

REZA E TECNOLOGIA LEVE NO DIÁLOGO ENTRE OS SABERES CIENTÍFICOS E POPULARES

Maria do Rosário
Lenilde Duarte de Sá
Berta Lúcia Pinheiro Klüppel¹

Resumo: Este artigo aborda uma reflexão acerca de práticas religiosas desenvolvidas por rezadeiras ou curadores de diversas religiões, que utilizam rezas ou súplicas em rituais na busca de saúde. Essas práticas singulares coexistem com os modos oficiais, como uma forma de cuidar dos indivíduos na realidade social de todos os Estados brasileiros, desde o período imperial. Utilizou-se de pesquisa bibliográfica em livros e artigos publicados via online. O estudo ocorreu no mês de novembro de 2011, na cidade de João Pessoa-PB. A análise e a explanação descritiva foram referenciadas na revisão da literatura. Considera-se que, em um cenário multicultural de significados e cheio de heterogeneidades, a interação entre os saberes científicos, místicos e populares se justifica como tecnologia leve de cuidado em saúde, visto que contribui com a qualidade de vida dos grupos populacionais sacrificados pelo mercado de consumo e competitividade desencadeada nos dois últimos séculos.

Palavras-chave: Práticas religiosas populares. Interação. Saúde.

Abstract: This article presents a reflection on religious practices developed by mourners or trustees of various religions that use prayer or supplication in rituals for search health. These unique practices coexist with official methods as a way of caring for individuals in the social reality of all Brazilian states, since imperial period. We used literature in books and articles published online. The study took place in November 2011 in the city of João Pessoa -PB. The analysis and descriptive explanation were referenced in the literature review. It is considered that, in a multicultural setting of meanings and full of heterogeneities, the interaction between scientific, mystical and popular knowledge is justified as light technology for health care, since it contributes to the quality of life of population groups sacrificed by the market consumption and competitiveness triggered in the last two centuries.

Keywords: popular religious practices. Interaction. Health

¹ Maria do Rosário de Araújo Lima. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Ciências das Religiões da UFPB. Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva e em Educação Profissional da área de Saúde: Enfermagem. E-mail: rosario@alcirlima.com.br
Lenilde Duarte de Sá. Doutora em Enfermagem e Saúde Pública. Professora do Departamento de Enfermagem Saúde Pública e Psiquiatria e Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB e Pós-Graduação em Ciências das Religiões da UFPB. E mail: lenilde_sa@yahoo.com.br
Berta Lúcia Pinheiro Klüppel. Médica homeopata. Doutora em Patologia Experimental. Professora do Centro de Ciências da Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da UFPB. E-mail: bkluppel@ccs.ufpb.br

Reflexões iniciais

O presente artigo tem como objetivo proporcionar uma reflexão acerca das práticas religiosas populares desenvolvidas pelas rezadeiras ou curadores de diversas religiões, que utilizam rezas ou súplicas ou bênçãos em rituais na busca da saúde. Essas práticas singulares coexistem com os modos oficiais, como uma forma diferente de cuidar dos indivíduos, na realidade social de todos os Estados brasileiros. Também visa evidenciar a importância do diálogo respeitoso entre os profissionais da saúde, rezadeiras ou curadores e seus usuários, como estratégia inclusiva de pessoas aos serviços públicos de saúde e à promoção comunitária. O estudo se justifica por contribuir com o debate acerca da temática e o reconhecimento do valor das práticas sincréticas que são utilizadas nos rituais, na busca da saúde, como mecanismo potencializador de relações humanizadas entre os profissionais da área e usuários dos serviços públicos na perspectiva do cuidado integral; em um país de grande extensão territorial, com distintas culturas e de extrema desigualdade social.

Acompanhando o processo de mudança econômica, social e política, as religiões brasileiras vêm, nas últimas décadas, passando por processos de transformações. A cultura religiosa construída a partir da tradição católica romana portuguesa, amalgamada com as práticas religiosas indígenas, africanas e, mais tarde, com as do kardecismo², oriundo da França, impregnou de traços sincréticos a religiosidade dos brasileiros. Essa impregnação é percebida tanto nas expressões de múltiplas formas de fé religiosa quanto nos cânticos, rezas, súplicas, palavras sagradas, lendas, parábolas, gestos, rituais e cerimônias litúrgicas, minuciosas e complexas. Desta forma, as condutas e crenças das pessoas se constituem em elementos do sincretismo e são partes fundamentais dos valores da vida e da cultura do povo brasileiro.

Partindo desta perspectiva, os aspectos simbólicos, dogmáticos, míticos e místicos são encontrados em objetos de uso individual como símbolos, tais como: colares de contas coloridas exibidos no pescoço de mulheres e homens denominados de rosário, escapulários, cruzeiros; bem como a simbologia do uso de roupas brancas e coloridas, entre outras. Nas residências é também comum se observar o uso de copos

² Kardecismo: refere-se ao Espiritismo como doutrina, uma vez que esse conjunto de princípios foi passado a Kardec pelos Espíritos. Allan Kardec, pseudônimo do Professor Hippolyte Léon Denizard Rivail, nascido em Lyon, França, em 1804, filho de juiz e mãe professora. É codificador da Doutrina dos Espíritos – o Espiritismo (ANDRADE, 2009).

com água, sal grosso, velas, pedras, imagens de santos, feijoada, abóbora, chás de raízes, folhas, flores, cascas, sementes, plantações de arruda, alecrim, manjeriço, espada-de-são-jorge, vassourinha, pião-roxo, dentre outros elementos, que são fortemente utilizados pelos terreiros de Candomblé³ e Umbanda. No entanto, ressalta-se que nessas duas religiões a centralidade de poder é fraca, mas os seus símbolos concebem uma pluralidade de significação.

Para Eliade (2011), todos os símbolos e rituais concernentes às religiões, aos templos, às cidades e às casas derivam, em última instância, da experiência primária do espaço sagrado. Desse modo, a utilização de objetos ou rituais, muitas vezes, inconscientemente, nos fornece indícios da presença do sincretismo religioso. Portanto, ressalta-se o corriqueiro uso de símbolos da crença afro, que é portado pela maioria das famílias brancas das classes populares urbanas e rurais.

