

A noção dos especialistas em cura no sistema médico indígena de Pernambuco

Paulidayane Cavalcanti de Lima¹

Resumo: Este trabalho consiste no debate sobre o papel social dos especialistas em cura de comunidades indígenas do Estado de Pernambuco. Nota-se que diversidade de especialistas em cura dentro de sistemas médicos é comum à quaisquer sistemas, assim como se outorga a eles múltiplas posições/funções sociais. Tais funções se relacionam tanto com o seu papel enquanto agente de cura, como também de mediador entre diferentes esferas da vida da comunidade, sendo elas políticas ou religiosas. A partir disso propõe-se analisar como os especialistas em cura nos sistemas médicos indígenas desenvolvem seu papel social, enquanto agentes, e como este papel se reconfigura dentro das dinâmicas do sistema médico e se relaciona às políticas de assistência à saúde do Estado Brasileiro.

Para isto, serão analisados 3 (três) grupos indígenas: Kapinawá, Pankararu e Fulni-ô, a partir de seus respectivos sistemas médicos. A análise terá como base observações realizadas no encontro de pajés de Pernambuco em 2016, em visitas realizadas no biênio 2015-2017 e pelas bibliografias existentes destinadas ao tema.

A primeira parte do ensaio se esforça para apresentar de forma concisa as três etnias - localizando-as geográfica e historicamente - e descrever seu sistema médico. Logo em seguida os sistemas serão analisados, apontando convergências e diferenças entre os sistemas com o que buscamos aqui observar, a opção pela análise comparativa entre as etnias ocorre para que o conjunto de dados analisados sejam apresentados de forma objetiva, com o intuito de deixar claro suas ligações enquanto uma rede de conhecimentos e suas diferenças enquanto sistemas próprios de cada etnia. Na segunda parte, a partir de análises de conceitos como apresentados por diversos autores, serão evidenciados as posições dos especialistas de cura na sua sociedade como um primeiro passo para entender as categorias nativas de classificação destes agentes e posteriormente para entender como se reconfiguraram esses papéis sociais a partir da incorporação de alguns agentes de cura no sistema de saúde gerido pelo Estado. Nas conclusões,

¹ Mestranda em Antropologia pela Universidade Federal de Pernambuco.

serão feitas algumas considerações sobre as relações estabelecidas entre os especialistas em cura, o sistema biomédico e a área de antropologia da saúde.

Palavras-chave: Indígenas. Antropologia da saúde. Cura.

Abstract: This work consists of a debate on the social role of specialists in healing indigenous communities in the State of Pernambuco. It is noted that the diversity of requirements in health systems in common with other systems, as well as the tasks can be multiple. Such functions are also associated with their role as a healer, as well as mediating between the different spheres of community life, which are as political or religious. Medical-therapeutic and social counseling for the development of their social systems, as anti-inflammatory and anti-retroviral agents in Brazil. To this end, three (3) indigenous groups will be treated: Kapinawá, Pankararu and Fulni-ô, from their respective health systems. A review is based on the events are not found from Brazil in 2016, in visits will be non biennium 2015-2017 and by bibliographies already paragraph the theme. The first part of the essay should be presented to present as concise as three decades - locating them and historically - and your medical system. Together with the systems will be sought, pointing out convergences and differences between the systems with which they look here, observing, the option for the comparative analysis between the ethnic groups occurs so that the data set is objectively displayed, with the intention of becoming clear Their choices are a network of knowledge and their choices as the own systems of each ethnic group. In the second part, from the analysis of maps as the authors, the groups of questions and answers for their own definition as a first plan to define the hierarchical and later questions of the reconfiguration of social roles from the incorporation of some agents in the health system managed by the State. The occurrences, some of the questions posed about complications, between the healing specialist, the biomedical system and an area of health anthropology.

Keywords: Indigenous people. Anthropology of health. Cure.

I. Os especialistas em cura no Estado de Pernambuco.

Em Pernambuco vivem 13 (treze) grupos indígenas, se localizam desde o agreste até o sertão do São Francisco Pernambucano, dentre esses grupos foram selecionados 3 (três) para esta análise, a escolha destas etnias específicas se deve ao fato da maior proximidade da autora a estes grupos, proporcionando assim uma análise mais cuidadosa dos seus sistemas. São eles: Kapinawá, Pankararu e Fulni-ô.

