico é causa de muitas doenças. Muitas são consequência da falta de dinheiro e consequência da falta do estudo: “Eu acho que doença é justamente isso. É a falta de tudo isso”. Avançamos na discussão trazendo contribuições de Gil os processos envolvendo doenças a partir da sua formação científica e história da sua família: “Quando a carie adentra na polpa do dente, que é a parte viva do dente, aí não tem como reverter mais, tem que fazer o processo de canal que é remover a polpa.” mas que mediante as situações de adoecimento é familiar para Gil (dentista) que: “Você tá doente e sua mãe, sua avó levar você a uma rezadeira. Isso pra mim é familiar. Pra mim é família. Eu vivencio isso através daqui [contexto da USF], também”.

Nesse aspecto familiar, convivi com inúmeras pessoas quando trabalhei na USF do quilombo Jibóia e que atualmente considero família pelo vínculo afetivo e o modo como dedicam tempo e ofertam cuidado para mim, meus filhos e esposa. No tópico seguinte existe uma explicação inicial para a ordem das entrevistas justamente pela familiaridade do pesquisador com a filha da benzedeira dona Elza que prontamente se mostrou disponível para dar suporte todas as vezes que estive no quilombo como pesquisador, ao fazer sugestões de pessoas com potencial chances de participação na pesquisa, o fornecimento de contatos telefônicos para articular entrevistas, oferta da sua casa como ponto de apoio para organizar o material antes de realizar todas as entrevistas e práticas de cuidado disponibilizadas por meio de acolhimentos e benzimentos ao pesquisador e seus familiares que algumas vezes também estiveram presentes no campo da pesquisa.

#### 4.4. Práticas de benzedura: “A fé que cura, tudo é a fé.”

A primeira pessoa escolhida para ser entrevistada no quilombo Jibóia foi dona Elza. Existiu uma razão específica para tomá-la como ponto de partida. Trata-se da benzedeira com mais tempo em exercício, idade avançada, saúde frágil e proximidade do pesquisador com ela e sua filha que me apoiou com uma rede de participantes para serem entrevistados e me recepcionou na sua casa todas as vezes que visitei o quilombo. Dona Elza me recebeu na sua casa e com muita simplicidade na forma de narrar sua trajetória como rezadeira, disse: “Comecei a rezar em todas crianças, aqui os meninos chegam aqui avexados com elas [mães] e eu rezo de dor de barriga, rezo de olhado, vento caído”.

No quilombo muitos adultos levam crianças até a casa da dona Elza para que ela reze de olhado: “Aqui tem um bando de gente que reza de oiado, mas só vem mais é pra qui. Só vem mais pra qui, porque diz que eu rezo e fica bom, fica melhor”. Ela se refere por exemplo ao modo como uma pessoa lhe aborda: “Ah! Eu vim aqui pra Elza pra você rezar, porque já levei pra o médico, mas eu tenho muita fé em você e venho”. A fé é algo que para dona Elza precisa fazer parte em quem a procura como também dela que reza: “Quando eu tô rezando eu tenho aquela fé pra mim, aquele menino vai ficar bom, vai passar”. Sua benzeção pode ou não ter um ramo verde associado, conforme sua mãe lhe ensinou: “Eu rezo, é, eu pego um ramo verde e aí eu rezo pra aquela pessoa, o que eu sei, o que mãe me ensinou. Eu rezo de qualquer jeito. Se não tiver o ramo eu rezo”.

Dona Elza comenta que aprendeu rezar com sua mãe com um tipo de mato composto de folhas verdes chamado vassourinha que é direcionado para as crianças, ao mesmo tempo ela que reza, ele murcha e vai apresentando tonalidade escura. Acrescenta que prefere rezar somente durante o dia: “Mas se chegar alguém aqui, um menino, um pai pedindo ou uma mãe pedindo pra eu rezar de uma dor de uma coisa, eu rezo”.

Partindo do contexto da casa de dona Elza percorri o ambiente da USF Zumbi dos Palmares que também está localizada no quilombo Jibóia, na

tentativa de compreender a procura das pessoas pela enfermeira Benedita que também é bastante requisitada para intervir junto ao público infantil pelos mesmos motivos que dona Elza também é solicitada. Benedita prontamente contextualiza esse fluxo para melhorar nossa compreensão: “Mas é muito forte essa crença [nas benzeduras]. As vezes a criança tá com olho quebrado que eles falavam. Ou às vezes assim, a criança tava vomitando, começou vomitar do nada, tá com uma diarreia do nada e aí você não sabe a causa”. Muitas vezes as causas para um adoecimento são desconhecidas e uma área do conhecimento sozinha geralmente não consegue contemplar com intervenções ou respostas relacionadas ao que está resultando na doença de uma pessoa ou grupo.

Neste sentido, é válido entender que existe mais de uma prática ofertada para as pessoas no quilombo e que elas podem ter acesso dentro do seu próprio território. Práticas muitas vezes transmitidas geracionalmente como conta Benedita acerca da sua avó que falava para ela levar seu filho mais velho para benzer e ela sempre o levava. Ela crê nos resultados positivos que as práticas de benzedura podem ter na vida das pessoas. No entanto, no seu exercício profissional ela não deixa explícita sua crença acerca das benzeduras: “Eu creio, creio. Não digo isso para eles [usuários(as)].”

Eu pergunto se há motivos para não manifestar sua crença aos usuários. Prontamente ela diz que: “Porque às vezes, a gente acaba incentivando do jeito negativo, né”. Benedita acredita nas práticas de benzedura, mas no contexto da USF parece ocultar sua crença para os(as) usuários(as) em atendimento. Ao tratar um pouco mais do tema das benzeduras ela diz que: “Eu acho que depende muito da fé e do que a gente faz no momento”. Desta forma, os sentidos produzidos por Benedita e dona Elza se aproximam quando mencionam a fé como parte de um processo capaz de fazer relação entre práticas médicas e de benzedura, a partir dos lugares que as entrevistadas ocupam no quilombo sendo uma enfermeira e outra rezadeira.



Desenvolvendo um pouco mais nesta direção, Benedita diz que: “Se você leva, por exemplo, um filho doente pra uma benzedeira e se você tá levando, é porque você acredita. Porque você tem fé que de alguma forma ela pode interferir”. Ela entende que pode não haver cura, mas pode amenizar sintomas e acrescenta: “Tem a parte científica que a gente não pode abandonar”. Tentei fazer um exercício me apropriando desse discurso de Benedita que acredita, porém se nega no seu exercício profissional a oferecer orientações acerca das práticas de benzedura como recurso presente no quilombo. Para chegar a um possível entendimento faço uma aproximação e uma divergência em relação ao que ela disse me utilizando de experiências familiares e profissional.

Sou psicólogo, tenho dois filhos e os levo frequentemente para ser benzidos no quilombo Jibóia por dona Elza. Ter uma base científica na minha formação profissional não anulou o que acredito sobre as benzeduras serem úteis na intervenção de um mal que esteja acometendo meus familiares, pessoas em geral ou mesmo no sentido de uma reza que nos proteja de energias negativas às quais estamos expostos. Nessa direção, existe uma aproximação com o sentido atribuído por Benedita. No entanto, é válido ressaltar que esta pesquisa segue uma metodologia científica, aborda o tema das benzeduras que tem somado para minha qualificação profissional e melhor entendimento sobre formas de cuidado que não se restringem apenas aos modelos técnicos-científicos. E nesse ponto parece que há divergência entre nossas perspectivas como profissionais de saúde.

Evidentemente existem profissionais com variadas abordagens e uma dinâmica de funcionamento própria. No meu caso, quando há possibilidade de dialogar durante um atendimento com uma pessoa sobre minhas crenças religiosas, demonstrar interesse em escutar sua compreensão sobre práticas religiosas ou mesmo orientá-la na adesão a um tratamento espiritual baseado no que a própria pessoa acredita e tem afinidade, eu o faço. No entanto, quando a pessoa não traz a questão da sua crença durante o atendimento, ainda assim, peço que ela comente sobre suas crenças no sentido espiritual ou religioso por compreender que se trata de um campo que perpassa e pode

influenciar nos processos de saúde ou doença de muitas pessoas e comunidades.

Avançando na discussão, dona Firmina traz uma compreensão quase conceitual para o que é o benzedor em relação ao médico: “Benzedor a gente só procura naquelas horas que às vez que tomou o remédio do médico não deu certo, deixa eu ver ali no benzedor pra ver se eu tomo remédio caseiro e se vai servir, não é assim? E aí a gente faz essa diferença de um pra o outro, né?”. Dando continuidade, dona Firmina exemplifica o diálogo que teve com um benzedor local chamado Nelson e o modo como ele a orientou no momento de uma crise de pânico em que os psicotrópicos que ela usava e foram prescritos pelo médico não surtiam efeito: “Você pegue sete folha de manga, sete folha de laranja, sete dente de cravo e uma galha de manjeriçã e faça um banho, toma um banho normal com sabonete, cabeça e tudo, depois despeja essa água em você e toma um chá.

Dona Firmina conta que fez o primeiro banho, depois mais três, um por semana e com essa orientação foi se acalmando até que teve melhora: “Faço banho caseiro e aí vou levando”. Diante dessa intervenção, dona Firmina comenta que segue fazendo uso dos psicotrópicos em associação com os banhos caseiros. Dona Firmina diz que a maioria das pessoas não recorre às práticas de benzedura como forma de tratamento, mas para ela tem muita importância: “Pra quem quer, quem acredita, mas um pouco de fé é muito importante”.

A fé se manifesta nos processos que envolvem práticas de benzedura, está presente no repertório linguístico da benzedeira, enfermeira e usuária da USF que produzem informações para construção do tema abordado nessa seção. Neste sentido, dona Firmina conta um breve caso ocorrido no quilombo acerca da benzedura ter sido um recurso utilizado para uma menina bastante doente: “O problema era benzedura que a menina não era sozinha, ela tinha um companheiro de morto, né?” Os familiares dessa menina foram orientados por algumas pessoas de Jibóia para que procurassem Edson um rezador bastante conhecido da comunidade.

