

26<sup>a</sup>. Reunião Brasileira de Antropologia

Porto Seguro, Bahia, Brasil

Fórum de Pesquisa  
Terapeutas, cuidadores e curadores populares

**Curadores tradicionais no Ceará: inserção social, perfil  
terapêutico e contribuição para a saúde pública<sup>1</sup>**

João Tadeu de Andrade<sup>2</sup>

Heloise Maria de Riquet Correia<sup>3</sup>

Junho de 2008

---

<sup>1</sup> Trabalho apresentado na 26<sup>a</sup>. Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 01 e 04 de junho, Porto Seguro, Bahia, Brasil.

<sup>2</sup> Prof. Dr. do Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade e do Núcleo de Pesquisa em Educação e Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará – UECE. Contato: jtadeu@uece.br

<sup>3</sup> Profa. Ms. do Curso de Ciências Sociais da Universidade Estadual do Ceará – UECE. Contato: heloiseriquet@gmail.com

---

## **Resumo**

Estudo dos curadores tradicionais no Ceará, considerando sua presença em comunidades locais, e seu trabalho terapêutico junto a populações de baixa renda. O sistema público de saúde, mesmo sendo um importante aliado na prevenção e cura de enfermidades para o povo brasileiro, continua convivendo com outras opções terapêuticas, tornando vivo o pluralismo médico no país. Grupos sociais mais carentes – mas não apenas eles – têm recorrido a práticas de cura populares, através de rezadores católicos, parteiras, raizeiros, pais e mães de santo, médiuns espíritas, pajés e xamãs. Resulta que se constrói uma rede de apoios e de entidades, que garantem a inserção social destas práticas, tais como centros espíritas, igrejas pentecostais, grupos esotéricos e de oração. Este campo de agentes e cuidados na saúde comunitária constitui setor de significativa relevância sanitária para a população. Tal fenômeno é também verificado em outros países da América Latina, em função das restrições dos sistemas públicos de saúde e da persistência das medicinas tradicionais. Sua importância é reconhecida em programas da OMS e em políticas do Ministério da Saúde do Brasil. O objetivo principal desta reflexão é avaliar a contribuição dos curadores tradicionais para a rede municipal de atenção primária, conforme já ocorre em projetos deste perfil no Ceará.

## **Palavras-chave**

Curadores tradicionais, medicina tradicional, saúde pública.

---

## **Introdução**

A antropologia médica tem desenvolvido diversos estudos acerca das práticas de saúde em distintos contextos, em que são considerados aspectos culturais, étnicos, econômicos, sociais e mágico-religiosos. Isto tem se dado tanto em sociedades urbano-industriais modernas quanto em comunidades nativas tradicionais. Tais práticas apresentam uma visível variação ao ponto dos especialistas utilizarem o termo pluralismo médico ou terapêutico (HELMAN, 2003; ANDRADE, 2006; KLEINMAN, 1978; MARTINEZ, 2003) para cobrir suas manifestações, transformações e eventuais articulações. As designações medicina popular, medicina natural, práticas de cura tradicional, curandeirismo, dentre outras (como feitiçaria, xamanismo, magia), situam, em linhas gerais, um conjunto de cuidados e crenças sobre o corpo e a alma, a saúde e a doença, praticados por uma significativa parcela da população. É neste território do pluralismo terapêutico, entendido como cenário de opções distintas de saúde, para o qual se volta nosso interesse de pesquisa.

Esta reflexão, de caráter ainda embrionário, propõe-se a estudar os curadores tradicionais no Ceará, considerando sua presença em comunidades locais urbanas e/ou rurais, e seu trabalho terapêutico junto a populações de baixa renda muitas vezes desprovidas dos serviços regulares dos órgãos de saúde do estado e dos municípios.

