

Crença religiosa e práticas de cuidado em saúde: traço cultural em uma comunidade rural

Maria Celeste Reis Fernandes de Souza¹, Darlianne Nadine da Silva², Maria Terezinha Bretas Vilarino³, Maria Gabriela Parenti Bicalho⁴

Resumo

O artigo objetiva discutir a crença religiosa como integrante das práticas de cuidado em saúde de uma comunidade rural. Adota como referencial teórico estudos da área da Saúde, com foco na Educação Popular em Saúde, e da Geografia, em um exercício interdisciplinar. O campo de pesquisa é uma comunidade localizada na zona rural de um município da região Leste de Minas Gerais, e os participantes são moradores dessa comunidade. Os dados foram produzidos por meio de observação e entrevistas narrativas, e como procedimento analítico foi utilizada a análise temática. Os resultados evidenciam a crença religiosa como um traço cultural presente nos modos como os sujeitos cuidam da saúde, em gestos e práticas cotidianas. Conclui-se pela importância da validação dos saberes contidos nessas práticas, evitando-se o desmerecimento no modo de olhar a religiosidade no cuidado em saúde, e de se considerar, em ações educativas e políticas públicas em saúde, as práticas em saúde das comunidades. Reafirma-se o direito à saúde pública para moradores da zona rural.

Palavras-chave

Educação em saúde. Religiosidade. População rural. Território.

¹ Doutora em Educação pela Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil; estágio pós-doutoral em Educação na Universidade Federal de Sergipe, Brasil; professora do Programa de Pós-graduação em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce, Minas Gerais, Brasil; pesquisadora do Grupo de Pesquisa Núcleo Interdisciplinar de Educação, Saúde e Direitos (NIESD/UNIVALE). E-mail: maria.celeste@univale.br.

² Mestra em Gestão Integrada do Território pela Universidade Vale do Rio Doce, Minas Gerais, Brasil; professora vinculada à Secretaria de Estado de Educação do Espírito Santo, Brasil. E-mail: darlianne@gmail.com.

³ Doutora em História pela Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil; professora do Programa de Pós-graduação em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce, Minas Gerais, Brasil; pesquisadora do Grupo de Pesquisa Núcleo Interdisciplinar de Educação, Saúde e Direitos (NIESD/UNIVALE). E-mail: maria.vilarino@univale.br.

⁴ Doutora em Educação pela Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil; estágio pós-doutoral em Educação na Universidade Federal de Sergipe, Brasil; professora da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Avançado Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil; pesquisadora do Grupo de Pesquisa Núcleo Interdisciplinar de Educação, Saúde e Direitos (NIESD/UNIVALE). E-mail: maria.gabriela@ufjf.br.

Religious belief and health care practices: cultural trait in a rural community

Maria Celeste Reis Fernandes de Souza⁵, Darlianne Nadine da Silva⁶, Maria Terezinha Bretas Vilarino⁷, Gabriela Parenti Bicalho⁸

Abstract

The article aims to discuss religious belief as an integral part of health care practices in a rural community. It adopts as a theoretical framework studies in the area of Health, with a focus on Popular Education in Health, and Geography, in an interdisciplinary exercise. The research field is a community located in the rural area of a municipality in the eastern region of Minas Gerais, and the participants are residents of this community. The data were produced through narrative interviews and observation, and thematic analysis was used as the analytical procedure. The results show religious belief as a cultural trait present in the ways in which the subjects take care of their health, in everyday gestures and practices. The results confirmed the importance of validating the knowledge contained in these practices, avoiding disregard in the way of looking at religiosity in health care, and of considering, in educational actions and public health policies, the health practices of the communities. The right to public health for rural residents is reaffirmed.

Keywords

Education in health. Religiosity. Rural population. Territory.

⁵ PhD in Education, Federal University of Minas Gerais, State of Minas Gerais, Brazil; post-doctoral internship in Education at the Federal University of Sergipe, State of Sergipe Brazil; professor at the Graduate Program in Integrated Territory Management, Rio Doce University, State of Minas Gerais, Brazil; researcher at the Interdisciplinary Nucleus of Education, Health and Rights Research Group (NIESD/UNIVALE). E-mail: maria.celeste@univale.br.

⁶ Master in Integrated Territory Management, Vale do Rio Doce University, State of Minas Gerais, Brazil; teacher linked to the State Department of Education of Espírito Santo, State of Espírito Santo, Brazil. E-mail: darlianne@gmail.com.

⁷ PhD in History, Federal University of Minas Gerais, State of Minas Gerais, Brazil; professor at the Graduate Program in Integrated Territory Management at the Universidade Vale do Rio Doce, State of Minas Gerais, Brazil; researcher at the Interdisciplinary Nucleus of Education, Health and Rights Research Group (NIESD/UNIVALE). E-mail: maria.vilarino@univale.br.

⁸ PhD in Education, Federal University of Minas Gerais, State of Minas Gerais, Brazil; post-doctoral internship in Education at the Federal University of Sergipe, State of Sergipe, Brazil; post-doctoral internship in Education at the Federal University of Sergipe, State of Sergipe, Brazil; professor at the Federal University of Juiz de Fora, Advanced Campus Governador Valadares, State of Minas Gerais, Brazil; researcher at the Interdisciplinary Nucleus of Education, Health and Rights Research Group (NIESD/UNIVALE). E-mail: maria.gabriela@ufjf.br.

Introdução

As relações entre saúde e religiosidade são objeto de atenção na área da Saúde e da Educação Popular em Saúde (EPS). Estudos evidenciam como o elemento religioso se encontra presente no cuidado em saúde, nos modos como as pessoas interpretam as situações de adoecimento e como o incorporam como recurso terapêutico, aliado a um conjunto de outras práticas, como, por exemplo, o uso de plantas medicinais (MINAYO, 1988, 2012; RIBEIRO; MINAYO, 2014; SEPARAVICH; CANESQUI, 2016; ROCHA; AQUILANTE, 2020; SILVA; ALMEIDA; SANTANA, 2020).

Este artigo se insere nessas discussões, toma como base a consideração da religiosidade como elemento dos processos de saúde e doença, e busca analisá-la no contexto específico da comunidade Córrego do Melquíades, situada na zona rural do município de Governador Valadares, no Vale do Rio Doce, região Leste do estado de Minas Gerais. Considerada endêmica para *Schistosoma mansoni*, *Entamoeba histolytica*, *Ascaris lumbricoides*, *Giardia lamblia*, *Enterobius vermicularis*, com prevalência da *Helicobacter pylori*, a comunidade foi objeto de estudos no campo da saúde voltados para a caracterização das pessoas acometidas, causas do adoecimento e eficácia do tratamento, entre os anos de 2002 e 2015. A partir desses estudos, foram implementadas intervenções de profissionais da saúde, como exames profiláticos, acompanhamento médico e indicação medicamentosa, em um modelo biomédico de saúde (URSINO, 2002; CARVALHO, 2012; MAGUETA *et al.*, 2015).

