

“O CHÁ AJUDA, MAS É A FÉ QUE CURA”: UM ESTUDO DE CASO NO BAIRRO JARDIM FLAMINGO NA CIDADE DE MARÍLIA, SP.

*André Luís Tondato**

*Carlos Eduardo Machado***

Cite este artigo: TONDATO, André Luís; MACHADO, Carlos Eduardo. “O Chá Ajuda, mas é a Fé que Cura”: um estudo de caso no bairro Jardim Flamingo na Cidade de Marília, SP. **Revista Habitus:** revista eletrônica dos alunos de graduação em Ciências Sociais - IFCS/UFRJ, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 101 – 112, agosto. 2012. Semestral. Disponível em: <www.habitus.ifcs.ufrj.br>. Acesso em: 02 de agosto de 2012.

Resumo: O presente artigo busca discutir a partir de um estudo de caso as relações existentes entre as práticas consideradas informais utilizadas na busca pela saúde. Partindo dos discursos sobre concepções de saúde/doença que envolvem os usos de plantas, ervas medicinais e orações, o trabalho versa sobre as classificações biomédicas, populares e o momento ritual onde os agentes sociais assimilam e articulam suas ações com a religiosidade e com o conhecimento tradicional. Lançando mão da observação participante, de entrevistas, questionário e depoimentos, pretende-se apresentar dados coletados em campo e problematizar categorias analíticas que tratam da temática saúde, doença e cura em contextos populares.

Palavras-chave: Saúde; Cura; Religiosidade.

1. Introdução

Em seu artigo *Rogai por nós: a prece no catolicismo brasileiro à luz do pensamento maussiano*, a antropóloga Mísia Lins Reesink (2009: 29) ressalta serem poucos os estudos sobre as formas de prece no Brasil. Tais formas seriam fortemente marcadas pela cultura cristã, e por discursos e práticas que se interligam instaurando relações entre seres humanos e espirituais. Tendo em vista estas observações, buscamos aqui compreender um aspecto particular relacionado ao campo das preces: a articulação entre práticas não oficiais relacionadas à saúde/doença e crenças religiosas, tomando como ponto de partida discursos que permeiam essas relações.

Apresentamos aqui resultados de uma pesquisa realizada em 2011 na cidade de Marília (SP), mais especialmente no bairro Jardim Flamingo, espaço no qual identificamos um circuito de práticas e discursos de busca pela saúde que articulam orações, plantas e ervas medicinais,

religião e saberes tradicionais, classificações biomédicas e populares. Trata-se de um bairro localizado às margens da cidade, que apresenta uma estrutura urbana precária, com características típicas de bairros periféricos das cidades de médio porte do interior do Estado de São Paulo, cercado por espaços rurais e área de mata em meio urbano. Quanto à metodologia, lançamos mão de entrevistas, depoimentos informais, da análise de discurso e da observação participante para compor esta etnografia.

Portanto, buscamos apresentar alguns apontamentos sobre o discurso oficial e não oficial relacionados à saúde. Apresentaremos também os passos da pesquisa de campo e a partir dos dados obtidos propor atualizações de categorias analíticas como as de benzedeira e rezadeira. Tendo em vista que as práticas dos agentes sociais, quando o assunto é saúde/doença; são assimiladas e decodificadas compondo um mosaico híbrido no imaginário, na prática, no sentido religioso e na atribuição aos resultados de cura.

2. Alguns apontamentos iniciais sobre o discurso oficial da saúde.

Observando a configuração atual da concepção saúde/doença, Cynthia Sarti (2010: 78) afirma que o saber difundido em nossa sociedade sobre o corpo, a dor, o sofrimento a saúde e a doença, representa um campo de poder marcado pelo saber biomédico, um saber que constitui a representação oficial do corpo humano no mundo contemporâneo, como referência cultural para toda a sociedade. Neste sentido,

[...] a medicina, como aparelho ideológico, interpela-nos permanentemente, onde quer que estejamos. É ela que, onipresente, vem nos dizer não apenas com o curar nossas doenças ou aliviar nosso sofrimento, mas, propriamente, com o viver (SARTI, 2010: 78).