Conforme a opinião pública tem acompanhado recentemente junto à imprensa, a situação da saúde pública no Brasil é deveras crítica, fruto de um conjunto complexo de fatores que inclui: insuficiência de recursos financeiros, altos custos tecnológicos, insatisfação dos trabalhadores da área e problemas graves de gestão, para citarmos apenas estes aspectos. A constatação deste quadro grave, contudo, não se confirma apenas nos relatos da mídia, mas no próprio cotidiano das práticas clínicas do Sistema Único de Saúde – SUS, onde problemas de atenção e gestão se manifestam em longas filas de espera, falta de profissionais, atraso em procedimentos burocráticos e falta de leitos, entre outras tantas deficiências.

Por outro lado, ainda que o sistema público de atenção à saúde seja um importante e permanente aliado na prevenção e cura de enfermidades, a população brasileira, sobretudo a de camadas de baixa renda, continua fazendo uso de outras opções terapêuticas, tornando vivo o pluralismo médico no país. É de conhecimento de leigos e estudiosos que os grupos sociais mais carentes – mas não apenas eles – recorrem a práticas de cura populares, através de rezadores católicos, parteiras, raizeiros, pais e mães de santo, médiuns espíritas, pajés e xamãs, dentre outros terapeutas (HELMAN, 2003; RABELO, 1994; LOYOLA, 1984). Igualmente junto a estes curadores, constrói-se toda uma rede de apoios e de entidades, os quais garantem a inserção social destas práticas de cura, tais como centros espíritas, igrejas pentecostais, grupos esotéricos e de oração, terreiros de candomblé e umbanda, dentre outros de nossas tradições locais.

Esta rede de agentes, serviços, produtos e solidariedades presentes na saúde comunitária em nosso país constitui um setor popular (HELMAN, 2003; KLEINMAN, 1978) de significativa relevância para a população brasileira. Tal fenômeno é também considerado em outros países da América Latina, em função, por um lado, da inoperância dos sistemas públicos de saúde e, de outro, da persistência das medicinas populares ou alternativas (MARTINEZ, 2003).

Por sua vez, a Organização Mundial da Saúde - OMS reconhece a importância destas práticas e cuidados em saúde como patrimônio indígena e nativo de diversas culturas. O termo medicina tradicional é utilizado pela OMS para se referir a “práticas de saúde, abordagens, saberes e crenças que incorporam medicamentos à base de minerais, animais e plantas, terapias espirituais, técnicas e exercícios manuais” utilizados tanto no diagnóstico quanto na cura de diversas enfermidades (WHO, 2003). Ciente da extensão destes recursos terapêuticos para diversas populações, sobretudo aquelas dos países pobres e em desenvolvimento, a OMS lançou, em 2002, a *Estratégia de Medicina Tradicional* que tem, entre alguns de seus propósitos: desenvolver políticas nacionais de avaliação e regulação da medicina tradicional; criar uma forte evidência da segurança, eficácia e qualidade dos produtos e práticas

tradicionais; e documentar esta medicina e seus medicamentos. Por fim, a OMS destaca o papel dos curadores tradicionais e de suas práticas terapêuticas no âmbito da atenção básica em saúde em países sul-americanos e do oriente.

### **A questão no Brasil e no Ceará**

No Brasil, o Ministério da Saúde estabeleceu duas importantes políticas nacionais voltadas para este setor das práticas de saúde: a *Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares – PMNPC* de 2005, e a *Política Nacional de Práticas Integrativas no SUS – PNPIC-SUS*, em 2006. Em ambos os casos, há um reconhecimento oficial da relevância destes cuidados em saúde, de seus agentes e da eficácia de alguns de seus métodos (BRASIL, 2005 e 2006).

No que diz respeito à Medicina natural é oportuno lembrar que se trata de um conhecimento colocado a serviço da “continuidade de implantação do SUS”, apresentando algumas características próprias: opção por mecanismos naturais de recuperação da saúde, uso de tecnologias leves, favorecimento da escuta acolhedora e fortalecimento do vínculo terapêutico (BRASIL, 2005: p. 04). O Ministério da Saúde, após um longo processo de reuniões técnicas e fóruns de saúde, decidiu então apoiar as seguintes práticas complementares: medicina tradicional chinesa - acupuntura, homeopatia, fitoterapia/plantas medicinais e antroposofia. Um dos objetivos desta política elege o cuidado humanizado e integral, de natureza continuada, no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2005: p. 08).