Durante sete dias a menina foi levada na casa de Edson (rezador) que percebeu a presença de um espírito obsessor que se ocupava temporariamente dela e causava males à sua saúde. Edson (rezador) passou a rezar a menina, em seguida benzia água e oferecia para ela beber. Quem também se vale do recurso de fluidificar a água com boas energias para oferecer às pessoas que procuram as práticas de benzedura como forma de tratamento, é Assis. Ele nos conta que: “Tem pessoas que às vezes também não consegue dormir e que está perturbada e aí a gente usou água durante sete semana e os resultados são gloriosos, resultados positivos”.

Essas práticas de benzedura tornam possível reduzir sintomas ou mesmo alcançar a cura, no caso mencionado da menina que teve libertação do espírito obsessor. O mesmo ocorreu no exemplo de dona Firmina que ia em Edson (rezador) quando não apresentava melhoras das dores rotineiras que sentia na cabeça: “Geralmente eu ia no Edson (rezador). Ele passava um chá com um comprimido e eu tomava”. Ela também recorria a dona Chica (rezadeira em memória) que dedicou toda sua vida praticando benzedura no quilombo Jibóia e recebia pessoas de outros países por ser referência no seu ofício: “A gente caminhava muito pra lá e ela falava muitas coisas que tinha vez que você podia escrever com tinta de ouro que era certo as coisas que ela falava pra gente. Todo mundo tinha resultado dela, muita gente veio até de Portugal pra ela benzer, o pessoal saía satisfeito com o que ela falava”.

Os praticantes de benzedura também oferecem aconselhamentos e apoio espiritual. Veremos, como foi no caso de Assis que teve orientações de Edson (rezador) acerca da descoberta do seu dom mediúnico: “Foi ele que descobriu e disse que eu tinha um dom muito grande”. Nesse sentido, Dona Stella se assemelha ao caso de Assis quando compreende ter um dom para praticar o bem: “Eu sinto que é um dom de Deus, não sabe? Meu dom é sempre de fazer o bem pra os outros” e desenvolve o assunto mencionando que algumas benzeduras que ela aprendeu foram transmitidas através da mãe de dona Elza bem como outras rezas ensinadas pelo seu cunhado: “Um cunhado meu também me ensinou rezar de ferida na boca e de bicheira nos animal.” Acrescenta que seu conhecimento é proveniente dos ensinamentos

transmitidos por essas duas pessoas que “Me ensinaram umas rezas e outras foi Deus”.

No seu ofício de benzedeira dona Stella é muito procurada pelas pessoas para rezar de verruga: “Tem gente que eu só rezo uma vez e já cáí, tem outros que precisa rezar três vez”, bem como de dor de cabeça, inflamação na garganta e mesmo expulsar o demônio de pessoas conforme ela nos conta: “Já expulsei até o demônio de várias pessoas, o ruim [demônio] já botei para falar quando estava no corpo da pessoa. Eu ando com Deus, Nossa Senhora e quem anda com Deus, Nossa Senhora não tem medo de nada”.

Dona Stella além e diz que dependendo do caso reza em qualquer horário: “É sempre antes do sol se pôr, mas dependendo né, porque as palavras de Deus não tem horário, o povo chega aqui e nunca mandei ninguém voltar.” Ao concluir um benzimento muitas pessoas querem remunerá-la com alguma quantia em dinheiro que prontamente se recusa a receber: “Muita gente chega aqui e pergunta: ‘quanto custa?’ Eu digo nada, as palavras de Deus não se vende”. Foi consenso durante as entrevistas entre os praticantes de benzedura não cobrar algo ou receber dinheiro em troca do seu ofício por entender que se trata de um dom divino que precisa ser utilizado para ajudar as pessoas.

Diante dos inúmeros casos que surgem diariamente dona Stella comenta uma situação que faz parte do processo de uma simpatia envolvendo dinheiro, mas não é para ela: “As criança que nascem e fica aquela hérnia no umbigo. Eu faço simpatia com Santo Antônio”. Ela explica que a mãe da criança deve pedir esmola em três casas como parte da simpatia que envolve uma promessa ao santo: “Aí ela me dá o dinheiro e eu compro vela e acendo pra ele [Santo Antônio]”.

Ah inúmeros casos que chegam para ela intervir com benzedura e envolvem, muitas vezes, uma carga exaustiva para dona Stella: “Eu vou rezar em você e eu recebo um peso muito grande.” Ela comenta que durante os dias da semana recebe muitas pessoas na sua casa para serem benzidas e muitas vezes faz parte do seu modo de benzer colocar a mão sobre a cabeça das

peças e com isso sente que geralmente as energias negativas vindas das pessoas causam nela desconfortos físicos como tontura, falta de ar e náuseas, devido ao toque físico transmitido para suas mãos. Nesse contexto das benzeduras avançamos na discussão por meio de um debate que foi montado pelo pesquisador a partir das falas colhidas nas entrevistas entre Dandara e Gil.

Dandara comenta que os católicos geralmente não são liberados pela igreja quando se trata deles recorrerem às práticas de benzedura: “A igreja, às vezes ela não é liberada católico fazer isso, não é liberado não, igreja nenhuma, nem a católica e nem as outras”. Gil complementa o argumento de Dandara quando diz que: “As pessoas que buscam essas práticas, elas estão atrás de um outro meio que não seja o meio técnico, mas o meio espiritual, o meio através da fé pra se libertar de coisas ruins, de doenças, cura, essas coisas”.

Dandara segue refletindo que: “A igreja, ela proibiu e disse que não é certo essa crença.” Ao passo que Gil comenta o seu posicionamento quando diz que: “Não abomino, nada do tipo, pra mim é normal”. Para Gil, é recorrente ouvir acerca das práticas de benzedura. Gil avança no debate e exemplifica uma situação que presenciou na USF: “A menina chega aqui com a bebezinha com vômito, febre, aí diz que vai benzer e que vai levar pra fulaninho benzer” e nesse ponto Dandara concorda ao dizer que: “Interessante que os pais faziam tanta coisa boa era com neto, um filho, uma filha e já ter a continuidade”.

Dandara traz um breve exemplo da importância da continuidade das práticas de benzedura serem transmitidas para gerações mais novas quando menciona o *reisado* como prática cultural da Jibóia em que as ciganas, como popularmente são chamadas, cantavam reis, mas todas já estão com idade bastante avançada, não praticam mais o *reisado* e poucas se dispuseram a ensinar aos mais novos que também não tinham interesse em aprender. Dandara) avança e comenta que alguém: “Se tem uma mãe benzedora, a filha tem que saber, eu achava que devia ensinar pra aquilo ali nunca acabar”.

O debate segue com mais colocações de Gil que argumenta: “Claro que algumas coisas acabam sendo novas, que eu não tenho conhecimento e

que eu vou aprendendo, mas nada extraordinário, algo que eu veja como ‘nossa, abominável!’” Outra vez as opiniões passam a convergir um pouco quando Dandara sinaliza que: “Mais conhecimento das pessoa, na verdade não era pra ninguém perder essa crença, mas continua, pouco, mas continua”. Dandara contextualiza que pela comunidade ser quilombola era para ser mais focada nas benzeduras e estas serem mais valorizadas, com mais transmissão de conhecimento para as pessoas não esquecerem.

Por fim Dandara entende que: “Geralmente a gente sabe que vai indo, vai indo e se acaba e se acabar? Pronto já foi.” Nesse ponto ela complementa com certa indignação: “Nem todos jovens que não sabe nem o que é benzedura. Tem gente aqui [quilombo Jibóia] que não sabe nem o que significa benzedor”. Gil que é do interior parece discordar com esse ponto de vista de Dandara sobre jovens não saberem nem o que é benzedura e novamente rebate com um argumento: “Eu também sou do interior que também tem essas práticas, então, é como se eu tivesse familiarizado, sabe?”.

Para Dandara, as práticas de benzedura estão se acabando no quilombo Jibóia e ficando: “Só história, só história pra contar, não escrita, que nem agora mesmo tá quase sendo uma história contada”. Mas vamos analisar o que Dandara acabou de dizer com relação ao que ela faz durante visitas domiciliares aos usuários da sua área de cobertura. Vejamos a seguir. Ela conta que se depara com pessoas doentes falando: “Aí, eu tô desse jeito” e orienta da seguinte forma: “Já procurou uma pessoa pra lhe rezar? A gente sabe que vale”. Ela vai além para explicar que uma pessoa que teve derrame e teve como sequela paralisia facial, orienta da seguinte forma: “Olha tem um rapaz ali que reza e ensina um remédio certinho, vamo ora e aí foi orar no Edson [rezador]”.

Dandara conta com detalhes como o senhor Edson (rezador) agiu num caso de derrame da seguinte forma: “Ele passa oito chá preparado e a pessoa faz esse chá, toma frio lá no terreiro de tarde, depois que toma não sai mais lá fora e aí esses sete, oito dias, de oito a nove dias a pessoa faz e toma e ali já tem resultado”. Ela aborda ainda mais situações vividas no cotidiano para

exemplificar como as práticas de benzedura possuem eficácia na vida dos adultos e também das crianças: “Aqui na Jibóia geralmente acontece, as crianças quando têm de diarreia, isso é problema de dente, aí o que acontece? Vai na casa do Edson (rezador) e chega lá, eu já mandei várias pessoas, ele reza e passa o remédio certo, ele dava umburana de cheiro, a gente torra ela, pisa bem pisadinha, bota na água e dá, água fria”.

No quilombo Jibóia tem Edson (rezador) e dona Elza que são os rezadores mais conhecidos e para Dandara: “Eles sabem o que já fez de bom para o povo, curou um monte de criança, principalmente meus três filhos”. Dandara conta que na época seu filho mais velho tinha “Mal olhado, chega andava muchinho, muchinho, mesmo assim sem reação nenhuma”. E quando chegava na casa da dona Elza pegava um galho de vassourinha, um ramo verde e rezava. Ao retornar para sua casa notava que: “Chegava em casa o menino já tava espertinho e isso aconteceu várias vezes. Os meus filhos, meus sobrinhos e com a comunidade”.

