

Mulheres que rezam: uma abordagem antropológica entre os saberes das rezadeiras e os saberes dos médicos (profissionais de saúde) no município de Cruzeta/RN¹

Francimário Vito dos Santos²

Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

Resumo

O trabalho discute as práticas terapêutico-religiosas das rezadeiras e suas aproximações com as práticas de saúde realizadas pelos profissionais da biomedicina (médicos). A pesquisa etnográfica aconteceu na cidade de Cruzeta (Seridó, RN) e contou com a colaboração de vinte e quatro rezadeiras. Dentre elas, duas eram “rezadeiras evangélicas”, uma do culto da jurema e as demais se denominavam como sendo católicas. As semelhanças entre elas eram visíveis, sobretudo em relação ao processo de aprendizagem e ao uso de certos objetos e técnicas rituais. Os serviços de curas oferecidos pelas rezadeiras são amplos, vão desde os problemas relacionados ao corpo físico até desequilíbrios de ordem espiritual. Dentre os males que são “curados” pelas rezadeiras estão o mau-olhado, a espinhela caída, o vento caído, a “isipa”, o fogo selvagem, o cobreiro, o quebrante etc. Além dos problemas que afetam a ordem social, econômica e psicológica do indivíduo ou do grupo. Tentei captar a relação das rezadeiras com as práticas terapêuticas dos profissionais da biomedicina, bem como a relação existente entre a clientela assistida pelas rezadeiras e pelos médicos. O que remete a uma complementaridade entre práticas terapêuticas com lógicas diferentes.

Palavras-chave: rezadeiras; práticas terapêuticas; biomedicina.

¹ Trabalho apresentado na 26ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 01 e 04 de junho, Porto Seguro, Bahia, Brasil, no Fórum de Pesquisa ‘Terapeutas, cuidadores e curadores: Uma interface Antropologia, cidadania e saúde popular’, coordenado pelas Dras. Soraya Fleischer (CFmea) e Carmen Susana Tornquist (UDESC).

² Mestre em Antropologia Social pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFRN, Professor Substituto do Departamento de Antropologia (DAN) da UFRN e bolsista do PEP - Programa de Especialização em Patrimônio – IPHAN/UNESCO. E-mail: francimariovitos@gmail.com.

Introdução

As rezadeiras ou benzedadeiras são mulheres que realizam benzeduras. Para executar esta prática, elas acionam conhecimentos do catolicismo popular, súplicas e rezas com o objetivo de restabelecer o equilíbrio material ou físico e espiritual das pessoas que buscam a sua ajuda. Para compor o ritual de cura, as rezadeiras podem utilizar vários elementos: ramos verdes, gestos em cruz feitos com a mão direita, agulha, linha, pano e reza. Esta é executada na presença do cliente ou à distância. Essas mulheres rezam os males de pessoas, animais ou objetos, sem que, para isso, seja necessário o deslocamento dos mesmos até ela. Basta que alguém diga os seus nomes e onde moram. No caso das rezas em objetos, presenciei, durante as minhas visitas as rezadeiras, clientes pedindo para que elas rezassem os seus carros, os seus comércios, as suas casas, dentre outros bens.

Embora a maioria das rezadeiras se denominasse de tradição católica, tive uma informante que se definia como evangélica” e outra que se dizia adepta do culto da jurema. Percebe-se com isso um universo heterogêneo não apenas no que tange à religiosidade, mas os usos das técnicas de curas.

Geralmente, o conhecimento particular e especializado de uma rezadeira é transmitido através de parentes próximos que dominavam ou dominam os saberes das rezas: as avós, as mães, as tias, maridos, sogros etc. No entanto, existem aquelas que dizem ter adquirido o conhecimento através do “dom que Deus lhe deu”. Ainda que haja diferenças quanto ao tipo de aprendizagem, processo descrito por Quintana (1999) como imitativo ou sobrenatural, elas se declaram católicas, rezam e devotam os santos populares, manejam ramos verdes e são unânimes em afirmar que não cobram pelas suas rezas. O discurso produzido pelas rezadeiras para justificar esta característica é de que a prática da reza é uma caridade, reforçada com a seguinte frase: “quando Jesus andava no mundo, curava as pessoas sem cobrar por tais serviços”.

Ao contrário do que várias pessoas imaginam, as rezadeiras têm papel significativo no tratamento de diversas doenças e, muitas vezes, os pacientes buscam tanto o médico como essas mulheres. Ao invés de serem rejeitadas ou excluídas por parte das pessoas, elas agem de modo complementar às práticas dos profissionais de saúde, quando surgem enfermidades e aflições corporais e emocionais. Elas são vistas como agentes religiosas entre seus clientes, que são provenientes, na maior parte das vezes, do mesmo universo social delas. Nesta perspectiva “o curandeiro é um membro das classes populares de cujo modo de vida e de pensamento ele participa” (BOLTANSKI, 1989, p.62).

Em resumo, o objetivo deste artigo é discutir como as rezadeiras interpretam a saúde e a doença, sobretudo levando em consideração as “doenças ditas de rezadeiras” e “doenças de médicos”, assim como a complementaridade com a prática desenvolvida pelos profissionais da biomedicina.

Portanto, discuto o que são doenças de rezadeiras, os processos simbólicos usados para suas curas, as circularidades entre os saberes dos médicos e os conhecimentos das rezadeiras, os usos e os significados da botânica e a importância de seus quintais e, por fim os processos terapêuticos envolvidos na busca pela saúde.