Partindo deste entendimento, é possível compreender que as noções que envolvem a concepção de saúde/doença desdobram-se num movimento em que o discurso biomédico veiculado pela mídia, pelo Ministério da Saúde e demais programas de políticas públicas fornece à população uma ideia de normalidade, definindo não somente o que é normal, mas classificando com exatidão o que seria o patológico, abrindo caminho para um tipo de racionalidade que se explicita por seus procedimentos (NASCIMENTO, 2011: 174). Em certa medida, nos primeiros dados coletados em campo foi possível perceber que poucos entrevistados afirmaram fazer uso de práticas médicas não oficializadas, indicando uma reserva em relatar experiências que distinguem das oficiais e uma descrença em optar por tratamentos tradicionais.

Contudo, estudos como o de Francisco de Oliveira (2002), abordam esta questão ponderando que saúde vai além do consultório médico e que estar doente depende da concepção dos indivíduos e das políticas de saúde disponibilizadas em cada local; este autor entende que a preocupação com a saúde e as práticas em relação a ela são também manejadas fora do sistema

que o saber biomédico promulga: o modelo biomédico, ele afirma, é apenas um entre tantos sistemas disponíveis no mercado da saúde (Ibid., p. 64). Há, nesta perspectiva, o elemento da experiência que os sujeitos sociais possuem da doença, tal como afirma Boltanski (1989: 132). Segundo esta perspectiva, cabe considerar, antes de qualquer coisa, as particularidades que as doenças e aflições apresentam em cada grupo social, tendo em vista que tais particularidades direcionam a busca por um ou outro dos sistemas disponíveis para a resolução das questões de saúde, além da possível combinação entre diversos sistemas.

Para exemplificar estes modos como os agentes sociais se relacionam com a saúde/doença e como as particularidades se constituem, podemos agregar à discussão o processo histórico brasileiro e as relações que as práticas oficiais e as não oficiais mantiveram entre si. Esta última apresentava-se no período colonial de inúmeras formas; dentre elas, a mais recorrente eram os usos da religiosidade, como as simpatias, as benzeduras, as mandingas, o curandeirismo, que sustentavam a tradição popular e que caminhava na contracorrente dos conselhos médicos (PRIORE, 1997: 309-310).

Todavia, “nos tempos da colonização, o médico era um criador de conceitos, e cada conceito elaborado tinha uma função no interior de um sistema que ultrapassava o domínio da medicina propriamente dito”, como aponta a historiadora Mary Del Priore (2008: 79). Constituiu-se deste modo um entendimento singular de saúde/doença sem exclusões ou polaridades do que seria oficial e não oficial, num processo de assimilação de conteúdos para construir referenciais pessoais de como se a ver com as questões das aflições do corpo.

Em nossa pesquisa inicial, quando buscamos mapear [1] os usos não oficiais das práticas medicinais no bairro Jardim Flamingo, foi possível notar que na rede de familiares e vizinhos é elaborado um discurso social que reproduz a ideia de uma especialidade médica por parte dos profissionais da saúde. Entra em cena nos depoimentos o farmacêutico, o médico, a enfermeira, os agentes de saúde que percorrem o bairro, as incursões ao posto de saúde mais próximo, direcionando sempre para aqueles que detêm um saber adquirido por estarem instruídos sobre como proceder nos casos de doença. Nisto, pode-se considerar a constituição de um *campo* marcado e dividido pela monopolização de um saber, tal como Pierre Bourdieu (1998: 39) encontrou na esfera religiosa entre os leigos e os administradores dos bens da salvação, que são “socialmente reconhecidos como os detentores exclusivos da competência específica necessária à produção ou à reprodução de um ‘corpus’ deliberadamente organizado de conhecimentos secretos”.

Neste estudo levamos em consideração a observação de Claude Lépine (2000: V) quando pondera que “a doença parece ter sido uma preocupação de todas as sociedades, e as representações da doença fazem parte integrante da maioria dos sistemas religiosos”. No bairro Jardim Flamingo existem três igrejas evangélicas de denominações distintas e uma igreja católica; por certo, diversas localidades em todo o Brasil possuem características semelhantes ao bairro, isto é, a sua localidade periférica em relação ao centro da cidade onde convivem igrejas

neopentecostais e católicas, seja com grandes ou pequenos templos (também de outras religiões, mas, sobretudo, as citadas).

