

# ÍNDIOS PITAGUARY: PRÁTICAS TERAPÊUTICAS, CRENÇAS RELIGIOSAS E CURAS TRADICIONAIS.<sup>1</sup>

João Tadeu de Andrade (Prof. Dr. Adjunto de Antropologia/ UECE)

Carlos Kleber Saraiva de Sousa (Prof. Dr. Adjunto de Antropologia / UFC)

## **Resumo**

O estudo em pauta intenciona compreender os conhecimentos e as práticas terapêuticas tradicionais de curas desenvolvidos pelos índios Pitaguary, situados nas aldeias de Munguba e Santo Antônio do Buraco, no Município de Maracanaú-Ceará. Essa proposta geral se desdobra em outras mais específicas e que remetem a: 1) classificar esses saberes e ações direcionadas à promoção da saúde; 2) analisar essas práticas médicos-tradicionais enquanto ritos étnicos que organizam elementos diversos de crenças religiosas. Os dados etnográficos (observações diretas, entrevistas abertas, rodas de conversas, capturas de imagens paradas e em movimento e participações em situações cotidianas da comunidade) foram coletados entre os meses de Outubro de 2010 e Julho de 2011. Entre os resultados obtidos, sublinhamos os que envolvem aspectos culturalmente híbridos entre os saberes tradicionais apresentados, nas práticas terapêuticas e nos rituais religiosos de curas.

**Palavras-chaves:** Pitaguary, curas tradicionais, práticas terapêuticas, crença religiosa.

## **1 Introdução.**

O estudo que ora apresentamos tem como propósito mais amplo refletir sobre as ações tradicionais de curas presentes entre os índios Pitaguary, situados nas aldeias de Munguba e Santo Antônio do Buraco, no município de Maracanaú, distante aproximadamente 20 km de Fortaleza, no Ceará. Essas maneiras habituais de solucionar demandas variadas por saúde podem alcançar múltiplas denotações, entre as quais podemos sublinhar o fato dessas práticas tradicionais enlaçarem saberes cotidianos sobre a natureza, cuidados terapêuticos híbridos e ritos étnicos. Esse enlace de sentidos oferece à natureza um caráter encantado, às curas um olhar plural e à identidade étnica uma visibilidade cerimonial.

Os conhecimentos e práticas índias, enquadrados no âmbito da medicina tradicional, irmanam-se a uma rede de cuidados em saúde que se diferencia da medicina ocidental, em diversos aspectos. Ainda que o sistema público de atenção à

---

<sup>1</sup>Trabalho apresentado na 28ª. Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 02 e 05 de Julho de 2012, em São Paulo – SP, Brasil.

saúde seja importante aliado na prevenção e cura de enfermidades, a população brasileira (notadamente a de camadas de baixa renda, de zonas rurais e de grupos culturalmente diferenciados, como são os povos indígenas) continua fazendo uso de outras opções terapêuticas, tornando complexo o pluralismo médico no país. É de conhecimento corrente que estes estratos sociais frequentemente recorrem a práticas de curas populares, através de rezadores católicos, parteiras, raizeiros, pais e mães de santo, médiuns espíritas, pajés e xamãs, dentre outros terapeutas e especialistas da cura (HELMAN, 2003; RABELO, 1994; LOYOLA, 1984). Junto a estes sujeitos se constrói uma rede de estratégias e entidades que garante a inserção e legitimação social destas práticas de cura, tais como centros espíritas, igrejas pentecostais, grupos esotéricos e de oração, terreiros de candomblé e umbanda, grupos xamânicos, dentre outros de nossas tradições.

Esta rede de agentes, serviços e solidariedades presentes na saúde comunitária em nosso país, constitui setor popular de significativa relevância (BARRETO, 1998). Tal fenômeno é também presente em outros países da América Latina, em função, por um lado, da limitação dos sistemas públicos de saúde e, de outro, da persistência das medicinas populares e 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, a OMS lançou no ano de 2002 a *Estratégia de Medicina Tradicional* que busca, entre seus propósitos: 1) desenvolver políticas nacionais de avaliação e regulação da medicina tradicional; 2) criar uma forte evidência da segurança, eficácia e qualidade dos produtos e práticas tradicionais e 3) documentar esta medicina e seus medicamentos. Por fim, a OMS destaca o papel dos curadores tradicionais e de suas práticas terapêuticas na atenção básica em saúde, em países sul-americanos e do oriente.

No Brasil o Ministério da Saúde estabeleceu importantes políticas nacionais voltadas para este setor da saúde: a *Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares*, e a *Política Nacional de Práticas Integrativas no SUS*. No caso das

comunidades indígenas, foi estabelecida em 2002 a *Política Nacional de Atenção à saúde dos povos indígenas* (BRASIL, 2002). Estas três políticas públicas convergem para o fortalecimento de práticas e saberes tradicionais, assentados em cosmologias e princípios etiológico-terapêuticos que contrastam com a medicina ocidental.

Por sua ancestralidade, os povos indígenas do Brasil abrigam estes cuidados em saúde, em suas culturas diferenciadas. Tais saberes se relacionam – por vezes de modo frontal – com a biomedicina e os serviços sanitários convencionais. Neste contexto, pajés e curadores tradicionais são os principais sujeitos que garantem a preservação destes saberes em saúde, nos diversos grupos étnicos do País. No Ceará tais práticas são encontradas junto a etnias locais. Entre povos e culturas diferenciadas, como os Pitaguary, os usos de ervas medicinais e ritos terapêuticos confirmam esta realidade.