Tomei as rezadeiras de Cruzeta, na região do Seridó Potiguar, como sujeitos da pesquisa por perceber que a prática da reza é muito comum na cidade. Mesmo existindo médicos tratando diariamente no hospital, as pessoas continuam procurando os serviços prestados por essas mulheres.

Para aprofundar as análises, recorri ao material etnográfico, ou seja, busquei refletir sobre os fatos observados em campo. Neste caso, a etnografia teve, portanto, caráter muito especial. Foi, em certos momentos, bastante localizada tendo sido realizada nas residências das rezadeiras, sobretudo nas salas e quartos, locais da casa que denominei de “espaços terapêutico-religiosos”. Em resumo, os métodos para a pesquisa foram: a) observação participante e, b) entrevistas em profundidade. Para uma melhor compreensão da leitura, optei por grifar os termos referentes e falados pelas rezadeiras em negrito.

1 Doenças de Rezadeiras

As **doenças de rezadeiras** são aquelas, cuja concepção e diagnóstico acabam por ser definidos e elaborados pelas próprias rezadeiras. De acordo com as observações realizadas, algumas dessas doenças eram as seguintes: **olhado; quebrante; vento caído ou vento virado; espinhela caída; cobreiro** entre outras. Grande parte desses males são abordados na literatura que versam sobre o tema (Cf. Loyola, 1984; Oliveira, 1985 a; Souza, 1999, Gomes&Pereira, 1989). A rezadeira dona Maria de Julho Bilino, oitenta e dois, afirmou com orgulho ser detentora de uma prática que os médicos não sabem diagnosticar. Na verdade, “a rezadeira ao acumular muitas experiências profissionais passa a confrontar mais abertamente o seu saber com o do médico a respeito da cura do quebrante” (OLIVEIRA, 1985b, p. 42). Enquanto ao diagnosticar uma determinada doença, o médico faz uma distinção entre o corpo e o espírito; as rezadeiras, por sua vez, lidam de forma complementar, sem estabelecer essa dualidade característica do saber e da prática biomédica. Durante as rezas eram mencionadas

características referentes aos problemas do corpo e do espírito. Para perceber o uso indistinto destas duas esferas, veja um trecho da reza da rezadeira Barica:

[...] Com dois te botaram, com três Jesus benzeria, com as palavras de Deus Pai, o Espírito Santo e a Virgem Maria. Fulano, se tu tiver olhado nos seus cabelos, se botaram no seu tamanho, se botaram no seu corpo... na sua boniteza, na sua feiúra, no seu trabalho, na sua preguiça, na sua riqueza, na sua pobreza, na sua inveja, na sua sabedoria, na sua alegria, na sua doença, na sua tristeza [...] Informação verbal, fevereiro/2006)

Observa-se nitidamente a tentativa da rezadeira de harmonizar as esferas material e espiritual. De acordo com Moerman (1983) a biomedicina privilegia apenas a esfera corporal. No entanto, para que o corpo físico funcione harmonicamente, é necessário a existência de um equilíbrio entre estas duas esferas. Isso é possível, porque a rezadeira levou em consideração, para realizar o diagnóstico, os problemas relatados pelo cliente e, a partir deste diálogo, a rezadeira toma conhecimento das queixas que estão afetando o cotidiano do cliente. Na verdade são sintomas que estão ligados ao corpo, ao espírito e à vida social. E a doença é entendida como algo que está desequilibrando o dia a dia do indivíduo. Percebe-se que o corpo é visto na sua totalidade, o que não acontece com a terapêutica realizada pela medicina oficial. Pois como enfatiza Helman (2003, p. 109), a medicina se pauta pela dualidade entre mente-corpo e pelo reducionismo. Isso é consequência de um processo de formação profissional que é pautado por um conhecimento positivista racional e especializado. O que favorece uma visão da doença separada do todo que compõe o ser humano, ou seja, o indivíduo é descontextualizado ou, como menciona Freyre (1983) o doente é despersonalizado.

Não importa para o profissional da biomedicina, perceber como seus pacientes analisam os problemas de saúde e doenças que lhes afetam. Ou, por exemplo, entender quais são os sistemas simbólicos por meio dos quais os pacientes operam a fim de se definir ou se verem como doentes, além de não levarem em conta suas crenças, seus modos de vida etc. O modo racionalizante, bastante positivista, dos profissionais de medicina dispensa o conhecimento do próprio paciente sobre seu corpo e suas perturbações. Portanto, o processo terapêutico realizado pelas rezadeiras e pelos médicos, segue lógicas diferentes. Enquanto as rezadeiras vêem o indivíduo na sua totalidade, estes últimos vêem o ser humano de forma dualística, separando o corpo da esfera simbólico-conceitual.

2 As doenças, as rezas e os diagnósticos

2.1 Olhado

É uma doença que vai debilitando o indivíduo, aos poucos, até levá-lo à morte, se a pessoa não procurar alguém que reze. De acordo com a concepção de saúde e doença das rezadeiras, o **olhado** só é curado através de rezas, portanto, enfatizam que o médico não ajuda ou soluciona esse mal. É proveniente de um fascínio (admiração) que uma determinada pessoa tem sobre qualquer aspecto do ser humano: beleza, forma física e corporal, inteligência etc., ou em qualquer outro aspecto, seja físico ou espiritual, tanto em seres humanos como animais.