Por sua vez, a PNPIC-SUS acrescenta o termalismo/crenoterapia ao conjunto de práticas integrativas a serem estimuladas no SUS. No que diz respeito particularmente ao uso das plantas medicinais, destaca-se “o fortalecimento e a ampliação da participação popular”, o que se traduz em medidas como: “resgatar e valorizar o conhecimento tradicional e promover a troca de informações entre grupos de usuários, detentores de conhecimento tradicional...” (BRASIL, 2006: p. 50).

Como se pode observar tanto a OMS quanto o Ministério da Saúde do Brasil reconhecem explicitamente os saberes populares voltados para o cuidado em saúde. Em nosso país, alguns destas práticas tradicionais são recomendadas para implantação no SUS, ainda que outras tantas técnicas e procedimentos complementares poderiam também ser considerados, em um esforço de “inclusão terapêutica” (ANDRADE, 2007).

Na região nordeste do Brasil, as práticas de cura tradicional, com o uso variado de plantas medicinais, ritos, crenças e vínculos com o transcendente, fazem parte do repertório terapêutico de milhares de pessoas. O Ceará não foge a esta realidade. Nas feiras públicas, nos

centros de romaria, nos bairros populares, em comunidades indígenas ou em vilas distantes, é possível encontrar estes curadores tradicionais.

Alguns exemplos devem ser mencionados nesta reflexão. No combate à mortalidade infantil no Ceará, o trabalho da Fundação Instituto Conceitos Culturais & Medicina, sob a direção da Dra. Marilyn K. Nations, é ilustrativo. A entidade, criada em 1991, não apenas investigou o papel dos curandeiros populares junto aos problemas da diarreia infantil, como assessorou no preparo de campanhas e programas em prol da parceria entre profissionais de saúde e terapeutas da comunidade, como as rezadeiras, parteiras e raizeiros (NATIONS, ANDRADE e BARRETO, 1997).

Por sua vez, em Maranguape, o Projeto *Soro, Raízes e Rezas*, da Secretaria de saúde da Prefeitura, põe em prática a inclusão das rezadeiras na promoção da saúde pública do município. Em uma experiência original essa iniciativa, conforme documentado por Galindo (2005), surge do reconhecimento das manifestações culturais locais, como também do poder multiplicador dos vendedores de raízes e das rezadeiras da comunidade. O projeto tem a parceria de órgãos públicos, organizações não governamentais e empresas, tendo como um de seus mais importantes resultados a diminuição crescente e significativa da mortalidade infantil.

É também oportuno lembrar que em diversas localidades do interior cearense tais saberes e práticas de cura são atualizados por rezadores, mezinheiros e parteiras, como ocorre na região do sertão central. Estes cuidados do povo camponês encontram-se registrados em ricas narrativas, canções, receitas e rezas, conforme indicado por Barbosa e Bezerra (2003), em municípios como Quixadá, Quixeramobim e Banabuiu, mas certamente em outras tantas localidades de nosso estado.

Por outro lado, em Fortaleza, no bairro do Pirambu, funciona há vinte anos o Projeto *Quatro Varas*, sob a coordenação do Dr. Adalberto Barreto da Universidade Federal do Ceará. Ganham vida nesta experiência a *Terapia comunitária*, as massagens terapêuticas, a fitoterapia popular e oficinas de arte e educação, em parceria com os saberes e cuidados nativos. Tal experiência hoje tem o apoio da Secretaria de saúde de Fortaleza (que criou uma unidade do Programa de Saúde da Família – PSF no local) e tem sido levada a outras partes do Brasil com o suporte do Ministério da Saúde.

Projeto semelhante vem sendo desenvolvido no bairro Bom Jardim em Fortaleza. Trata-se do Movimento de Saúde Mental Comunitária, com forte participação popular, que já está articulado a um Centro de Atendimento Psico-social - CAPS em parceria com a Secretaria municipal de Saúde de Fortaleza, promovendo experiências com arteterapia, horta comunitária, grupos terapêuticos e projetos educacionais e de saúde.