A população indígena do Estado de Pernambuco há muito tempo sofre as consequências do seu contato com a sociedade envolvente, estas vão desde a declaração de sua extinção pelos discursos oficiais, ocorrida depois de um forte processo de miscigenação promovido pelo diretório pombalino (1755) e a extinção dos aldeamentos, até o seu movimento de emergência étnica (Arruti, 1995) quando finalmente retomam sua visibilidade enquanto populações tradicionais frente à sociedade. Nesses processos sociais vivenciados pelos grupos indígenas do Estado, podemos destacar que apesar do contato interétnico estabelecido desde o século XVII, esses grupos resistem de formas bem particulares as duras situações sociais aos quais estão envolvidos e são protagonistas de sua própria história. Dentro deste contexto histórico, localizamos aqui três etnias do Estado que serão objetos de estudo nesse trabalho.

Kapinawá: O povo Kapinawá ocupa as terras que se estendem entre os municípios de Buíque, Tupanatinga e Ibimirim, na área de transição entre o Agreste e o Sertão de Pernambuco. Os Kapinawá são descendente dos índios que habitavam a aldeia de Macaco, foram reconhecidos em 1982 após parecer sobre a identidade indígena do grupo emitido pela antropóloga Maria Rosário Carvalho e com equipe do Programa de Pesquisa Povos Indígenas no Nordeste da UFBA, o levantamento de terras foi feito em 1985, e a homologação da AI Kapinawá em 1991.

O sistema médico Kapinawá: Dentro do sistema médico indígena os atendimentos aos doentes ocorrem a partir do princípio que saúde é a harmonização do todo, objetivando o seu reestabelecimento além do tratamento do sintoma. Em Kapinawá quem cura são as pessoas dotadas de ciência, elas receberam de o conhecimento das pessoas mais velhas que foram orientadas pelos encantados. Ou seja, o que é entendido como ciência na comunidade são os conhecimentos que ajudam a curar, trazer gente por mundo e cuidar de males físicos e espirituais. Dentre os especialistas em cura, ou como eles chamam as pessoas que tem ciência, estão as rezadeiras e rezadores e as parteiras. Faz parte deste sistema também os chamados remédios de

índio ou do mato. Parteiras: São mulheres que adquiriram experiência através do que foi repassado de geração em geração, aprendem geralmente com suas mães e com o dom. Os atendimentos as gestantes são dados por meio de dietas, chás e massagens, além de contarem com a fé, após os partos a parteira continua orientando a mãe com as restrições dietéticas, o uso de banhos mornos com plantas e orientações repouso. As parteiras se responsabilizam sobre as mulheres que atendem, dedicando a elas atenção.

Atualmente, relatam que as parteiras em Kapinawá não são mais procuradas pelas mulheres da comunidade, as mulheres acabam por se submeter desnecessariamente à cirurgias cesáreas e partos hospitalizados. Observamos também os que órgãos de saúde não dialogam com a comunidade tampouco incentivam ao parto natural.

Rezadores e rezadoras: Para os Kapinawá para ser rezador/rezadeira é preciso ter o dom, quem tem o dom aprende as práticas vendo e auxiliando os mais velhos em seus atendimentos. As rezas são transmitidas oralmente entre as gerações e ainda hoje são bastante procurados.

Pankararu. O território do povo Pankararu está localizado nos limites do município Tacaratu, Petrolândia e Jatobá. Os Pankararus desde o início da década de 1920 estabeleceram contatos com o Padre Alfredo Dâmaso que os auxiliou na busca ao reconhecimento identitários junto às autoridades. Em 1935, o pesquisador Carlos Estevão de Oliveira faz sua primeira viagem ao Brejo dos Padres passando a proferir palestras divulgando a existência do grupo, que resultou na instalação do posto Indígena depois de três anos (1940).

A territorialidade do grupo é compreendida por dois marcos geográficos tomados como sagrados: a cachoeira de Paulo Afonso e a cachoeira de Itaparica. A primeira demarcação da Al Pankararu ocorreu em 1949, contudo em 1989 foi constituída uma equipe técnica para o levantamento fundiário e topográfico da área.

O sistema médico Pankararu: Nota-se a forte presença dos curadores e benzendeiras, que dominam os conhecimentos sobre as ervas, alguns são também representantes dos encantados com os quais se comunicam e realizam trabalho de cura. O trabalho de cura é realizado por especialistas durante um ritual chamado mesa de cura.