A despeito desses esforços, as endemias persistiram acometendo a região, que continuou sendo objeto de projetos de pesquisa e extensão de uma universidade do município. Nossa experiência e estudos em educação e em saúde pela ótica da Educação Popular foi instigadora para nos aproximarmos dessa comunidade, com a qual já nos relacionávamos pela atuação em atividades educativas na escola local. Esse engajamento mobilizou a realização de uma pesquisa com o objetivo de compreender as práticas de cuidado em saúde dos moradores da comunidade. Nosso propósito, a partir dessa compreensão, foi contribuir com a comunidade, em ações de educação em saúde, em um movimento dialógico, como possibilidade de melhoria das condições de saúde da população, especialmente na prevenção da *H. pylori*⁹.

⁹ Os resultados do estudo subsidiaram a produção de uma História em Quadrinho (HQ), com personagens e práticas da comunidade, buscando valorar saberes e fazeres, e ao mesmo tempo provocar debates com relação aos cuidados em saúde. Para a produção do material, foram realizadas rodas de conversa com a comunidade

A pesquisa de base qualitativa¹⁰ utiliza para a produção dos dados a observação e as entrevistas narrativas realizadas com três homens e seis mulheres dessa comunidade. Adota-se como referência as reflexões teóricas sobre cultura e religiosidade no cuidado em saúde no campo da EPS. Em um esforço interdisciplinar, mobilizamos contribuições de autores do campo da Geografia Cultural, pelas possibilidades de ampliação das discussões sobre religiosidade e práticas de cuidado em saúde em suas imbricações com território. Em nossas práticas educativas junto a comunidades, movimentos sociais, escolas e no campo da pesquisa, temos operado com território como categoria teórica, compreendendo a força da espacialidade na constituição das práticas culturais e as relações de poder a elas inerentes (SOUZA; MEIRELES; BICALHO, 2015; MENDONÇA; SILVA; SOUZA, 2018; VILARINO, 2020).

Nas próximas seções deste artigo apresentamos os percursos teórico e metodológico, e na seção Resultados e discussões refletimos sobre a presença da religiosidade nos modos como os sujeitos cuidam da saúde naquele território.

Percurso teórico

O cuidado é uma estratégia de promoção de saúde presente nas diretrizes e eixos da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS) (BRASIL, 2012).

Essa política encontra suas referências nos movimentos sociais e coletivos de Educação Popular ocorridos a partir da década de 1950, e mais fortemente na década de 1960 no Brasil e na América Latina. Paludo (2012) aponta como marcos da Educação Popular: o ontológico (o povo como sujeito da história); o político e o educativo, pela via da conscientização, organização, protagonismo popular e transformação. Esses marcos são sustentados nas contribuições de Paulo Freire, que faz a leitura da realidade brasileira pelo seu engajamento nas lutas populares, e formula uma pedagogia que coloca no centro as práticas educativas populares (PALUDO, 2012).

A área da Saúde incorpora os debates da Educação Popular na proposição da PNEPS-SUS a partir da década de 1970, no bojo das lutas por maior participação popular no Brasil, e nas preocupações com as camadas populares no tocante à precariedade dos serviços públicos,

escolar e, após a elaboração da HQ, foi possível desencadear outros diálogos com a comunidade, também via rodas de conversa. Não nos foi possível mensurar os efeitos dessas atividades de retorno da pesquisa junto à comunidade, com relação às práticas de cuidado em saúde (MENDONÇA; SILVA; SOUZA, 2018).

¹⁰ Estudo aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa, parecer número 1865622.

de trabalho, seguridade social, condições de renda, moradia e alimentação. Constroem-se, assim, as bases da EPS, compreendida como “uma conjunção de saberes, vivências e práticas que se opõem à situação de opressão e exclusão social existente, apostando na construção do inédito viável” (BRASIL, 2012, p. 6).

O cuidado em saúde é um dos eixos estratégicos dessa política e é compreendido:

[...] numa perspectiva integral do ser humano, sendo a religiosidade, ancestralidade, cultura construída na relação com a natureza e seu contexto social, como elementos fundantes. Aponta a construção de horizontes éticos para o cuidado em saúde não apenas como ação sanitária, mas social, política, cultural, individual e coletiva, inserida na perspectiva da produção social da saúde, na qual se integram a diversidade de saberes e práticas de cuidado permeadas pela amorosidade, diálogo, escuta, solidariedade e autonomia. (BRASIL, 2012, p. 19).

Nessa perspectiva, as práticas populares de cuidado constituem-se por meio da apropriação e interpretação que os sujeitos fazem do cotidiano, a partir da ancestralidade e das experiências e condições de vida, e contemplam a escuta e o saber do outro. A PNEPS-SUS apresenta como exemplos as práticas de “raizeiros, benzedeiros, erveiros, curandeiros, parteiras, práticas dos terreiros de matriz africana, indígenas dentre outros” (BRASIL, 2012, p. 11).

A PNEPS-SUS é orientada pelos princípios de diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com a construção de um projeto democrático e popular, princípios que revelam sua coerência com a proposta de Educação Popular fundamentada em Paulo Freire. A abordagem freiriana considera a história e a experiência do sujeito como fatores condicionantes de sua transformação, enfatiza o diálogo e a relação entre conhecimento, cultura e sociedade, e destaca a cultura como eixo central da educação conscientizadora (FREIRE, 1980, 1989, 2007).

Na acepção freiriana, “a cultura é todo o resultado da atividade humana, do esforço criador e recriador do homem, de seu trabalho por transformar e estabelecer relações de diálogo com os outros homens” (FREIRE, 1980, p. 38). Cultura é um conceito gerador para o autor, e Brandão (2016), no verbete “Cultura Popular”, publicado no *Dicionário Paulo Freire* (STRECK; REDIN; ZITKOSKI, 2016), apresenta a historicidade desse conceito no Brasil, construído no bojo dos movimentos sociais e estabelece os seus vínculos com o pensamento freireano, que se fazem no reconhecimento da historicidade dos sujeitos, suas lutas e pautas concretas de vida. Segundo o autor, para Freire “há um espaço concreto de luta política que se realiza no domínio da cultura” (BRANDÃO, 2016, p. 107), e importa, nesse sentido, a

dimensão educativa, humanizadora, conscientizadora, e profundamente dialógica.

Coerentemente com os fundamentos do pensamento freiriano, a EPS considera a heterogeneidade das práticas, reconhecendo a cultura popular como constitutiva delas, e propõe uma abordagem de trabalho junto às populações, evitando assumir esquemas fechados com resolubilidades formadas em uma cultura medicamentosa, pautada exclusivamente no modelo biomédico de saúde e que negligencia o saber do outro, em relação verticalizada (BRASIL, 2012; NESPOLI; LOPES, 2016; ROCHA; AQUILANTE, 2020; SILVA; ALMEIDA; SANTANTA, 2020).

A história dos movimentos de educação em saúde na região do Córrego do Melquíades, campo da pesquisa, reflete diferentes concepções de saúde e de educação. Nos anos de 1940 a 1960, atuava na região do Vale do rio Doce, como em outras regiões brasileiras, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), por meio de seu programa de educação sanitária. Naquela época, o horizonte de expectativa da agência de saúde era promover uma completa mudança de hábitos e costumes higiênicos e de saúde das populações atendidas no interior do país, entendidas como atrasadas e supersticiosas. Ou seja, a campanha sanitária empreendida via educação sanitária desestimulava o apego aos conhecimentos e práticas tradicionais em nome de novos procedimentos: “não se levava em consideração as práticas cotidianas, a perspectiva de mundo da população, suas crenças e tradições” (VILARINO, 2020, p. 34).