No que se refere ao sistema público de saúde, a presença dos curadores tradicionais relaciona-se diretamente ao âmbito em que se dá o trabalho da Atenção Básica ou Primária, como nos referimos anteriormente. Este nível de cuidado formal em saúde diz respeito a “problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em unidades comunitárias como consultórios, centros de saúde, escolas e lares” (STARFIELD, 2002). Ela é menos intensiva, tanto em capital como em trabalho, sendo a entrada dos usuários no sistema municipal de saúde, o qual oferece serviços de prevenção, cura e reabilitação, não exigindo uma complexidade profissional e uma densidade tecnológica, como ocorre, por exemplo, nos hospitais. É importante destacar que a Atenção primária lida com pacientes que apresentam múltiplas queixas e diagnósticos, e isto apenas confirma os diversos determinantes da saúde, entre os quais o comportamento social e as crenças e hábitos culturais. Entre estes encontram-se os relativos a higiene, alimentação, automedicação, saúde da mulher, corpo, sexualidade, entre tantos outros.

Cecil Helman (2003), por seu turno, chama a atenção para os recursos comunitários em programas de cuidados primários de saúde. Os principais recursos apontados por Helman são: agentes comunitários de saúde, grupos comunitários de saúde, curandeiros tradicionais e líderes locais. Deste modo, tanto a presença individualizada destes curadores nativos (atendendo sua própria “clientela”), como o papel de grupos comunitários (grupos de autoajuda, igrejas, por exemplo) em que tais pessoas igualmente atuam, constituem parceiros irrecusáveis da saúde coletiva nestes ambientes sociais. É oportuno acrescentar que estas estratégias fazem parte de orientações da própria OMS, a partir da Conferência de Alma-Ata em 1978, com relação aos cuidados primários de saúde integral.

Nosso interesse se volta igualmente para o perfil terapêutico destes agentes. Isto inclui sua origem social e formação curativa, suas crenças pessoais, suas habilidades específicas, o uso de distintos procedimentos e recursos no diagnóstico e no tratamento das enfermidades apresentadas pelos segmentos carentes da população. Este aspecto está necessariamente vinculado ao contexto social em que estes curadores atuam, na linguagem que utilizam, no pertencimento à comunidade local, o que agrega potencialmente mais legitimidade a seu trabalho.

## **Problematização**

Se, de um lado, é relativamente consensual a presença destes terapeutas, de outro, algumas indagações podem ser feitas quanto ao seu lugar no contexto do pluralismo terapêutico local. Qual a dimensão destas práticas de saúde para as necessidades de famílias

sertanejas? Qual o perfil destes profissionais de cura, em termos de formação e desempenho? Como se constrói sua inserção nas redes sociais de cuidados de saúde? Qual a contribuição efetiva destes curadores para a saúde dos grupos sociais que ficam à margem (ou pouco se beneficiam) dos serviços públicos oficiais? Que tipo de relacionamento cooperativo pode haver entre estas práticas de saúde e a rede de atenção básica estadual e municipal? Qual o impacto terapêutico da ação destes curadores nos cuidados cobertos pela Atenção primária, através de agentes de saúde, equipes do PSF e postos de atendimento? Tais questões constituem razão principal para o preparo desta pesquisa, no sentido de contribuir para elucidar, com maior profundidade, a densidade social em que se inscrevem estes sujeitos da medicina popular.

Esta reflexão busca ampliar também estudo anterior (ANDRADE, 2006) sobre a medicina complementar, em sua vertente tradicional popular, reconhecendo o crescente interesse por seu estudo e pelas eventuais transformações no campo da saúde relativas a um relacionamento menos conflitivo entre as diversas opções de saúde à disposição do povo brasileiro.