Contudo, é sobre o caso de Dona Maria[2], que nos debruçaremos neste trabalho: moradora há quinze anos do bairro, ela oferece orações para diversos problemas de saúde que os vizinhos enfrentam. Católica fervorosa, ela mesma já enfrentou sérios problemas de saúde, tendo sido diagnosticada com câncer na garganta há onze anos, e há oito anos com metástase, conferindo a sua fé o motivo de estar viva.

3. Contextualizando o campo de pesquisa

O Jardim Flamingo fica próximo ao Residencial Vale do Canaã, um condomínio de luxo, e dos bairros Jardim Morumbi e Jardim Cavallari, que compõem a região extremo oeste da cidade de Marília. O bairro possui alguns bares e um mercado como comércio, um posto de saúde, três igrejas evangélicas e uma igreja católica. Todas as ruas são asfaltadas e a maioria de seus moradores vive em casas de alvenaria não finalizadas, poucas residências possuem calçadas cimentadas, pintura, muros rebocados ou algum tipo de acabamento. Durante a pesquisa observamos que sempre havia uma relativa circulação de pessoas nas ruas, vizinhos conversando em frente de suas casas, os bares aparentemente são um ponto aglutinador da população local, em finais de tarde onde muitos comparecem para beber alguma coisa e conversar com colegas, havendo intenso movimento principalmente de homens. Há ainda um campinho de futebol frequentado por crianças e adolescentes. Nas visitas que realizamos nos finais de semana foi possível notar muitas mulheres cuidando dos afazeres domésticos, varrendo a frente de suas casas ou ocupadas no cuidado com seus filhos.

Caminhando pelo bairro, batendo de porta em porta para aplicar o questionário, deparamo-nos com uma residência sem muros, delimitada por cercas de madeira, que nos chamou muito a atenção por existir ali algumas plantas e ervas medicinais – tais como romã, erva cidreira, boldo, erva Santa Maria e outras – que ficavam a mostra aos transeuntes. Pela proposta do trabalho, pareceu-nos oportuno indagar os moradores desta casa, por mais de um motivo: era possível que ali se fizesse uso destas ervas como parte de saberes tradicionais e, ao tempo da pesquisa, um de nós enfrentava um problema de saúde.

Abordamos uma das filhas de Dona Maria, que não mora no local, mas visitava sua mãe e estava em frente da casa. Quando relatamos o problema de saúde à entrevistada, questionando se saberia indicar alguma daquelas ervas medicinais para resolvê-lo, ela nos chamou para entrar na casa e conhecer Dona Maria, porque ela saberia quais as plantas indicadas para fazer um chá e sanar o problema. Contou-nos brevemente nesta conversa sobre a história da doença de sua mãe, que mesmo sendo diagnosticada com câncer há anos, desenganada por vários médicos, se diz “curada graças a Deus” e tem grande ânimo em ministrar orações e chás para as pessoas que a procuram com algum mal. Ficava evidente no discurso da filha de Dona Maria a relação entre

ethos religioso e a noção de cura, indicando, como diz Durkheim (2008: 499), que o religioso “sente-se como um transformado e, por conseguinte, transforma o meio que o rodeia”.

4. Ethos religioso e cura no processo de dar, receber e retribuir

Ao entrarmos na casa, observamos que havia imagens de santos na sala. Uma imagem de Nossa Senhora de Aparecida figurava na estante e um quadro do Sagrado Coração de Jesus na parede, indicando reminiscências do catolicismo santorial (TEIXEIRA, 2005: 17), remetendo ao uso das imagens de santos e objetos religiosos vinculados a práticas devocionais do catolicismo. Encontramos três filhas já casadas de Dona Maria e duas de suas netas, enquanto que seu marido e outros filhos não estavam presentes. Ao ser informada pela filha do problema de saúde que nos levava até ela, Dona Maria logo veio ao nosso encontro. Com 72 anos de idade e aparência serena, nos cumprimentou com voz baixa, quase um sussurro, devido à debilidade na fala causada pela doença.