Imerso nesse contexto que relaciona as práticas tradicionais de curas entre entidades sociais, as políticas públicas para a saúde indígena no Brasil e o entendimento que a OMS oferece a esses processos terapêuticos, elaboramos uma indagação que nos orientou ao longo deste estudo: como os Pitaguary do Ceará compreendem as práticas tradicionais de cura em suas aldeias, realizadas por especialistas indígenas? Orientados por esse questionamento, desenvolvemos dois objetivos: 1) classificar esses saberes e ações direcionadas a promoção da saúde; 2) analisar essas práticas médico-tradicionais enquanto ritos étnicos que organizam elementos diversos de crenças religiosas. Os dados etnográficos como observações diretas, entrevistas abertas e rodas de conversas, capturas de imagens paradas e em movimento e participações em situações cotidianas dos grupos, foram coletadas entre os meses de Outubro de 2010 e Julho de 2011. Ressaltamos que entre os meses de Março e Abril de 2012, voltamos, em diversas oportunidades, às aldeias de Munguba e Santo Antônio do Buraco, a fim de realizar entrevistas que solucionassem as demandas de campo que ainda existiam.

Esta pesquisa, enquanto proposta de Antropologia da Saúde com interface em Etnologia Indígena visa alargar o conhecimento sobre as condições das práticas tradicionais de curas do povo Pitaguary, no Ceará. Neste sentido, este estudo pode contribuir para o aperfeiçoamento de políticas públicas nesta área, para o trabalho de órgãos como a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA e o Ministério da Saúde, bem como para a ampliação do capital teórico sobre a qualidade de vida destas etnias no Ceará. É importante destacar que esta investigação tem financiamento do CNPq, através do

Edital MCT/CNPq/MEC/CAPES No. 02/2010, e conta com autorização da FUNAI, Ceará.

O interesse neste tema específico teve origem em visitas etnográficas feitas ao povo Jenipapo-Kanindé, na Área indígena Lagoa da Encantada, no município do Aquiraz, ao longo do ano de 2009. As várias visitas se deram numa parceria entre os antropólogos e professores doutores Carlos Kleber Saraiva de Sousa (UFC) e João Tadeu de Andrade (UECE). A partir daquelas situações pensamos em realizar um estudo sobre as práticas tradicionais de curas entre os grupos de índios que habitam o entorno da cidade de Fortaleza. De maneira particular, nossa atenção nos prendeu à análise desse fenômeno entre os Pitaguary e os Jenipapo-Kanindé, sendo este artigo uma seção especial que trata singularmente dos processos terapêuticos tradicionais entre os Pitaguary.

Ademais, obtivemos informações da carência de estudos etnográficos sobre saúde indígena no Ceará, particularmente junto às etnias localizadas no entorno de Fortaleza, especialmente os Pitaguary. Convém ainda explicar que nossa equipe contou com três bolsistas de iniciação científica (PIBIC, FUNCAP e IC-UECE), com os quais podemos contar para o desenvolvimento deste estudo. Acrescente-se que a UECE, através do Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade e do Grupo de Pesquisa em Educação e Saúde Coletiva, e a UFC, por meio do Departamento de Ciências Sociais, garantiram as instalações físicas e o auxílio ao transporte dos pesquisadores durante todo o período da pesquisa.

Finalmente, a articulação interinstitucional entre UECE e UFC tem facilitado um intercâmbio promissor entre pesquisadores fortalecendo o campo antropológico indígena e da saúde no estado do Ceará.

## **2 Olhares sobre a Medicinal Tradicional indígena**

Uma vez que se está tratando de práticas indígenas de cura, dentro do que se convencionou denominar Medicina Tradicional, iniciamos por esta conceituação. Reconhecidas pela OMS, as chamadas Medicinas tradicionais - MT e Medicinas complementares e alternativas - MCA possuem um enraizamento cultural de longa data, na maioria dos casos assentado em práticas indígenas e/ou em sistemas refinados como o *ayurveda* indiano e a Medicina clássica chinesa<sup>2</sup>. Tal reconhecimento, que

---

<sup>2</sup> Existe uma grande variedade de abordagens, técnicas diagnóstico-terapêuticas e sistemas médicos, tais como: terapia floral, osteopatia, naturopatia, quiroprática, meditação, *reiki*, xamanismo, radiestesia, entre outras modalidades.

ganha legitimidade oficial de um importante organismo como a OMS e de diversos governos nacionais, incorpora o pluralismo médico, os saberes e crenças locais sobre vida e morte, os distintos modos de enfrentamento da doença. Tal conhecimento, em uma miríade de usos, cosmologias e resultados terapêuticos, constitui patrimônio dos povos tradicionais, em diversas regiões do planeta, o que por si já apresenta uma legitimidade social comprovada ao longo de décadas e, em alguns casos, de séculos.

Em regiões como África, Ásia e América Latina grande parte da população atende suas necessidades sanitárias por meio de crenças e saberes antigos tais como terapias espirituais, técnicas manuais, tratamentos a base de ervas e minerais, dentre outros recursos (WHO, 2003). Aqui o fato contundente é que tais estratégias são apropriadas por milhões de pessoas nos chamados países em desenvolvimento, onde a oferta de serviços de saúde por parte dos governos é declaradamente incipiente em face das crescentes demandas. Na Atenção primária, por exemplo, o uso da Medicina tradicional atinge níveis percentuais significativos, como na Índia (70%), Ruanda (70%) e Etiópia (90%), assim informa a OMS (WHO, 2003). Mas isto vem ocorrendo igualmente em países como EUA, Austrália, Canadá e Reino Unido, onde os gastos com estas práticas terapêuticas têm sido expressos em milhões de dólares. Assim, por estas importantes razões, o assunto passou a ser uma relevante questão da saúde pública mundializada, com o reconhecimento de governos, agências internacionais e entidades sanitárias.