A escolha deste tema nos parece oportuna do ponto de vista da avaliação dos recursos humanos em saúde. Uma vez que o setor popular (no contexto da saúde coletiva) se afigura como cenário de práticas disseminadas entre as populações de baixa renda, nos centros urbanos e em zonas rurais do Ceará, este estudo pode contribuir para dimensionar o papel destes curadores, como também sua eventual participação em políticas públicas regionais e locais.

### **Quadro teórico preliminar**

Os estudos antropológicos, em particular os que envolvem o campo da saúde, são pródigos em etnografias sobre feitiçaria, totemismo, magia, rituais de cura e xamanismo (MAUSS, 2003; LÉVI-STRAUSS, 1996; TAUSSIG, 1993; LANGDON, 1994 e 1996) encontrados em diversas culturas e épocas.

No caso do Brasil, podemos destacar, de início, os trabalhos de Langdon sobre o xamanismo entre os Siona (LANGDON, 1994) ou o levantamento acerca de diferentes vertentes xamânicas presentes entre os Yanomami, os Marubo ou os Kaxinawá (LANGDON, 1996). Há também investigações das práticas de cura afro-brasileiras, como a relatada por Silva (2007), revelando já um nível nacional de organização. Estudos sobre curandeiros ligados a umbanda e candomblé, igrejas evangélicas e catolicismo, como os de Loyola (1984, 1997) e de Rabelo (1994) são relevantes para a compreensão destas práticas tradicionais de

saúde. Saliente-se ainda enfoques historiográficos como os de Witter (2005) e de Carvalho (2005), que destacam as “artes de cura” na história da medicina brasileira.

Nestes e em outros estudos, conceitos centrais como os de saúde e doença enquanto construções culturais (KLEINMAN, 1978; LAPLANTINE, 1991), pluralismo terapêutico (ANDRADE, 2006), rituais de cura (RABELO, 1994; ANDRADE, 2004) e eficácia simbólica (LÉVI-STRAUSS, 1985) constituem categorias teóricas relevantes para a análise que faremos dos sujeitos a serem pesquisados. A abordagem antropológica deste estudo incide sobre a relação terapêutica entre curador e paciente, em que se distinguem os conceitos de enfermidade (*disease*) e doença (*illness*), conforme utilizados pelos especialistas no assunto (LANDGON, 1994; HELMAN, 2003).

### **Abordagem metodológica**

Em função do que expomos anteriormente, o presente estudo teve início recentemente e está sendo conduzido levando-se em conta os seguintes objetivos de investigação: 1. identificar e conhecer os curadores tradicionais em seu contexto de atuação terapêutica; 2. descrever o trabalho de cura destes sujeitos, as enfermidades tratadas e os resultados obtidos; e 3. examinar o relacionamento destes curadores com órgãos, projetos e representantes do sistema público de saúde, no âmbito da Atenção primária.

Esta pesquisa será conduzida de acordo com métodos e técnicas qualitativas, no âmbito da antropologia da saúde (ANDRADE, 2004; HELMAN, 2003; LAPLANTINE, 1991), priorizando os aspectos simbólicos que informam as práticas e crenças de curadores compartilhados com os diversos sujeitos culturais por eles tratados.

O primeiro passo será uma pesquisa em fontes documentais e bibliográficas que possibilitará aos pesquisadores a primeira entrada em campo, aqui entendido como o recorte temático e geográfico da pesquisa. O preparo teórico permitirá fugir do *mito da técnica* (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1986), ao mesmo tempo em que aproxima o pesquisador do *repertório metacomunicativo* (BRIGG'S, 1986) de seus interlocutores.

O estado do Ceará encontra-se dividido em 22 microrregiões<sup>4</sup> e 3 macrorregiões<sup>5</sup> de saúde (Fortaleza, Sobral e Cariri). A partir dessas divisões a equipe escolherá algumas cidades representativas, o que permitirá um mapeamento mais amplo das práticas curativas

---

<sup>4</sup> Segundo informações da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará - SESA, a divisão feita segue “espaços territoriais compostos por um conjunto de municípios com forte sentimento de integração e interdependência, com vontade política para pactuarem na busca de soluções para problemas comuns, na área da saúde” (Fonte: <http://www.saude.ce.gov.br/internet/>).