Indagou sobre o problema de saúde, o que sentia e quais eram as dores. Após diagnosticar o problema, ofereceu um chá, logo indo até os fundos buscar as plantas e ervas necessárias para o preparo. Durante os minutos em que o chá era preparado, tivemos a oportunidade de saber detalhes sobre a vida de Dona Maria e de sua doença. As filhas relataram que a mãe, apesar da doença, mantinha uma vida ativa, participando das missas como ministra auxiliando o padre na distribuição da comunhão na igreja católica local, indo a acampamentos e retiros religiosos frequentemente. Acreditavam que “tudo isso era graças à fé que ela tinha em Deus”, e que muitos médicos já disseram que era “um milagre ainda estar viva”, interpretando assim, que seu vigor é fruto de sua religiosidade, contrariando as expectativas médicas, como um sinal do “plano que Deus tem em sua vida”.

Retornando da cozinha, trouxe uma xícara de chá que ajudaria a aplacar a dor. Sentando-se em um dos sofás, nos disse que o “chá ajuda, mas é a fé que cura”. Era assim que muitas pessoas da comunidade vinham procurá-la para que realizasse orações e indicasse ervas e plantas que pudessem curar diversos tipos de doenças. Porém, por mais que tudo indicasse a ação de uma benzedeira, Dona Maria não se identificava em nenhum momento como uma, dizendo que “apenas retribuía a graça concedida de Deus aos outros”.

A atribuição que Dona Maria faz a uma graça de Deus que deve ser retribuída – graça que ela entende pelo fato de estar viva apesar de uma grave doença e do longo período de acometimento – nos remete ao célebre *Ensaio sobre a dádiva* de Marcel Mauss (2003), entendida como um sistema de prestações totais em que *dar, receber e retribuir* formam um ciclo de trocas simbólicas que comunica, neste caso, a mediação entre humanos e divindades para a obtenção da cura (Ibid., p. 191). Seguindo o pensamento de Mauss, “o caráter voluntário, por assim dizer, aparentemente livre e gratuito, e no entanto obrigatório e interessado, dessas prestações” (Ibid., p. 188), indica que os chás e orações que Dona Maria oferece a quem a procura, na realidade, implica num sistema de prestações que envolve relações entre a dádiva

divina de estar viva apesar da doença, a voluntariedade na cura de males diversos que acometem outras pessoas e o interesse em manter-se viva por meio da retribuição a Deus.

5. A eficácia simbólica e o ritual de cura

Após a ingestão do chá, Dona Maria ofereceu uma oração. Ao aceitar, presenciemos como são realizadas as orações que ela oferece à comunidade. Partindo da interpretação destasituação como um momento ritual, por operarem “a um só tempo, as categorias do coletivo e do individual” (ALVES, 1980: 24), analisaremos a construção da eficácia simbólica que a ingestão do chá e a oração proporcionam como componente fundante da intervenção religiosa para efetuar a cura.

Lévi-Strauss (2008: 182) acentua que “não há porque duvidar da eficácia de certas práticas mágicas”; interpretamos sob esta perspectiva a ingestão do chá como um elemento mágico capaz de realizar a cura, sendo necessária a crença na ação que esse elemento traria, sendo essa crença tanto de quem a pratica quanto de quem a recebe.

[...] percebe-se que a eficácia da magia implica a crença na magia, que se apresenta sob três aspectos complementares: primeiro, a crença do feiticeiro na eficácia de suas técnicas; depois, a do doente que ele trata ou da vítima que ele persegue, no poder do próprio feiticeiro; e, por fim a confiança e as exigências da opinião coletiva, que formam continuamente uma espécie de campo de gravitação no interior do qual se situam as relações entre os feiticeiros e aqueles que ele enfeitiça (LÉVI-STRAUSS, 2008: 182).