A mudança no modo de se considerar as práticas tradicionais de saúde e validá-las, mobilizando pressupostos da EPS, é um passo importante para um outro olhar sobre o cuidado em saúde de grupos e populações, como propõe Paulo Freire, tomando como ponto de partida a experiência concreta dos sujeitos: modos de vida, formas de enfrentamento cotidiano, formas de organização de práticas de cuidado – vestir-se, alimentar-se, lidar com a terra, educar a família, lidar com o corpo etc. Freire ensina que participar do processo de educação e saúde de uma comunidade, ou refletir sobre as práticas de cuidado em saúde, como pretendemos fazer nesse artigo, deve partir da premissa de que ensinar ou investigar exige primeiramente respeito aos saberes da população, os quais são socialmente construídos na prática comunitária (FREIRE, 1980, 1989, 2007; BRASIL, 2012; PALUDO, 2012).

O autor problematiza a hierarquização e verticalização de saberes entre ciência e senso comum, na relação entre educador-educandos, entre academia e grupos populares, e convocamos à desmistificação da ciência e à validação dos saberes forjados nas experiências. Alerta como um dos obstáculos às práticas educativas o não reconhecimento desses saberes: “vamos às áreas populares com os nossos esquemas ‘teóricos’ montados e não nos preocupamos com

o que sabem já as pessoas, os indivíduos que lá estão e como sabem” (FREIRE, 2007, p. 59).

Freire (1989) destaca nesses saberes a memória popular nas crenças, nas curandeiras, no uso das plantas medicinais. Na mesma perspectiva, Câmara Cascudo (1971) defendeu a guarda dessa memória popular no livro “Tradição: ciência do povo”, cujo título remete ao conhecimento popular tradicionalmente acumulado.

Por sua vez, Carlos Rodrigues Brandão, ao discutir religiosidade popular, expõe as relações de poder entre as religiões instituídas e as práticas religiosas populares. Explicita o protagonismo de benzedeiros, curandeiros, rezadores que são “sujeitos de suas próprias comunidades, nascidos e criados nelas, ou chegados de perto há muito tempo” (BRANDÃO, 1979, p. 103), e torna visíveis suas práticas religiosas, os lugares de fé, a ancestralidade na transmissão das crenças e dos seus ritos, as relações construídas entre a natureza e o sagrado.

Na abordagem da Geografia Cultural, o território é construído por gestos, práticas, valores, memória, regras, linguagem, códigos, estratégias de sobrevivência. Essa perspectiva analisa e valoriza as diversas manifestações religiosas consideradas singulares e portadoras de múltiplos significados na vida social que se apoiam na experiência da fé (CLAVAL, 2007; ROSENDAHL, 2006, 2018). Nos saberes da população, de modo geral, pode ser identificado um conjunto de crenças, de normas de comportamento, artefatos, linguagens ligadas ao sagrado, pelo qual a fé dá sentido à vida (CLAVAL, 2007).

Rosendahl (2018) afirma que a religião é reconhecida como um conjunto de símbolos sagrados, e interessa aos geógrafos como manifestação cultural, implicada em valores, significados e relações de poder inerentes aos territórios, incluindo os efeitos de poder do sagrado.

Esses efeitos de poder se relacionam a identidades, sentimentos de pertencimento, de propriedade, atribuídos a representantes e constituídos em práticas, por exemplo, as práticas religiosas institucionalizadas. O conjunto de práticas desenvolvidas por instituições ou grupos no sentido de controlar um dado território é reconhecido pela autora como territorialidade religiosa: “Nesse sentido, pode-se acrescentar que é pela existência de uma religião que se cria um território e é pelo território que as experiências religiosas coletivas e individuais são fortalecidas” (ROSENDAHL, 2018, p. 285).

A religião é, pois, um fenômeno cultural e político que produz relações no território. É considerada, também, como estratégia de controle do território e das territorialidades, a partir da análise do conjunto de práticas desenvolvidas por instituições ou grupos (CLAVAL, 2007; ROSENDAHL, 2006, 2018). As relações sociais no território se tecem em relações de poder e em confrontação, e à margem do instituído, comparecem práticas culturais forjadas na fé e na

tradição, como as de ervateiros, parteiras, benzedeiras, curandeiros¹¹, dentre outros, aliando cura, cuidado e fé (BRANDÃO, 1979; NESPOLI; LOPES, 2016).

É importante pontuar que, em décadas passadas, autores como Alceu Araújo Maynard chamavam a atenção para essas dinâmicas presentes nas manifestações populares de cura e cuidado. Na obra *Medicina Rústica* (1961), Araújo fez um levantamento sobre várias dessas práticas populares existentes em regiões brasileiras, e especialmente em Minas Gerais; práticas essas que, por vezes, se confrontavam com os novos preceitos médico-científicos.

Em Araújo (1961), inclusive, encontramos o entendimento sobre essa medicina, que ele chama de rústica¹², coadunado com nossa perspectiva nesse estudo, definindo-a como: “o conjunto de técnicas, de fórmulas, de remédios, de práticas, de gestos de que o morador da região estudada lança mão para o restabelecimento de sua saúde ou prevenção de doenças” (ARAÚJO, 1961, p. 78). Especificamente sobre as benzeções, Gomes e Pereira (1989) publicaram o estudo “Assim se benze em Minas Gerais”, em que compilam orações e rezas praticadas no estado, em especial no Vale do Jequitinhonha, mas também encontradas no Vale do rio Doce.

Por exemplo, um estudo realizado pelo antropólogo canadense Kalervo Oberg, no início da década de 1950, em uma comunidade próxima ao Córrego do Melquíades, identificou que a população local tomava medidas curativas somente quando a doença e o infortúnio se manifestavam. Acreditava-se que existiam causas físicas e espirituais, boas e más, que traziam a saúde ou a doença. Buscava-se o recurso da magia, da oração, e remédios “do mato”, recorrendo-se aos peritos nesses campos: os benzedeiros e os curandeiros. Não era incomum acreditar em bruxarias, e muitos moradores usavam amuletos protetores contra perigos sobrenaturais (OBERG, 1956).

Nessa perspectiva, o autor identificou algumas doenças que somente seriam curadas por fórmulas mágicas, segundo o costume local: quebranto, cobreiro, hemorroidas, espinhela caída, fogo selvagem, vento virado, tirar o sol da cabeça, íngua, berugo¹³. Ele observou que algumas dessas doenças não constavam nas listas de nenhum médico moderno, o que reforça a concepção popular da existência de “doenças que não são pra médico” (OBERG, 1956, p.

¹¹ Uma distinção entre benzedeiras e curandeiros exigiria uma discussão mais ampliada. Brevemente, podemos dizer que os/as benzedeiros/as exercem “um papel de intermediação com o sagrado pela qual se tenta obter a cura”, por meio de orações e bênçãos (QUINTANA, 1999, p. 50) e os curandeiros, além de possuírem uma sensibilidade para detectar os anseios do indivíduo, também possuem conhecimento técnico sobre utilização e manipulação de plantas medicinais (NORONHA, 2004).

¹² Termo que, segundo o autor, contempla experiências tanto de populações urbanas quanto rurais (ARAÚJO, 1961).

¹³ Essas doenças aparecem citadas em vários estudos sobre a questão da medicina popular (ARAÚJO, 1961).