Mesmo diante desses relatos de experiências vividos por Dandara no âmbito profissional e pessoal, em relação às práticas de benzedura, apesar de tudo ela ainda entende que a tendência é acabar e virar história. Ela fez referência ao senhor Edson (rezador), dona Stella, dona Elza, a mãe da dona Elza (já falecida) como pessoas que praticaram benzedura no quilombo e alguns ainda seguem em atividade, compreende que eles poderiam ser mais valorizados, as pessoas não deveriam esquecer do cuidado ofertado, doenças que foram tratadas, curadas e chega a afirmar que: “Eu queria que evoluísse [práticas de benzedura], ficasse passando, porque aqui a cultura daqui da Jibóia sobre as benzedura e os rezador tá se acabando”.

Dandara ainda sugere que a transmissão desse tipo de conhecimento é importante para “Deixar alguém já preparado, porque tem coisa aqui que eles [pessoas mais jovens] não sabe”. Os argumentos de Dandara apontam para algo que Gil não concorda: “Não com tudo, mas com a grande maioria das coisas que a gente escuta de reza, de benzer, isso pra mim é normal”, mas Dandara novamente rebate dizendo que em relação às práticas de benzedura

a tendência é: “Fica só na história mesmo que quem ouviu conta e quem viu também contar. Pois, a história é essa, que pena, né?”.

Talvez Dandara não se dê conta da importância do que transmitiu oralmente acerca das experiências de benzedura que viveu com seus filhos quando eram crianças e ainda continua vivenciando no contato diário com usuários(as) nas visitas domiciliares, nas próprias orientações que faz quando sugere um rezador ou benzedeira para ajudar as pessoas diante das inúmeras situações de adoecimento que se depara no exercício profissional e no próprio fato de participar dessa pesquisa que está registrando histórias de pessoas e a relação com o tema das benzeduras com o propósito de divulgar para a sociedade e talvez para próximas gerações o valor de uma cultura popular na vida das pessoas e de uma comunidade.

Nesse sentido, é importante lembrar que nem sempre teve posto de saúde e o único recurso utilizado pelas pessoas na maioria das vezes eram as práticas de benzedura como algo que podiam acessar mais facilmente quando comparado com serviços médicos que estavam localizados distante do quilombo. Com o passar dos anos houve a implementação de uma unidade de saúde na comunidade melhorando o acesso aos serviços públicos de saúde como veremos no tópico seguinte.

4.5 Práticas ofertadas pela equipe de saúde da família: “Acredito na minha ciência e acredito nas crenças populares, também.”

A Comunidade quilombola de Jibóia teve sua primeira unidade de saúde da família cadastrada no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) em 30/10/2003 e antes da sua implementação, segundo dona Elza: “Médico era difícil meu fio, médico aqui era muito difícil ou era em Bonfim ou Campo Formoso. Era difícil, eu não podia ir, pobrezinha que não tinha nada e eu não podia sair”. O que dona Elza relata representa a experiência coletiva que inúmeras pessoas vivem em relação ao difícil acesso aos serviços de saúde público e privado no Brasil. Apesar dos avanços na área da saúde ao longo desses anos, as localidades rurais e populações específicas (quilombola, indígena, ribeirinha e em situação de rua) ainda são pouco assistidas se



tratando dos direitos e acesso aos serviços essenciais que garantam o tratamento de doenças, promoção, prevenção e manutenção da saúde.

Neste sentido, cabe contextualizar com a retomada de uma discussão específica vivida no quilombo Jibóia sobre o alto índice de alcoolismo. Para isso, Benedita explica que: “A questão dessas pessoas alcoólatras, a gente tenta fazer um tratamento, mas a gente não consegue, porque a gente não tem uma rede, uma base, uma rede de atendimentos que fortaleça esse tratamento”.

Muitas vezes é iniciado o tratamento para o alcoolismo no posto de saúde por meio de consultas com objetivos de acompanhamento, aconselhamento e orientações visando reduzir danos à saúde física e mental das pessoas que fazem uso excessivo de bebidas alcoólicas, mas é fragmentado pela descontinuidade de outros serviços de saúde que são fundamentais, por exemplo, psicólogo, psiquiatra, oficinas profissionalizantes, orientação espiritual, acesso ao lazer, educação e melhores oportunidades de emprego e renda.

Dando continuidade à implementação da USF Zumbi dos Palmares no quilombo Jibóia quem também comenta é dona Firmina. Quando perguntei como viviam antes do posto de saúde ela respondeu que: “Uma coisa que a gente aqui, há muitos anos, há muito tempo a gente não tinha”. Acrescentando que os profissionais que iniciaram no período de implementação do posto de saúde não são mais as mesmas pessoas: “De quando começou mudaram, quando começou e aí hoje são pessoas novas, mas é outro tempo novo, é outro mundo novo, é outras coisa nova né?”.

Quando iniciaram os atendimentos no posto de saúde a população passou a ter acesso aos profissionais de saúde e serviços ofertados e dona Firmina diz: “Ô meu fio foi uma benção. Graças a Deus pra comunidade foi uma benção pra atender todo mundo, todo mundo é atendido aí de boa vontade e pertinho da gente”. A USF funciona todos os dias de segunda-feira até sexta-feira pela manhã e à tarde, mas nem sempre foi assim.

Vale lembrar que dona Firmina já teve que se deslocar muitas vezes da sua casa na zona rural para a sede do município de Antônio Gonçalves-BA para ter atendimento médico e incontáveis vezes viveu situações de humilhação que ela compartilha: “Era muita dificuldade, você tinha que ir pra Antônio Gonçalves. Eu era casada de novo e tinha os filhinho pequeno, chegava lá e tinha um pouco de humilhação das pessoas”. Dona Firmina detalha um episódio de humilhação que viveu ao chegar no posto de saúde e como foi abordada por um médico: “Há você não chegou agora, há você, vou atender fulano primeiro que ela trouxe isso e isso pra mim, tenho que atender ela primeiro”. Situações como essa são constantemente vividas por usuários(as) em postos de saúde espalhados no território brasileiro.

Dona Firmina é um exemplo de milhares de pessoas que diariamente são humilhadas em filas de espera, no detrato em uma sala de espera no posto de saúde, na falta de informação e dificuldades impostas por profissionais em orientar ou esclarecer dúvidas que podem surgir durante um atendimento. Portanto, dona Firmina complementa que, diante desse contexto: “Você já ia ficando pra escanteio que nem diz o dizer e era na hora que quisesse que chamava a pessoa, às vez até doente, assim, passando mal e tinha que esperar, era muito dificultoso em Antônio Gonçalves”.

Não são somente os(as) usuários(as) que vivenciam essas dificuldades mencionadas, os profissionais de saúde muitas vezes trabalham com precariedade de materiais, falta de qualidade na estrutura física, humilhação e coação eleitoral quando geralmente buscam inserção no mercado de trabalho em serviços públicos por causa da escolha político partidária. Nesse sentido, vou contextualizar com trechos narrados por Dandara (agente comunitária de saúde), sobre um diálogo estabelecido há muitos anos atrás com o prefeito antes da inserção como profissional do posto de saúde.

Vale ressaltar que Dandara na época fez processo seletivo concorrendo a uma vaga para trabalhar no posto de saúde, mas sua aprovação não foi suficiente para obter o cargo: “A vida é um negócio sério. Aqui na zona rural quem votava no prefeito tinha prioridade. Aí cheguei e falei com o prefeito,

naquele tempo era assim, toma lá e dá cá”. Dandara conta que numa segunda-feira foi ao encontro do prefeito que governava na época e ele disse: “Você é parente de quem lá no Jibóia?” Rapidamente tentou responder sua filiação: “Eu disse, olha, eu sou filha, eu sou filha, você não conhece de quem eu sou filha, mas sou sobrinha [omitir o nome do tio de Dandara por questão de sigilo]”. Em seguida ela disse que o seu tio sempre votou no prefeito que prontamente respondeu: “Há, então não se preocupe não, pode vim trabalhar. A partir de hoje você e sua família vai ter que votar pra mim”.

Claramente se nota uma prática eleitoral criminoso que nos dias atuais segue sendo reproduzida e muitos profissionais como Dandara ainda vivenciam situações como essa. Dandara conta que a partir dessa conversa com o prefeito: “Comecei sem experiência nenhuma, peguei os material, peguei e foi indo, foi indo”. Os materiais da época, aos quais ela faz referência são: “Naquele tempo só tinha um boneu, uma jaqueta, uma bolsa, a balança e uma vara na mão”. Uma vara na mão era algo que sempre carregava consigo, pois no seu trajeto para realizar visitas domiciliares passava em trechos que: “Tinha aqueles cachorrão latindo enorme com aqueles dentão, uns cinco, seis cachorro vinha em cima e eu corria e subia em cima da cancela com a barrigona já pra parir”.

Ela relata mais situações de dificuldade em relação ao início da sua profissão concomitante ao final do período de gestação do segundo filho: “Outra vez encontrei uma cobrona no meio do caminho, peguei uma pedra e matei e tudo com a barrigona, gestante”. Ocorreram situações de contato com pessoas que faziam ameaças durante as visitas domiciliares, que ela exemplifica: “Outras vez, entrava na casa de umas pessoa doente mental e bom dia, [usuário(a) referenciado(a) na USF]: “Bom dia”, aí na hora que eu botava o pé lá dentro e [usuário(a) referenciado(a) na USF]: ‘Pode entrar, já matei um e vou matar outro nestante.’ Situação como essa eu fazia só a curva assim [movimento corporal com as pernas para ilustrar evacuação do local] e saía”.

Dona Stella também não teve um começo de carreira profissional muito diferente das experiências de Dandara no posto de saúde de Jibóia. Ela conta como começou: “Eu fui trabalhar no posto da Jibóia, eu trabalhei lá dezenove anos. Eu era a médica, eu era a enfermeira, eu era a técnica, eu era parteira, fiz trinta e seis partos”. A sobrecarga de múltiplas funções foi algo que dona Stella vivenciou muitas vezes no seu exercício profissional ao longo de anos. Nos dias atuais ainda é recorrente nas unidades de saúde devido enorme demanda de usuários(as), falta de material de trabalho, pouca contratação de profissionais que muitas vezes são mal remunerados, outros possuem carga horária de trabalho excessiva fazendo funções que muitas vezes não são de sua competência.