Prandi (2006), apoiado no antropólogo norte-americano Jonathan Friedman, argumenta que quando um centro hegemônico (catolicismo) começa a declinar, torna-se crescentemente difícil manter a identidade dominante. Uma crise na sociedade de maior influência leva ao enfraquecimento do poder e da identidade do grupo dominante e oferece a oportunidade a grupos reprimidos de se promoverem. Com o fracasso de identidades modernas, identidades culturais emergentes e seus processos étnicos apareceram como alternativas. Dentre essas alternativas citam-se os movimentos religiosos neopentecostais de tendência fundamentalista e os de matriz afro e indígenas. Cada movimento representa a emergência de novo primitivismo, uma busca de significado primordial à vida do homem em uma perspectiva do germinar, brotar e florescer a saúde e a existência.

Traços culturais devocionais são perceptíveis nas organizações sociais, como os festejos religiosos das comunidades do Nordeste, os novenários de comemorações aos santos padroeiros, nas diversidades de formas de pagamento de promessas. Outros traços significativos são as preces intercessoras ou súplicas aos deuses e a ingestão de “remédios” - “garrafadas de raízes”, produzidas pelos raizeiros⁴ na busca de benefícios

³ O candomblé é constituído por uma comunidade de natureza alternativa que permite aos seus membros um estilo de vida bastante diferenciado do que se tem na sociedade mais ampla. Umbanda e candomblé são religiões mágicas. Ambas pressupõem o conhecimento e o uso de forças sobrenaturais para intervenção neste mundo, o que privilegia o rito e valoriza o segredo iniciático. Os fieis se congregam em torno de uma mãe ou pai-de-santo, denominando-se terreiro cada um desses grupos (PRANDI, 2003).

⁴ Raizeiro é um homem que procura e vende as raízes medicinais, muitas já conhecidas pelo povo. Ele prepara os remédios: rapé, banhos, banha, garrafada e explicam como fazer um chá, há outros que são

à saúde. Essas manifestações da religiosidade popular refletem, de modo geral, na assimilação das contribuições indígenas, africanas e até orientais vindas pelas caravelas que voltavam da Índia e China, compondo uma síntese colorida e criativa (BOFF, 2009), que fundamentaram e enriqueceram a diversidade cultural brasileira.

Para Oliveira (2008), a religião do candomblé gera valores e comportamentos que enriquecem e imprimem sua marca no patrimônio cultural do país. Ela é uma filosofia de vida, uma maneira especial de interação do homem consigo mesmo, com a natureza, com o seu passado, com sua origem e sua especificidade cultural, sem perder de vista suas relações profundas com outros segmentos sociais, igualmente comprometidos com o processo que elabora e particulariza a formação da sociedade brasileira.

O candomblé como religião foi cada vez mais se tornando visível por meio da imagem capturada pelas artes e costumes de uma sociedade consumista e multicultural. Foi marcando presença em esferas culturais não religiosas: literatura, cinema, teatro, música, carnaval, televisão, culinária. Ainda, foi aparecendo pelos sustentáculos da auto-estima dos seus adeptos como elemento vital de sua formação cultural e social.

Desde o início, as religiões afro-brasileiras se fizeram sincréticas, estabelecendo paralelismos entre divindades africanas e santos do catolicismo oficial, adotando o calendário das festas dos católicos, valorizando os ritos e os sacramentos da igreja-grande-instituição, que é dogmática e hierárquica (Boff, 2009). Assim aconteceu com o candomblé da Bahia, o xangô de Pernambuco, o tambor-de-mina do Maranhão, o batuque do Rio Grande do Sul e outras denominações, todas elas arroladas pelo censo do IBGE sob o nome único e mais conhecido: candomblé (PRANDI, 2003).

Face ao exposto, apresenta-se a seguinte questão: será que a reza e a tecnologia leve no diálogo entre os saberes científicos e populares tem possibilitado acesso de usuários à rede pública de atenção à saúde na perspectiva da promoção da saúde?

curadores. Por ex.: O raizeiro Bilô (Araçuaí, MG) pede que as pessoas com doença ou outros problemas coloquem num papelzinho o nome, a idade e o incômodo. Quando vai preparar os remédios, põe a mesa para o Divino e entrega tudo a Deus que cura. Há pessoas que lhe pede remédio para cura de doenças, para alguém parar de beber, para proteção de algum mal que está acontecendo, para as vacas darem cria e as éguas pararem de criar ou para tirar as cobras da roça. (POEL, 2011; ALVES, 1994/2009).

Metodologia

Utilizou-se de uma pesquisa bibliográfica em livros e artigos publicados, via online, de forma aleatória, sendo priorizados os estudos que envolveram o diálogo entre os saberes científicos e as práticas populares religiosas utilizadas por leigos comunitários em rituais de busca de saúde. O estudo foi realizado no mês de novembro de 2011, na cidade de João Pessoa-PB. A análise e a explanação descritiva se deram referendadas em literatura sobre a temática.

O diálogo entre os saberes científicos e populares como tecnologia leve na promoção da saúde

Convive-se num mundo em que as fronteiras entre o público e o privado, o individual e o coletivo, assim como aquelas entre o saber acadêmico e o popular, com a utilização do diálogo⁵ respeitoso, tendem a ficar um pouco mais atenuadas. A seguir versa-se sobre o diálogo ocorrido em alguns estados entre o saber científico e os saberes populares com suas práticas, a partir de estudos selecionados.

No estado da Bahia, cita-se a Dissertação com o título: “Nas encruzilhadas da Cura: crenças, saberes e diferentes práticas curativas em Santo Antônio de Jesus – Recôncavo Sul – Bahia (1940-1980)” realizada por Denilson L. dos Santos, na Universidade Federal da Bahia-UFBA em 2005. O objetivo desse estudo foi apresentar os diferentes aspectos dos saberes e práticas populares de cura, largamente difundidos na região do Recôncavo Sul da Bahia, de forma independente da rede oficial de atenção à saúde.

Outro interessante estudo foi realizado pelo Censo Cultural da Bahia, por intermédio da Secretaria da Cultura e Turismo, que cadastrou cerca de 700 rezadeiras realizando práticas de cura de doenças e aflições psíquicas em 417 municípios, no período de 2002 a 2006. O curioso é que, desse total, apenas cinco rezadeiras eram de Salvador. O que aponta para o fato de que, essa cultura é mais difundida no interior e desempenha um papel simbólico, de ordenação de significados, com as práticas sincréticas. Revelou ainda que, as rezadeiras exercem o papel político na medida em que defendem outras formas de lidar com a saúde,

⁵ Diálogo implica o falar com alguém, o qual responde a seu interlocutor. Esse tipo de interação é inseparável de seu significado. Pois, somente no diálogo a linguagem é o todo que ela pode ser (GADAMER, 2006).

ou seja, os saberes ainda deslegitimados pela maioria dos profissionais do modelo de saúde oficial (BERÇACO, 2007).