Em pesquisa realizada na região do Baixo Amazonas, Maués (1997, p. 34) encontrou a seguinte definição para o que venha a ser o mau-olhado: “É provocado pelo ‘fincamento de olho’ por seres humanos que têm ‘mau-olho’, podendo atingir pessoas de ambos os sexos e de qualquer idade, bem como plantas e animais”. Os sintomas, geralmente são: *falência* (indisposição), sonolência, *abrição de boca*, inapetência, esmorecimento. De acordo com Cascudo (1978, p. 73), o quadro poderá se agravar e pode levar o doente a definhar aos poucos até a morte.

Alguns sinais percebidos pelas rezadeiras durante a reza indicam se a pessoa estava com **olhado** e, se foi **botado** por uma mulher ou por um homem. Algumas rezadeiras ficavam sabendo que o cliente estava com **olhado**, porque durante a reza ou elas bocejavam ou erravam as orações. Caso, o erro ocorresse durante os Pai-nossos, o mal teria sido **botado** por uma pessoa do sexo masculino. No contrário, se o erro viesse a acontecer durante às Ave-marias, a doença teria sido **botada** por uma mulher. Como explica a rezadeira Barica: “A gente só diz se foi **olhado** de homem ou mulher. Agora, se a mãe ou o pai quiserem saber mais coisa, que botem a memória para funcionar” (Informação verbal, fevereiro/2006). Na verdade, trata-se de uma questão ética. Isso porque a vítima do **olhado** pode tirar conclusões precipitadas e suspeitar da pessoa errada, podendo ocorrer desavenças.

O tratamento do **olhado** consiste basicamente no uso de reza específica, ramos verdes e os gestos em forma de cruzes sobre o cliente. Para a rezadeira retirar todo o mal será necessário repetir o ritual três vezes, cada uma, seguida de um Pai-nosso, uma Ave-maria e m Glória ao pai. Para tanto, é fundamental que o cliente realize o tratamento durante três dias³.

³ A recorrência do número três no ritual de cura, de acordo com algumas rezadeiras, estava ligado às três pessoas que compõem a Santíssima Trindade: o Pai, o Filho e o Espírito Santo. Outras remeteram à Sagrada Família: José, Maria e o Menino Jesus.

Há uma semelhança quanto ao tratamento e os sintomas entre o **olhado** e o **quebrante**. Ambos são provenientes de um fascínio (admiração) que uma determinada pessoa lança sobre qualquer aspecto do ser humano. No entanto, algumas rezadeiras estabelecem diferenças entre estas duas doenças. A rezadeira dona Santa afirmou que o **olhado** é **botado** pelo indivíduo que apenas olha, sem falar nada; enquanto para botar o **quebrante**, a pessoa olha e se admira de qualquer aspecto ligado à vítima. Por exemplo, esclarece a rezadeira: “Virgem, como fulano é bonito! Quando a gente se admira de qualquer coisa no outro, a gente diz benza-te Deus, para não botar olhado” (Informação verbal, junho/2006). Essas palavras carregadas de significados funcionam como uma espécie de antídoto contra aquilo que viria a se manifestar como feitiço.

A simbologia e as representações em torno do quebrante, pesquisadas por Maués (1997) vão ao encontro dos relatos estabelecidos por dona Santa. “O quebrante é causado pela ‘admiração’ e resulta da formulação de elogios à beleza ou à saúde sem que os mesmos sejam acompanhados da fórmula ‘benza Deus’” (MAUÉS, 1997, p. 34).

Ainda sobre o quebrante, Oliveira (1998, p. 61), estabelece a seguinte classificação: “quebrante de bem” ou “de casa” e “quebrante de ódio” ou “de fora”.

A rezadeira Barica foi enfática ao afirmar que há uma diferença marcante entre o **quebrante** e o **olhado**. “O quebrante é como tivesse sido jogado nos ossos. A pessoa fica com todos os ossos moídos, parece que levou uma surra de cacete” (Informação verbal, fevereiro/2006).

2.2 Vento caído ou vento virado

É uma doença específica de criança, e que está associada ao desarranjo intestinal e à desidratação. De acordo com dona Maria Pedro, viúva, oitenta e um anos, a criança adquire esta doença através de um **susto** (acordar com alguém fazendo barulho). Neste momento, o **bucho** da criança **vira** e só fica curado, depois de rezar três vezes. Alguns sintomas foram descritos pelas rezadeiras: a) vômito seguido de diarreia de cor esverdeada; b) o desaparecimento do **calanguinho** ou **risquinho**, localizado no pé da barriga da criança; c) e um pé maior que outro. No ritual de cura a rezadeira não usava ramos verdes, só os gestos em cruz sobre a barriga da criança. Por último, a rezadeira virava a criança de cabeça para baixo e dava umas **palmadinhas** nas **solas dos pés**. Ao chegar em casa, a mãe é orientada a retirar a camisa que a criança estava usando no momento do ritual e pendurá-la no meio de um porta, de ponta cabeça por três dias.