Dona Stella ainda relata que mesmo com a implantação do posto de saúde em Jibóia: “Médico era difícil aqui, doutor [omiti o nome do médico por questão de sigilo] de oito em oito, só chegava cinco horas da tarde, o povo pra vim se consultar só chegava em casa de noite”. Dentre as várias funções que fazia no posto de saúde dona Stella conta que sua experiência maior era como vacinadora: “Eu dava, aplicava a injeção e trabalhei 38 anos como vacinadora, atualmente tô aposentada, mas graças a Deus tenho minha consciência que eu fiz tudo certinho, tratava as pessoas muito bem”.

Diante desse contexto, que até aqui se referiu ao período de implementação do posto de Jibóia e o começo das práticas ofertadas pela equipe de saúde há mais de vinte anos atrás, foram ocorrendo melhorias com o passar dos anos em relação às condições de trabalho por meio de salas climatizadas na unidade, disponibilidade de transporte para o deslocamento dos profissionais até o local de trabalho e uso da tecnologia com computadores e softwares ofertados pelo Ministério da Saúde que passaram a gerenciar consultas em prontuário eletrônico, registro de controle dos medicamentos e acesso aos dados produzidos de atendimentos e procedimentos realizados mensalmente.

Assis, que trabalha na farmácia da USF, nos apresenta como usa a tecnologia: “A gente trabalha com o Hórus. A gente vai saber se você pegou o

medicamento e quantas vezes vem pegar o mesmo”. Ele diz que além dessa finalidade pode cadastrar pessoas para participar do planejamento familiar e em seguida agendar um dia para realizar um grupo para palestra educativa e preparar as pessoas sobre como devem usar preservativo para evitar gravidez indesejada e transmissão de infecções sexualmente transmissíveis.

Para melhor contextualização da unidade, Assis nos apresenta a equipe de referência em saúde da família: “Nós temos nossa unidade, um médico, enfermeira, temos dentista, temos agente comunitário que passa também divulgando lá fora o que está acontecendo ou que venha a acontecer um evento no posto”. Assis também faz divulgação dos serviços oferecidos na USF durante as visitas domiciliares e explica da seguinte maneira para os usuários: “Quer dentista? Está lá, vai lá, aproveita, vou ajeitando, vai fazer o preventivo? Tá marcando”.

Assis comenta que tem muito a agradecer, pois na unidade que trabalha vários serviços são ofertados e entre eles: “A enfermeira está aí para estar ajudando no preventivo e a gente vai levando no setor e orientando as pessoas para que elas possam se prevenir e se cuidar, né?”. Quem também comunica aos usuários os serviços ofertados na unidade é Dandara (agente comunitária de saúde): “A gente avisa a enfermeira, se tiver médico, se não tiver já deixa marcado pra o outro dia”.

Dandara que no começo do seu exercício profissional passou por inúmeras situações mencionadas neste capítulo, traz uma perspectiva de melhorias e evolução ao longo dos vinte e três anos como agente comunitário de saúde: “Aqui graças a Deus mudou bastante, evoluiu muito, fazer uma medicação, tudo foi mudança”. Hoje ela faz visitas aos usuários e comenta que podem ir até a unidade participar de uma reunião, um encontro com a equipe para abordar temas como prevenção de doenças, mas entende que existe pouca adesão das pessoas: “Pra juntar todos fica difícil, às vezes a gente consegue juntar uns seis ou sete, até nove, mas é muito difícil”.

Ela reproduz a maneira como alguns usuários se comportam diante do convite: “Ah, eu tenho vergonha.” outro usuário diz: “Ah, não vou não pra o

meio do povo”. Dandara afirma que se torna difícil para os profissionais aprender mais e passar mais experiência por conta da baixa adesão de usuários aos encontros na USF: “Quanto mais você aprende fica mais fácil de você ajudar quem precisa”.

Dandara diz que no começo da unidade não tinha médico, enfermeira e esses profissionais ficavam concentrados na sede do município, porém com o passar dos anos “Agora evoluiu para um PSF aqui e melhorou bastante, porque não precisa levar as pessoas para a sede”. Novamente ela exemplifica por meio das visitas domiciliares como faz o convite para os usuários irem na unidade em busca de tratamento quando estão doentes: “Você vai fazer uma visita, chega numa casa e pergunta como a pessoa tá e ela diz: “Eu tô ruim” e prontamente é ofertado um serviço médico: “Quer ir para o médico não?” Caso a pessoa não queira ir Dandara ainda oferece outra possibilidade: “Se você puder ir, mas se não puder diga que eu trago o médico até aqui. Tá vendo como mudou?”.

Realmente uma mudança significativa diante dos vários relatos dos entrevistados quando mencionaram acerca da dificuldade que viveram durante muitos anos em Jibóia para ter acesso a um médico na comunidade. Por fim, Dandara comenta que o trabalho como agente comunitário não é só pra visitar as pessoas e fazer anotações: “Agente de saúde é pra dá conselho, pra zelar se você puder, pra ensinar fazer alguma coisa, o meu trabalho mesmo eu faço desse jeito”. Na sequência quem também vai se apresentar como membro da equipe de saúde da família é Gil.

O trabalho de Gil na USF já traz uma perspectiva baseada em métodos técnicos-científicos como veremos a seguir: “Por exemplo, pegar um remédio que vê na internet e bota em cima do dente. Eles [usuários(as)] não entendem que esse remédio, ele pode ser pior”. Para Gil esse procedimento sem orientação profissional é feito pelos usuários e é muito comum ouvir o relato deles(as) no consultório odontológico. Na sua explicação técnica, compreende haver formação ou foco de infecção no dente ocasionando aumento da dor e processo inflamatório que, dependendo da proporção do caso que chega na

unidade, ela prontamente se posiciona da seguinte forma: “Se eu vê que o que eles estão fazendo está piorando o dente, aí eu vou pedir pra evitar, vai depender muito do caso. Se for algo diretamente no dente, eu não vou aprovar e vou reprimir”.

Na atenção primária à saúde, Gil comenta que não é competência dos dentistas fazerem canal dentário, sendo um tipo de tratamento especializado: “Seria mais para especializações, CEO, por exemplo, Centro de Especialidade de Odontologia. Então, é, não é nossa competência fazer serviço de canal”. É importante mencionar que esse exemplo vivido por Gil na sua prática em contexto da USF é uma demanda que também chega para os benzedores e rezadeiras do quilombo Jibóia. E quem se vale das práticas ofertadas pelo posto de saúde e pelas práticas de benzedura é dona Firmina.

Quando precisa de atendimento dona Firmina informa que chega na unidade no horário de funcionamento, sente que é bem atendida, se for preciso vão solicitar exames e prescrevem medicamentos: “Agora mesmo fiz uns exames mês passado e o [omitir o nome do médico da USF] falou que tá tudo bem. Fígado, rins, bexiga já anemia deu um pouquinho, bem verdade, ele passou três comprimidos, já tomei. Ele mandou fazer outro exame e tá tudo bem”. Dona Firmina diz que todos os meses procura médicos e também procura melhorias com benzedores e acrescenta que cada um faz sua parte. Nesse direcionamento, será abordado em seguida como as práticas médicas e de benzedura se associam no cotidiano do quilombo Jibóia.

4.6 Associação entre práticas de benzedura e práticas médicas: “A ciência e a fé é um laço.”

Esta seção aborda a associação entre práticas médicas e de benzedura no quilombo Jibóia. É relevante destacar que durante as entrevistas nenhum participante da pesquisa valorizou, explicitamente, uma das práticas em detrimento da outra. Houve apenas uma exceção em que uma participante (agente comunitário de saúde) reproduziu com exemplos a maneira como o(s) médico(s) (não ficou evidente a quantidade) supervalorizou suas intervenções.

Mesmo diante desse ocorrido, não cabe generalizar que toda classe médica aja como no caso que será mencionado adiante.

Cada participante pôde oferecer sentidos variados acerca dos temas abordados nessa pesquisa. As narrativas muitas vezes se complementaram, outras vezes divergiram entre si. Houve o tempo para cada prática ser abordada em seções específicas e melhor desenvolvidas para a compreensão do(a) leitor(a). Nesta etapa da análise faremos o exercício de associar as duas práticas conforme veremos a seguir.

As práticas médicas e de benzedura se articulam no cotidiano de Jibóia de forma muito perceptível. Pude fazer essa constatação quando trabalhei na USF e por meio da minha experiência familiar. O breve relato de um caso que vivi com meu filho mais novo será o ponto de partida para outros casos, associando benzedura e medicina. Em meados do mês de outubro de 2022, meu filho de dois anos de idade estava com um terçol (hordéolo) na extremidade da pálpebra esquerda bastante protuberante e vermelho. Diante dessa ocorrência, fiz o agendamento com o médico oftalmologista na nossa cidade para que ele fizesse uma avaliação e me orientasse conforme o seu conhecimento técnico-prático.

Prontamente o médico nos recebeu no consultório, realizou alguns exames no olho do meu filho e esclareceu que se tratava de uma infecção bacteriana que acomete a glândula localizada na pálpebra. Após sua explicação, fez um receituário com prescrição de antibiótico e a maneira como deveria ser administrado. Passado o período de uso do remédio, não vi melhora alguma para eliminação do terçol ou mesmo redução. Comecei me preocupar com a possibilidade de evoluir para algo grave e foi nesse momento que procurei dona Stella para informar a angústia que eu estava vivendo com essa situação que já se estendia por algumas semanas.

Prontamente dona Stella combinou comigo um dia e horário para irmos na sua casa e ela fazer uma reza no meu filho. Dois dias após o contato por telefone, chegamos no local indicado por ela, que nos recebeu de forma acolhedora e sugeriu que meu filho fosse rezado primeiro e depois faria uma



simpatia para tratar o terçol no olho esquerdo. Dona pegou na lateral da casa alguns raminhos de folhas, sentou meu filho no seu colo e ficou rezando nele só movimentando os lábios, não sendo possível identificar o que estava sendo dito por ela. Em seguida, foi perceptível que o raminho verde estava murcho com as pontas para fora e a tonalidade um pouco escura.

Dona Stella me informou que o raminho murcho com as pontas para fora é um indicativo forte de olhado na criança. Dando continuidade, ela compartilhou a simpatia que faria com três caroços de feijão que seriam primeiramente torrados numa panela e depois que esfriassem iria passar um de cada vez no olho do meu filho e falaria: “Treçol, tu só vai nascer quando esses três caroços de feijão florescer”. Os três grãos de feijão não têm mais possibilidade de florescimento, pois foram torrados, portanto, o terçol não teria mais como continuar. Assim foi feito, após passar cada grão no olho e recitar a simpatia, dona Stella enterrou os três grãos ali mesmo nas imediações da casa.