A parteira é outro destaque entre os especialistas de cura, o parto pelas mãos da parteira continua bastante valorizado e atualmente serve de modelo para outros povos na busca pela revitalização da prática. O parto pelas mãos da parteira promove uma nova relação social entre a

mãe e a parteira, que se tornam próximas, muitas vezes a parteira é chamada de mãe ou madrinha pela criança e de comadre pelas mães. A noção de saúde permeia a boa relação com os encantados e a falta de doença.

Fulni-ô

Os Fulni-ô estão localizados no município de Águas Belas (na verdade o município se encontra dentro da AI Fulni-ô), e são a única etnia do Nordeste que mantém a própria língua. Em 1928 o SPI instalou o posto Indígena no Distrito de Águas Belas e apenas em 1971 a FUNAI teria realizado a demarcação administrativa da AI Fulni-ô.

O sistema médico Fulni-ô: Seu sistema médico é um conjunto de saberes usados para prevenir e tratar doenças. Esses saberes variam de domínios, podendo ser difundidos ou permanecerem sob tutela de um indivíduo ou um grupo específico de pessoas. A noção fundamental do sistema médico Fulni-ô é que a natureza é sagrada, pois é nela onde se encontra tudo, desde o alimento até os povos espirituais de sua cosmologia. A saúde está relacionada com a natureza, com as relações sociais e com os costumes tradicionais (rituais). De forma geral existem dois tipos de doenças: as doenças de índios que podem ser tratadas dentro dos seus conhecimentos e as doenças de branco que são tratadas pelos serviços de saúde.

O itinerário terapêutico começa pela família onde se busca diagnosticar e achar a cura para a doença, no caso Fulni-ô os especialistas de cura são acionados em casos mais graves para curar doenças inerentes a suas especialidades. São considerados especialistas: Os mais velhos, o cacique, o pajé, os rezadores e rezadeiras, as parteiras, os garrafeiros e raizeiros. Os mais velhos, cacique e pajé: são vistos como guardiões da tradição, eles dominam o conhecimento sobre as determinadas práticas terapêuticas. Enquanto os rezadores e rezadeiras fazem benzimentos para prevenir doenças e curar as doenças de índio. As parteiras além do atendimento durante o parto prestam cuidados e acompanham durante a gestação e no pós-parto, orientando as gestantes sobre cuidados para manter a sua saúde e a da criança. Raizeiro e garrafeiro: São pessoas que produzem remédios baseados nas plantas medicinais, são conhecedores das suas respectivas destinações. Estes remédios podem ser preparados com diversas partes das plantas, e elaborados usando

apenas uma planta ou diversas combinações delas. No caso da segunda forma de preparo, os responsáveis pela sua elaboração são os garrafeiros, especialistas em fazer garrafadas.

No sistema médico Fulni-ô outro aspecto relevante para o bem-estar são as práticas rituais, principalmente a participação no Ouricuri e os remédios caseiros. As práticas terapêuticas entre os Fulniôs vem se fortalecendo por meio da promoção e da valorização através do horto de plantas medicinais mantido pela Associação Cacique Procópio Sarapó.

II - A noção de especialistas de cura entre comunidades indígenas de Pernambuco.

Observamos que o especialista de cura nas sociedades indígenas é uma categoria que abrange diversos atores sociais, que são detentores dos conhecimentos tradicionais de sua etnia. Dentro do itinerário terapêutico² cada indivíduo desempenha uma função própria, como assinala Langdone Wilk (2010):

No universo de cada grupo social, os especialistas têm papel específico a desempenhar frente ao tratamento de determinada doença, e os pacientes têm certas expectativas sobre como tal papel será desempenhado, quais doenças o especialista pode curar, assim como uma ideia geral acerca dos métodos terapêuticos que serão empregados (p. 179).

A noção de saúde e doença está ligada a um processo mais amplo do que o abordado pela biomedicina, nas sociedades indígenas estas noções se relacionam com o território, corpo, dietas, missão, feitiços, espiritualidade, entre outras categorias (Guarín, 1995; McCallum, 1998) que são responsáveis pela manutenção do bem estar social e físico dos membros destas sociedades como vimos anteriormente.