101). Embora se buscasse a cura sobrenatural por meio de magia e orações, eram de uso comum os chás de ervas e outros remédios, além de recursos de fabricação caseira, como cataplasmas.

O conhecimento das propriedades curativas das ervas, na avaliação de Oberg, provinha dos costumes aprendidos historicamente da cultura do colonizador europeu, do índio e das práticas africanas. Um levantamento do pesquisador lista 150 plantas medicinais, sua indicação terapêutica e a forma de utilização pela população da região.

Em 1988, o SESP realizou um levantamento da flora medicinal utilizada nas áreas de sua atuação (CARVALHO, 1998) e, no caso da Região Sudeste, a maioria das plantas citadas está presente no levantamento de Oberg, que também fez importantes registros locais da flora (árvores, cipós e outras plantas) e da fauna (mamíferos e roedores, cobras, pássaros).

Com efeito, saberes e práticas de cuidado são tradicionais e populares porque se originam de culturas de diferentes povos, comunidades e grupos sociais (NESPOLI; LOPES, 2016). Sua permanência e modificações também se relacionam com suas dinâmicas culturais próprias. A discussão de Reinhard Koselleck indica que tais saberes e práticas relacionam-se com espaços de experiência (costumes, tradições) e horizontes de expectativas próprios desses povos, comunidades ou grupos sociais. Por sua vez, como defende o autor, “não há expectativa sem experiência, não há experiência sem expectativa” (KOSELLECK, 2006, p. 307).

De modo especial, ao tratar de práticas de cuidado em saúde em uma comunidade rural, destacamos que elas se constituem nos vínculos territoriais nos quais transitam saberes, culturas, memórias, relações sociais, políticas, com a natureza, com a saúde pública, dentre outros aspectos. Essas práticas carregam, portanto, conteúdos históricos sobre o cuidado e sobre a saúde no território. Carregam experiências e expectativas.

Percurso metodológico

Coerente com as referências teóricas discutidas, o estudo assume a abordagem qualitativa para a compreensão das práticas de cuidado em saúde. Reconhece-se, deste modo, a subjetividade humana, as vivências dos sujeitos, as práticas culturais, as linguagens e relações, e a impossibilidade de cisão entre sujeito-objeto (FLICK, 2004, 2013; MINAYO, 2012). Essa abordagem possibilita imprimir às pesquisas outros modos de refletir sobre os processos saúde-doença (MINAYO, 2012). Adota-se a entrevista narrativa e a observação

como técnicas de produção dos dados¹⁴.

Por meio das entrevistas, buscou-se a geração de narrativas (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2014) sobre as práticas de cuidado em saúde, entendidas como referentes à experiência dos moradores da comunidade pesquisada. Tais narrativas “não estão abertas à comprovação e não podem ser simplesmente julgadas como verdadeiras ou falsas: elas expressam ‘a verdade’ de um ponto de vista, de uma situação específica no tempo e no espaço” (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2014, p. 110).

A observação foi realizada por um período de três meses, em 10 visitas à comunidade, com o propósito de partilhar conhecimentos com os moradores e conhecer os modos de vida naquele território. Para a escolha dos participantes das entrevistas, utilizou-se a técnica de amostragem conhecida como “bola de neve”: os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes, que, por sua vez, indicam outros novos participantes, e assim sucessivamente, até que seja alcançado o “ponto de saturação”. Esse ponto é atingido quando os novos entrevistados passam a repetir os conteúdos já obtidos em entrevistas anteriores, sem acrescentar novas informações relevantes à pesquisa (BALDIN; MUNHOZ, 2011).

A entrevista foi iniciada com a utilização de uma “questão gerativa narrativa” (FLICK, 2004, 2013). Essa questão visa estimular a narrativa principal do entrevistado, não sendo uma pergunta em si, mas um convite ao entrevistado para que apresente relatos mais longos, como, por exemplo, da história da sua vida ou do aparecimento de uma doença e o curso do seu tratamento e/ou cura (FLICK, 2004; 2013).

Flick (2013) propõe a seguinte questão como geradora da narrativa:

Eu quero lhe pedir que me conte como aconteceu a história da sua vida. A melhor maneira de fazer isso seria você partir do seu nascimento, com a criança pequena que você foi um dia e então contar todas as coisas que aconteceram, uma após a outra. Você pode demorar o quanto quiser fazendo isto, incluindo também detalhes, porque para mim interessa tudo o que é importante para você. (FLICK, 2013, p. 116).

Para esse estudo, foi feita uma adaptação da proposta do autor e as entrevistas foram conduzidas a partir da seguinte questão geradora:

¹⁴ O processo de pesquisa e o material empírico analisado foram gerados a partir do estudo de (SILVA, 2017). O conjunto dos dados que subsidiam este artigo é parte do acervo desta pesquisa. Os áudios das entrevistas, as transcrições, e os registros das observações encontram-se no núcleo de pesquisa da universidade, locus de trabalho da equipe de pesquisa. Constam, também desse acervo, observações que foram registradas nas rodas de conversa no processo de elaboração da HQ (MENDONÇA; SILVA; SOUZA, 2018) e nos retornos feitos à comunidade em 2019.

Eu quero lhe pedir que me conte como você cuida da sua saúde. A melhor maneira de fazer isso seria você partir de episódios em que você não se sentiu bem e, então, contar todas as coisas que aconteceram, uma após a outra. Você pode demorar o quanto quiser fazendo isso, incluindo também detalhes, porque, para mim, interessa tudo o que é importante para você.

Observa-se que não foi proposto um roteiro prévio para a entrevista e os diálogos travados após a narrativa dos participantes tiveram como objetivo esclarecer ou aprofundar algum aspecto que se desejava compreender melhor. Flick (2013) esclarece que a questão geradora inicialmente é uma abordagem ampla, porém, cabe ao entrevistador redirecionar a questão narrativa de forma suficientemente específica para produzir o foco desejado, que é o acesso à narrativa de experiências subjetivas dos entrevistados, que devem se sentir à vontade para falar com o mínimo possível de intervenções.

As entrevistas foram gravadas, com autorização dos participantes (três homens e seis mulheres), realizadas em local reservado, e os nomes dos participantes foram substituídos por plantas medicinais da região que foram citadas por eles e identificadas durante a pesquisa de campo. A decisão de substituir os nomes por plantas vem do propósito de reconhecer e validar o saber presente nas práticas dessa comunidade rural. Ressaltamos que esses nomes de plantas também se encontram no levantamento de Kalervo Oberg (1956), sendo um indicativo de que seu conhecimento e utilização também é territorializado e revela permanência espaço-temporal.

Os homens entrevistados foram: Angico, jovem, ensino médio completo e agente comunitário de saúde; Manjerição e Chapéu-de-Couro, agricultores e possuidores de sítios na região, ambos são moradores antigos no Córrego, e não completaram quatro anos de escolaridade. No grupo das mulheres, encontramos: Alecrim, benzedeira antiga na região, e Arruda, Algodão, Hortelã, Laranjeira e Vick, donas de casa, cuidam de jardins e hortas, também moradoras mais antigas do Córrego, e que não completaram quatro anos de escolaridade.