Ela ainda fez uma orientação para que eu e minha esposa higienizássemos as mãos, friccionássemos o dedo indicador na mão e, ao sentir o dedo quente, colocássemos no terçol para ajudar no processo de melhora. Diante dessa prática de benzedura, dona Stella compartilhou que terçol é uma bactéria. Ela é técnica de enfermagem e também possui conhecimento científico. Nesse sentido, minha esposa tem um sobrinho médico que também nos orientou a fazer uso de compressa quente como forma de tratamento. Desse modo, foram compartilharam formas de conhecimento e práticas de cuidado às quais pudemos associar as duas como recursos para o tratamento do meu filho. Foi dessa forma que, três dias após realização da simpatia e uso de compressa quente o terçol foi reduzindo. Com aproximadamente oito dias sumiu completamente.

A seguir, quem vai relatar um caso de associação entre benzedura e medicina é dona Firmina: “Procuro médico todos os meses e também procuro as minhas melhoras assim por fora com benzedores. Tem a parte de um e a parte de outro, né!” Durante os encontros mensais que ela tem com o médico e

com benzedor nos explica como entende a função que cada um exerce: “Quando é pra o médico, é sobre exame, essas coisas mais e aí, benzedura é sobre uma dor, sobre uma pergunta do que tá acontecendo, isso e aquilo, umas coisas mais simples, né!” Essa é uma diferença que Firmina faz do médico para o benzedor e quem compartilha esse mesmo sentido é Assis.

Assis entende que associar as duas práticas é importante com base no seguinte argumento: “Tem coisa que realmente é espiritual e tem coisas que a gente vê que precisa passar no médico pra fazer os exames para o médico tentar descobrir. É como se fosse um conjunto que um precisasse do outro”. Apesar dele entender que as duas práticas podem trabalhar em conjunto também se dá conta de que: “É muito difícil ser um médico e ser benzedor, eles podem trabalhar junto, o que pode ser totalmente complicado”. Assis esclarece seu ponto de vista trazendo um exemplo vivido por ele.

Antes dele começar a exemplificar, reitero que Assis é médium, realiza cirurgias espirituais, sua profissão é a de farmacêutico, muitas vezes busca auxílio nas benzeduras e orientações das rezadeiras em momentos que sente que precisa de proteção espiritual. Com isso, Assis está numa posição não estática, transita por elas e as contempla nesse estudo. Entretanto, dando continuidade ao seu exemplo, ele conta com o auxílio de uma entidade espiritual com formação em medicina para realizar cirurgias espirituais.

Durante a realização de uma cirurgia espiritual, se notar que uma doença está em estágio evoluído na pessoa em tratamento, ele orienta que é fundamental a intervenção médica. Para isso, ele compreende os limites da sua prática espiritual e faz a seguinte recomendação: “Eu trabalho com um médico espiritual que sempre me ajuda pra caramba. Já tem seis anos e quando eu vou operar uma pessoa espiritualmente num quarto, faço o quarto como se fosse um centro cirúrgico. A gente pede às pessoas que procurem tratamento da medicina, também”.

Quem também se aproxima de Assis em relação a contemplar as práticas médicas e de benzedura que esse estudo está desenvolvendo, é dona Stella. Ela foi técnica de enfermagem, é rezadeira e se utiliza dos

conhecimentos de benzedura para se fortalecer contra as energias negativas a que se encontra vulnerável. Como exemplo, ela vai nos apresentar uma doença: “Fogo selvagem [pênfigo foliáceo] já ouviu falar?” Ela destaca que são bolhas que se espalham pelo corpo da pessoa doente e que essas mesmas bolhas não podem se fundir, o que leva à morte.

Para esse tipo de doença, dona Stella diz como procede: “Eu rezo, mas mando ir pra o médico também pra tomar um remédio né, porque aquilo é uma infecção<sup>5</sup>”. Indo mais além, ela remonta ao período que iniciou o seu trabalho no posto de saúde para nos informar que começou a praticar benzedura no mesmo período: “Eu não praticava [benzedura] aí eu comecei a praticar quando eu comecei a trabalhar num posto. Eu comecei em 81, vai fazer quarenta e dois anos”.

Dando continuidade ao tema de associação da medicina e benzedura, dona Elza traz sua compreensão: “O povo gosta muito disso, tanto vão pra o médico, como vem pr’aqui [casa dela, local da entrevista] pra eu rezar de oiado de criança não sabe? Eu digo ‘eu vou rezar, se não passar, vá pra o médico, pega o carro e vai pra o médico’.” Ela acrescenta que os médicos prescrevem remédios algumas vezes? e outras vezes só rezando as pessoas já ficam boas de alguma intercorrência que esteja influenciando negativamente na saúde delas. Nesse ponto, dona Elza nos informa: “Digo também, menino [se referindo ao pesquisador], que isso pode ser a fé”.

Benedita explica para os(as) usuários(as) no contexto da USF que eles(as) podem usar as práticas de benzedura associadas ao conhecimento médico, “Já que eles acreditam e que é uma crença, mas [ressalta?] a importância também de seguir a orientação médica ou orientação da enfermagem”. Ela diz que a maioria dos usuários consegue compreender sua orientação, mas sempre tem outros usuários que não consideram que para determinada doença somente a medicina é suficiente.

---

<sup>5</sup> O Pênfigo Foliáceo Endêmico (PFE) é doença bolhosa autoimune crônica da pele, também conhecida como Fogo Selvagem.

Ela conta um exemplo relacionado às crianças que chegam acompanhadas dos pais ou responsáveis na USF com diarreia. Existe um fluxo para o atendimento que começa pela triagem do(a) usuário(a) e vai até o médico, que trata com medicamento(s), mas “Mesmo assim o povo leva para benzer para ajudar a melhorar. É importante, porque às vezes a ida deles na benzedeira, a fé é tão grande que eu acho que sem ela ficaria bem mais difícil o tratamento do paciente”.

Vejamos o que Benedita ainda acrescenta neste sentido: “Acredito na minha ciência e acredito nas crenças populares, também”. Ela considera que muitas teorias científicas foram baseadas nas crenças populares. Por sua vez, Gil também concorda com Benedita quando diz que “Eu acho que elas [benzedura e medicina] contribuem positivamente. A ciência evolui a cada dia e a ciência sabe”. Gil compreende que as pessoas quando vivenciam processos de adoecimento podem procurar à ciência para se curar. Essa procura é um ponto positivo, mas: “Se de um outro lado ele tiver uma fé ali presente que passa por meio dessas benzeduras, é melhor ainda, eu acho que fortalece o processo da cura, das doenças, eu acho que é positivo a união dos dois”.

Gil contextualiza que na recepção da USF ouviu um diálogo entre duas usuárias que estavam esperando atendimento médico, acerca de uma prática que diz que o chá de unha de gato é favorável na gestação, pois potencializa o efeito de fertilização em mulheres que querem engravidar, mas não estão conseguindo: “Com certeza pode ter vindo da avó, bisavó, algo geracional que me chamou atenção foi chá de unha de gato, o termo em si, eu não sei se é, como é que posso dizer?” Gil diz que essa prática chamou sua atenção, pois: “Pelo nome, por ser algo totalmente fora da ciência, me chamou atenção, porque a gente vê muita gente que faz fertilização, faz tratamento e ela veio com essa opção de um chá pra menina tomar, então isso me alertou, me alertou não, me interessou, me chocou”.

Neste sentido, pergunto a Gil o motivo dela se chocar com essa prática e ela prontamente responde: “Eu fiquei impressionada, nunca tinha ouvido falar e até hoje eu não sei como é esse chá de unha de gato se é pejorativo”. Gil diz

que quando a pessoa tá buscando um tratamento para se curar de doença vai buscar por meio da ciência, mas que vale a pena procurar outros meios, por exemplo, as benzeduras, mas com uma ressalva: “Mas aí não vale a pena ela procurar esses meios se ela não tem a fé no seu interior. Então, eu acho que é um laço que contribui com o outro, eu acho que é isso”. Assis complementa o entendimento de Gil ao dizer que para ocorrer esse ponto de união entre as duas práticas: “Você tem que também ter fé para ver se vai dar certo”.

Já é possível constatar novamente ao longo desse trabalho que o elemento fé vincula as duas práticas. Benedita é enfermeira, dona Elza é rezadeira, Assis é farmacêutico, médium e realiza cirurgias espirituais, Gil é dentista, dona Stella é aposentada como técnica de enfermagem e benzedeira. Firmina é usuária da USF, recorre também às benzeduras e Dandara é agente comunitária de saúde e o que todos têm em comum é a fé como fundamental para os processos de saúde, doença e cuidados. Avançando nessa discussão, Assis trabalha na unidade de saúde que é composta por inúmeros profissionais e compreende que nesse cenário “A gente vê que os profissionais que têm mais conhecimento, eles não aceitam [as práticas de benzedura e espirituais] porque sabem que um médico hoje em dia vai passar um medicamento voltado à doença”.

Assis trabalha como farmacêutico na USF, mas tem uma forte influência mediúnica e neste sentido vamos perceber a partir da sua fala e de outros entrevistados como as práticas médicas e de benzedura, apesar de serem associadas constantemente pelas pessoas de Jibóia, também possuem suas delimitações. Assis comenta que as vezes participa das consultas da seguinte forma: “Estou ali do outro lado, não posso interromper e achar que não [em relação ao receituário médico prescrevendo remédios]. Eles [entidades espirituais] passam o que tá acontecendo com eles [usuários(as) da USF] eu sei por causa da minha espiritualidade”.

Assis vincula, no seu trabalho, um conhecimento que possui através da sua formação acadêmica ao conhecimento transmitido pela espiritualidade pela via mediúnica e acrescenta que: “Isso me ajudou bastante. Jamais vou tirar o

medicamento que o doutor passa, que a enfermeira passa e eu vou passar as minhas orientações [espirituais e farmacológicas], também”. Assis compreende que o médico passa medicamentos que às vezes não resolve os sintomas relacionados à doença que uma pessoa tem: “E aí eles [usuários(as)] aqui, eles sempre têm aquele negócio, eles vão ao médico, mas eles acabam procurando benzedores para que rezem e aí já entenderam como se tratar”.