A OMS, na área específica de Promoção da saúde, chama a atenção para os múltiplos significados que este conceito possibilita. Alguns destes significados são compreendidos como princípios da promoção da saúde, a partir dos quais os planejadores podem formular políticas públicas e realizar avaliações de ações de governo. Para a presente reflexão, destacamos os seguintes: perspectiva holística, visão intersetorial e multi-estratégias (WHO, 1998). No aspecto holístico, o documento da OMS sinaliza para o fato de que a promoção à saúde deve reconhecer as dimensões física, mental, social e espiritual. No princípio da intersetorialidade defende-se que iniciativas para a promoção da saúde contem com a colaboração de distintos agentes e setores. Com o intuito de conduzir avaliações, a OMS propõe o uso de multi-estratégias, que incluam políticas de desenvolvimento, mudanças organizacionais, educação e comunicação, dentre outros fatores.

Já na estratégia para estas práticas não biomédicas formuladas pela OMS (WHO, 2003), as MT/MCA são reconhecidas como cuidados de saúde em visível expansão, particularmente em países em desenvolvimento. O documento defende a promoção do potencial sanitário das MT/MCA, considerando a segurança, eficácia, qualidade de seu uso e acesso, tendo em vista a condução de políticas nacionais. A OMS, atenta às questões de segurança e eficácia destes métodos terapêuticos, reconhece o “enfoque holístico da vida, o equilíbrio entre mente, corpo e seu entorno, e a ênfase na saúde” (WHO, 2003: 23). Acrescenta ainda, para efeito de implantação de políticas públicas em saúde, que as MT/MCA adotam amplamente a prevenção, diagnóstico, tratamento e gestão de enfermidade, como instâncias articuladas.

De outro lado, desde seus inícios os estudos antropológicos 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. A consolidação desta área específica da Antropologia moderna deve a William Rivers, médico, psicólogo e antropólogo britânico, uma contribuição decisiva na sistematização da relação entre saúde, cultura e organização social (IBÁÑEZ-NOVION, s.d.).

Esta vertente particular da Antropologia serviu e serve de substrato para refinadas teorizações e avanços teórico-metodológicos, como nas obras de Victor Turner (*Floresta de Símbolos*, 2005), Evans-Pritchard (*Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande*, 2005) e Thomas Csordas (*The Navajo Healing Project*, 2000). Nestes e em outros trabalhos semelhantes, o processo saúde/doença/cura está inserido em ricas cosmologias e sistemas de crenças, que fortemente contrastam com os parâmetros epistemológicos da biomedicina.

No caso do Brasil, podemos destacar 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 o de Carvalho (2005) que destaca as “artes de cura” na história da medicina brasileira.

No que diz respeito mais detidamente à saúde dos povos indígenas no Brasil, é importante lembrar que seu entendimento deve ser situado considerando-se a diversidade sócio-cultural que caracteriza estes grupos, como igualmente o processo histórico de relacionamento conflituoso com a sociedade ocidental, no decorrer do processo civilizatório nacional. Desde longa data, diversas doenças infecciosas acometeram estas populações, provocando intensos impactos de ordem demográfica e cultural (SANTOS, R.V.; ESCOLAR, A. L., 2001). Neste movimento crescente de domesticação dos povos ancestrais, a ordem civilizatória carregou consigo conceitos etnocêntricos relativos à vida, morte, doença e saúde, desconsiderando, por sua vez, o patrimônio nativo dos grupos indígenas.

Dados oriundos da Coordenação de Saúde do Índio/FUNASA (BRASIL, 2002) revelam um quadro preocupante relativo ao estado sanitário de diversos povos indígenas no Brasil contemporâneo. A tuberculose, por exemplo, entre as doenças infecto-parasitárias que acometem estas populações, responde por um número significativo de óbitos. Outro problema grave é a incidência de HIV/Aids, em um contexto de frágil cobertura sanitária, problemas de acessibilidade por conta de barreiras geográficas, econômicas e lingüísticas, piora das condições de vida como resultado dos contatos com os brancos.

Por sua vez, Langdon (2004), discutindo as políticas públicas para os povos indígenas, igualmente confirma as altas taxas de desnutrição, problemas de saúde bucal, alcoolismo e alta mortalidade infantil que agravam a qualidade de vida destes grupos. Mas, por outro lado, a partir da Constituição de 1988, o Brasil passa a ser considerado um estado pluriétnico, no qual os povos indígenas alcançaram maiores direitos de cidadania, embora ainda hoje não atendidos em sua plenitude. Mesmo assim, é de destaque a 1ª. Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, ocorrida em 1986, bem como a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI e dos Agentes Indígenas de Saúde – AIS, além do trabalho da FUNAI e especialmente da FUNASA no acompanhamento destas populações no país. Ressalte-se que tais órgãos e iniciativas se pautam pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada pelo Ministério da Saúde em 2002.

Nesse contexto, os saberes tradicionais compreendidos enquanto recursos que possibilitam a continuidade da saúde, ou a cura de determinadas enfermidades que acometem os indígenas, apresentam, ainda, sentidos que os evidenciam enquanto índios que são. Trata-se da qualidade étnico-política que estas práticas de medicina tradicional indígena vêm reproduzindo ao longo do tempo.

Os estudos que a etnologia vem realizando nas últimas décadas desconstroem as afirmações de que as identidades indígenas são fundamentadas em laços consangüíneos ou em culturas específicas que organizam populações apartadas das sociedades nacionais em hábitos, tradições, língua, religião, parentesco etc. (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2006, 1996; PACHECO DE OLIVEIRA, 1999).