Paulo César B. Alves e Míriam C. Rabelo (2009), da UFBA, também pesquisaram as práticas de cura de enfermidades e sofrimentos pelo candomblé rural sincrético, o jarê, mencionando que foi na Chapada Diamantina (interior da Bahia) que esse tipo de candomblé desenvolveu as principais concepções de tratamento de doenças e de variados tipos de sofrimentos. O jarê é uma variante do “candomblé de caboclo”, culto no qual os deuses yorubas ou orixás foram em grande medida assimilados a uma classe genérica de entidades nativas. Os caboclos foram considerados como índios ou descendentes de índios.

O ritual de cura nessa religião cabocla ocorre, para os referidos autores, com o cliente sentado em frente a um altar carregado de imagens de santos católicos, figuras de preto-velhos e nagôs, sereias e índios, velas, frascos de talco e perfume, flores e outros adornos. O curador lança, em um círculo formado por uma corrente de contas, oito a 16 búzios. Lançados os búzios, o paciente espera que o caboclo, através do curador, comece o diagnóstico, apontando a natureza e causa da sua aflição. Na proporção que joga as conchas, o curador desenvolve uma explicação, em forma de narrativa, sobre a situação do indivíduo. Em regras gerais, o curador segue um modelo interpretativo.

No Rio Grande do Norte, Santos (2007), em uma Dissertação de mestrado, intitulada “O Ofício das rezadeiras: um estudo antropológico das práticas terapêuticas e a comunhão de crenças entre as rezadeiras de Cruzeta-RN” evidenciou a existência de uma estreita relação entre as práticas de rituais de cura dos três tipos de rezadeiras: católicas, evangélicas e adeptas de culto da jurema. Ainda pontuou a similaridade entre as práticas terapêuticas complementares dos profissionais da saúde e as de padres e pastores evangélicos. Essa similitude assinalada caracteriza a riqueza do sincretismo religioso a favor da saúde comunitária como valor positivo da vida. O autor ressaltou ainda que “Ofício das rezadeiras” foi reconhecido com a aprovação pela Câmara dos Vereadores da cidade como patrimônio cultural do município.

Essas práticas terapêuticas existentes desde o período colonial estão para além da oferta de serviços de saúde. Derivam de sujeitos criadores de “tecnologias sociais” para o enfrentamento de seus problemas, uma vez que a vida e a religião são interligadas em um país de grande extensão e com extrema desigualdade social.

No estado do Ceará, o município de Maranguape com 90 mil habitantes, situado na região metropolitana de Fortaleza, incluiu desde 1998 rezadeiras⁶ na promoção da saúde pública. Essa situação demonstra o reconhecimento de práticas sincréticas ligada à medicina popular⁷, exercida por mulheres protagonistas, com postura acolhedora como extensão das técnicas terapêuticas oficiais. Tal inclusão se deu através de um inusitado projeto “Soro, Raízes e Rezas” idealizado por duas enfermeiras e uma assistente social, como resultado de discussões coletivas (gestores, trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde-SUS) e negociação entre o discurso oficial e a cultura religiosa local, visando à diminuição da mortalidade infantil (Galindo, 2005). Essa parceria, estabelecida com o monitoramento da equipe da gestão da saúde resultou na diminuição de óbitos de 62% para 5% em menores de um ano (PAULICS; PIANI, 2003).

Essa parceria vem suscitando debate e motivando vários estudos. Cita-se o exemplo da Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais de Simone Gadêlha Cavalcante, com o título “Entre a ciência e a reza: estudo de caso”, na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, defendida em 2006. Esse estudo teve a intenção de divulgar a negociação entre gestores, profissionais e as lideranças comunitárias envolvidas com a reza, como um modelo de política pública inclusiva e participativa em saúde. O estudo contribuiu com uma reflexão sobre as novas relações que se estabeleceram entre rezadeiras e profissionais médicos e os efeitos na comunidade assistida pelo Programa Soro, Raízes e Rezas, bem como suas relações de poderes no município Maranguape-CE (CAVALCANTE, 2006).

⁶ Para Alves e Rabelo (2009) rezadeira ou rezador de raiz é mais ligada na sua cosmogonia, aos valores do catolicismo rural. Há três elementos essenciais para compreender o povo e os benzedores: a fórmula da bênção, a fé na cura que é dom de Deus e a confiança da comunidade no curador. O benzedor ou benzedora tem que saber as orações. Os autores em pesquisa de campo evidenciaram a narrativa de uma benzedora que disse: *Quem troca às rezas é desastroso igual o médico que troca os remédios*. Mas, ao mesmo tempo, ela afirma que diante do doente, não sabendo a fórmula certa, qualquer palavra resolve, rezando com fé. - A cura é pela graça de Deus. Pela bênção do rezador, o doente sara. Às vezes, o benzedor sugere o uso de algum remédio. Mas ele *“não cobra, senão estaria fazendo negócio e é Deus que cura”*. - O benzedor é procurado por pessoas da sua comunidade. Quando o benzedor morrer, as pessoas procuram outro alguém que possa curar a picada de cobra, a espinhela caída, o quebranto, dentre outros males. É a comunidade que faz o benzedor (SANTOS, 2007); (ALVES E RABELO, 2009) .

⁷A medicina popular de origem européia, encontramos elementos celtas, grego-romanos, árabes, juntamente com partes da cabala, da alquimia, da medicina dos mosteiros e dos cirurgiões práticos. Acrescentam-se a isso rituais e remédios que vem da medicina indígena e da medicina africana, isto é, elementos banto e nagô site: <http://www.religiosidadepopular.uaivip.com.br/medicina.htm>, pesquisa em 10.11.2011.

A Fundação Instituto Conceitos Culturais & Medicina do Ceará é uma entidade, criada em 1991. Nela realizou-se um trabalho com foco antropológico quando investigou o papel dos curandeiros populares como as rezadeiras, parteiras e raizeiros, frente aos problemas da diarreia infantil, bem como assessorou o preparo de campanhas e programas em prol da parceria entre profissionais de saúde e terapeutas da comunidade (NATIONS; ANDRADE; BARRETO, 1997).