Como procedimento analítico dos dados produzidos, foi utilizada a análise temática, organizando-os em “três colunas: a primeira contém a transcrição, a segunda contém uma primeira redução [das ideias contidas], e a terceira coluna contém apenas palavras-chave” (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2014, p. 107). Desse modo, após sucessivas leituras das entrevistas e dos registros da observação, o conteúdo foi organizado em colunas: a primeira continha a transcrição na íntegra das entrevistas e dos registros; na segunda, foi feita uma primeira redução das ideias; e, na terceira coluna, buscamos sintetizar essas ideias em palavras-chave depreendidas da análise do material e que permitissem identificar as temáticas

que se apresentaram no material analisado: transmissão de saberes, saber médico, vínculo com a terra e crença religiosa. A crença religiosa se mostrou muito presente no material empírico atravessando as outras temáticas identificadas, como um traço cultural presente nas práticas de cuidado em saúde analisadas.

Resultados e Discussão

Ao abordar a pesquisa em educação numa área popular, sobretudo camponesa, Paulo Freire (1989) sugere caminhos que poderiam ser trilhados por pesquisadores, como o levantamento da história do território por meio de entrevistas em que os mais velhos são testemunhas do presente. O autor destaca que nessa história se apresentam “superstições, credences, as plantas medicinais que cultivam e utilizam, a figura de ‘um doutor médico’, as curandeiras e comadres e os poetas do povo” (FREIRE, 1989, p. 33, aspas no original).

O autor nos instiga, como pesquisadoras que se aproximam da comunidade do Melquíades, a posturas dialógicas, à compreensão da historicidade e da atividade de mulheres e homens, produtora e recriadora de cultura, e a reconhecer os saberes forjados nas práticas cotidianas.

O Córrego do Melquíades faz parte do Distrito de Penha do Cassiano e é um local de difícil acesso, localizado a 50 km do centro da cidade de Governador Valadares. A comunidade local apresenta esse território por meio de relatos orais de 46 moradores que relembram a diversidade da fauna e da flora, o desmatamento intenso para a agropecuária, a ocorrência de malária na região na década de 1980, conhecida na comunidade como “febre tremedeira”. Essa febre, segundo os relatos, levou muitos moradores a óbito. Em busca da cura, as pessoas se tratavam com plantas, único recurso disponível na época (CAT, 2006). Os relatos indicam as dificuldades de assistência à saúde por parte do poder público: ausência de médicos e dentistas, e a busca pelos serviços de saúde na sede do município, pelo esforço dos moradores (CAT, 2006).

Nossa incursão nessa comunidade mostrou que, após mais de uma década, prevalecem as dificuldades de acesso à saúde e o descumprimento das garantias da integralidade e universalidade nas políticas públicas de saúde. Essas são preocupações da comunidade que perguntava à equipe de pesquisa sobre “vinda de médicos”; “modos de realizar exames”; “acesso a medicamentos”. Encontramos na comunidade campo de futebol, posto de saúde, igrejas e uma escola municipal de educação infantil e anos iniciais do ensino fundamental, e, para concluí-lo, ou cursar o ensino médio, adolescentes e jovens precisam se deslocar para

outro distrito. As atividades laborais são ligadas à agricultura familiar, à fabricação de doce de banana¹⁵ e há cultivo de hortas em várias casas da comunidade. É nesse território, com suas memórias, esforços de trabalho, busca pelo direito à saúde, práticas culturais e cultivo da terra que se inscrevem as práticas de cuidado em saúde que carregam a presença do sagrado.

A expressão crença religiosa é utilizada nesse artigo a partir da narrativa de Angico. Esse morador, ao citar as relações imateriais de cunho espiritual presentes no território, as denomina como crenças religiosas. Ao descrever a comunidade, ele enfatiza várias vezes essa expressão e coloca em evidência a presença da religiosidade como um dos elementos da vida da comunidade estudada:

[...] aqui é uma comunidade que tá crescendo muito, é uma comunidade também com suas crenças religiosas. É uma comunidade bastante evoluída, tem escola, ela tem campo de futebol, lá tem seus bares com as áreas de lazer, tem a igreja católica e suas crenças religiosas (...). Essa comunidade é evoluída porque é uma comunidade que ela tem seu trabalho, e é assim, comunitário, de associações e tem suas crenças religiosas (Angico).

Identificamos, durante o tempo de inserção no campo de pesquisa, a presença das crenças religiosas expressas nas referências à doação de terreno para construção da igreja, às idas cotidianas às igrejas, e no simbolismo que se destaca nas residências dos sujeitos entrevistados: imagens de santos e livros sagrados, fotografias que expressam vínculos familiares e elementos que remetem às práticas da fé ligadas ao catolicismo, como crucifixos e terços.

Referências à fé e ao poder da cura por intervenção divina comparecem nos relatos dos nove participantes do estudo, como indicam os excertos a seguir: “Jesus tá me curando” (Vick); “Porque graças a Deus a coisa que tá me valendo é só isso mesmo [fé]” (Chapéu de Couro); “Sempre Deus ajuda” (Laranjeira); “Ah, essas coisas que a gente sente, a primeira coisa que a gente procura é quem sabe benzer mesmo, essas coisas que a gente sente, dor de cabeça, essas coisas assim. Mal estar, né. A pessoa não sabe o que é e procura um meio de benzer” (Manjericão).

Constata-se, assim, uma tradição cultural da fé que carrega a força da bênção (BRANDÃO, 1979; SILVA, 2009) em gestos e práticas inseparáveis da vida cotidiana. Brandão (1979), ao discutir a religiosidade popular, chama a atenção para o ato de benzer,

¹⁵ Disponível em: <https://sistemas.agricultura.gov.br/vitrine/produtor/07191022000125/doce-de-banana-8831-9>. Acesso em: 1 abr. 2022.

salientando que a benção é parte do repertório religioso, mas é também um ato comunitário e social.

Hortelã, ao relatar que havia transitado por médicos e hospitais para resolver um problema de dores nas articulações, indica o lugar ocupado pela crença religiosa no cuidado com a saúde: “Graças a Deus, Jesus tá me curando, minha filha, eu tô aguentando [demonstra que consegue movimentar as articulações], olha aqui pra você ver. A fé é a primeira, é o começo da minha vida”.

A crença religiosa exerce uma “função de mediadora entre o sujeito e a divindade” (ROSENDAHL, 2006, p. 136). Manjericão refere-se ao ato de buscar a bênção como prática de cuidado em saúde na sua família (esposa, filhos e netos): “A pessoa tá doente e não sabe o que é e procura um meio de benzer. Já aconteceu muitas vezes aqui [no Córrego] e em casa. Ah, essas coisas falam que é sol na cabeça, essas coisas, né. Eu não sei se é, mas falam”.

O excerto a seguir, retirado da entrevista, mostra o rito que acompanha essa prática de cuidado em saúde:

Pesquisadora: Você já foi benzer?

Manjericão: Já.

Pesquisadora: E a benzedeira fez o quê?

Manjericão: Ah, eles colocam é água. Copo de água e coloca brasa no copo, até ela afundar a brasa de fogo.

Pesquisadora: Aí você bebe a água depois?

Manjericão: Não bebe na hora, benze, né?

Pesquisadora: A, tá. E os chás da Dona Alecrim? Ela faz algum chá pra vocês?

Manjericão: Faz.

Pesquisadora: Quando você sente o quê?