Em direção oposta, os dados etnográficos têm revelado, com intensidade cada vez maior, que os índios – no Brasil e no Ceará - têm apresentado evidências de culturas que, habitualmente, não são identificadas como especiais pelas gentes em geral. Isso é decorrente, em grande medida, dos movimentos de dilatação das fronteiras simbólicas que os municípios, estados e nações têm promovido em virtude dos incrementos tecnológicos, comunicacionais e de transportes que o processo de globalização tem acarretado. Nessa perspectiva, as músicas, vestuário, habitações, linguagem, credos, economia, política, entre outros aspectos, apresentam-se muitas vezes de modo plástico, híbrido e permanentemente aberto a novas formas e significações (BHABHA, 2003; BOURDIN, 2001; CANCLINE, 2003; CASTELLS, 1999; BAUMAN, 2005; HALL, 2006, BALANDIER, 1998; THOMPSON, 1995).

Em meio a campos etnográficos que não guardam sinais diacríticos e étnicos pelas razões expostas acima, as bases da indianidade recaem em sentimentos subjetivos que alimentam uma pertença ao grupo e que o fazem distinto de outras populações. Não obstante, esse sentimento é disperso e difuso em cotidianos indígenas comuns, necessitando de agentes externos de qualquer ordem que possibilitem o despertar e o desenvolvimento de uma “comunidade política” que intenta uma relação com os “de fora” com interesses diversos (WEBER, 2000). É exatamente a qualidade política da identidade étnica com propósitos de interação com o outro que organiza o termo etnicidade (POUTIGNAT, STREIFF-FENART, 1998; BARTH, 2000).

Em meio a essa discussão, as práticas tradicionais de cura percebidas entre os índios do Ceará podem bem ser compreendidas como instrumentos colaboradores para o “surgimento” da etnicidade, na medida em que seus usos podem ultrapassar os limites



das utilidades médicas e se apresentar como “emblemas éticos” (BOURDIEU, 2002). Nesses termos, as ladainhas e rezas, os cantos e performances rituais, as plantas medicinais e lambedores, os encantados e suas práticas, etc. têm seus propósitos resignificados e se apresentam como um sinal de diferença étnica perante o outro não-índio, que demanda um traço objetivo de indianidade desses povos.

Resulta que a discussão sobre a etnicidade nos cuidados em saúde (os saberes tradicionais inerentes a estas comunidades) é de central interesse para a compreensão deste fenômeno do ponto de vista antropológico. A pesquisa etnográfica em saúde indígena, conforme diversos estudos (LANGDON, 2004; GARNELO e SAMPAIO, 2003) têm indicado, chama a atenção para a necessidade de se examinar os princípios da saúde indígena do ponto de vista de seus próprios sujeitos, inseridos em um quadro étnico próprio de saberes e práticas, crenças e cosmologias.

Assim, do ponto de vista da pesquisa antropológica, os conceitos de saúde e doença são compreendidos enquanto construções culturais (HELMAN, 2003; LAPLANTINE, 1991), o que implica em situá-los em um quadro de elementos lingüísticos, religiosos, simbólicos, cosmológicos. Este pressuposto teórico-metodológico considera também o pluralismo terapêutico (ANDRADE, 2006) no qual se situam não apenas os saberes tradicionais indígenas, mas outros sistemas terapêuticos presentes entre nós, em uma dinâmica de confluências e conflitos. Aqui serão relevantes os diversos rituais de cura (RABELO, 1994; ANDRADE, 2004) e a eficácia simbólica (LÉVI-STRAUSS, 1996) que neles opera, como categorias teóricas centrais para a análise que faremos dos sujeitos a serem pesquisados. A abordagem antropológica deste estudo ilumina ainda a relação terapêutica entre curador e paciente, em que se distinguem os conceitos de enfermidade (*illness*) e doença (*disease*), conforme utilizados em diversos estudos sobre o assunto (LANGDON, 1994; HELMAN, 2003).

### **3 As práticas terapêuticas entre os Pitaguary**

As práticas de curas habituais expressas por especialistas Pitaguary se constituem de marcas não necessariamente homogêneas, o que colabora com a necessidade de sua classificação para uma melhor compreensão dessas atividades. Dito de outra maneira, os índios que protagonizam essas atividades lançam mão de atributos que diferenciam suas ações que solucionam enfermidades em um tipo particular de *território terapêutico*.

Por ser o território um conceito que oportuniza múltiplas interpretações, decidimos circunscrevê-lo a fim de que determinados sentidos a ele atribuído possam nos orientar na aproximação que intentamos fazer da realidade ora apreciada. Com efeito, quando se afirma a existência de um substrato material sobre o qual se tercem relações sociais conscientes e com propósitos explícitos, é possível pensar que esse espaço geograficamente dado foi reelaborado em termos de território, independentemente se essa apropriação espacial seja efetiva ou mesmo abstrata (RAFFESTIN, 1993). Seguindo uma direção concomitante, a compreensão de território acima exposta pode ser fomentada pela inclusão do tempo como elemento integrador de períodos que habitualmente são separados pela compreensão racional-positiva das épocas. Nesse sentido, rituais indígenas como o do Toré, que evocam espíritos desencarnados nomeados de encantados por certas etnias, compõem simbólica e inteiramente um território índio não apenas em seus limites geográficos, mas também em suas fronteiras temporais (CARVALHO, 1984). Com essas orientações, pode-se afirmar, ainda, que um território para ter esse caráter não precisa cabalmente objetivar limites e instalar-se definitivamente, seja no campo espacial ou no âmbito temporal. Um espaço físico poderá se formar para ser vivenciado socialmente por alguns momentos, horas talvez, para em seguida ser deliberadamente dissolvido e, em situações vindouras e por decisão coletiva, ser outra vez posto em evidência (SOUSA, 1995). Esse percurso dialético de territorialização, desterritorialização e reterritorialização do espaço, pode oferecer aos seus corpos participantes um caráter essencial na composição do território, haja vista que é através das relações que eles propõem e efetivam que significados são emitidos e compreensões são organizadas. Por conseguinte, as marcas territoriais impressas nos corpos coletivamente relacionados - sejam por meio de vestimentas, gestos, danças, códigos de linguagem, ladainhas, canções, adornos, tatuagens, etc. - podem ser apreciadas enquanto provedoras de trânsito territorial. Consequentemente, os territórios podem ser deslocados através dos corpos que os engendram e os oferecem visibilidades. (DIÓGENES, 2001).