Na cidade de Fortaleza, no bairro do Pirambu, segundo os autores acima citados, há quase vinte anos, o Projeto Quatro Varas vêm funcionando, sob a coordenação do Dr. Adalberto Barreto da Universidade Federal do Ceará. Ganham vida nesta experiência a terapia comunitária integrativa, as massagens terapêuticas, a fitoterapia popular e oficinas de arte e educação, em parceria com os saberes e cuidados nativos. Tais terapêuticas de promoção de saúde⁸ são frutos de diálogos com a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará e têm sido levadas a outros estados da federação com o apoio do Ministério da Saúde, inclusive ao estado da Paraíba, pelos benefícios gerados às pessoas.

Em São Luis-MA, a Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde, criada em 2003, vem realizando uma série de atividades nos estados e municípios, com o objetivo de instrumentalizar e potencializar os saberes das lideranças de terreiros para o exercício de gestão participativa e o controle social de políticas públicas de saúde. São mais de 30.000 terreiros espalhados em subúrbios ou periferias das cidades, áreas geralmente desprovidas de equipamentos e recursos sociais em todo país, constituindo as diversas expressões das religiões de matrizes africanas. Uma série de seminários nacionais vem sendo realizados para sensibilizar gestores e profissionais de saúde sobre os impactos das desigualdades raciais e da intolerância religiosa no campo da saúde (SILVA, 2007).

Segundo Fonseca; Valença; Silva (2011, p.209), o Ministério da Saúde apoiou em 2006 a realização do V Seminário Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde, ação da Rede Nacional que conta com iniciativas como o Projeto Ató-Ire: Religiões afro-brasileiras e saúde, coordenado por José Marmo da Silva para desenvolver ação de promoção de saúde em terreiros do Rio de Janeiro, Bahia, Maranhão e Pernambuco. Um

⁸ Promoção de saúde é caracterizada pela OMS como sendo os programas, as políticas e as atividades planejadas e executadas de acordo com os seguintes princípios: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade (WHO, 1998). (tradução livre).

dos objetivos desse interessante projeto foi formar adeptos da tradição religiosa afro-brasileira como agentes multiplicadores de informações em saúde sexual e reprodutiva, com ênfase nas questões de gênero, direitos e etnia. O projeto organizou e lançou o livro *Religiões Afro-brasileiras e Saúde* e o vídeo *Saúde e Fé*. Esse trabalho foi registrado no documentário *ODÔ-YÁ! Vida com AIDS*, prêmio de melhor documentário no *Pan-African Film Festival*, de Los Angeles, Estados Unidos; e no Festival de Cinema de Burkina Faso. Daí a pertinência desta reflexão no campo da saúde pública, pois é notória que a temática das diferenças culturais tem sido excluída pelo modelo biomédico hegemônico. Ainda que seja crescente o reconhecimento de que as iniquidades estão relacionadas a fatores de classe social, gênero, etnia, sexualidade, religião, idade e linguagem, a implementação dessas ideias, como mediação do cuidado, nas rotinas dos serviços de atenção básica à saúde em quase todos os municípios é ainda algo a ser observado.

Para Silva (2007), há séculos os templos afro-religiosos são espaços de inclusão e de apoio social para os grupos historicamente excluídos, de escuta, acolhimento e aconselhamento. As práticas rituais e as relações interpessoais que são estabelecidas nestes espaços possibilitam as trocas afetivas e as produções de conhecimentos, na promoção à saúde e na prevenção de doenças e agravos, bem como a renovação de tradições religiosas milenares de cura, sobretudo por meio do uso das plantas medicinais e orações, que persistem até os dias atuais. São nesses espaços, denominados roças ou comunidades de terreiro, que o trabalho de ações de saúde em rede é desenvolvido, bem como aonde a sabedoria dos mais velhos se funde à vocação para aprendizagem dos mais novos. Os terreiros, como foco de resistência cultural negra, também funcionam como pólos de difusão de informações e trocas de saberes, que muitas vezes não são reconhecidos pela classe dominante.

A promoção da saúde valorizando as inter-relações das pessoas nesses espaços é de fundamental importância. Permite a preservação da própria tradição religiosa, uma vez que o corpo é um dos elos com os deuses e deusas. A saúde é vivenciada pelos adeptos como o equilíbrio das forças vitais ou a harmonia com a natureza, e está relacionada ao conceito de axé - a força propulsora da vida, a energia vital. A manutenção ou restabelecimento dessa força que está contida em todos os elementos da natureza como rios, oceanos, folhas, árvores, na terra, nos animais e nos seres humanos, sendo necessários rituais que deem às pessoas, acesso à força desses elementos. O fato

dos indivíduos necessitarem desses elementos, nos faz concluir o cuidado que devemos ter para com eles (SILVA, 2011).

Na Paraíba, em alguns dos municípios como os de Barra de Santa Rosa, São Mamede e Patos, segundo Luiz Custódio da Silva, Professor do Departamento de Comunicação Social da Universidade Estadual da Paraíba, também estão inserindo rezadeiras no projeto “Saúde em Movimento”, desenvolvido pela Secretaria de Saúde do Estado. Trata-se de um programa do poder público que envolve os Agentes Comunitários de Saúde e a própria comunidade, visando o bem-estar dos munícipes. O mesmo autor observa que, nos municípios mencionados acima, as rezadeiras inseridas diferem de outras formas místicas, pois aquelas não se apresentam com qualidades mediúnicas e não possuem conhecimentos esotéricos (SILVA, s/d).

Com as experiências exibidas e, observando Eliade (2011), verifica-se a herança de elementos de características religiosas como manifestação do sagrado, como os rituais de orações, benzesses, entre outros, representando uma forma de conhecimento que faz sentido da vida das pessoas. Esses rituais tornam-se sagrados e resgatam as raízes do homem primitivo depois de 500 anos de colonização, até as sociedades modernas em toda sua complexidade. Partindo dessa premissa, é possível perceber que a religiosidade é exclusivamente humana e, sabendo que o homem é um produto do seu contexto histórico-social e cultural, não existe uma manifestação religiosa totalmente “pura”, isto é, sem nenhuma interferência de fatores externos.

Para conhecer o universo mental do homem religioso é necessário levar em conta a existência de dois espaços distintos: o espaço sagrado, forte e significativo; e os espaços profanos, sem estrutura, os amorfos. A experiência do homem religioso perante o seu horror da homogeneidade do espaço profano e a sua necessidade latente de encontrar-se e fixar-se no espaço sagrado, transforma-o em seu centro de referência e em sua orientação para com o Universo (ELIADE, 2011).