2.3 Espinhela caída

A **espinhela caída** é uma doença que a pessoa adquire por esforço físico excessivo. Geralmente, aquelas mulheres que têm filhos de colo se queixam desse mal, outras por ter realizado alguma tarefa doméstica que exigiu esforço além do normal. Segundo algumas rezadeiras, na tentativa de objetivação deste tipo de doença, disseram que era um **nervinho** ou uma **peinha** (pelezinha), localizado no tórax, que se rompia quando o indivíduo fazia esforço físico em demasia. Outras atribuíram à fraqueza. Os sintomas mais comuns eram dores e ardências na região do peito, indisposição e esmorecimento nos braços. Tia Romana foi a rezadeira que mais se esforçou para esclarecer a fisiologia deste malefício. Eu acho que você já teve de ver seu pai matar um carneiro e abrir. “E quando tira o *fato* [víceras], não fica o bofe e o fígado presos por uma *peinha*? Então, nós também temos aquela *peinha*”. (Informação verbal, junho/2006. Grifo do pesquisador).

Para trazer de volta o que havia caído, Tia Romana descreveu o processo ritual desde o início:

A gente fica na frente da pessoa, pega um pedaço de cordão e mede da ponta do seu dedo *mindim* [auricular] até o cotovelo. Aí, dobra de tamanho o cordão e enlaça a pessoa na altura dos peitos, de modo a juntar as duas pontas do cordão. Se a pessoa tiver com a *espinhela caída*, quando juntar as pontas vai ficar uma folga. (Informação verbal, junho/2006. Grifo do pesquisador).

Enquanto ouvia a rezadeira relatando os detalhes desta doença, lembrei da análise feita por Evans-Pritchard (2005), sobre a materialização da bruxaria, em especial a passagem que os Azande realizavam autópsias em público, em busca da substância orgânica que seria a bruxaria. Pois, “se a bruxaria é uma substância orgânica, sua presença pode ser verificada através de um exame *post-mortem*” (EVANS-PRITCHARD, 2005, p. 48). O discurso que a rezadeira constrói para explicar a fisiologia da **espinhela caída**, fez-me recorrer aos escritos deste autor a respeito da autópsia feita nos corpos daqueles portadores de bruxaria. Diferenças contextuais e culturais à parte, o que possibilitou essa aproximação à luz da teoria foi justamente por perceber que as rezadeiras se esforçavam para objetivar esse tipo de malefício como sendo uma doença que tinha relação íntima com o corpo, o orgânico.

2.4 Cobreiro

O **cobreiro**, assim com as outras doenças descritas acima, também tem suas formas de curas através das rezas e benzeduras, apresentando também algumas peculiaridades. Primeiro, o **cobreiro** está relacionado, especificamente ao corpo, ou seja, não é como o **olhado** que, se manifesta, tanto na esfera material quanto na parte espiritual. Segundo, pela sintomatologia que o quadro clínico apresenta: aparecimento de bolhas, vermelhidão, inflamação cutânea, “purido” etc. De acordo com as interpretações fornecidas pelas rezadeiras, o **cobreiro** é causado por alguns animais e insetos peçonhentos⁴. Isso acontece quando estes, em contato com as roupas das pessoas, deixam nelas seus venenos.

Segundo as rezadeiras, se o portador desta doença não procurar ajuda de uma rezadeira, o ferimento se alastra pelo corpo e, quando *a cabeça se encontrar com o rabo*, a pessoa vai a óbito. Veja que pela simbologia que elas constroem a respeito do **cobreiro**, há uma forte relação com a anatomia de um dos animais causadores, mais especificamente, a cobra. A denominação da doença sugere, inclusive, ter sido provocada pelo veneno deixado por este agente causador.

Os sintomas causados pelo **cobreiro** também são de conhecimento dos profissionais da medicina, sendo diagnosticados a partir de outra terminologia e terapêutica. Como mostra Camargo (2006) essa enfermidade é provocada pelo vírus Herpes zoster, conhecida vulgarmente pelo nome de **cobreiro**.

A rezadeira Joanelha apresentou uma forma bem peculiar de rezar contra esta doença. Enquanto as outras usavam apenas o **ramo verde**, esta fazia uso de uma “faca” e, levava o cliente até o quintal, onde havia um pé de pinhão roxo. De modo que a planta ficasse entre o cliente e a rezadeira. Em seguida, perguntava ao doente: “O que eu corto?” Ele respondia: “Cobreiro brabo”. Por fim, ela concluía: “Eu corto a cabeça e a ponta do rabo”. Repetia este procedimento três vezes.

De acordo com as rezadeiras, as “doenças de médicos” são aqueles males que fogem a competência delas. Trata-se das doenças que necessitam de um outro tipo de ajuda. Da assistência de alguém que disponha de mais “preparo”, pois como afirma a rezadeira Barica:

Deus deixou o médico para ajudar as pessoas a ficarem curadas. Assim quando eu vejo que não posso ajudar uma pessoa com só com reza, eu mando ela procurar o médico. Assim como ele também manda o paciente para outro médico quando não consegue dar jeito na doença (informação verbal, fevereiro/2006).

⁴ Estes foram alguns dos insetos descritos pelas rezadeiras: aranhas, cobras, piolho-de-cobra, lagartixa etc.

3 Complementaridades e desafios: o saber médico e o saber das rezadeiras

Barth (2002) quando escreve sobre “Uma antropologia do conhecimento” fornece pistas para se pensar sobre a idéia de complementaridade entre o saber médico e o saber das rezadeiras. Ao invés de usar o termo cultura, ele opta pelo termo conhecimento, pois entende que o conjunto dos saberes fica mais visível, conseqüentemente, pode-se acompanhar a sua circulação.