Dada essa situação e orientados por esse entendimento reflexivo do conceito em destaque, sublinhamos que o *território terapêutico* encontrado na realidade dos índios Pitaguary, é circunscrito por limites que incluem uma sociabilidade precisa decorrentes de corpos em movimento, espaços abstratos ou concretos, tempos e períodos indefinidos de existência e a mobilidade ou estabilidade do seu substrato material.

Considerando essas fronteiras simbólicas, o *território terapêutico* se caracteriza internamente por desenvolver processos que desencadeiam os diagnósticos de doenças, realizam as cerimônias que objetivam descontinuar dadas mazelas biológicas ou espirituais e promovam as efetivas curas.

O *território terapêutico* assim ponderado manifesta características de base, atuação e propósito que o distingue internamente em *campos terapêuticos* que estamos denominando de: 1) *Fundamentos das Curas*, 2) *Abrangência dos Cuidados* e 3) *Interesse do Dom*. Essa segmentação interior é necessária para que os aspectos meândricos presentes no *território terapêutico* sejam mais bem compreendidos, haja vista que as ações indígenas que projetam curas em males biológicos ou espirituais, bem como os promotores dessas atividades, apresentam traços que os diferenciam entre si em algumas ocasiões. Por conseguinte, a noção de *campo* vem adquirir neste ensaio a significação de micro relações curador-enfermo, encenadas em ambientes circunscritos e inerente ao amplo *território terapêutico* que abriga as três tipologias acima sublinhadas.

O primeiro *campo terapêutico* nomeado por nós de *Fundamentos da Cura* segmenta os especialistas indígenas e suas práticas terapêuticas em dois grupos, a saber: os *Curadores Espirituais* e os *Curadores Naturais*. Os primeiros são assim nomeados porque as bases fundamentais das atividades que realizam (tratamento de enfermidades) estão relacionadas, primordialmente, a elementos e conhecimentos denominados pelos índios de sobrenaturais, isto é, correspondentes a um plano de existência que não consegue ser avaliado pelos alicerces da racionalidade positiva moderna (SOUSA SANTOS, 2008). Sua compreensão ocorre particularmente por meio de um sentimento coletivo de identificação que é representado através do que convencionam nomear de fé, crença ou, em outras palavras, na “segurança ontológica” (GIDDENS, 1991). Esses *Curadores Espirituais* são divididos por nós em três subgrupos: a) os *Rezadores*, que trabalham habitualmente com rezas pré-estabelecidas e eventualmente com orações subjetivas e o seu estado psíquico é consciente nos momentos rituais em quem eles estão efetivando a ladainha; b) os *Espiritistas*, que trabalham por meio de evocação de espíritos, também são chamados de “encantados” pelos indígenas. Nesses casos, a lucidez do curador é substituída por percepções e expressões fundamentadas em planos de existência extra-naturais, ou seja, espíritos de índios desencarnados que atuam nos enfermos por meio do corpo do especialista, evidenciado os trabalhos espirituais com

performances e narrações habitualmente não exercitadas pelo índio terapeuta quando em estado de consciência plena; e c) os *Contingenciais*, ou seja, curadores indígenas que realizam práticas terapêuticas com as duas qualidades imediatamente anteriores. O segundo grupo intitulado de *Curadores Naturais*, é constituído por índios que exercem as ações de curas tendo como princípio de suas cerimônias, determinados atributos buscados, encontrados e coletados na natureza real que cerca e constitui suas aldeias. Tratam-se de raízes e/ou folhas variadas que, isoladas ou em composição, alicerçam bebidas mornas ou geladas que ao serem ingeridas promovem ou tentam promover a eliminação de certa doença

O segundo *campo territorial* representado pelo nome de *Abrangência dos Cuidados* ergue suas fronteiras simbólicas na vinculação direta com os tipos especiais de pessoas com as quais os índios terapeutas se relacionam com a intenção de curá-los dos males biológicos ou espirituais que os afligem. Nesses casos, os locais nos quais podem existir os limites que diferenciam essas práticas de curas, não são obrigatoriamente cabais. Suas características identitárias que representam suas distinções fronteiriças são alicerçadas em um sentimento de pertencer a um determinado grupo, bem como no reconhecimento que a comunidade envolvente evidencia sobre a abrangência dos seus trabalhos terapêuticos (BARTH, 2000). Nesses termos, esse *campo territorial* é classificado em dois subgrupos precisos: a) os *Curadores Endógenos*, que são constituídos por índios que praticam curas espirituais ou naturais exclusivamente com enfermos da própria família, especialmente aqueles indivíduos que abrigam a mesma residência que o especialista em curas. Por causa da abrangência limitada de suas práticas terapêuticas, a visibilidade do indígena enquanto curador perante a comunidade a que pertence, é restrita ao círculo de pessoas que tem ciência de suas habilidades médico-tradicionais. Isso significa que poucas são as pessoas que sabem que esses indígenas realizam curas tradicionais em enfermos; b) os *Curadores Exógenos* correspondem àqueles indígenas que exercem as duas atividades de curas tradicionais mencionadas acima, isto é, naturais e espirituais, predominantemente, mas não apenas, para pessoas não indígenas que os procuram nas aldeias, ou seja, para os “de fora”. Essa característica torna seu trabalho bem mais visível diante dos demais índios se comparado com os curadores endógenos. Em virtude dessa segmentação fundamentada na *Abrangência dos Cuidados*, as legitimidades das práticas tradicionais de cura findam por serem simbolicamente hierarquizadas. Por conseguinte, os

*Curadores Exógenos* são mais bem sublinhados pela comunidade local e circunvizinha, dos que os *Curadores Endógenos*, no tocante às suas atividades de solução tradicional de enfermidades.