Com o triunfo das ciências, ocorrido nos séculos XIX e XX, avançam o conhecimento técnico-científico que privilegia um reduzido grupo que apresenta certezas. As tecnologias⁹ em saúde no Brasil foram classificadas por Merhy (1997) como leves, leves-duras e duras. Esta classificação foi incorporada à política nacional

⁹ Tecnologias em saúde são “todas as formas de conhecimento que podem ser aplicadas para a solução ou a redução dos problemas de saúde de indivíduos ou populações” (PANERAI; PEÑA-MOHR, 1989). Portanto, vão além dos medicamentos, equipamentos e procedimentos usados no cuidado e ou assistência à saúde.

do sistema de saúde e expressa o reconhecimento de que as tecnologias não estão totalmente vinculadas a um equipamento tecnológico. Para Merhy (1997), o ser humano se impõe pela necessidade das tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento e de vínculos, denominadas de tecnologias leves. Partindo dessa visão, entendemos que o diálogo dos agentes da ciência com as práticas do saber popular¹⁰ que é, um “ir fazendo”, ou seja, é uma prestação de cuidado de forma transversal, se insere como tecnologia leve.

Porém, essa perspectiva de diálogo, não deve restringir nos grupos populares, o direito do uso das tecnologias leve, leves-dura e dura de cunho científico, quando necessário, e, nem restringir a possibilidade dos grupos populares de avançar a um estágio mais elaborado do conhecimento. Com base nesta reflexão, intui-se que as práticas sincréticas de cuidados efetivadas pelas rezadeiras e curadores na busca de cura (medicina popular) e defesa da vida, são tão tecnológicas quanto às da medicina oriental e ocidental alopática, tendo em vista que as rezadeiras, raizeiros e ou curadores desenvolvem uma leitura sobre saúde e doença, criando processos de trabalhos específicos para intervir nas dimensões objetiva e subjetiva, no âmbito do cuidado vivo em ato para afirmação da vida.

Destaca-se que essas práticas se fazem no trabalho vivo entre a rezadeira ou rezador e o cliente. Eles e elas procuram ler o mundo humano do ponto de vista da saúde e da doença, do normal e do patológico, da vida e da morte, em busca da construção de procedimentos de intervenção nestes processos.

Por outro lado, tem-se um discurso oficial do sistema público de atenção à saúde que é um permanente aliado na prevenção e cura de enfermidades. A população brasileira, sobretudo a de camadas de baixa renda, continua fazendo uso de outras opções terapêuticas, mantendo vivo o pluralismo do cuidado à saúde no país. É de conhecimento de leigos e estudiosos que os grupos sociais mais carentes – mas não apenas eles – recorrem às práticas de cura populares feita por rezadores católicos, parteiras, raizeiros, pais e mães de santo, médiuns espíritas, pajés e xamãs, dentre outros terapeutas (HELMAN, 2003; RABELO, 1994; LOYOLA, 1984). Igualmente junto a estes curadores, constrói-se toda uma rede de apoios e de entidades, as quais garantem a

¹⁰ Saber popular é conhecimento elaborado pelo senso comum. O próprio Durkheim, no final do prefácio à segunda edição da obra “As regras do método sociológico”, preconizou a importância desse saber: (...) O pensamento coletivo deve ser estudado, tanto na forma como no conteúdo, por si e em si mesmo, na sua especificidade [...] (DURKHEIM, 1973, p.382).

inserção social destas práticas terapêuticas de cura, tais como centros espíritas, igrejas pentecostais, grupos esotéricos e de orações, terreiros de candomblé e umbanda, dentre outros de tradições locais.

Por sua vez, a Organização Mundial da Saúde - OMS - reconhece a importância destas práticas de cuidados em saúde como patrimônio indígena e nativo de diversas culturas. O termo medicina tradicional é utilizado pela OMS para se referir a “práticas de saúde, abordagens, saberes e crenças que incorporam medicamentos à base de minerais, animais e plantas, terapias espirituais, técnicas e exercícios manuais”, utilizados tanto no diagnóstico quanto na cura de diversas enfermidades (SILVA, 2007).

Destaca ainda o papel dos curadores tradicionais ou populares e de suas práticas terapêuticas no âmbito da atenção básica em saúde nos países sul americanos, na América Latina e no Oriente. No Brasil, o Ministério da Saúde alinhado com essa lógica e com o campo de saber da saúde coletiva¹¹ estabeleceu, em 2006, duas importantes políticas nacionais voltadas para este setor: a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares – PMNPC de 2005, e a Política Nacional de Práticas Integrativas no SUS–PNPIC-SUS em 2006. Em ambos os casos há um reconhecimento oficial da relevância destes cuidados em saúde, de seus agentes e da eficácia de alguns de seus métodos (BRASIL, 2005 e 2006).

Ressaltamos que a revista “Saberes & Práticas Experiências de educação popular em saúde”, de número I de Outubro de 2011, editada pela Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde, deu visibilidade às várias práticas populares de cuidado utilizadas em diversas regiões dos estados do país, na perspectiva da autonomia do sujeito. Essa publicação teve o incentivo, dentre outros apoios, da Secretaria de Gestão Estratégica Participativa/MS/OPS, que também tem apoiado outras revistas que tratam de divulgar iniciativas exitosas dessas práticas.

Considerando os esclarecimentos proporcionados, deduz-se que o Sistema Único de Saúde-SUS¹², ao longo dos seus 22 anos, vem sinalizando o seu processo de mudança de forma plural em direção à universalização e a equidade da atenção à saúde.

¹¹ A saúde coletiva é um campo de saber e prática, estruturado a partir da crítica ao modelo mecanicista/biomédico na década de 70. Envolve questões que antes estavam fora da área da saúde, como o relacionar-se com a família e com o par amoroso, a profissão, o trabalho, o lazer, o alimentar-se, o corpo e mesmo as fases da vida (infância, juventude, período adulto e velhice), além da violência urbana e catástrofes naturais (CAMPOS, et al. 2009).