Com isso, não é porque os médicos passam pelo crivo institucional da academia, e as rezadeiras não, que a prática reproduzida por eles será mais valorizada social e culturalmente. A forma como as rezadeiras apreendem seus conhecimentos exige um grau de complexidade de relações e domínios das rezas e das ervas medicinais⁵. Além de mostrarem-se sensíveis em ajudar ao próximo.

Para se ter uma idéia, não são todas as mulheres que desejam ser rezadeiras, que passarão a ser de fato. Se não houver uma aceitação coletiva, elas nunca se institucionalizarão como tal. Sem contar com a complexa rede de relações que existe em torno do aprendizado. De modo que não se devem ensinar as rezas para pessoas do mesmo sexo, pois acredita-se que estas perderão suas capacidades curativas ou como as rezadeiras costumam dizer: “perder as forças das rezas”. A esse tipo de transmissão cujo apenas um homem estará apto a ensinar suas rezas à uma mulher ou vice versa, eu denominei “transmissão entre gêneros cruzados”. Além do mais, durante o ritual de cura no cliente, a rezadeira pode contrair a doença para si. Esse conhecimento que aparentemente pode parecer simples exige um aprendizado constante que leva uma vida inteira e dedicação por parte de quem o pratica, uma vez que se constitui a partir da observação experiencial.

De acordo com Mauss (2003, p. 62), o mágico é aquele agente que manipula os ritos mágicos. Nesse sentido, pode-se pensar as rezadeiras como sendo uma espécie de mágico, já que manipulam gestos e palavras de conteúdo mágico durante os seus rituais de cura.. Continua o autor que “parte dos conhecimentos mágicos são adquiridos, outros congênitos e, alguns atribuídos” (2003, p.63). Isso nos possibilita supor que parte dos conhecimentos apreendidos pelas rezadeiras, ora são obtidos sistematicamente através de pessoas próximas que lhes ensinaram as rezas; ora através de uma espécie de “dom” e, em certos casos, quando a própria coletividade lhe atribui tal tarefa.

⁵ A maioria das rezadeiras possui um conhecimento significativo acerca de uma grande variedade de plantas medicinais. Em seus quintais é comum o cultivo de arruda (*Ruta graveolens*), malva-rosa (*Althaea rosea*), erva-cidreira (*Melissa officinalis*), alecrim (*Rosmarinum officinalis*), hortelã (*Mentha viridis*), pinhão roxo (*Jatropha grossypifolia* L.), entre outras. Os ramos dessas ervas auxiliam as rezadeiras na realização do ritual de cura.

Supondo que os médicos representam a ciência e as rezadeiras representam a magia, Lévi-Strauss (1976, p. 34) mostra que seria melhor colocá-los em paralelo, como duas formas de conhecimentos, desiguais quanto aos resultados teóricos e práticos, mas não pelo gênero de operações mentais.

As discussões dos parágrafos seguintes se constituem a partir de dados etnográficos e apontam situações que permitem perceber a existência de uma certa complementaridade entre as rezadeiras e os profissionais da biomedicina da cidade de Cruzeta.

Inicialmente, percebi nas falas dos dois médicos uma relação amistosa entre eles e as rezadeiras, sobretudo quanto às práticas de curas que elas realizam. Dr. Jorge⁶ ressaltou as características pertinentes à rezadeira Barica e comentou sobre as práticas de cura que ela realizava nos pacientes que freqüentavam seu consultório.

Bom, eu só conheço uma rezadeira aqui que é a Barica, inclusive muitos pacientes dizem que levam os filhos para ela rezar. Eu cuido dos netos dela, eu vejo que ela é uma pessoa muito inteligente. Sempre que ela vem aqui fica me perguntado sobre isso, sobre aquilo (Informação verbal, junho/2006).

Quando o médico falou que a rezadeira era inteligente, ele referia-se aos tipos de perguntas que ela fazia durante o período da consulta. A apropriação criativa de práticas e termos médicos por esta rezadeira é perceptível nos rituais de curas com seus clientes, sobretudo quando se percebe algo do tipo: **Você já fez o exame da mangueira?** (exame de endoscopia digestiva), **já bateu uma chapa?** (exame de radiografia) etc. Com relação à prática de indicar algum medicamento aos clientes, não presenciei nada semelhante durante o período que realizei pesquisa. Até uma cliente de Jucurutu (RN), que se curava de um câncer nas cordas vocais, perguntou à rezadeira após a reza se ela não sabia de um **remédio do mato** que servisse para aquela doença. A rezadeira disse que não sabia, mas que o melhor mesmo era ela continuar fazendo as **aplicações** (sessão de quimioterapia). No fragmento abaixo, fica evidente a apropriação de termos utilizados pelos médicos e pela rezadeira Barica. Isso acontece quando os recursos da reza não são suficientes para curar os clientes. E fica claro também que os estes fazem tratamentos complementares, alternando entre os cuidados médicos e os cuidados das rezadeiras.