Usaremos esse ponto de vista exposto por Assis – ao expor o modo como as pessoas já entendem como se tratar – para fazer uma consideração. Ao que tudo indica, as pessoas de Jibóia procuram pelas práticas médicas e benzeduras não somente pela acessibilidade a elas, mas provavelmente quando uma ou outra não responde sozinha com os resultados positivos que as pessoas esperam. Assis também tem uma explicação para essa situação ao dizer que muitas vezes as pessoas confundem os problemas existentes nelas, por exemplo: “O problema é na alma e precisa fazer um tratamento de reconhecimento e perdão.” Diante de uma situação como essa a pessoa está sofrendo fisicamente de algo de origem espiritual e vai ao médico em busca de tratamento em local inadequado. Sendo assim, “A opinião do médico às vezes é difícil de entender. A gente sabe que é difícil, porque a medicina dele é totalmente diferente da gente [faz referência da mediunidade, espiritualidade]”.

Ainda tomando como base esse contexto associativo das práticas médica e de benzedura, Dandara vai trazer alguns exemplos baseados no seu trabalho para comentar o que escuta acerca de uma total oposição dos médicos quando tratam pessoas adoecidas que associam as práticas médicas com elementos que envolvem religião: “Os médico mesmo eles não aceita a ciência com religião, eles não aceita”. Ela aprofunda esse assunto ao contar a maneira como um médico abordou um usuário que relatou durante a consulta sua adesão às benzeduras como forma de tratamento para uma doença: “Geralmente ele [médico] diz logo, ‘tu tomou o medicamento?’”. Neste caso, fica claro o que Dandara afirmou acerca da não aceitação do médico em relação a ciência com religião. Fica evidente na fala do médico um direcionamento apenas para o uso científico do medicamento como forma de tratamento.

O outro caso, foi uma intervenção médica que presenciou de um usuário com ferimento que precisava fazer um curativo e ao final da intervenção médica o próprio usuário comunicou ao médico que faria adesão de benzedura para o tratamento, mas o médico respondeu “Não passe nada medicinais de folha [relação e combinação entre as palavras e orações verbais enunciadas pela entrevistada]”. Neste ponto, o discurso do médico foi de recusar o tratamento com folhas e orientar o usuário não usar esse recurso para o tratamento da queimadura.

Para Dandara (agente comunitária de saúde), as visitas ficam difíceis quando está acompanhada do médico pelo fato de não poder dar sugestão para os usuários aderirem às benzeduras como forma de tratamento para as doenças: “Dar sugestão você já não pode. Você não pode fazer porque nós já tamo com a recomendação médica”. A dificuldade para sugerir as benzeduras como forma de tratamento não parece estar relacionada somente ao fato de Dandara já estar com a orientação médica.

É possível constatar que a profissão de medicina é construída socialmente como detentora do saber relacionado as doenças e suas causas, geralmente seus métodos científicos não são questionados pelas pessoas leigas e também existe uma construção social em torno da medicina ser mais valorizada que outras profissões. Portanto, o discurso da medicina se torna verdade absoluta e sem abertura para outras práticas como as benzeduras.

Dandara afirma que desse modo não tem como unir as duas práticas, pois “O médico logo diz: ‘Para com isso e isso, pare logo, se você tiver fazendo não faça, não, porque não dá certo. Faça só o que eu tô mandando’. Então, pra juntar os dois não tem como”. O que é possível compreender na fala desse médico, é a recusa para aceitar que as práticas de benzedura sirvam como tratamento por não ter comprovação científica. Exemplos de falas como essas mencionadas pelo médico aparecem durante nas visitas e também quando Dandara está participando de reuniões multidisciplinares e conferências em saúde.

Nesse contexto multidisciplinar ela comenta: “Se tiver médico participando [reunião, conferência] eles diz: ‘Ah! Que eu fui fazer uma consulta com tal José [médico se referindo a um usuário/paciente] e aí ele disse que tá tomando esse medicamento, mas eu falei que não é pra ele misturar esse com esse’ [não houve especificação]”. É válido ressaltar que nas seções anteriores as pessoas entrevistadas apontaram na maioria das vezes para uma aceitação em relação as duas formas de práticas.

No entanto, Dandara comenta com certo distanciamento seu entendimento em relação ao médico e o benzedor: “Trabalhar no seu limite e não atrapalhando o outro” e reluta com a ideia de que muitos médicos não aceitam as benzeduras: “Eles [médicos] diz logo ‘Isso já passou [não especificou], isso não tem nada haver não.’”. Nesse ponto parece haver uma constatação feita pelo médico em relação um recurso não comprovado cientificamente e que logo foi desconsiderado por não apresentar resultado positivo.

Outro exemplo que Dandara conta, é acerca de uma usuária com queimadura na pele. Ela reproduz a fala do médico durante o atendimento: “A questão aí tá precisando é de médico, é de hospital”. Essa fala tem relação direta com o fato da usuária ter procurado um rezador local para orientá-la sobre a queimadura e o médico não considerar a benzedura como recurso para o tratamento pelo nível da queimadura ter sido de uma complexidade que necessitasse de intervenção e recursos hospitalares.

Dandara conta como os rezadores geralmente orientam em relação à queimadura: “Aqui eles [rezadores e benzedoras] ensina pra botar óleo, detergente, água sanitária”. Mas, com o passar dos dias a queimadura da usuária não melhorou e foi preciso ir para a USF em busca de atendimento médico. Dandara fez a articulação agendando a consulta para à usuária e conta um trecho da fala do médico orientando da seguinte forma: “Não, só soro, só água pra lavar”. Aqui fica evidente que a intervenção utilizada pelo médico se distancia da intervenção dos rezadores e benzedoras quando comparamos as orientações para uma queimadura. Dandara diz que no posto



a intervenção médica para tratar queimaduras é só lavar com água ou soro fisiológico e não pode misturar nada.

Dandara entende que as duas práticas e suas intervenções são importantes, pois: “Um ajudava o outro, a saúde [se refere aos profissionais da saúde] e os benzedores, porque tudo junto somos mais, né?” Ela se vale do alto índice de pessoas com transtornos mentais na comunidade para exemplificar sua afirmação a partir da reprodução de variadas falas: “O pessoal que tem problema de depressão, eles [usuários(as)] diz: ‘Já tô com sintoma disso’, ‘Porque eu não aguento mais ir pra o médico’”. Ela entende que pessoas com depressão tomam muitos psicotrópicos, mas: “Tem uns medicamento caseiro também que são os relaxante, os chás que são naturais e vai numa pessoa pra rezar”. O que podemos interpretar dessa situação é que as duas práticas podem ser associadas com objetivos de favorecer melhores resultados para as pessoas com transtornos mentais.

Para concluir esta seção vou me apropriar de uma fala de Gil quando trata do assunto das associações entre práticas médicas e de benzedura para compartilhar uma compreensão que considero razoável para este tema: “Na verdade, eu acho que é um laço, a ciência e a fé, é um laço. A pessoa que tá doente, ela vai buscar meio para se curar por meio da ciência, tem a fé no seu interior. Eu acho que é um laço que contribui com o outro, eu acho que é isso”.

Neste capítulo vimos várias concepções de saúde, doença e cuidado que, por vezes, se complementam e, por vezes, se contrapõe, mas as práticas parecem que se complementam mais frequentemente do que o contrário. A concepção de saúde no grupo pesquisado acabou sendo ampliada em relação à concepção puramente técnica-científica, a partir da convivência com a reza e outras formas de tratamento de base religiosa.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Como abordamos no início dessa dissertação, as práticas médicas e de benzedura se associam no quilombo Jibóia como processos relacionados à saúde, doença e cuidados. Antes da implantação do posto de saúde

quando as pessoas adoeciam, tinham dificuldades para acessar os serviços de saúde por causa da falta de transporte, poucos recursos financeiros e a ineficiência das políticas públicas na comunidade para promover melhores condições de vida para as pessoas. Tudo isso se tornou um problema coletivo diante das variadas experiências de adoecimento.

Nesse sentido, as práticas de benzedura que já faziam parte da cultura local foram utilizadas como recursos para o tratamento de doenças. Com a chegada de profissionais de saúde no quilombo, as práticas médicas trouxeram melhorias para a saúde da população por meio de consultas multidisciplinares, realização de exames ginecológicos, pequenas cirurgias, distribuição de medicamentos e acompanhamento pré-natal. Contudo, a relação que vem sendo estabelecida entre as duas práticas serviu para apontar o modo como as pessoas se organizam em busca de alternativas para os problemas que vivenciam cotidianamente a partir dos processos individuais em coletividade.

A discussão avançou com a chegada do posto de saúde, em que pessoas do quilombo Jibóia começaram a ser referenciadas e passaram a aderir aos tratamentos técnicos-científicos, mas não deixaram de associá-los com as benzeduras. Essa associação foi constatada pelo pesquisador quando fazia parte da equipe NASF na USF Zumbi dos Palmares. Foi através do contato com usuários(as) que percebi os sentidos produzidos em relação medicina e benzedura e daí surgiu o interesse em pesquisar o tema que teve como origem os diálogos construídos durante consultas, visitas domiciliares e rodas de conversa promovidas em equipe para abordar temas voltados para educação em saúde, ou na sala de espera do posto de saúde.

Por outro lado, pude me aproximar das benzedadeiras de Jibóia que também recebem cotidianamente nas suas casas pessoas em tratamento médico tanto na USF como fora dela e associam as benzeduras como continuidade do cuidado em saúde. Nesse sentido, essa pesquisa buscou compreender os sentidos produzidos pelos profissionais de saúde, usuários(as) da USF e benzedadeiras do quilombo Jibóia a respeito da associação entre práticas médicas e de benzedura, bem como, processos

envolvendo saúde, doença e cuidados.