Manjericão: Dor. Essas dores, né? Principalmente essas dores de rins, né, a gente sofre e tem muitos chás, de folha de algodão, cana de macaco, vários tipos de chá, e tem hortelã. A gente tem fé.

Os ritos de benzedura são considerados eficazes porque permitem à pessoa recolher, para dentro de si, os gestos e as falas sagradas, contribuindo para restabelecer o equilíbrio emocional. Sobre isso, Gomes e Pereira (1989) assinalam que “a benzeção é uma fala ao inconsciente coletivo, de onde se retira a doença e onde se coloca, pela palavra, a saúde, restaurando-se o equilíbrio” (GOMES; PEREIRA, 1989, p. 28). Esse movimento caracteriza-se pelos traços culturais transmitidos aos sujeitos em experiências cotidianas, por questões religiosas e de fé, e pelas relações que eles constituem no território por meio da sua história e da sua memória. Alecrim descreve:

A oração, a gente reza primeiro o credo em Deus Pai, Salve a Rainha, o Pai Nosso e Ave Maria. A gente pede ao Divino Espírito Santo de Deus pra descer naquela pessoa. E aí fala o nome da pessoa e fala vem Jesus, derrama suas bênçãos aqui e lava com teu sangue e teu poder! E aí, a gente diz: São Benedito e Santa Madalena, olha esta criança, livra do quebrante do mal olhado e da espinhela caída, o que ele estiver sentindo, o senhor vai curando! Minha oração é essa.

Rosendahl (2006, p. 136) argumenta que, embora haja variações entre culturas, “a eficácia da benzedura encontra na linguagem um sentimento lógico que vai ao encontro da necessidade do sujeito. Juntamente com a bênção, a prece merece atenção”. Essa eficácia pode ser apreendida na narrativa acima. Assim como a benzedura, apresenta um ritual linguístico: a quem se pede, por ordem, para quem se pede, o que se pede. Entretanto, de acordo com o levantado por Gomes e Pereira (1989), “não há benzeções para doenças graves ou incuráveis porque a experiência ensinou que só se benze o que se pode curar” (GOMES; PEREIRA, 1989, p. 28).

Identificamos, também, em algumas narrativas dos participantes, a relação entre infância e benzeção: “A comadre Alecrim, você conhece? Ela é uma pessoa muito boa pra benzer, ela faz benzeção. Meus meninos todos ela benzia, então a hora que benze ela passa três chazinhos de hortelã preto, a gente dá e os meninos saram (Arruda)”; e “Ela (a criança) pode estar com a espinhela caída ou dor de cabeça” (Alecrim).

Xavier (2008) discute a relação das práticas de cuidado populares por meio da benzeção das crianças. Segundo a autora, as benzedeadas – normalmente mulheres, e que também tendem a ser parteiras – têm exclusividade em atuar no cuidado das crianças, justificando que elas desenvolvem “doenças típicas de criança” (XAVIER, 2008, p. 117), o que a autora chama em seu trabalho de desordem fisiológica, justificando ser normal, ou menos grave, certos tipos de doença na fase de desenvolvimento da criança (febres, gripes, resfriados, vômito e nervosismo).

Sendo assim, as benzedeadas são consideradas atores sociais no território, ocupam lugar social na comunidade por meio da religiosidade, com seus saberes mantêm o uso e costumes tradicionais por meio das relações com o sagrado e contribuem para a promoção da saúde. A benzeção é uma prática de cuidado em saúde que comparece em várias regiões brasileiras, sendo vivenciada por mulheres e homens, destacando-se a figura das benzedeadas (SILVA, 2009; ROCHA; AQUILANTE, 2020).

O cuidado com o outro se apresenta como um elemento inspirador das benzeções. Gomes e Pereira (1989) sinalizam que “a reza do outro é sempre importante: os familiares do

doente solicitam a amigos, parentes e pessoas conhecidas o favor da oração em prol do enfermo” (GOMES; PEREIRA, 1989, p. 28). A benzeção é, pois, um cuidado com o outro, um elo curador.

De acordo com Silva (2009), as rezadeiras são identificadas como sujeitos que compõem grupos sociais e, conseqüentemente, preservam a memória e contribuem para a consciência da identidade de tais grupos. Em sua maioria, são católicas, apesar de suas ações não corresponderem às exigências da Igreja Católica, e sim ao catolicismo popular, que é considerado, no Brasil, o berço das rezadeiras, sendo representado pelas romarias, ofícios e rezas em casas, peregrinações, devoções, dentre outros. Multiplicam-se os modos de bênçãos, como a imposição das mãos, as fórmulas, as exortações – memória viva da religiosidade popular (BRANDÃO, 1979; QUINTANA, 1999; SILVA, 2009).

A presença da religiosidade nas práticas de cuidado comparece também aliada ao uso de plantas medicinais cultivadas nas hortas e quintais das casas, como acompanhamos nessa comunidade. Nespoli e Lopes (2016, p. 52), ao discutirem práticas tradicionais e saberes populares na EPS, afirmam: “Rituais de cura, como rezas, feitiços, benzeduras, simpatias e uso de plantas medicinais são comuns em nossas populações”. Assim, o uso das plantas medicinais também se insere no simbolismo e vem acompanhado da narrativa da fé: “Folha de algodão eu tomo para pressão alta mesmo, é porque ele é depurativo do sangue, né? Aí eu tomo ele só mesmo para depurar o sangue, graças a Deus! Muito longe e me deu o remdio, melhorei, a gente fica ruim, mas Deus ajuda, tem remdio que a gente toma e melhora” (Algodão).

Nespoli e Lopes (2016) destacam esses usos como parte dos saberes e das práticas tradicionais forjados nas experiências de cuidado e “se originam em culturas de diferentes povos, comunidades e grupos sociais” (NESPOLI; LOPES, 2016, p. 152). Algodão apresenta a possibilidade terapêutica do uso da folha de algodão e poderíamos elencar também, com base em nossas experiências cotidianas, outra diversidade de plantas e seus usos medicinais:

Quem nunca tomou ou ouviu falar da eficácia do chá de erva-doce para aliviar a cólica, ou de quebra-pedra para acabar com o cálculo renal? Ou colocou arruda em casa para “espantar maus olhados”? Ou orou para a saúde de uma pessoa querida? Ou ouviu falar de uma simpatia para acabar com as verrugas? (NESPOLI; LOPES, 2016, p. 152, aspas no original).

Aliada à crença religiosa, comparece nas práticas de cuidado em saúde a medicina tradicional. Alecrim foi indicada por outros sujeitos para ser entrevistada, porque é a benzedeira local. Em nosso encontro para a entrevista, realizada na casa dela, encontramos

símbolos religiosos de tradição católica, na correlação que se estabelece entre religiosidade e as tradições do ato de benzer (GOMES; PEREIRA, 1989; SILVA, 2009; ROCHA; AQUILANTE, 2020), e os medicamentos utilizados por ela, indicando a presença do saber médico nas práticas de cuidado em saúde.

Entretanto, diferentemente do saber da medicina científica moderna, que se caracteriza por uma forma sistemática de produção de conhecimento que busca explicar, por métodos controlados, as causas dos fenômenos da saúde e da doença, os saberes e as práticas tradicionais e populares de cuidado nascem de forma espontânea, com base em experiências que organizam formas de cuidado. Relacionam-se, pois, às territorialidades constitutivas das experiências das pessoas nos territórios (CLAVAL, 2007; ROSENDAHL, 2006, 2018).