Barica: Através da reza eu tenho descoberto muita coisa. Porque um dia desse chegou uma senhora aqui com a barriga inchada, se queixando de muita dor. Ela já tinha ido pro médico Aí, ela veio se rezar. Quando eu comecei a rezar, descobri que era um **caroço** e que estava muito

⁶ Médico clínico geral. Durante a pesquisa em 2006, havia poucos meses que ele estava clinicando em Cruzeta.

inflamado... e era problema pra médico. Volte no médico de novo, você tem que pedir um **ultra-som**, porque se não pedir esse exame, você nunca vai ver o resultado da doença. Ela voltou ao médico e ele passou um **ultra**. Ela bateu e não **acusou** nada. Então, ela voltou aqui muito desesperada dizendo que era **feitio**. Eu tornei a fazer a mesma cura e disse que o problema dela era um **caroço** e já estava muito inchado. Você tem que fazer uma **tomografia**. Senão você vai morrer. Ela tornou a voltar pro médico.

Médico: Você já fez um ultra que Dr. João passou. Fazer mais o quê?

Paciente: Mas a rezadeira Barica disse que era um **caroço**!

Médico: Como foi que ela soube?

Paciente: Ela viu na reza.

Médico: Você não tem nada.

Paciente: Tenho porque me dói muito e me incomoda.

Barica: Aí, foi ele passou outra ultra. Quando chegou em Natal que bateu o exame era uma vesícula grande. Foi caso de cirurgia.⁷ (Informação verbal, fevereiro/2006. Grifo do pesquisador).

A partir deste discurso pode-se observar uma série de elementos que vai desde a confiança existente entre a rezadeira e o cliente, passando pela apropriação dos termos médicos pelas rezadeiras até a questão de saber ouvir atentamente os clientes quando estes relatam os sintomas que os afligem. De acordo com alguns clientes, o que diferenciava esta rezadeira das demais existentes na cidade, era a capacidade que ela tinha de mostrar soluções para os problemas. Quando ela não conseguia resolvê-los, já falava logo em seguida. E aconselhava o doente a procurar outros recursos. Os trabalhos realizados pelas rezadeiras podem ser vistos como uma relação de complementaridade ou até mesmo de ajuda, como menciona um dos médicos da cidade:

Eu acho muito interessante esse trabalho que as rezadeiras fazem, inclusive me ajudam. Porque aqui tem muita gente com problemas psicológicos. E por qualquer coisa, uma briga com o marido já vem aqui pedir antidepressivo. Eu sou cauteloso, mas se estas pessoas pegarem um médico que não queira ouvir seus problemas, passa logo *diasepan* para elas ir para casa. E como as rezadeiras não têm outras atividades para realizar, a não ser receber essas pessoas para ouvi-las. Então, elas podem ouvir e orientar, porque nós aqui não temos tempo para isso (Informação verbal, dr. Jorge, maio/2006. Grifo do pesquisador).

Este médico foi apontado por alguns informantes como sendo o único médico da cidade que conversava e dava atenção às pessoas durante a consulta médica. Veja que ele chega a relacionar os problemas familiares como sendo um motivo para alguns pacientes pedir para ele receitar antidepressivos. Uma cliente comentou o seguinte: “tem vez que eu vou ao médico, bem não chego na porta do consultório ele já está com a receita na mão”. Fica evidente na fala desta cliente o que Moerman (1983) ao refletir sobre o efeito placebo

⁷ Neste diálogo fica evidente, a doença sob a visão do paciente e, sob a perspectiva do médico. Seria o que Helman (2003) denomina, respectivamente, de perturbação e de patologia.

denominou de “característica bimodal da biomedicina”, ou seja, ao invés do médico privilegiar ambos os aspectos corporais e mentais do paciente, elege apenas a esfera corporal para atuar⁸.

Embora se perceba uma certa relação amistosa entre os profissionais de saúde a respeito da prática realizada pela rezadeira na cidade, um outro fator que causa preocupação é a questão da ausência de “interação entre o médico e o paciente”. A opinião do médico sobre as rezadeiras parece meio ambígua. Ao mesmo tempo em que ele afirma que elas os ajudam, também desqualifica a prática da reza quando insinua que as rezadeiras não têm outras atividades a desempenhar a não ser “ouvir” os problemas das pessoas.

Na verdade, essa forma simplista de encarar o trabalho das rezadeiras é fruto de um aprendizado instituído pela ciência, ou seja, os profissionais da biomedicina aprendem desde que ingressam na academia que as práticas terapêutico-religiosas são inferiores à prática desenvolvida pela medicina oficial. Essas práticas de cura populares não se submetem a esse regime positivista de aprendizado. Tal conhecimento emana, se estrutura e se reelabora através das redes de relações que acontecem entre os grupos. Portanto, a posição social das rezadeiras não lhes permite que desfrutem do status e da autoridade de “doutoras”, ao contrário dos médicos.

Contudo, observa-se que algumas rezadeiras acumulam uma tripla jornada de trabalho, ou seja, cuidam dos afazeres domésticos, dos filhos e dos maridos e, ainda, dos clientes que chegam às suas casas em busca de rezas. Na verdade, o que deveria ser da competência dos médicos, ouvir seus pacientes, acaba sendo delegado às rezadeiras.

Percebe-se resistência por parte de alguns médicos locais em não entender o contexto sócio-cultural e econômico em que o paciente está inserido. Muito menos a preocupação de estabelecer uma linguagem que seja acessível ao paciente. Sobre esta questão Boltanski (1989, p. 44) diz o seguinte:

É em primeiro lugar uma barreira lingüística que separa o médico do doente das classes populares, pois a utilização pelo médico de um vocabulário especializado redobra a distância lingüística, devida ao mesmo tempo a diferenças lexicológicas e sintáticas, que separam a língua das classes cultas das classes populares.