<sup>5</sup> As macrorregiões são formadas por um conjunto de microrregiões que convergem para os pólos terciários de Fortaleza, Sobral e Cariri. (Fonte: <http://www.saude.ce.gov.br/internet/>).



compartilhadas por classes populares nessas regiões. As cidades pré-selecionadas pela equipe abrangerão o litoral e sertão do estado.

A abordagem ao campo será realizada através de entrevistas gravadas, que seguirão um roteiro semi-estruturado, elaborado previamente pela equipe, de forma a permitir o diálogo entre pesquisador/pesquisado. Para Zaluar (1985), a relação com os atores sociais no campo deve ser construída através de um envolvimento compreensivo. O *que* dizem os curadores e *como* o dizem, tem particular significado nesta pesquisa, pois, como sugere Barthes (1976), tais significações atravessam as narrativas. Para Langdon (1999), as narrativas são uma forma de comunicação cujo significado emerge na interação, no seu contexto de produção; vai além do conteúdo. A preocupação central deixa de ser com a literalidade e passa a ser com a forma viva de produção de sentido. Por sua vez, Maluf, sugere que se deve buscar “além do olhar, ver; além do ouvir, escutar; além dos fatos, sentido” (1999, p. 70). É necessário que seja considerado, não somente a experiência singular, por estar ligada a uma dimensão coletiva, mas também, o significado que os próprios sujeitos doam às suas experiências.

Pretende-se entender a interação curador e paciente, onde se localiza a *eficácia simbólica* (LÉVI-STRAUSS, 1985) de tais práticas populares de saúde. Busca-se ainda entender como são criados e se estabelecem espaços de negociação entre os usuários da saúde pública e a busca por práticas tradicionais de cura, contribuindo para uma reflexão sobre modelos de atendimento à saúde e ampliando a atuação dos serviços públicos.

Estaremos considerando, como estratégia de escolha dos sujeitos investigados, o delineamento de três categorias: 1. curadores associados à medicina vegetal ou fitoterapia popular; 2. curadores pertencentes a entidades religiosas/espiritualistas; e 3. curadores já articulados à biomedicina em parcerias com órgãos públicos de saúde.

Será também utilizado o recurso fotográfico como forma de registrar os *encontros etnográficos* (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000) realizados com os sujeitos da pesquisa - os curadores tradicionais – o que poderá ilustrar o cotidiano vivenciado por eles.

A análise dos dados colhidos em campo seguirá duas etapas, a primeira será a transcrição das entrevistas gravadas e do material etnográfico de cada pesquisador. Com a ajuda de um software de análise qualitativa, o *QSR NUD\*IST 4*, serão criadas categorias retiradas dos objetivos da pesquisa e reavaliadas de acordo com as narrativas colhidas em campo. Porém, vale ressaltar, a análise ocorrerá durante todo o período de coleta de dados, já que serve como instrumento de avaliação constante da pesquisa.

Quanto aos aspectos éticos e legais do estudo, salienta-se que o mesmo seguirá as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 196, de 10 de outubro de 1996) do Conselho Nacional de Saúde, garantindo a privacidade e individualidade dos sujeitos participantes da investigação.

### **Referências bibliográficas**

ANDRADE, João T. Antropologia da cura: aprendendo com o sofrimento no contexto ritual. Revista Educação em Debate. Ano 26, número 48. Fortaleza: EdUFC, 2004.

ANDRADE, João T. Medicina alternativa e complementar: experiência, corporeidade e transformação. Salvador-BA: UFBA, Fortaleza-CE: EdUECE, 2006.

ANDRADE, João T. Práticas integrativas no SUS. Um avanço para a inclusão terapêutica? Caderno Ciência & Saúde. Jornal O Povo, 29/abril a 05/maio, 2007.

BARBOSA, Francisco C. J. e BEZERRA, Francisca E. N. Lembranças de curas: rezadores, mezinheiros e parteiras do Sertão Central. In O Público e o privado, no. 02, julho/dezembro, 2003.