¹² O Sistema Único de Saúde-SUS é uma política de saúde e um novo sistema que está em construção, produto de ampla participação de técnicos, políticos e sociedade civil, organizada ou não. O SUS há que

Assim, concorda-se com Boff (2009, p.112) ao dizer, está-se entrando numa nova fase civilizatória, mais intuitiva que cerebral; mais holística que analítica; mais mística e espiritual que material. Esta “nova fase” é representada pelo movimento de estudiosos tanto da academia como de fora, que há décadas vêm discutindo aspectos da espiritualidade e da cultura, entre outros, frente à ciência. Dentre tantos pensadores aliados a essa visão, destaca-se o austríaco, Fritjof Capra que dentre suas obras, cita-se “O ponto de mutação”; Humberto Maturana, chileno filiado ao pensamento sistêmico; Leonardo Boff, filósofo brasileiro que pensa a ética, a espiritualidade, a ecologia e a teologia da libertação; Edgar Morin, filósofo francês do pensamento sistêmico; Paulo Freire, filósofo brasileiro e pensador da educação integral e emancipadora.

Para Boff (2009, p. 113), a intensificação da referida fase civilizatória ocorreu a partir dos anos 1970 no Brasil, com a ênfase atribuída ao Espírito Santo pelo movimento carismático católico oficial, vindo dos Estados Unidos-EUA, que arrebanhou cristãos da classe média na busca de um sentido ligado à subjetividade. Com essa experiência do espírito, os leigos da classe média romperam o monopólio da palavra, antes reservada ao clero, elaborando novos ritos, impondo as mãos, curando e falando em línguas. Também, observa-se como conquistas dos movimentos populares o teor do 5º artigo da Constituição Federal de 1988, em prol dessa “nova fase civilizatória”. Este instrumento legal assegura a liberdade de expressões políticas e religiosas, ou seja, o pluralismo religioso, dentre outros direitos.

Para concluir, traz-se as palavras de Pinheiro (2010, p.31):

É premente para os profissionais da saúde a exigência de reconhecer o modo como o homem organiza sua vida, seja nas particularidades da esfera privada, seja nas singularidades produzidas no grupo, na comunidade - enfim, no mundo por nós habitado.

Avançar em relação ao cuidado como um valor à saúde, conforme defende os pesquisadores do Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em saúde-LAPPIS/CNPq, é o nosso maior desafio.

ser entendido em seus objetivos finais - dar assistência à população de forma universal e integral, baseada em um modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde, para que assim busquemos os meios - processos, estruturas e métodos - capazes de alcançar tais objetivos com eficiência e eficácia, consolidando-o, assim, em nosso país. Em outras palavras o SUS é um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração direta ou indireta e das Fundações mantidas pelo poder público e complementarmente pela iniciativa privada (CAMPOS, et al., 2009).

O papel cultural das rezadeiras na comunidade

A origem histórica das rezadeiras, benzedadeiras ou curadores populares é de difícil precisão, porém elas e eles estão presentes em todas as regiões do país e são das classes populares. Suas práticas em cada região são diferenciadas quanto às formas, rituais e procedimentos utilizados. As rezas e rituais persistem mostrando a importância dos valores atribuídos às representações culturais religiosas sobre a saúde e a doença. Também representa uma das características da formação de uma sociedade agrária, escravocrata e híbrida, que girou em torno da casa-grande e em um regime de economia patriarcal, conforme foi tão bem apresentada na clássica obra “Casa-Grande e Senzala” do antropólogo Gilberto Freyre.

As rezadeiras, segundo Santos (2007), em sua maioria são mulheres que mantêm a preservação da reza, herdada pela sabedoria da cultura popular¹³ provenientes dos fluxos culturais entre os afro-descendentes (candomblé), os índios (pajelança) e os europeus (catolicismo).

Essas mulheres e homens que rezam, além de possuírem trajetórias de vida parecidas, possuem em comum a familiaridade com o universo curativo e de cuidado, sobretudo as benzedadeiras, rezadeiras, parteiras tradicionais, pais e mães de santo. Todos eles têm o reconhecimento de seus grupos. Neste sentido, assumem o papel social de zelar/cuidar da saúde da comunidade de forma gratuita. Tal papel pela busca de saúde pode ser compreendido como um bem comum e em uma concepção vitalista que revela a existência de uma "dinâmica vital", algo que está também além do corpo físico. É através do fluxo desta "dinâmica vital" que se determina o estado de saúde ou doença (LUZ, 1996).

As preces de interseções são mais utilizadas pelas classes populares da área rural e urbana do interior dos estados. Mas é possível também encontrar-se usuários da classe média e alta utilizando-se de tais serviços oriundos do misticismo e religiosidade popular nos grandes centros urbanos. As curas solicitadas pelas orações são mais

¹³ Cultura popular é um termo complexo, que não possui uma definição exclusiva, mas no momento vamos nos apropriar do que diz Chauí, “(...) um conjunto disperso de práticas, representações e formas de consciência que possuem lógica própria (o jogo do conformismo, do inconformismo e da resistência) distinguindo-se da cultura dominante exatamente por essa lógica de práticas, representações e formas de consciência” (CHAUÍ, 1986, p.25).

especificamente para os problemas de mal olhado ou quebrante do olho ruim¹⁴; vermelhão em qualquer parte do corpo; dor de cabeça; espinhela/caída; erisipela; entalo; mordeduras de cobras; mal-jeito nas juntas, entre outros. As rezadeiras estabelecem diálogos, ou seja, criam vínculos afetivos e efetivos no desempenho desse relevante papel social com seus pacientes e manifestam um fenômeno cultura e social que é secular.

A busca de cura para enfermidades seja da mais simples a mais severa, faz parte da natureza e da condição humana. As estratégias para um processo de cura são diversas e estão em sintonia com a classe social a que pertence cada indivíduo. A capacidade de articulação de energia para a conquista da saúde é proporcional, não somente ao porte da doença de cada indivíduo, mas ao seu próprio nível social, em que está inserido e é diferente para cada ser humano.

O poder público da saúde, ao engajar rezadeiras como parceiras mediadoras do acesso aos serviços do sistema, sem que elas percam seus dons místicos e religiosos, preserva o saber popular. Facilita, portanto, o acesso às bênçãos; preces; orações dos municípios, através de projetos alinhados com o campo da saúde coletiva. Dessa forma, contribui para minimizar a mortalidade infantil e para estabelecer a promoção do bem estar, no que concerne à dimensão espiritual das pessoas que procuram estes serviços.