Essa barreira lingüística que separa o médico do paciente é visivelmente observada pelo autor supracitado quando algum paciente busca ajuda de um médico. De acordo com alguns clientes com quem conversei durante o período que visitava as rezadeiras, um “bom

⁸ Esta bibliografia encontra-se em inglês e as idéias do autor contidas neste texto foram traduzidas livremente por mim.

médico” é aquele que estabelece o mínimo de diálogo e interessa-se em conhecer o estado de saúde (perturbação) que a pessoa está atravessando. Frases com conteúdos semelhantes foram bastante citadas: “Doutor fulano, quando a gente chega ao consultório, ele não olha nem pra cara da gente”. Separei a seguir alguns relatos emblemáticos que sintetizam bem esta realidade que envolve, não apenas a questão da relação médico e paciente, mas a linguagem usada pelos médicos:

Com toda ruindade, ter que pegar ficha, eu prefiro dr. fulano porque tenho mais contato com ele. Eu me identifiquei muito com ele a ponto de falar sobre os meus problemas com meu marido. Eu conversava sobre minhas coisas com ele. Eu tenho ele como médico e como amigo (Informação verbal, Cliente, 37 anos, maio/2006).

Uma cliente ao referir-se a um determinado médico da cidade enfatizou a sua falta de cuidado para com os pacientes. Segundo ela, por pouco não perdeu a sua vida e a de seu filho, o que poderia ter sido evitado se este profissional tivesse posto em prática o uso do diálogo em suas consultas.

Tem um médico aqui que não liga muito para os pacientes. Se fosse por ele quando eu fiquei grávida desse menino [criança de colo] e chegou a hora dele nascer. Se dependesse da vontade desse médico tinha morrido eu e a criança. Ele só fazia dizer que quando chegasse o dia de nascer, ele nascia. (Informação verbal, Cliente, 24 anos, maio/2006. Grifo do pesquisador).

Fica evidente também nestes relatos a ausência do que seria uma consulta, pois não foi permitido à paciente expor o seu ponto de vista a respeito do que estava afetando-a. Segundo Helman (2003, p. 137) para que a consulta tenha êxito, deve haver um consenso entre as duas partes sobre a causa. Com a prática da reza e, acredito, que em outras práticas de cura popular, isso é diferente. O cliente não tem apenas a oportunidade de falar sobre seus problemas, como encontra nas palavras e ações da rezadeira um nível de confiança e encorajamento para conseguir superar a doença. Veja um pequeno fragmento de um diálogo entre a rezadeira Barica e uma cliente portadora de câncer:

Barica: Dona Maria não vá se desesperar! Eu peço muito em nome de Deus que a senhora não vá se desesperar. O que mais adoece é o desespero.
Dona Maria: É, mas eu tenho muita fé em Deus.
Barica: E lute. Não é porque a senhora tá com esse problema que vai botar na cabeça que vai morrer. A senhora tem um problema que muitas pessoas também estão passando. Eu dou força. Lute. Levante a cabeça (Informação verbal, fevereiro/2006).

Além de se preocupar em manter o cliente com a “auto-estima” em alta e, com isso, encontrar força interior para “lutar” contra a doença, a rezadeira Barica citou outros casos semelhantes envolvendo clientes que alcançaram o sucesso da cura:

Barica: O que eu tenho pra dizer do velhinho [que também tinha câncer] é que os médicos deram apenas três meses de vida e ele hoje tá aí. Eu queria que a senhora visse, gordo parece um bichão.

Dona Maria: É, né? Se não tivesse vindo aqui já tinha morrido.

Barica: Mulher, o pobre do velho... Encheram tanto a cabeça dele que ele não saia mais de casa [depressão]. Aí, o médico disse que não adiantava operar mais não, porque senão ele morria mais ligeiro. É tapar os ouvidos e não levar em conta o que o povo diz (Informação verbal, fevereiro/2006. Grifo do pesquisador).

Como a prática da reza não se nutre apenas de crenças, súplicas aos santos e ramos verdes, outras práticas culturais que estão em contínuo processo de elaboração, como as experiências cotidianas e as redes de relações contribuem para a manutenção deste ofício perante a coletividade. Portanto, os casos observados e vivenciados, tanto pelas rezadeiras quanto pelos clientes, servem de exemplos para enfatizar a eficácia dos tratamentos. O uso de outros “casos de sucessos”, ou seja, cura que as rezadeiras obtiveram êxitos são usados para ajudar outros clientes em situação semelhante a reorganizar e criar novos sentidos de vida, de morte, de existência. Isso fez-me pensar no que Boltanski (1989, p. 61) afirmou sobre a terapêutica desenvolvida pelos curandeiros:

Parece que um dos principais méritos que os membros das classes populares reconhecem ao curandeiro reside, principalmente, no fato de que ele explica ao doente a doença que ele sofre. Além disso, o curandeiro utiliza uma linguagem imediatamente acessível aos membros das classes populares e fornece explicações que contém representações da doença que despertam alguma coisa no espírito das classes baixas.

O autor destaca em sua fala uma das principais diferenças apontada pelos clientes das rezadeiras: “a escassez de diálogo entre pacientes e os médicos”. É justamente se apropriando da linguagem recorrente no meio médico que algumas rezadeiras, reelaboram suas práticas. São fluxos de saberes que se re-alimentam, mas que a prática da reza, por ser destituída do saber acadêmico, aproveita estas frestas para se reelaborar, bebendo na fonte de uma prática oficial. O fato de um médico acreditar nas rezas ou, como disse a rezadeira, enviar pacientes para ela curar, contribui para que a prática da rezadeira adquira prestígio perante a comunidade.