O terceiro *campo territorial* foi nomeado por nós de *Interesse do Dom*. Fizemos a opção por essa classificação em virtude das práticas terapêuticas desenvolvidas pelos Pitaguary aparecerem em suas narrações como algo quase sempre pré-estabelecido espiritualmente. Isso significa que para esses índios as realizações de curas tradicionais evidenciadas em suas aldeias, possuem fundamentações recorrentemente divinas e não baseada na racionalidade positiva moderna. Com efeito, as habilidades médico-tradicionais que alguns indivíduos daquela etnia manifestam, correspondem a prêmios de Deus ou deuses ou entes espirituais, ofertados a esses poucos para que eles realizem as curas necessárias quando forem solicitados. Não obstante esse alicerce, o dom manifesto e aplicado por esses especialistas através das cerimônias de curas, poderá ser orientado, ao mesmo tempo em que se objetiva a cura do doente, por determinados interesses que venham a demandar do enfermo certa retribuição moral ou material. Nesses casos, não necessariamente especiais, organiza-se um jogo de dádivas que efetivamente pode ser traduzido como o Dar, o Receber e o Retribuir (MAUSS, 2001). Esse certame cerimonial nos fez pensar esse grupo de especialistas enquanto *Curadores Totais*, ou seja, indígenas que organizam interesses translúcidos ou sutilmente ditos aos doentes, de que é demandado por eles algum tipo de correspondência pela prestação do dom. Os doentes, por sua vez, *recebem* de bom grado os serviços de curas realizados pelos indígenas, sobretudo quando tais prestações se revelam exitosas. Por fim, as pessoas curadas retribuem com ciência e imediatamente os efeitos da dádiva ofertada com alguma modalidade de gratificação moral ou material. Em situações diferentes, há especialistas que impedem deliberadamente qualquer tipo de jogo de dádivas evidente que venha a mediar a relação entre curador e enfermo. Por esse motivo, esse outro grupo é nomeado por nós de *Curadores Parciais*, isto é, corresponde a indígenas que ofertam seu dom àqueles que os procuram e dentro de um processo de trocas simbólicas que não se completa de maneira explícita na ocasião em que o trabalho está sendo realizado. Isso significa que a retribuição, especialmente material, oferecida ao curador pelo indivíduo curado, sobrevém ao especialista após findar determinado período de tempo a fim de que a correspondência não seja apreciada pelo curador enquanto prêmio por ter prestado seus serviços ao, antes, enfermo (BOURDIEU, 2006). Imersos nesses

diálogos de ofertas dúbias, percebemos que o principal limite simbólico entre os *Curadores Totais* e os *Parciais* se encontra mesmo no intervalo de tempo que o paciente curado lança mão para entregar a correspondência de gratidão ao especialista indígena em curas tradicionais. Enquanto a retribuição é distinta e explícita no primeiro caso, na segunda ocasião o seu estado é de latência ou mesmo de inexistência objetiva.

Essa tríade de *Campos Terapêuticos* constituída pelos *Fundamentos das Curas*, *Abrangência dos Cuidados* e *Interesse do Dom*, entretanto, não se evidencia enquanto círculos excludentes de atuação médico-tradicional. A realidade local demonstra que essas representações são encontradas, simultaneamente, como traços complementares dos curadores indígenas. Isso significa que todos os índios que fazem uso das ações tradicionais de curas, imprimem alguns sinais na própria atividade terapêutica que pertencem a essa tríplice terapia. O resultado imprime ações que se revelam contingencial. Por exemplo: um especialista evidencia o aspecto Natural do campo *Fundamentos da Cura*, porque trabalha apenas com raízes e plantas. Ao mesmo tempo, ele manifesta a marca Endógena do campo *Abrangência dos Cuidados*, em virtude de suas práticas circunscreverem apenas determinado círculo de parentes. Por fim, o curador apresenta o sinal Parcial do campo *Interesses do Dom*, porque não obtém nenhuma gratificação moral ou material deliberada e imediata para realizar as curas em seus parentes próximos.

O *território terapêutico* dos Pitaguary assim classificado, portanto, demonstra percepções que ultrapassam a semelhança comum. Sua diversidade de sentidos o torna denso em seus fundamentos, em sua abrangência e em seus interesses.

#### **4 Rito étnico, crenças religiosas e práticas médico-tradicionais**

As ações promovidas pelos índios Pitaguary e que realizam curas de enfermidades biológicas e/ou espirituais, organizam cerimônias que contingenciam sentidos étnicos e religiosos simultaneamente. Um bom exemplo desse diálogo de dupla proposição que destacamos para apreciação pôde ser observado no ritual do Toré.

Entre as possibilidades de definição, essa manifestação cultural pode ser resumida enquanto performance normalizada simbolicamente que, por meio de uma organização corporal e rítmica, sintetiza e representa sentimentos, pensamentos e realidades históricas, não necessariamente consensuais. Nesse sentido, os rituais expressam relação de proximidade com os tempos, cotidianos, sociabilidades e acontecimentos aos quais eles fazem referência quando são estereotipicamente

desempenhados (TURNER, 1974; CONNERTON, 1989; PEIRANO, 2001; AUGÉ, 1997), oferecendo aos participantes oportunidades de vincular demandas individuais e coletivas, entre as quais, soluções espirituais para enfermidades. Para os Pitaguary, as solicitações de curas na roda do Toré podem ser de duas ordens: a *cura individual* e a *cura social*.