No mesmo trecho, Lévi-Strauss considera que nenhuma das três partes envolvidas no momento ritual da magia consegue conceber com clareza a atividade desempenhada neste processo (Ibid., p. 183). Não basta, contudo, conferir o resultado final somente à crença que envolve as três partes no ritual, é necessário entender esta relação estrutural da *não concepção* dos envolvidos, como um princípio organizado de um sistema que capacita a crença na cura através dele. Deste modo, no caso brasileiro, os fatores históricos direcionam para diversos tipos de disposições que constituíram ao longo do tempo as práticas e crenças relativas à noção de cura. Nesta perspectiva,

[...] a estrutura é uma tendência, ela implica orientação e não conteúdo fixo, ela é um processo ou, melhor, a direção de um processo [...]. Não em todos os momentos dessa sua história, nem sempre com a mesma intensidade, nem em todos os segmentos sociais que o compõem, mas de modo perceptivelmente marcante, repetitivo e teimoso (SANCHIS, 2008: 79).

Em muitos estudos sobre a história brasileira, afirma-se que plantas utilizadas ancestralmente pelos indígenas e outras trazidas pelos africanos juntaram-se às práticas de

encantos e bruxaria portuguesa, desenvolvendo a partir da oferta que a flora fornecia uma marcante relação da população nos usos de chás e medicamentos naturais. Suas utilidades e efeitos iam da cura física à feitiçaria amorosa, sendo empregadas de vários modos, por vezes como bebidas, outras mascadas ou fumadas (cf. FREYRE, 1954: 551-552). Ainda hoje, os usos tão comuns de chás para curar doenças ou amenizar dores é um dos artifícios da pajelança, incluindo receitas de como tratar cada mal. Como na descrição de Christiane Mota (2009), para curar estupor o pajé indica: “folha de mostarda, erva – cidreira, hortelã, e pílula conta. Tomar a pílula juntamente com o chá preparado com as ervas e a folha de mostarda. Cada xícara de chá deve ser tomada com uma pílula. Concomitantemente, as mesmas ervas utilizadas no chá servem para fazer fricção no local dolorido ou atingido” (Ibid., p. 156).

Diante destas colocações, o preparo do chá realizado por Dona Maria no momento ritual, pode ser entendido como a primeira instância da realização da cura. Assim, o chá ganha características de medicamento, acionando no enfermo uma perspectiva de cura ou de melhora, contudo, na decorrência do ritual efetua-se também a oração, que numa relação de interdependência corrobora com as perspectivas conferidas pelo chá. A oração que é ministrada após o chá, conforma uma prece que visa estabelecer o contato com as divindades, para que estas realizem no corpo enfermo as ações de cura. Trabalhando a partir da prece, Ressink (2009), nos mostra que a palavra e a conversação entre os homens e as divindades se deve ao fato do domínio da livre conversação que é estabelecida nos momentos rituais (Ibid., p. 34-35). Principalmente no catolicismo, preces como o Pai Nosso, a Ave Maria, a Oração do Credo e tantas outras demonstram o quanto as manifestações verbais estão estendidas em toda a sua ritualidade (Ibid., p. 35).

6. Revisitando categorias, considerando a dinâmica social

Mesmo considerando o momento ritual e a verbalização, o caso de Dona Maria precisa ser tratado de modo diferente da qualificação usual que comumente aplicamos às rezadeiras e benzedoras nos estudos acadêmicos (OLIVEIRA, 1985), pois, mesmo oferecendo chás e orações à comunidade, não se encaixa completamente no modelo analítico que estabelecemos como um especialista que opera nesta categoria. No entanto, é possível encontrar neste caso elementos que fornecem subsídios para pensarmos uma atualização da noção que possuímos de benzedoras e rezadeiras, já que hoje o ofício, aparentemente, se torna menos nítido e mais heterogêneo do que em outras épocas.

Esse universo abrange outros intermediários entre o mundo e Deus, entre os humanos e encantados – o *rezador/rezadeira*, o *benzedor/benedeira*, a *parteira* e o *mizinheiro*. Munidos de habilidades diferenciadas, esses oficiantes agem, em algumas situações, como regozijos, pois compartilham dos mesmos códigos; noutras competem diretamente em razão de discordâncias quanto as técnicas e procedimentos, já que ambos gozam de autonomia em seus ofícios [...]. A grande maioria trabalha em casa, trata doenças consideradas de menor gravidades, possui uma

horta no quintal e uma série de receitas e/ou orações anotadas em pequenos cadernos; alguns guardam remédios já preparados para serem tomados (MOTA, 2009: 174).