Estão presentes nas práticas de cuidado analisadas nesse estudo elementos da medicina tradicional e da religião instituída, em relação à qual prevalecem elementos da fé católica. Outros estudos mostram o comparecimento de outras denominações religiosas nos processos de saúde e doença, nos saberes populares de cuidado em saúde e nas bênçãos protagonizadas pelas benzedoras (BRANDÃO, 1979; ROCHA; AQUILANTE, 2020; NESPOLI; LOPES, 2016; SILVA; ALMEIDA; SANTANTA, 2020). Não é possível mensurar pelo material empírico desse estudo, composto de entrevista narrativa e observação, a proporção de comparecimento desses elementos – medicina tradicional, religião instituída, plantas medicinais e práticas de benzedura. Compreendemos que eles são complementares. A crença religiosa se apresenta, especialmente, como um recurso no cuidado à saúde, em uma comunidade que convive com as distâncias entre a sede do município e a zona rural, e a dificuldade de acessar a saúde na comunidade pela ausência de atendimento regular no posto de saúde local.

Como foi possível captar no campo de pesquisa, e como narram os sujeitos sobre o modo como cuidam de sua saúde, na referência às instituições religiosas, à simbologia, aos ritos, ao sagrado, tem-se que a fé exerce função de mediação entre homens, mulheres, divindade e saúde. Nas práticas de cuidado em saúde desses homens e mulheres, destaca-se a presença do sagrado, indicando a permanência de práticas tradicionais e populares de cuidado e cura.

Essa permanência, contudo, não impede que o grupo aponte as dificuldades de acesso à saúde, que é um direito. Como relata o grupo entrevistado, e como foi possível identificar no campo de pesquisa, os moradores desse Córrego, além da distância, que dificulta o acesso a equipamentos de saúde na sede do município, convivem com a precariedade no atendimento à saúde. Há um posto de saúde, que foi construído pelos próprios moradores, que conta com a

presença de uma técnica em enfermagem que faz encaminhamentos para consultas e realização de exames no município. Os moradores relataram que há a presença mensal de médicos e enfermeiros, mas muitas vezes eles não são comunicados com antecedência, ou a demanda no atendimento é superior à disponibilidade dos profissionais.

Ao refletirmos sobre as crenças religiosas como um traço cultural dessa comunidade rural, queremos destacar que elas integram o processo saúde-doença e são reveladoras do modo como a religiosidade presente no território comparece como elemento importante a se considerar no cuidado em saúde. Urge compreendê-la como parte dos saberes desse grupo, evitando-se julgamentos, valores e desmerecimentos, adotando-se a perspectiva proposta pela EPS.

Consideramos importante a vivência das práticas integrativas propostas pela PNEPS-SUS compreendidas como medicina tradicional, popular, complementar ou alternativa, mas também a valorização dos cuidadores populares em saúde e do trabalho de raizeiros, parteiras e benzedoras; dos conhecimentos passados de geração em geração; dos remédios caseiros preparados com ervas medicinais; e daqueles que cuidam da saúde das famílias e das comunidades, e que conhecem os efeitos positivos da atenção, da escuta e da valoração de suas práticas e saberes.

Considerações finais

Os resultados do estudo mostram que as práticas de cuidado em saúde são construídas no cotidiano da população, e que os saberes presentes nessas práticas repercutem suas relações no território, ao mesmo tempo em que guardam um espaço de experiência – e um horizonte de expectativa – construído no passado, a partir de seus costumes e tradições originais.

Nesse sentido, enfatiza-se a necessidade de reconhecimento e validação dos saberes populares das comunidades como parte do processo saúde-doença. Buscamos, ao trazer fragmentos das narrativas das práticas de cuidado em saúde, nas quais destacamos a crença religiosa, reconhecê-las e validá-las, conforme nos propõe Paulo Freire, instigando o reconhecimento dessas práticas nas ações educativas em saúde.

A educação popular no Brasil marca a luta pelo direito à educação e à saúde, que se façam dialógicas, pautadas no reconhecimento dos saberes e validação das práticas populares, em uma dimensão conscientizadora e potencializadora de ampliação de leituras de mundo, assumindo a perspectiva freiriana. Essa perspectiva permanece atual, e se reconhece e se

valoram as contribuições de Paulo Freire, no campo da pesquisa e da prática educativa, a despeito dos retrocessos que temos acompanhado nesse momento, na educação e saúde públicas no Brasil.

Queremos também possibilitar visibilidade a essa população, que se vale da força da fé, mas igualmente reivindica e denuncia as fragilidades de acesso à saúde. Ressalta-se a importância de se considerar, nas ações educativas e nas políticas públicas em saúde, os territórios, tornando visíveis as práticas das comunidades, assim como considerar a necessidade de cumprimento do proposto nessas políticas, reconhecendo o direito à saúde dos sujeitos, especialmente das comunidades localizadas na zona rural.

Referências

ARAÚJO, A. M. **Medicina rústica**. São Paulo: Nacional, 1961.

BALDIN, N.; MUNHOZ, E. M. B. Snowball (bola de neve): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 10., 2011, Curitiba. **Anais** [...]. Curitiba: PUC, 2011. p. 329-341. Disponível em: <https://docplayer.com.br/1714932-Snowball-bola-de-neve-uma-tecnica-metodologica-para-pesquisa-em-educacao-ambiental-comunitaria.html#:~:text=A%20t%C3%A9cnica%20metodol%C3%B3gica%20Snowball%20>. Acesso em: 30 mar. 2022.

BRANDÃO, C. R. Cultura popular. *In*: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (org.). **Dicionário Paulo Freire**. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2016. p. 103-107. Disponível em: https://territoriosinsurgentes.com/wp-content/uploads/2021/03/Danilo_R._Streck_Dicion_rio_Paulo_Freirez-lib.org_epub_.pdf. Acesso em: 30 mar. 2022.

BRANDÃO, C. R. **Os deuses do povo**: um estudo sobre a religião popular. 1979. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979. Disponível em: <https://www.apartilhadavida.com.br/wp-content/uploads/2019/02/OS-DEUSES-DE-ITAPIRA-rosa-dos-ventos.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS). **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/PNEPS-2012.PDF>. Acesso em: 8 abr. 2022.

CARVALHO, A. **Avaliação da infecção por *helicobacter pylori* em residentes do distrito Córrego do Melquiades**, Governador Valadares-MG. 2012. 69 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Biológicas) – Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, 2012.

CARVALHO, J. H. A. **Utilização de plantas medicinais pela população das áreas de**

unidades elementares da Fundação SESP. São Paulo: Fundação Serviços de Saúde Pública, 1988.

CASCUDO, L. C. **Tradição, ciência do povo: pesquisas na cultura popular do Brasil.** São Paulo: Perspectiva, 1971.

CENTRO AGROECOLÓGICO TAMANDUÁ – CAT. **Plano de Desenvolvimento Rural Sustentável de Governador Valadares.** Governador Valadares: Centro Agroecológico Tamanduá; Prefeitura Municipal de Governador Valadares; Universidade Vale do Rio Doce; Viçosa: Universidade Federal de Viçosa, 2006. (Relatório de Pesquisa. Projeto desenvolvido com financiamento do CNPq.)