O sistema de saúde é construído socialmente (Kleinman, 1970) e estão em constante reconfiguração e interlocução, nele a construção social da pessoa (Mauss, 1974) tem diversos significados e apreensões variáveis culturalmente, e o processo de transmissão de conhecimentos segue como resultado legitimador da resistência e da capacidade de adequação deste sistema através dos tempos e das políticas públicas que o cercam.

² Remédios caseiros à base de plantas, estas plantas geralmente são encontradas dentro do território indígena, seu uso se destina a prevenir e tratar diversos males.

Dentro do contexto restrito ao estado de Pernambuco, observa-se que as funções dos especialistas de cura percorrem várias esferas de vida social da comunidade, destinando-se desde a atenção primária até os casos espirituais (Carvalho, 1998). Entre estes especialistas pode-se identificarem comum as seguintes categorias: O curador ou curandeira: Pessoas aptas à prescrever remédios do mato³ e fazer ritualísticas de cura, papel muito parecido com o dos pajés. Pajés: Liderança política e religiosa, responsável pela manutenção da ordem espiritual da comunidade, seu papel embora semelhante ao do curador/curandeira se difere pelo seu acesso direto ao mundo cosmológico e pela sua autoridade perante ele. Esta função é comumente desempenhada por homens. Rezadeira ou benzedeira: Pessoas que tem o dom de curar e proteger pelo uso de gestos e palavras. Costumeiramente fazem uso de ervas junto às palavras ditadas. Em geral esta função é desempenhada por homens e mulheres, embora ainda se note o numero maior de mulheres sendo procuradas para prestar atendimentos. Parteira: Função desempenhada por mulheres que responsáveis por trazer a vida, embora esta função seja apreendida pela transmissão dos conhecimentos no âmbito familiar (onde filha aprendeu com a mãe, que aprendeu com a avó), também é vista como um dom. A função de especialista de cura das parteiras esta especialmente ligada à sua assistência pós parto, onde toda uma conjuntura envolve os cuidados com a mãe e o recém nascido.

Essas categorias nomeadas são atribuições sociais, que conferem a tais indivíduos, dentro da sua comunidade, posições diferenciadas, uma vez que a sua significação social é atribuída de forma distinta nas diversas etnias e assim como o sistema medico estão em continua ressignificação. Podemos observar que os conhecimentos formam uma teia de saberes e significados (Geertz, 2003) que ligam essas comunidades em rede, porém encontramos obviamente características específicas em cada etnia que diferem seus sistemas, essas características vão desde as nomeações até suas funções no grupo. Entre as que foram observadas temos: Raizeiro e garrafeiro entre os Fulniôs: São pessoas que produzem remédios baseados nas plantas medicinais, são conhecedores das suas respectivas destinações. Estes remédios podem ser preparados com diversas partes das plantas, e elaborados usando apenas uma planta ou diversas combinações delas. No caso da segunda forma de preparo, os responsáveis pela sua elaboração

³ Remédios caseiros à base de plantas, estas plantas geralmente são encontradas dentro do território indígena, seu uso se destina a prevenir e tratar diversos males.

são os garrafeiros, especialistas em fazer garrafadas. Meseiros entre os Kapinawás: São os "donos de trabalho" que junto com os pajés e as xamãs são responsáveis por promover curas no âmbito espiritual, afastando males que acometem os membros das suas comunidades.

Outra característica das especificidades destes sistemas são suas relações com o sistema biomédico, e como essas relações ocorrem. Já foi elencado, por exemplo, que a relação entre as parteiras em Kapinawá e em Pankararu são bastante diferentes, no primeiro há atualmente uma desvalorização da prática do partejar, associada à hospitalização do parto, enquanto no segundo caso a relação com a parteira se fortaleceu pela sua incorporação na equipe de saúde multidisciplinar. Contudo vamos lançar um olhar mais profundo sobre as questões de interculturalidade, como são colocadas na teoria e na prática da comunidade.

Os especialistas de cura e o sistema biomédico.

Dentro do panorama atual da relação entre sistema biomédico e o sistema médico indígena, nota-se que a incorporação de apenas algumas das categorias de especialistas de cura nas equipes médicas dos postos que atendem as populações indígenas repercutem de forma contraditória, uma vez que de um lado há a valorização das categorias que são incorporadas e a marginalização das que ficam de fora. No caso das categorias que ficam de fora, as funções destes especialistas são postas em descrença pelos funcionários das equipes médicas que as interpretam e as reduzem como crendices.