Na descrição de Mota alguns pontos divergem e outros se assemelham ao caso estudado: primeiro, Dona Maria é tida pela comunidade do Jardim Flamingo como uma intermediária entre Deus e os homens na relação saúde/doença por possuir habilidades diferenciadas, e por ser moradora antiga do local compartilha dos mesmos códigos que a comunidade; segundo, goza de autonomia no serviço prestado aos que necessitam; terceiro, não atua somente em sua casa, mas nos contou que nos finais das missas pessoas a procuram para que faça orações, interagindo assim com a própria igreja.

Isto difere da ideia usual de benzedeira, pois, se houvesse uma identificação de suas práticas como benzeduras, certamente haveria por parte da igreja uma restrição em suas ações dentro do templo. Considerando que as práticas de benzedura são tidas como marginais dentro do catolicismo, nisto cabe compreender em primeira instância as peculiaridades do catolicismo brasileiro e a ação cotidiana dos católicos, ou seja, dentro de uma cultura católica brasileira (cf. SANCHIS, 2009) que fornece elementos para que a prática do catolicismo se distinga dos seus parâmetros oficiais, como afirma Dupront (1995: 10): “por um lado, o que se denomina de “catolicismo” não se limita, na honestidade das palavras, à religião católica como tal”.

Neste sentido, a vinculação religiosa de Dona Maria, seus saberes tradicionais e como os pratica em prol de outras pessoas, não correspondem com a clássica classificação de benzedeira que utilizamos em nossas análises e, também, que está presente no imaginário social. A benzedeira ou benzedor que professa ladainha aprendida com ancestrais, ou que benze com um ramo ou outros instrumentos, não se assemelham ao caso de Dona Maria, que aciona em suas práticas de cura um Pai Nosso, uma Ave Maria e um pedido direcionado para o problema apresentado.

Outro fator que pode ser considerado para pensarmos estas classificações é a descoberta do dom de fazer as orações por parte da benzedeira. Segundo Oliveira (1885: 34), este gênero de descoberta geralmente “ocorre paralelamente ao reconhecimento de algum acontecimento forte na sua vida”. Com Dona Maria algo semelhante se passou: mesmo sendo a vida toda católica, devota de vários santos, frequente nas atividades religiosas, foi após a descoberta de sua doença que aliou os usos dos chás que já conhecia com as orações. No entanto, Dona Maria não relata ter sentido sintomas costumeiramente apresentado por indivíduos que descobrem o dom de benzer, como tonturas, visão escurecida, sensação de peso na cabeça, audição de vozes e visões de pessoas falecidas ou de coisas que estão por acontecer. Estes sintomas são relatados como desagradáveis, despertando desconforto físico e psíquico, sendo necessário recorrer a outras pessoas que já passaram por isso para então desenvolver e praticar a benzedura. (cf. MEDEIROS, 2002).

Também há no ritual que presenciamos um intuito transmissor do ofício, outra característica que Elda de Oliveira (1985: 28) indica como componente identificador de uma benzedeira. Na situação que presenciamos, atuando junto com Dona Maria, uma de suas filhas orava junto com a mãe: com a Bíblia em mãos leu um versículo que servisse de meditação para os presentes após a oração. Esta transmissão do ofício está relacionado ao contexto familiar: não havendo na casa um lugar específico para que o ritual aconteça, ele se passa na sala, com praticamente todos os familiares presentes (filhas e netas), fazendo com que no momento da oração se desenvolva uma corrente que fornece o caráter social da reunião religiosa doméstica (DURKHEIM, 2008:76).

Partindo destas comparações entre a categoria usual de benzedeira e o que encontramos em nossa pesquisa, consideramos que seja necessário reatualizarmos certas ferramentas analíticas a partir dos dados fornecidos pelas pesquisas de campo. Procuramos evidenciar no caso apresentado distintos modos de atuação de agentes que articulam entre a esfera religiosa e os saberes tradicionais ofertas de serviços para a obtenção de cura, que nem sempre correspondem a uma idealização da prática de benzimento ao mesmo tempo em que reelaboram em suas práticas e associações elementos da benzedura tradicional.