As rezadeiras como mediadoras sagradas e líderes comunitárias são guardiãs da memória e realizam escuta, desenvolvem vínculo terapêutico informal e conseguem a integração do ser humano com o meio ambiente. Elas acolhem aos que são acometidos por enfermidades, que procuram seus serviços. Assim, contribuem para a promoção da cura das pessoas, direta ou indireta, através de suas orações e bênçãos, utilizando ramos verdes dos mais variados tipos ou as próprias mãos.

Também, aliviam as dores de pessoas que, em alguns casos, se encontram sem perspectiva terapêutica, com o influxo de energia afetiva. Estimulam a esperança pelo toque com a imposição das mãos, pela presença e pelas preces ou súplicas proferidas às divindades. De tal modo, apressam a recuperação do enfermo em tratamento com recursos alopáticos, e daqueles que não tiveram acesso à terapêutica formal, pois a percepção de saúde varia muito entre as diferentes culturas, quanto às crenças sobre o que traz ou retira a saúde.

¹⁴Olho ruim é reconhecido por manifestações como, enjôos e irritação. Essa situação ocorre porque “alguém colocou mal olhado” sobre a criança, sendo, portanto, necessário rezar para que os Deuses retirem todas as mazelas presentes (SANTOS, 2007).

A esse respeito, Valla (1999) chama a atenção para o fato da população estar manifestando seu adoecimento através do "sofrimento difuso", expressado por ansiedade, medo, depressão, nervosismo, entre outros sintomas. Segundo Pinheiro e Luz (2003), nas instituições de saúde, a oferta e a demanda têm sido ao longo dos anos organizada por uma lógica biomédica, na qual a ênfase é dada à doença e muitas vezes o tratamento descaracteriza e despersonaliza o indivíduo. Por isso, é possível que as práticas populares ditas por alguns como “alternativas ou integrativas” venham a contribuir com resultados mais satisfatórios.

Reflexões finais

A partir das discussões apresentadas sobre as singularidades das práticas religiosas, desenvolvidas pelas rezadeiras ou curadores que se utilizam de rezas em rituais na busca de saúde, fica evidenciado:

- Ser importante para os profissionais da saúde o reconhecimento das práticas populares religiosas, realizadas por rezadeiras ou curadores em busca da saúde como mecanismo potencializador de relações humanizadas, na perspectiva do cuidado integral;
- Ser necessária a ampliação do diálogo entre os profissionais e os munícipes, em relação aos saberes científicos e populares, como tecnologia leve para a promoção da saúde com o devido respeito às suas crenças individuais;
- A relevância do diálogo como forma de possibilitar às pessoas o acesso ao sistema público de saúde, especialmente as crianças;
- A importância social e cultural do sincretismo desenvolvido pelas rezadeiras, rezadores ou curadores, nas mais diversas regiões do país;
- A forte raiz religiosa existente no Brasil desde a colonização, a qual marcou profundamente a organização do Estado e o imaginário coletivo dos colonizados;
- O valor de rituais na produção da saúde e sentido da existência para alguns grupos populares;
- O papel dos rezadores, que em sua maioria são mulheres mantêm a preservação da reza, herdada pela sabedoria da cultura popular, proveniente dos fluxos culturais entre os afro-descendentes (candomblé e umbanda), os índios (pajelança) e os europeus (catolicismo).

Considerando ainda as reflexões proporcionadas, acredita-se que é possível ao profissional da saúde tanto compreender como lidar de forma eficaz com os fenômenos manifestados que, envolvem as rezas ou benzesses ou súplicas, dentre outras, pela natureza social e cultural desses rituais.

Nesse sentido, se ressalta as significativas contribuições do Programa de Pós Graduação das Ciências das Religiões¹⁵, cujos eixos temáticos de pesquisas, no Estado da Paraíba vêm subsidiando reflexões relevantes acerca das religiões, da religiosidade popular e da cultura mística, que perpassam as práticas de cuidar em saúde em nosso país laico. Atualmente, conforme foi demonstrado nas seções anteriores, o Sistema Único de Saúde reconhece a importância dessas práticas e a necessidade de ampliar as interações entre os diversos campos de saberes e, especialmente, com os saberes comunitários.

Compreende-se também que, em um cenário multicultural de significados e cheio de heterogeneidades, a procura de possibilidade de diálogo entre os saberes científicos, místicos e populares se justifica como tecnologia leve de cuidado em saúde, visto que contribui com a qualidade de vida dos grupos populacionais pesadamente sacrificados pelo mercado de consumo e competitividade desencadeada nos dois últimos séculos. Adverte-se oportunamente que esse diálogo não pode desconsiderar a perspectiva da cidadania e a visão crítica de cada situação. Desta forma, talvez seja mais fácil a elevação dos índices de desenvolvimento humano dos nordestinos, como forma de cooperar com uma sociedade civil forte, mais acolhedora, autônoma, legítima, inteligente, que lê e refunda ação através de movimentos sociais e democráticos. Essa é a nossa esperança.

Referências

ALVES, P.C.B; RABELO, M.C. O jarê - religião e terapia no candomblé de caboclo. V *ENECULT - Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura*. 27 a 29 de maio de 2009.

¹⁵ O Programa de Pós Graduação das Ciências das Religiões é um campo de saber emergente. Foi criado em 2006 (Res. nº 03) pelo CONSEPE da Universidade Federal da Paraíba, cujas linhas de pesquisa são: religião, cultura e produções simbólicas; e espiritualidade e saúde. Estas se constituem em eixos estruturantes de suas atividades acadêmico-científicas.

ANDRADE, M.O. A Religiosidade Brasileira: o pluralismo religioso, a diversidade de crenças e o processo sincrético. *CAOS – Revista Eletrônica de Ciências Sociais*, n. 14, Setembro/2009 Página 117. In: www.cchla.ufpb.br/caos. Acesso em 10.11.2011.

BERÇACO, E. Caiu a espinhela? Procure por elas, as Rezadeiras. *Rev. Overmundo, no Banco de Cultura*. 2007. Disponível: www.overmundo.com.br/banco/brilhantino. Acesso em 05.11. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares – PMNPC*. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS*. Brasília, 2006.

_____. Universidade Federal da Paraíba. *Resolução Nº 03 / 2006 do Conselho Superior de Ensino Pesquisa e Extensão*. Disponível em: <http://www.ufpb.br/sods/consepe>. Acesso em 05/06/2010

CAMPOS, GWS, et al.(Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª Ed, São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz. 2009.