CLAVAL, P. **A geografia cultural.** 3. ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2007.

FREIRE, P. **A importância do ato de ler em três artigos que se completam.** São Paulo: Autores Associados Cortez, 1989.

FREIRE, P. **Conscientização, teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire.** São Paulo: Centauro, 1980.

FREIRE, P. **Política e educação: ensaios.** 8. ed. Indaiatuba: Villa das Letras, 2007. (Coleção Questões de Nossa Época v. 23).

FLICK, U. **Introdução à metodologia da pesquisa: um guia para iniciantes.** Porto Alegre: Penso, 2013.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa.** São Paulo: Bookman, 2004.

GOMES, N. P.; PEREIRA, E. A. **Assim se benze em Minas Gerais: um estudo sobre a cura através da palavra.** Belo Horizonte: Mazza, 1989.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. *In:* BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2014. p. 90-113. Disponível em: <https://tecnologiamidiaeinteracao.files.wordpress.com/2017/10/pesquisa-qualitativa-com-texto-imagem-e-som-bauer-gaskell.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2022.

KOSELLECK, R. **Futuro passado: contribuição à semântica dos tempos históricos.** Rio de Janeiro: Contratempo: Puc-RJ, 2006.

MAGUETA, E. B. *et al.* Risk factors to schistosomiasis in communities from Minas Gerais state, Brazil: the importance of baseline studies for evaluations in the endemic area. **Journal of Medical and Biological Science Research**, v. 1, n. 6, p. 62-70, ago. 2015. Disponível em: <https://www.pearlresearchjournals.org/journals/jmbsr/archive/2015/Aug/Abstract/Magueta%20et%20al.html>. Acesso em: 8 fev. 2022.

MENDONÇA, J. M. P.; SILVA, D. N.; SOUZA, M. C. R. F de. **Saúde no Campo.** Governador Valadares: Editora Univale, 2018.

MINAYO, M. C. S. Contribuições da Antropologia para pensar e fazer saúde. *In:* CAMPOS, G. W. S. *et al.* (org.). **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2012. p. 189-218.

MINAYO, M. C. S. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 363-381, dez. 1988.

Doi: 10.1590/S0102-311X1988000400003. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/sczC7pmDYhxqNqpzRBrQj6K/?lang=pt>. Acesso em: 8 fev. 2022.

NESPOLI, G.; LOPES, M. C. R. O cuidado em saúde. In: BORNSTEIN, V. J. et al. (org.).

Curso de aperfeiçoamento em educação popular em saúde: textos de apoio. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. p. 149-158. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/26216/2/Livro%20EPSJV%20013611.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2022.

NORONHA, M. A etnopsiquiatria na sociedade contemporânea. **Presença**, Porto Velho, v. 3, n. 28, p. 1-17, 2004. Disponível em:

http://www.revistapresenca.unir.br/artigos_presenca/28marcosdenoronha_aetnopsiquiatrianasociedade.pdf. Acesso em: 7 abr. 2022.

OBERG, K. **Chonin de Cima: a rural community in Minas Gerais, Brazil**. Rio de Janeiro: USOM, 1956.

PALUDO, C. Educação popular. In: CALDART, R. S. et al. (org.). **Dicionário da Educação do Campo**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; São Paulo:

Expressão Popular. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/1191.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2022.

QUINTANA, A. M. **A ciência da benzedura: mau-olhado, simpatias e uma pitada de psicanálise**. Bauru: EDUSC, 1999.

RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, M. C. S. O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1773-1789, jun. 2014.

Doi: 10.1590/1413-81232014196.13112013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/qkJB8TDDYjghy4NcJRWmh9J/?lang=pt>. Acesso em: 8 fev. 2022.

ROSENDAHL, Z. O sagrado e o espaço. In: CASTRO, I. E.; GOMES, P. C. C.; CORRÊA, R. L. (org.). **Explorações geográficas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006. p. 119-153.

ROSENDAHL, Z. **Uma procissão na geografia**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2018. Disponível em:

<https://books.scielo.org/id/wy7ft/pdf/rosendahl-9788575115015.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2022.

ROCHA, L. S.; AQUILANTE, A. G. Práticas populares de saúde no cuidado. **Revista de Educação Popular**, Uberlândia, p. 29-47, Ed. Esp., jul. 2020. Doi: 10.14393/REP-2020-53250. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/53250>. Acesso em: 8 abr. 2022.

SEPARAVICH, M. A. A.; CANESQUI, A. M. Representações religiosas na experiência com a enfermidade: um estudo de caso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3,

2016. Doi: 10.1590/0102-311X00024915. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/CxXhwDm7WzsPfyKs5MwCQdy/?lang=pt>. Acesso em: 8 abr. 2022.

SILVA, C. S. Rezadeiras: guardiãs da memória. In: **ENCONTRO DE ESTUDOS MULTIDISCIPLINARES EM CULTURA**, 5., 2009, Salvador. **Anais [...]**. Salvador: Editora da UFBA, 2009. Disponível em: <http://www.cult.ufba.br/enecult2009/19161.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2022.

SILVA, D. N. da. **Práticas de cuidado em saúde: traços culturais no território do Melquiades**. 217. 87 f. Dissertação (Mestrado em Gestão Integrada do Território) – Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, 2017. Disponível em: <http://www.pergamum.univale.br:8080/pergamumweb/vinculos/000000/000000f1.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2022

SILVA, E. V.; ALMEIDA, P. S.; SANTANA, F. R. Tenda saúde, arte e cultura: uma experiência de educação popular e promoção da saúde. **Revista de Educação Popular**, Uberlândia, p. 192-203, 2022. Doi: 10.14393/REP-2020-53286. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/53286>. Acesso em: 1 abr. 2022.

SOUZA, M. C. R. F. de; MEIRELES, L. T.; BICALHO, M. G. P. Território e currículo: relações interdisciplinares entre estudos territoriais e educação social. **Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 24, n. 43, p. 133-145, jan./jun. 2015. Doi: faeeba2358-0194.2015.v24.n43.p135-145. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/faeeba/article/view/1320/901>. Acesso em: 22 ago. 2022.

STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (org.). **Dicionário Paulo Freire**. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2016. Disponível em: https://territoriosinsurgentes.com/wp-content/uploads/2021/03/Danilo_R._Streck_Dicion_rio_Paulo_Freirez-lib.org_.epub_.pdf. Acesso em: 30 mar. 2022.

URSINO, L. D. S. **Infecção pelo Helicobacter pylori: prevalência e transmissão intrafamiliar em uma população da área rural de Minas Gerais**. 2002. 90 f. Dissertação (Mestrado em Medicina (Gastroenterologia)) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

VILARINO, M. T. B. **Hábitos culturais e cuidados com a saúde: resistências e mudanças. Constrangimentos de um processo civilizador no sertão do Rio Doce (1942-1960)**. Belo Horizonte: Fino Traço, 2020.

XAVIER, M. A. S. **Ticumbi e a arte de curar na comunidade da Vila de Itaúnas, Conceição da Barra, ES, como expressão de espacialidades**. 2008. 164 f. Tese (Doutorado em Geografia) – Programa de Pós-graduação em Geografia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2008. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp102087.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2022.

Submetido em 26 de setembro de 2021.

Aprovado em 9 de maio de 2022.