A primeira é subdividida em duas: a) *cura para si* - corresponde a demanda especial de certo participante da cerimônia. Esse acontecimento se revela quando um índio que possui algum problema que acredita ser de ordem espiritual, como um mal-estar no próprio ânimo ou o encontro de dificuldades sucessivas na empresa de alcançar determinados fins, entra na roda cerimonial e, em pensamento, solicita aos espíritos que aquela doença ou “trabalho” sejam retirados do seu corpo; b) *cura para o outro* – diz respeito a solicitações que um indígena presente no Toré endereça aos encantados em nome de outra pessoa. O índio solicitante adquire papel de intermediário que aproxima as carências de saúde e desejos de cura de um parente ou amigo, aos entes sobrenaturais que acreditam permear a cerimônia. Essa solicitação também é realizada em pensamento e quase sempre a pessoa enferma não fica sabendo da atitude requestadora no ritual.

A segunda modalidade de cura também é duplamente segmentada: a) *cura para nós* – é caracterizada por apelos coletivos que os índios fazem nos momentos imediatos que antecedem a realização do Toré. Essas solicitações aos desencarnados são fundamentadas em demandas sociais que toda a aldeia ou grande parte dela, anseia em ver solucionadas. Essas carências são habitualmente ligadas a demandas de saúde, educação ou infraestrutura da comunidade e existem, segundo os índios, em virtude de olhares espiritualmente displicentes dos indivíduos que podem efetivamente contribuir com tais soluções; b) *cura para eles* – os aspectos que formam esses apelos são semelhantes a da modalidade imediatamente anterior, isto é, os índios pedem aos espíritos, antes de iniciar o ritual, que afastem ou findem os problemas enfrentados pela etnia que alicerça a invocação de auxílio. Nesses casos, as solicitações não são para os Pitaguary, mas para outros indígenas que eles ficam sabendo que demandam um apoio espiritual para ultrapassar determinada dificuldade.

Imerso nesse círculo de solicitações, é possível observar que os traços de espiritualidades que contornam e adentram a cerimônia, contingenciam pelos menos dois grupos religiosos doutrinários: o catolicismo e o espiritismo.

Elementos da primeira doutrina se manifestam especialmente através de canções e ladainhas que remetem a nomes santificados pela Igreja Católica Apostólica Romana. Uma das designações habituais na roda do Toré é o da Virgem Maria, seja por meio da enunciação de sua prece ou de algumas das canções que fazem alusão a ela, seu nome é um sinal católico peculiar na citada cerimônia. No tocante às ideias espíritas, duas em especial se destacam no referido círculo. Estamos nos reportando à solidariedade e à comunicação direta com os encantados. Por seu lado, a solidariedade pode ser observada e avaliada nas modalidades de curas para *o outro* e *para eles*, anteriormente apreciadas. Essas demandas se vinculam ainda mais ao espiritismo em virtude de não haver uma exigência Pitaguary por correspondência que figure enquanto gratidão individual ou social por terem eles auxiliado através de preces, cantos e danças cerimoniais no Toré, a curar determinadas enfermidades espirituais em outros indígenas. A comunicação com os desencarnados que acontece por meio da atividade que eles nomeiam como “possessão” (aproximação de um espírito errante com o consentimento do índio solicitante desse diálogo) reforça a ligação que esse ritual possui com os princípios doutrinários do espiritismo (KARDEC, 2010). Um ponto de interseção entre essas doutrinas que podem ser entendidas, ou não, enquanto contraditórias entre si, é a utilização que os Pitaguary estabelecem com uma ladainha que encontra abrigo importante em ambas as doutrinas: a reza do Pai Nosso. Não é incomum escutar esses índios ritualizando essa oração nos momentos iniciais que antecedem o Toré, como maneira de fomentar a espiritualidade emergente na roda cerimonial e sagrada que se aproxima.

Esse composto de elementos espirituosos ajuntados a uma cerimônia tradicionalmente indígena como o Toré revela um hibridismo cultural (CANCLINE, 2003) que incrementa os aspectos étnicos expressos nas práticas médico-tradicionais descritos acima. Com efeito, as ações terapêuticas assim apreciadas, envolvem-se em um desempenho a partir do qual esse ritual amálgama solicitações de curas individuais e sociais, aos caminhos de uma etnicidade que não se cristaliza e que percebe os momentos adequados para exercer os diálogos e incorporações culturais. Uma consequência desse fluxo contínuo que hibridiza sincretismo religioso em um ritual étnico é a ininterrupta atualização de formas e significados de práticas tradicionais de curas, sem que para isso os Pitaguary tenham que ausentar-se simbólica e efetivamente de sua condição identitária de ser índio.



## 5 Considerações finais

Os propósitos deste ensaio foram, concomitantemente, elaborar uma classificação das ações e dos saberes que contribuem com a promoção das curas tradicionais, bem como refletir sobre a relação existente entre as práticas médico-tradicionais, religiosidades e um ritual étnico.

Tendo em consideração essas intenções, percebemos que os encadeamentos reflexivos que realizamos enquanto fundamentos teóricos de nossa análise ocupam significações relevantes ao longo do texto. Pensamos assim em virtude do apoio e orientação que esses aportes nos ofereceram na empresa de apreciar temas caros para a realidade Pitaguary, dentro de uma proposta multidisciplinar que tem na Antropologia da Saúde e na Etnologia Indígena os principais guias de nosso exame.

O desenvolvimento classificatório das práticas habituais de curas e de grupos de especialistas nessas atividades contribuiu significativamente para uma melhor compreensão das segmentações e hierarquias simbólicas que existem entre os Pitaguary, quando o tema em pauta são as curas tradicionais. Apreciamos que os mesmos sentidos de importâncias possuem o sincretismo religioso e os traços étnicos presentes no ritual do Toré, enquanto maneira de incrementar soluções de enfermidades espirituais sem abandono da identidade étnica do grupo. Essas descobertas podem e devem contribuir como instrumental teórico e reflexivo para uma melhor compreensão desse fenômeno entre os índios Pitaguary, como também auxiliar em avaliações vindouras sobre o mesmo tema com outras populações etnicamente distintas.