7. Considerações finais

Ampliando a observação e a análise que dirigimos à oração, optamos pelo entendimento de que “a prece não pode ser reduzida a um ato de enunciação. Se palavras específicas são pronunciadas, elas só o são acompanhadas de uma série de posturas”, sendo que o “corpo é erigido em instrumento signifiante” (REGINENSI *apud* RESSINK, 2009: 32). Cabe, portanto, entender tanto a oralidade quanto a gestualidade que acompanha a oração como ações que se complementam e compõem a eficácia simbólica do ritual. Deste modo, estando de pé, com as mãos levantadas direcionadas ao enfermo, Dona Maria demonstra a relação que existe entre pensamento e conduta (GEERTZ, 2001: 30-31), expressando por fala e pela gestualidade a crença em sua capacidade intercessora. É então que,

na prece o fiel age e pensa. E ação e pensamento são estreitamente unidos, fluindo em um mesmo momento religioso, em um só e mesmo tempo. Esta convergência é, além disso, completamente natural. A prece é uma palavra. Ora, a linguagem é um movimento que tem um objetivo e um efeito, ela é sempre, no fundo, um instrumento de ação. Mas, ela age ao exprimir ideias, sentimentos que as palavras traduzem de fora e substantificam. Falar é ao mesmo tempo agir e pensar: é por isso que a prece faz parte ao mesmo tempo da crença e do culto (REGINENSI *apud* RESSINK, 2009: 32).

Com isto, as palavras proferidas por Dona Maria como “tira esse mal do seu filho Senhor”, “onde seu filho estiver ajuda ele meu Deus”, “eu não sou nada diante do Senhor”, elaboram um sistema variado de combinações como petição, súplica, reconhecimento da

necessidade da intervenção divina construindo expressões verbais que se inserem na eficácia total do rito, onde as representações religiosas de cura, saúde, paz, proteção, cuidado, são invocadas por meio da prece.

Longe de pretendermos esgotar o assunto neste trabalho, nosso intuito foi o de demonstrar através de um breve estudo de caso as particularidades existentes na concepção de saúde/doença e como são assimiladas e articuladas no cotidiano dos agentes sociais. Tendo em vista deslocar a visão da noção de que estas práticas se inserem num contexto popular, colocando abismos entre o que se julga oficial e não oficial para não reificar esses antagonismos, buscando tratar esta questão como elementos que estão em contato constante (MENEZES, 2004: 25). Por isso, o conteúdo etnográfico apresentado pretende contribuir para maiores reflexões sobre a utilização da categoria analítica de benzedeira, ponderando a necessidade de contextualizar e verificar em campo as diversas assimilações que estes agentes realizam e oferecem tais serviços.

Assim, as práticas não oficializadas para a resolução de problemas de saúde podem ganhar outras perspectivas, como o caso de Dona Maria que nos permite pensar em como atualizar a categoria benzedeira ou rezadeira e os meios pelos quais a população utiliza para conciliar crenças religiosas e a busca pela cura. Não direcionando o entendimento para essas práticas como meios “alternativos”, no sentido de desligamento da prática cotidiana, mas que é fruto de um longo processo histórico e de assimilações realizadas pelos agentes, que combinam elementos muitas vezes dispares para construir de acordo com seus contextos referenciais de saúde e doença. 🌐

NOTAS

* Graduando em Ciências Sociais Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho” (UNESP). Realizou essa pesquisa sob orientação dos Professores Dr. Christina de Rezende Rubim e Dr. Antônio Mendes da Costa Braga, e desenvolve seu projeto de conclusão de curso especificamente sobre a temática abordada no trabalho, tratando de meios considerados alternativos que interliguem saúde, cura e religiosidade. Atualmente, é bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). E-mail: al.tondato@yahoo.com.br

** Graduando em Ciências Sociais Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho” (UNESP). Realizou essa pesquisa sob orientação dos Professores Dr. Christina de Rezende Rubim e Dr. Antônio Mendes da Costa Braga, e vem desenvolvendo um projeto que aborda as questões da religiosidade na contemporaneidade, mais especificamente, sobre pluralidade religiosa intrafamiliar em famílias católicas. Atualmente, é bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). E-mail: cadumachado@ymail.com

[1] Aplicamos um questionário com questões que tratassem principalmente das práticas não oficiais de saúde/doença. Seguimos, portanto, as seguintes abordagens: Quais os primeiros cuidados que realiza quando alguém na família está doente? Faz usos de automedicação? Faz usos de chás ou ervas medicinais? Utiliza de benzeduras, rezas ou orações para tratar de problemas de saúde?