Após a análise dos resultados, é possível afirmar que a compreensão de saúde não pode ser entendida somente como ausência de doenças e numa perspectiva científica. Como exemplo, o campo da saúde mental foi mencionado como causa multifatorial por envolver os âmbitos financeiro, social, educacional e acesso aos serviços públicos de qualidade para manutenção da saúde, prevenção e tratamento de doenças. A saúde foi tratada de forma ampliada no sentido do acolhimento e bom tratamento que os profissionais de saúde precisam dar aos(às) usuários(as) dos serviços de saúde. Saúde envolve processos que também são baseados em outras perspectivas que não somente o modelo médico, mas também as práticas de benzedura e religiosas como foram explicitadas ao longo desse trabalho.

Compreensão de saúde está na construção de conhecimento que produzem variados sentidos pelas pessoas com base na história de vida, o lugar que elas ocupam na história e na convivência diária com as pessoas que compartilham experiências nos espaços em comum, indo além do que é discutido nos congressos científicos e salas de aula das universidades. A compreensão de saúde envolve práticas de cuidado que muitas vezes são adquiridas tecnicamente nos manuais que orientam o exercício das profissões de saúde e livros com materiais científicos abordando o assunto.

No entanto, existe uma variedade de cuidados que puderam ser constatadas por meio de relatos que abordaram o uso de cirurgias espirituais com resultados promissores, bem como, vontade de ajudar um(a) usuário(a) doente no preparo de refeições, realização da limpeza da casa e cuidados com a higiene pessoal, devido a impossibilidade da pessoa adoecida realizar essas atividades.

Além do mais, oferecer tempo para escutar e orientar pessoas que estão vivendo experiências de adoecimento é outra forma de praticar cuidados. Os praticantes de benzedura e profissionais de saúde ofertam cuidados para adultos e crianças no quilombo Jibóia e de localidades vizinhas. As práticas de cuidado foram exemplificadas numa variedade de sentidos e se combinaram para na constituição dos processos de saúde e

doença. Existiu também uma perspectiva de autocuidado que muitas vezes não é levada em consideração pelos profissionais de saúde. Geralmente vivem sobrecarregados no trabalho pelas multifunções ou exaustivas jornadas de trabalho que tendem a repercutir em doenças físicas e psicológicas para eles também.

Avançamos no entendimento sobre doença e vimos que ações educativas em saúde são uma forma de aproximação entre as pessoas e possibilidade de construir e desconstruir (pré)conceitos com base nas vivências do cotidiano. A saúde mental dos usuários(as) referenciados no território da USF Jibóia foi algo que apareceu nas narrativas de alguns entrevistados como preocupante devido ao alto índice do uso nocivo de bebida alcoólica, bem como, no tratamento fragmentado de um trabalho que deveria funcionar articulado com trabalho em rede, mas que não ocorre.

A doença apareceu bastante marcada por um sentido científico, mas se ampliou para compreensões que envolvem espiritualidade. O entendimento de doença também apareceu numa compreensão baseada na transmissão geracional entre praticantes de benzedura, por meio de ensinamentos que envolvem ramos de folhas verdes que murçam e sinalizam algum tipo de doença em quem foi rezado. Alguns processos de adoecimento foram apresentados como influência espiritual, mas sem deixar de considerar os tratamentos científicos. Além do recurso das benzeduras, as cirurgias espirituais também serviram como exemplo compartilhado entre espiritualidade e medicina.

Avançamos na discussão acerca das benzeduras para compreendermos que as pessoas estão numa posição não estática e transitam pela diversidade de práticas que este estudo se propôs abordar. Observando os repertórios interpretativos utilizados pelas pessoas participantes (tanto usuário(as) quanto alguns profissionais de saúde), a fé emergiu como elemento — bastante presente no discurso dos entrevistados — que faz vínculo entre as práticas, mas também como algo relevante para os processos que envolvem saúde e doenças e cuidado. Apesar das

contribuições das práticas de benzedura para o quilombo Jibóia, existe uma receio de que possa acabar e virar história, por isso foi mencionada a importância de ser transmitida para gerações mais novas o ofício de benzer.

A práticas médicas e de benzedura estiveram constantemente vinculadas nesse trabalho e bem aceitas entre os participantes, mas na seção que foi abordada a relação entre elas, surgiram divergências quando uma entrevistada trouxe exemplos da sua prática como agente comunitária de saúde e algumas falas de médicos se contraponto aos métodos populares que não tem comprovação científica. Neste sentido, emergiram sentidos conflitantes que ficaram explícitos no posicionamento da agente comunitária de saúde em relação ao discurso dos médicos sobre o tema das práticas de benzedura. Portanto, a importância desse estudo serve para dar visibilidade a essa temática, bem como fornecer novos elementos para o campo da psicologia que tem um número baixo de pesquisas a respeito das práticas de benzedura.

Essa pesquisa é a possibilidade de transformar o entendimento das pessoas em relação ao uso associativo da medicina e benzedura para os processos envolvendo saúde, doença e cuidado e a tentativa de contribuir com elementos capazes de reformular as políticas públicas em saúde no que refere ao uso integrativo de práticas na Atenção Básica de Saúde e para a própria comunidade refletir sobre suas práticas, sobre quais associações podem ser mais vantajosas para ela, reforçando assim sua posição no diálogo com os(as) profissionais de saúde. Por outro lado, também pode auxiliar estes últimos no diálogo com usuários(as) que vivam situações similares às que foram encontradas nessa pesquisa.

## REFERÊNCIAS

- Alves, Maria Jeane dos Santos. (2016). *Terapêutica popular: a cura pelas benzedeadoras enquanto modo de cuidado*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Universidade Católica de Pernambuco. Recife, p. 102, 2016.
- Alves, Paulo C. (1994). O discurso sobre a enfermidade mental. In: ALVES, Paulo C. *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- Brasil. (2015). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.
- Brasil. (2017) portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017  
Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Acessado em 02 de março de 2022, em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)

Brasil. (2007) Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília: CONASS, 2007. Acessado em 03 de março de 2022, em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao\\_progestores\\_livro9.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf)

Cadastro nacional de estabelecimentos em saúde. Acessado em 25 de fevereiro de 2022, em [http://cnes2.datasus.gov.br/Listar\\_Mantidas.asp?VCnpj=13908728000168](http://cnes2.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=13908728000168)

Caillé, Alain. *Antropologia do Dom. O Terceiro Paradigma*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

Fundação cultural palmares. (2006). Disponível em: <http://www.ipatrimonio.org/antonio-goncalves-quilombo-jiboia/#!/map=38329&loc=-10.618224842224647,-40.433246191988054,17> Acessado em: 25 de fevereiro de 2022.

Cunha, Lidiane Alves da. *Saberes e religiosidades de benzedadeiras*. Anais dos Simpósios da ABHR, v. 13, 2012.

Guarido, E. L.. & Braga Campos, F. C. (2001). *Clínica ampliada é prática do psicólogo na saúde pública*. MÚLTIPLA, 1(1), 41.

Heimann L. S., & Mendonça, M. H. (2005). A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In N. T. Lima, et al. (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS* (pp. 481-502). Rio de Janeiro: Fiocruz/OPAS.

Instituto brasileiro de geografia e estatística. (2021). *População no último senso 2010*. Antônio Gonçalves: IBGE. Acessado em 25 de fevereiro de 2022, em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/antonio-goncalves/panorama>

Miranda, Anne Crystie da Silva M672r Rastros da vulnerabilidade em solo xiquexiquense: um estudo de prontuários psicológicos da Atenção Básica / Anne Crystie da Silva Miranda. - Petrolina, 2022. xx, 288 f. : il. ; 29 cm.

Mendes, Dulce Santoro, & Cavas, Claudio São Thiago. (2018). *Benzedeadas e benzedeados quilombolas - construindo identidades culturais*.

Nascimento, Vanda Lucia Vitoriano do; Tavanti, Roberth Miniguine; Pereira, Camila Claudino Quina. *O uso de mapas dialógicos como recurso analítico em pesquisas científicas*. In: Spink, Mary Jane et al. (Org). *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas*. Rio de Janeiro, Centro Edelstein, 2014. p. 247-272.

Nery, Vanda Cunha. *Rezas, crenças, simpatias e benzedeadas: costumes e tradições do ritual de cura pela fé*. In: ENCONTRO DOS NÚCLEOS DE PESQUISAS DA INTERCOM.

Oliveira, Elda Rizzo. *O que é benzedeadas*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

Quintana, A. M. (1999). *A ciência da benzedeadas: mau-olhado, simpatias e uma pitada de psicanálise* / Alberto Manuel Quintana. - Bauru, SP: EDUSC.

Spink, M. J. P.; BERNARDES, J.; SANTOS, L.; CABESTRE, E. (2007). *A inserção de psicólogos em serviços de saúde vinculados ao SUS:*



subsídios para entender os dilemas das práticas e os desafios da formação. In: Spink, Mary Jane P. (Org.). *A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. 1ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, v. 1, p. 53-79.

Spink, M. J. P. & Medrado, B. (2013). Produção de Sentido no Cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: Spink, M. J. (org.). *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. (publicação virtual), pp. 22-42.

Spink, M. J. P. & Frezza, R. M. (2013). Práticas discursivas e produção de sentido: A perspectiva da psicologia social. In: Spink, M. J. (org.). *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. (publicação virtual), pp. 01-22

Spink, M. J. P. (2014). *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas* / Mary Jane Paris Spink; Jacqueline Isaac Machado Brigagão; Vanda Lúcia Vitoriano do Nascimento e Mariana Prioli Cordeiro, organizadoras. – 1.ed. – Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014 (publicação virtual).