BARRETO, Adalberto. Os espíritos que governam o Brasil, 500 anos depois. In: BARROS, J.F. (org.) Terapêuticas e culturas. Rio de Janeiro: Intercon, 1998.

BARTHES, Roland. Análise estrutural da Narrativa: pesquisas semiológicas. Rio de Janeiro: Vozes, 1976.

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

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

BRIGG'S, Charles. Learning how to ask. A sociolinguistic appraisal of the role of the interview in social science research. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

CARDOSO, Roberto C. L. A aventura antropológica: teoria e pesquisa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. O trabalho do antropólogo. São Paulo: UNESP, 2000.

CARVALHO, Antonio C. D. Feiticeiros, burlões e mistificadores – criminalidade e mudança das práticas populares de saúde em São Paulo / 1950 a 1980. São Paulo: UNESP, 2005.

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

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

KLEINMAN, Arthur. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. Social Science and Medicine, p. 85 – 93, 1978.

LANGDON, Éster J. A fixação da narrativa: do mito para a poética de literatura oral. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 5, n.12, p.13-36. dez./1999.

- LANGDON, E. Jean (org.). Xamanismo no Brasil: novas perspectivas. Florianópolis-SC: UFSC, 1996.
- LANGDON, E. Jean. A negociação do Oculto: Xamanismo. Família e medicina entre os Siona no contexto pluri-étnico. Trabalho apresentado para o Concurso de Professor Titular na UFSC, 1994.
- LAPLANTINE, François. Antropologia da doença, São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- LÉVI-STRAUSS, C. Antropologia estrutural. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.
- LOYOLA, Maria A. Social and cultural hierarchies and different ways of healing in Brazil. In: LEIBING, Annette (org.) The medical anthropologies in Brazil. Berlin: VWB, 1997.
- LOYOLA, Maria A. Médicos e curandeiros: conflito social e saúde. São Paulo: Difel, 1984.
- MALUF, Sônia W. Antropologia, narrativas e a busca de sentido. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 5, n.12, p.69-82. dez./1999.
- MARTINEZ, Paul H. Medicinas alternativas: hasta donde, para quién? In: CÁCERES, C.; CUETO, M.; RAMOS, M. e VALLENAS, S. (orgs.). La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: International forum for social sciences and health / Universidad peruana Cayetano Heredia, 2003.
- MAUSS, Marcel. Esboço de uma teoria geral da magia. In: Sociologia e antropologia. São Paulo: Cosac Naify, 2003.
- NATIONS, Marilyn; BARRETO, Adalberto. Culture, saints and cures in the sertão. In: GUERRANTR. L.; SOUZA M.; NATIONS M. (eds), At the edge of development: health crises in a transitional society. Durham, North Carolina: Carolina Academic Press, 1996.
- NATIONS, Marilyn; ANDRADE, Francisca M. O. e BARRETO, Adalberto P. Rezas e soro salvando crianças. Fortaleza: Fundação Instituto Conceitos Culturais & Medicina, 1997.
- PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben A. (orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006.
- RABELO, Miriam C. M. Religião, ritual e cura. In: ALVES, Paulo C.; MINAYO, Maria C.S. Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- SILVA, José M. Religiões e saúde: a experiência da Rede Nacional de Religiões Afro-brasileiras e Saúde. Saúde e Sociedade. Vol. 16, número 2, maio/agosto, 2007.
- STARFIELD, Bárbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- TAUSSIG, Michael. Xamanismo, colonialismo e o homem selvagem: um estudo sobre o terror e a cura. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.
- World Health Organization – WHO. General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine. Disponível em <http://www.who.int/medicines/organizatiion/tm/orgtmdef.shtml>>. Acesso em 10jan. 2003.
- World Health Organization – WHO. WHO Traditional Medicine Strategy 2002 – 2005. Disponível em <http://www.who.int>>. Acesso em 10jan. 2003.
- ZALUAR, Alba. A máquina e a revolta. São Paulo: Brasiliense, 1985.