[2] Optamos por utilizar neste trabalho o pseudônimo Dona Maria para preservar a identidade de nossa entrevistada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, Isidoro. **O carnaval devoto**: um estudo sobre a Festa de Nazaré em Belém. Petrópolis: Editora Vozes, 1980.
- BOLTANSKI, Luc. As classes sociais e o corpo. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- BOURDIEU, Pierre. Gênese e estrutura do campo religioso. In: **A economia das trocas simbólicas**. 5ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1998. p. 27-78.
- DUPRONT, Alphonse. **A religião católica**: possibilidades e perspectivas. São Paulo: Edições Loyola, 1995.
- DURKHEIM, Émile. As formas elementares de vida religiosa. 3ª ed. São Paulo: Paulus, 2008.
- FREYRE, Gilberto. Casa-Grande & Senzala. v. 1. 8ª ed. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio Editora, 1954.
- GEERTZ, Clifford. O pensamento como ato moral: dimensões éticas do trabalho de campo antropológico nos países novos. In: **Nova luz sobre a antropologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- LÉPINE, Claude. Os dois reis do Danxome: varíola e monarquia na África Ocidental (1650-1800). Marília. Unesp Marília Publicações. São Paulo: FAPESP, 2000.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. Antropologia estrutural. São Paulo: Cosac Naify, 2008.
- MAUSS, Marcel. Ensaio sobre a dádiva. In: **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.
- MEDEIROS, Bartolomeu T. F. de. Quando busca de saúde e religião se entrecruzam: um estudo de caso. **Anthropológicas**, ano 6, v. 13, p. 75-90, 2002.
- MENEZES, Renata de Castro. Características gerais da pesquisa e do trabalho de campo. In: _____. **A dinâmica do sagrado**. Rio de Janeiro: RelumeDumará: Núcleo de Antropologia da Política/UFRJ, 2004.
- MOTA, Christiane. **Pajés, curadores e encantamentos**: pajelança na baixada maranhense. São Luís: Edufma, 2009.
- NASCIMENTO, Pedro. Juntando informação, calculando resultados: percepções e trajetórias diversas na produção do desejo de filhos. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, série Antropologia e Sociologia da saúde: novas tendências, p. 161-177, 2011.
- OLIVEIRA, Elda R. de. O que é benzeção. São Paulo: Editora Brasiliense, 1985.
- OLIVEIRA, Francisco A. de. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface*, v. 6, n. 10, p. 63-74, fev. 2002.
- OLIVEIRA, Roberto C. de. “O trabalho do Antropólogo: olhar, ouvir, escrever”. In: **O trabalho do antropólogo**. São Paulo – SP, UNESP/Paralelo 15, 2ª. Edição, 1998, pp. 17-35.
- PRIORE, Mary del. Ritos da vida privada. In: SOUZA, L. de M. (org.). **História da vida privada no Brasil**. v. 1. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.
- _____. Magia e medicina na colônia: o copo feminino. In: PRIORE, M. de. (org.). **História das Mulheres no Brasil**. São Paulo: Editora Unesp/Contexto, 2008.
- REESINK, Mísia L. “Rogai por nós”: a prece no catolicismo brasileiro à luz do pensamento maussiano. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, n. 29, v. 2, p. 29-57, dez. 2009.
- SANCHIS, Pierre. Cultura brasileira e religião... Passado e Atualidade... **Cadernos CERU**, v. 19, n. 2, série 2, p. 71-92, dez. 2008.

_____. As religiões dos brasileiros. **Horizonte**, América do Norte, 1, mai. 2009. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/view/412/398>>. Acesso em: 01 Fev. 2012.

SARTI, Cynthia. Corpo e doença no trânsito dos saberes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 25, n. 74, p. 77-91, out. 2010.

TEIXEIRA, Faustino. Faces do catolicismo brasileiro contemporâneo. **Revista da USP**, São Paulo, n. 67, nov. 2005.