Tomasi, Antônio e SILVA, Ivone. *Ofícios de ontem e ofícios de hoje: ruptura ou continuidade*. In: XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, 2007

## APÊNDICE A - TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO  
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM PSICOLOGIA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa “Tem espaço para o doutor e o rezador”: práticas de benzedura no Quilombo Jibóia como produção de sentidos sobre saúde, doença e cuidados, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Sérgio Juan Cruz Severo, Rua Afrânio Peixoto, nº 105, casa, Centro, Campo Formoso-BA – (87) 98815-8947, [sergiojuancsevero@hotmail.com](mailto:sergiojuancsevero@hotmail.com) e está sob a orientação de: Profª drª Luciana Duccini Telefone: (71) 99114-3293 e-mail: [luduccini@gmail.com](mailto:luduccini@gmail.com)

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- **Descrição da pesquisa e esclarecimento da participação:** O projeto de pesquisa propõe entender a produção de sentidos sobre saúde, doença e cuidados entre equipe de Saúde da Família (eSF), usuários(as) da USF, rezador e benzedoras no cotidiano do Quilombo Jibóia. Seu objetivo é compreender a produção de sentidos de saúde, doença e cuidados em práticas discursivas entre equipe de Saúde da Família (eSF), usuários(as) da USF e rezador e benzedoras no cotidiano do Quilombo Jibóia. O (a) participante será entrevistado(a) de modo presencial, individual, duração máxima de 40 (quarenta minutos), sendo possível realizar mais de uma entrevista, o(a) voluntário(a) da pesquisa irá sugerir o local da sua preferência para coleta dos dados, sendo garantido sigilo e privacidade.
- **RISCOS:** Os possíveis riscos aos participantes em relação as entrevistas a que serão submetidos são: Estresse psicológico, constrangimento, quebra de sigilo, preconceito e exposição da imagem e falas. Medidas serão tomadas para minimizar os possíveis riscos mencionados, sendo: 1) Caso ocorra algum desconforto durante a entrevista, a mesma será interrompida para que o (a) participante possa avaliar se deseja prosseguir ou não. 2) O local para realização das entrevistas e observação participante será de forma discreta e sem interrupções, buscando preservar a integridade psíquica, imagem e dignidade humana das pessoas envolvidas, evitando prejuízos imateriais e perturbações no ambiente físico. 3) Quanto às entrevistas, o roteiro guia será elaborado previamente visando à criação de perguntas que não causem constrangimento ou desconforto psicológico aos entrevistados.
- **BENEFÍCIOS diretos/indiretos** para os voluntários: O potencial benefício é contribuir para maior efetividade das práticas de cuidado e saúde, ao promover um maior entendimento aprofundado nos sentidos que as pessoas atribuem sobre ofertas a saúde. Espera-se que frente aos processos de adoecimento e sentidos de cura ocorram aproximações entre as práticas terapêuticas dos rezadores e o saber técnico-científico sobre saúde, doença e cuidados aos(as) usuários(as) e profissionais da USF.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa serão apenas por meio de gravações de áudio coletados a partir das entrevistas semiestruturadas, ficarão armazenados em notebook pessoal com senha e reconhecimento de impressão digital em uma pasta, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: [cephumanos.ufpe@ufpe.br](mailto:cephumanos.ufpe@ufpe.br)).

(assinatura do pesquisador)



### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo ("Tem espaço para o doutor e o rezador": práticas de benzedura no Quilombo Jibóia como produção de sentidos sobre saúde, doença e cuidados, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Local e data \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Impressão  
digital  
(opcional)

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):**

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:





**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO**  
**COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**  
**CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM PSICOLOGIA**



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa “Tem espaço para o doutor e o rezador”: práticas de benzedura no Quilombo Jibóia como produção de sentidos sobre saúde, doença e cuidados, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Sérgio Juan Cruz Severo, Rua Afrânio Peixoto, nº 105, casa, Centro, Campo Formoso-BA – (87) 98815-8947, [sergiojuancsevero@hotmail.com](mailto:sergiojuancsevero@hotmail.com) e está sob a orientação de: Prof<sup>ª</sup> dr<sup>ª</sup> Luciana Duccini Telefone: (71) 99114-3293 e-mail: [luduccini@gmail.com](mailto:luduccini@gmail.com)

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

- **Descrição da pesquisa e esclarecimento da participação:** O projeto de pesquisa propõe entender a produção de sentidos sobre saúde, doença e cuidados entre equipe de Saúde da Família (eSF), usuários(as) da USF, rezador e benzedoras no cotidiano do Quilombo Jibóia. Seu objetivo é compreender a produção de sentidos de saúde, doença e cuidados em práticas discursivas entre equipe de Saúde da Família (eSF), usuários(as) da USF e rezador e benzedoras no cotidiano do Quilombo Jibóia. O (a) participante será entrevistado(a) de modo presencial, individual, duração máxima de 40 (quarenta minutos), sendo possível realizar mais de uma entrevista, o(a) voluntário(a) da pesquisa irá sugerir o local da sua preferência para coleta dos dados, sendo garantido sigilo e privacidade.
- **RISCOS:** Os possíveis riscos aos participantes em relação as entrevistas a que serão submetidos são: Estresse psicológico, constrangimento, quebra de sigilo, preconceito e exposição da imagem e falas. Medidas serão tomadas para minimizar os possíveis riscos mencionados, sendo: 1) Caso ocorra algum desconforto durante a entrevista, a mesma será interrompida para que o (a) participante possa avaliar se deseja prosseguir ou não. 2) O local para realização das entrevistas e observação participante será de forma discreta e sem interrupções, buscando preservar a integridade psíquica, imagem e dignidade humana das pessoas envolvidas, evitando prejuízos materiais e perturbações no ambiente físico. 3) Quanto às entrevistas, o roteiro guia será elaborado previamente visando à criação de perguntas que não causem constrangimento ou desconforto psicológico aos entrevistados.
- **BENEFÍCIOS diretos/indiretos** para os voluntários: O potencial benefício é contribuir para maior efetividade das práticas de cuidado e saúde, ao promover um maior entendimento aprofundado nos sentidos que as pessoas atribuem sobre ofertas a saúde. Espera-se que frente aos processos de adoecimento e sentidos de cura ocorram aproximações entre as práticas terapêuticas dos rezadores e o saber técnico-científico sobre saúde, doença e cuidados aos(as) usuários(as) e profissionais da USF.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa serão apenas por meio de gravações de áudio coletados a partir das entrevistas semiestruturadas, ficarão armazenados em notebook pessoal com senha e reconhecimento de impressão digital em uma pasta, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, T eL: (81) 2126.8588 – e-mail: [cephumanos.ufpe@ufpe.br](mailto:cephumanos.ufpe@ufpe.br)).

\_\_\_\_\_  
 (assinatura do pesquisador)



### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado pela pessoa por mim designada, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo "Tem espaço para o doutor e o rezador": práticas de benzedura no Quilombo Jibóia como produção de sentidos sobre saúde, doença e cuidados, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

A rogo de \_\_\_\_\_, que é (deficiente visual ou está impossibilitado de assinar), eu \_\_\_\_\_ assino o presente documento que autoriza a sua participação neste estudo.

Local e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):**

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

## APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA

- Comente sua compreensão sobre saúde, doença e cuidados no cotidiano do Quilombo Jibóia (pergunta para todos(as) os(as) participantes da pesquisa).
- Fale como você identifica na sua prática cotidiana no contexto da USF a saúde, doença e cuidados prestados aos usuários(as) (pergunta para os profissionais da equipe de Saúde da Família-eSF).
- Discorra sobre suas experiências de atendimentos aos(as) usuários(as) da USF que associam as práticas de benzedura ao saber médico-científico como forma de saúde e cuidados (pergunta para os profissionais da equipe de Saúde da Família-eSF).
- Comente como ocorre seu vínculo com as práticas de benzedura e os serviços oferecidos pela equipe de Saúde da Família-eSF (pergunta aos(as) usuários(as) da USF)
- Conte sobre suas experiências como rezador/benzedeira aqui no Quilombo Jibóia em relação os cuidados que o(a) senhor(a) oferece as pessoas doentes que estão em busca de tratamentos de saúde.
- Comente como as práticas de benzedura podem contribuir para à saúde, o tratamento de doenças e cuidados (pergunta para todos(as) os(as) participantes da pesquisa).

## APÊNDICE C - EXEMPLO DE MAPA DIALÓGICO

Linhas	Participantes	Compreensão de saúde	Práticas de cuidado	Entendimento sobre doença	Práticas de benzedura	Práticas ofertadas pela Equipe de Saúde da Família	Associação entre práticas de benzedura e práticas médicas
05-06 30-32 57-58 61-65 70-71 73-74 76-78 84-86 86-90 97-107 118-121 129-134 138 139-143 144-148 149-151 151-152	Elza (benzedeira)	Tanto quem reza como quem vai areceber a reza, como eu também quem reza e quem recebe, se não tiver fé não adianta não.	<p>As vez o povo não tem cuidado com nada e eu sempre tenho cuidado, falo que é obrigado ter cuidado de mandar não andar com criança na chuva.</p> <p>O menino as vez ta nascendo dente e ta com febre e não pode se molhar e aí eu fico falando sempre com as menina aqui pra elas ter cuidado disso com eles.</p> <p>Eu sempre, os doentes daqui, quando eu andava, que agora eu não ando mais, mas quando eu andava, tava forte, eu</p>	<p>Crianças, é mais, tá nascendo dente, tá com febre, quando vem assim com febre, eu canso de rezar, mas eu rezo assim de olhado que o povo bota em criança.</p> <p>Olhado eu não sei, deve ser, eu fico pensando assim, porque, isso eu nunca tive declaração sobre esse negócio, como ou porque, as mãe chega aqui, vem e já vem dizendo “quero que reze de olhado, disso, reze daquilo, de dor de barriga, meu menino parece que tá com dor de barriga” aí essas coisas aí eu sei lhe dizer, agora outra coisa eu não sei dizer.</p> <p>“Oia minha fia quando muxa é</p>	<p>Comecei a rezar em todas crianças, aqui os meninos chegam aqui avexados com elas e eu rezo de dor de barriga, rezo de olhado, vento caído.</p> <p>Aqui tem um bando de gente que reza de oiado, mas só vem mais é pra qui. Só vem mais pra qui, porque diz que eu rezo e fica bom, fica melhor.</p> <p>“Há eu vim aqui pra Munda pra você rezar, porque já levei</p>	<p>Médico era difícil meu fio, médico aqui era muito difícil ou era em Bonfim ou Campo Formoso. Era difícil, eu não podia ir, pobrezinha que não tinha nada. E eu não podia sair.</p>	<p>O povo gosta muito disso, tanto vão pra o médico, como vem pra qui pra eu rezar de oiado de criança não sabe?</p> <p>Eu digo, eu vou rezar, se não passar, vá pra o médico, pega o carro e vai pra o médico. Eles dão um remédio e as vez a pessoa reza e fica bom. Eu digo também menino que isso pode ser a fé.</p>