Obviamente que não sugiro que os médicos abandonem seus métodos científicos de cuidar das doenças, no entanto, se se espelhassem nesse procedimento simples e fundamental

entre as rezadeiras e os clientes, poderia ser um diferencial relevante, sobretudo porque haveria um ganho significativo por parte da própria população que é assistida pelos profissionais de saúde.

Considerações Finais

Era recorrente nas diversas leituras que realizei, a ênfase dada à religiosidade das rezadeiras, sobretudo que elas eram católicas, de origem rural e os tipos de doenças que curavam. Alguns autores, embora chegassem a abordar o processo de iniciação, não aprofundavam como isso acontecia. Aqueles que abordavam a prática em um contexto urbano não mostravam como era a relação dessas agentes com as outras práticas terapêuticas, por exemplo, a biomedicina. Acredito que este trabalho traz algumas reflexões pertinentes para pensar as relações, as mediações e os conflitos existentes entre as rezadeiras e os médicos.

Enfim, procurei mostrar um pouco das interações culturais e sociais que estão associadas à prática da reza. Como se evidenciou, cada um desses tipos de terapêuticas assumem lógicas contrárias quando dizem respeito ao tratamento das doenças. No caso do saber médico, ele está pautado numa racionalização científica, pois a doença é vista apenas como sendo inerente ao corpo. Já no modelo de cura estabelecido pelas rezadeiras, a lógica da cura tem como pressuposto um equilíbrio entre a esfera corporal e espiritual do indivíduo.

Outra questão que gostaria de enfatizar é o uso de alguns conceitos oriundos e utilizados pelos médicos e que as rezadeiras passam a fazer uso durante os rituais de cura. Isso sinaliza para a existência de um tipo de relação ou até de troca entre as rezadeiras e os médicos. Por outro lado evidencia a possibilidade de uma reelaboração desta prática no meio urbano. Ou seja, enquanto era uma prática genuína do meio rural, a quantidade de doenças era restrita. Ao se constituir na cidade, esta prática teve a necessidade de ampliar seu espectro de cura e seus agentes tiveram que inserir ou absorverem novos termos, principalmente aqueles utilizados e formulados pela biomedicina. A saber, cura para câncer, reza para depressão, cura para o estresse, etc. Não é porque as rezadeiras não seguem um modelo científico que seu ofício seja isento de sentidos, há uma lógica que dinamiza e dá ordem aos significados.

Acredito que uma das contribuições deste trabalho foi ter atentado para entender como a prática da biomedicina é articulada pelas rezadeiras para a reelaboração das suas práticas terapêutico-religiosas.

Referências bibliográficas

- BARTH, F. An anthropology of knowledge. In: **Current Anthropology**. V. 43, nº 1, 2002, p. 1-18.
- BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- CAMARGO, Maria Tereza L. de Arruda. **O cobreiro na medicina popular**. Disponível na internet: <http://www.aguaforte.com/herbarium>. Acesso em 02 set. 2006.
- CASCUDO, Luís da Câmara. **Meleagro**. 2 ed. Rio de Janeiro: Agir Editora, 1978.
- EVANS-PRITCHARD, E. Edward. **Bruxaria, oráculo e magia entre os Azande**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005 (Coleção Antropologia Social).
- FREYRE, Gilberto. O doente e seus antecedentes socioculturais. In: **Médicos, doentes e contextos sociais: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Editora Globo, 1983. pp. 107-118.
- GOMES, Núbia Pereira de Magalhães; PEREIRA, Edimilson de Almeida. **Assim se benze em Minas Gerais**. Juiz de Fora: EDUFJ/Mazza Edições, 1989.
- HELMAN, Cecil G. Interação médico-paciente. In: **Saúde, doença e cultura**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 109-145.
- LÉVI-STRAUSS, C. A natureza do concreto. In: **O pensamento selvagem**. São Paulo: Cia. Ed. Nacional, 1976.
- LOYOLA, Maria Andréa. **Médicos e curandeiros: conflito social e saúde**. São Paulo: Difel, 1984. (Coleção Corpo e Alma do Brasil).
- MAUÉS, Raymundo Heraldo. “Malineza”: um conceito da Cultura Amazônica. In: BIRMAN, Patrícia et alii. (Org.). **O mal à brasileira**. Rio de Janeiro: EDURJ, 1997. p. 32-45.
- MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.
- MOERMAN, Daniel E. Physiology and symbols: the anthropological implications of the placebo effect. In: **The anthropology of medicine, from culture to method**. _____ et alii (Org.). Manchester: Bergin and Garvey Publisher, 1983. p. 240-253.
- QUINTANA, Alberto M. **A Ciência da benzedura: mau olhar, simpatias e uma pitada de Psicanálise**. São Paulo: EDUSC, 1999.
- OLIVEIRA, Elda Rizzo. **O que é benzeção**. São Paulo: Brasiliense, 1985 a.
- _____. **O que é medicina popular**. São Paulo: Brasiliense, 1985b. (Coleção Primeiros Passos).
- SOUZA, Grayce Mayre Bonfim. **Ramos, rezas e raízes: a benzedura em Vitória da Conquista**. 1999. 186f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.