CAVALCANTE, S.G. *Entre a ciência e a reza: Estudo de caso sobre a incorporação das rezadeiras ao Programa de Saúde da Família no município de Maranguape-Ce*. Rio de Janeiro. 2006. 88 p. Dissertação (Mestrado Ciências Sociais). Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

CHAUÍ, M. *Conformismo e resistência*. São Paulo: Brasiliense, 1986.

CONSORTE, J. Em torno de um Manifesto de Ialorixás Baianas contra o Sincretismo. In: CAROSO, Carlos e BACELAR, Jéferson (orgs.). *Faces da tradição afro-brasileira: religiosidade, sincretismo, anti-sincretismo, reafrikanização, práticas terapêuticas, etnobotânica e comida*. 2 ed. Rio de Janeiro: Pallas/ Salvador: CEAQ, 2006, p. 71- 91.

DURKHEIM, E. *As regras do método sociológico*. In: Durkheim, vida e obra (Os pensadores). São Paulo, SP: Abril Cultural, 1973, p. 382.

ELIADE, M. *O sagrado e o profano: a essência da religião*. São Paulo: Martins Fontes, Tradução: Rogério Fernandes. 2011.

FREYRE, G. *Casa Grande & Senzala: formação da família brasileira sob o regime de economia patriarcal*. Rio de Janeiro: Maia & Schmidt, 1933. 517p.

FONSECA, A.B; VALENÇA, J.; SILVA, T.B. Religião e saúde na recente produção acadêmica brasileira ; Uma revisão a partir do autores. In VASCONCELOS, E. M (org.). *Espiritualidade no trabalho em saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2011. 423p.

BOFF, L. *Ética da vida: a nova centralidade*. Rio de Janeiro: Record, 2009.

GALINDO, D. A inclusão das rezadoras de Maranguape na promoção da saúde pública. In: *Revista Acadêmica do Grupo comunicacional de São Bernardo*. Ano 02, N. 03. São Paulo, jan/jun, 2005.

GADAMER, H. G. *O caráter oculto da saúde*. Tradução de Antônio Luz Costa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

HELMAN, C.G. *Cultura, saúde & doença*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LOYOLA, M.A. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: Difel, 1984.

LUZ M.T. *Estudo comparativo das medicinas ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica em programas públicos de saúde*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 1996 (Série Estudos em Saúde Coletiva, 140).

MERHY, E.E. “Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde”. In: Merhy EE, Onocko, R. *Práxis em saúde um desafio para o público*. São Paulo (SP): Hucitec; 1997.

MENDONÇA, A.G. “Dois Pioneiros e Um Passeur de Frontières”. In: TEIXEIRA, Faustino (Org.). *A(s) ciência(s) da religião no Brasil*. Afirmção de uma área acadêmica. São Paulo: Paulinas, 2001, p.251-295.

NATIONS, M.; ANDRADE, F.M.O.; BARRETO, A.P. *Rezas e soro salvando crianças*. Fortaleza: Fundação Instituto Conceitos Culturais & Medicina, 1997.

OLIVEIRA, A.S. Roger Bastide e a Identidade Nagocêntrica. *Sankofa. Revista de História da África e de Estudos da Diáspora Africana* Nr. 2 dez. 2008.

PAULICS; PIANI. *Programa Soro, Raízes e Rezas: Rezadeiras e médicos superam preconceitos e se tornam parceiros na redução da mortalidade infantil*. Maranguape, CE. In: <http://www.eaesp.fgvsp.br/subportais/ceapg/Acervo%20Virtual/Cadernos/Experi%C3%Aancias/2003/CEARA-Maranguape.pdf> . Acesso 09 de 12.2011

PINHEIRO, R & LUZ M.T. Práticas eficazes x modelos idéias: ação e pensamento na construção da integralidade, pp. 7-34. In R Pinheiro & RA Mattos (orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Abrasco, Rio de Janeiro. 2003.

PINHEIRO, R. “Demanda por cuidado como direito humano a saúde: um ensaio teórico-prático sobre o cuidado como valor dos valores”, pp.17-37. In: PINHEIRO, R.; ALUISIO, G. S. Jr. (Orgs.). *Por uma sociedade cuidadora*. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ, ABRASCO, 2010. 448p.

POEL, Francisco van der, Frei OFM. (Frei Chico) Site: <http://www.religiosidadepopular.uaivip.com.br/medicina.htm> Acesso: 10.11.2011

PRANDI, R. As religiões afro-brasileiras e seus seguidores. *Revista de Ciências Sociais-Civitas*. Porto Alegre v. 3, nº 1, jun. 2003.

PRANDI, R. “Referências sociais das religiões afro-brasileiras: sincretismo, branqueamento, africanização”. In CAROSO, Carlos e BACELAR, Jéferson (orgs.). *Faces da tradição afro-brasileira: religiosidade, sincretismo, anti-sincretismo, reafricanização, práticas terapêuticas, etnobotânica e comida*. 2 ed. Rio de Janeiro: Pallas/Salvador: CEAO, 2006, p. 93-111.

PANERAI, R. B.; PEÑA-MOHR, J. P. *Health technology assessment: methodologies for developing countries*. Washington D.C.: PAHO, 1989.

RABELO, MCM. “Religião, ritual e cura”. In: ALVES, P.C.; MINAYO, M.C.S. *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

SANTOS, D.L. *Nas encruzilhadas da cura crenças, saberes e diferentes práticas curativas Santo Antônio de Jesus – recôncavo sul – Bahia (1940-1980)*. Dissertação (Mestrado em história). Universidade Federal da Bahia. 2005. 226 p.

SANTOS, F.V. *O ofício das rezadeiras: um estudo antropológico das práticas terapêuticas e a comunhão de crenças entre as rezadeiras de Cruzeta-RN*. Rio Grande do Norte. 2007. 297 p. Dissertação (Mestrado em antropologia). Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

SILVA, J.M. Religiões e saúde: a experiência da Rede Nacional de Religiões Afro-brasileiras e Saúde. *Saúde e Sociedade*. Vol. 16, número 2, maio/agosto, 2007.

SILVA, L.C. *A participação das rezadeiras nos projetos de saúde comunitária no estado da Paraíba*. Disponível em: http://www.projetoradix.com.br/arq_artigo/VII_26.htm. Acesso em 10.11.2011

VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública* 15:7-14. 1999.

ZACHARIAS, J.J.M. *Psicologia e religião, um diálogo necessário e permanente*. Disponível em: <http://www.franca.unesp.br/gth/sim8.pdf>. Acesso em 05.11.2011.