Não obstante esse quadro de importâncias e possibilidades que julgamos que este ensaio apresente, suas descobertas e reflexões podem bem serem reavaliadas interna ou externamente no sentido de problematizar com mais densidade o que expomos acima. Esse cenário é razoável em virtude, sobretudo, do caráter contextual em que a pesquisa foi desenvolvida, sendo, portanto, vinculada a um tempo preciso, bem como por conta da densidade infinita que significados, classificações e análises podem evidenciar.

### 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.

AUGÉ, Marc. **Por uma Antropologia dos mundos contemporâneos**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

BALANDIER, Georges. **A desordem**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

BARRETO, Adalberto. Os espíritos que governam o Brasil, 500 anos depois. S.l.:s.e.,1998.

BARTH, Fredrik. **O guru, o iniciador e outras variações antropológicas**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2000.

BAUMAN, Zygmunt. **Identidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

BHABHA, Homi K. **O local da cultura**. Belo Horizonte: Ed UFMG, 2003.

BOURDIN, Alain. **A questão local**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

\_\_\_\_\_, **Razões práticas. Sobre a teoria da ação**. Campinas: Papius, 1996.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à saúde dos povos indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

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.

CANCLINE, Nestor Garcia. **Culturas Híbridas**. São PAULO: Edusp, 2003.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. **Caminhos da identidade**. São Paulo: UNESP, 2006.

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.

CARVALHO, Ma. Rosário G. de. A importância dos povos do Nordeste. In: **Anuário Antropológico 82**. Fortaleza/Rio de Janeiro: UFC/Tempo Brasileiro, 1984.

- CASTELLS, Manuel. **O poder da identidade**. São Paulo: Paz e Terra, 2000
- CSORDAS, T. The Navajo Healing Project. **Medical Anthropology Quarterly**, 14 (4): 463-475, 2000.
- CONNERTON, Paul. **Como as sociedades recordam**. Lisboa: Celta, 1998.
- DIÓGENES, Glória. **Cartografias da cultura e da violência. Gangues, galeras e movimento Hip Hop**. São Paulo: Anna Blume, 2001.
- EVANS-PRITCHARD, E.E. **Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.
- GARNELO, Luiza; SAMPAIO, Sully. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na Região Norte do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2003, vol.19, no.1, ISSN 0102-311X2.
- GIDDENS, Anthony. **As consequências da modernidade**. São Paulo: UNESP, 1991.
- HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.
- HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde & doença**. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- IBÁÑEZ-NOVION, M. A.; OTT, A. M. T. (orgs.). Adaptação à enfermidade e sua distribuição entre grupos indígenas da Bacia amazônica. **Caderno CEPAM No. 1**. CNPq e Museu Paraense Emílio Goeldi, Brasília, s.d.
- KARDEC, Allan. **O livro dos espíritos**. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira, 2010.
- 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.
- LANGDON, Esther J. Políticas Públicas de Saúde Indígena: implicações para minorias e saúde reprodutiva. MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (orgs.) **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.
- 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.

MAUSS, Marcel. Esboço de uma teoria geral da magia. In: **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

\_\_\_\_\_, **Ensaio sobre a dádiva**. Lisboa: Edições 70. 2001.

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.

PACHECO DE OLIVEIRA, João (org). **Indigenismo e territorialização**. Rio de Janeiro: Contra-Capa, 1998.

POUTIGNAT, Philippe; STREIFF-FERNART, Jocelyne. **Teorias da Etnicidade**. São Paulo: UNESP, 1998.

PEIRANO, Mariza (org.). **O dito e o feito**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

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.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: ática, 1993.

SANTOS, R. V.; ESCOLAR, A. L. **Cadernos de saúde pública**. Saúde dos Povos indígenas no Brasil: perspectivas atuais. Editorial. Volume 17, número 2, março/abril de 2001.

SOUSA SANTOS, Boaventura. **Um discurso sobre a ciência**. São Paulo: Cortez, 2008.

SARAIVA DE SOUSA, Carlos Kleber. **Identidade, cultura e interesses. A territorialidade dos índios Jenipapo-Kanindé do Ceará**. 156 folhas (Dissertação) Mestrado em Sociologia. Universidade Federal do Ceará, 2001.

SARAIVA DE SOUSA, Carlos Kleber. **Sobre os papéis do corpo na pesquisa de campo antropológica**. Revista Faculdade Christus. No. 08. Fortaleza, Julho – Dezembro 2005.

SOUSA, Marcelo J. Lopes. O território: sobre o espaço e o poder, autonomia e desenvolvimento. In: **Geografia: conceitos e temas**. CASTRO et alli (orgs.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

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.

TAUSSIG, Michael. **Xamanismo, colonialismo e o homem selvagem**: um estudo sobre o terror e a cura. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

THOMPSON, John B. **Ideologia e cultura moderna**. Petrópolis: Vozes, 1995.

TURNER, V. **Floresta de Símbolos**. Niterói-RJ: EdUFF, 2005.

\_\_\_\_\_, **O processo ritual: estrutura e anti-estrutura**. Petrópolis: Vozes, 1974.

WEBER, Max. **Economia e sociedade**. Vol. 1. Brasília: EdUnB, 2000.

World Health Organization - WHO. **Health promotion evaluation: recommendations to policymakers**. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998. Disponível em: <http://www.dors.it/alleg/0400/1998%20Euro%20WHO%20HP%20Evaluation%20recommendations%20to%20policy-makers.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2009.

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.