Embora exista a valorização das categorias que são incorporadas, como é o exemplo das parteiras, há implícita uma forçosa mudança da forma de atendimento, em virtude da necessidade de atender metas impostas pelo sistema de saúde biomédico, enquadrando-as nas dinâmicas impostas pelo sistema biomédico, as quais em sua maioria, não consideram as especificidades do sistema médico indígena. A discussão posta por Langdon (2014) evidencia que a falta de relativização da biomedicina enquanto ciência, e a rejeição da concepção de doença como construção sócio-cultural caracterizam a hegemonia biomédica posta pelas políticas públicas.

Dentro da concepção de doença trazida pela antropologia da saúde, os aspectos simbólicos também são fundamentais para entender o processo de adoecimento e cura, incluindo

fatores sociais, psicológicos. Essa concepção de doença como construção sócio-cultural permitem discutir as práticas terapêuticas, as religiosas e outras como “processos simbólicos desenvolvidos para transformar e restaurar o estado do doente, sem rotulá-las como “crenças” ou “superstições” (Langdon, 2013: 1024). Podemos então a partir disto observar a eficácia simbólica discutida por Levi-strauss neste processo onde o significado da ação simbólica para o doente aciona seu reequilíbrio. Desta forma, ao observar as relações entre o curador/médico e o enfermo/paciente, percebe-se que a construção imagética da intersubjetividade e a crença na sua eficácia é presente nessa relação, no caso específico das benzedeadas e rezadeiras, por exemplo podemos dialogar com a ideia da cura psicológica posta por Lévi-Strauss (1975), onde os especialistas não tem contato com o corpo do doente nem prescreve remédios, mas “põe em causa, direta e explicitamente o estado patológico e provem a cura”. Essa cura pode ocorrer por cantos, rezas fumaças e outros métodos não invasivos, construindo assim a eficácia simbólica.

A escolha dos membros da comunidade pela opção de atendimento seja ele feito pelos especialistas de cura ou os integrantes das equipes médicas, são norteadas por princípios que diferem o tipo de mal que o acomete, e a identificação da causa da doença se dá pelo doente e seus familiares próximos, a partir desse autodiagnóstico inicial se busca o atendimento considerado o mais indicado. Essa identificação de forma geral percorre as noções de doença de índio ou doença de branco, e são elas que definem o itinerário terapêutico que será seguido, porém isto não significa que no decorrer do tratamento prevaleçam apenas as instruções de um dos sistemas médicos, muitas vezes eles convivem e convergem na escolha do paciente. Este fato aponta para a autonomia de núcleos familiares e sociais que articulam diferentes saberes e modelos de atenção a saúde de acordo com suas experiências frente a visível hegemonia do sistema médico.

No caso fulni-ô observamos que a auto-atenção, conceito definido por Menéndez (2005):

as representações e as práticas que a população utiliza no nível do sujeito e do grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguentar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção direta, central e intencional de curadores profissionais.

Faz parte das dinâmicas relacionadas à saúde/doença, onde prevalece esta prática, porém sem negar as possibilidades de negociação entre diferentes práticas e formas de conhecimento, formando novos itinerários terapêuticos quando necessários. No caso, observamos que é comum

que o tratamento seja feito associando aspectos dos dois sistemas, o indígena e o biomédico, sendo que, muitas vezes (arrisco dizer que, quase em sua totalidade) esse diálogo entre sistemas só acontece de um lado, no caso do sistema médico indígena.

É fundamental buscar compreender os saberes locais, as formas que os especialistas são abordados e como se desenvolvem a relação entre os especialistas locais e os médicos que atendem a região. Loyola (1994) aponta pontos como a observação das linguagens usadas, e como ocorrem as relações de aproximação com os pacientes, as relações de poder médico-paciente para chegar a compreensão de como as relações ocorrem quando estes diálogos são feitos por especialistas de cura ou médicos dos postos. A estreita relação de quem vive na comunidade reflete nos atendimentos, pois a linguagem utilizada é compreensível e familiar para ambas as partes, o que facilita no diagnóstico mais preciso dos males que afeta o enfermo.

Este é outro aspecto que elenca a importância deste agente de cura em seus grupos, ele como agente social constrói “articulações entre os diferentes conceitos e práticas relacionados ao processo de saúde/doença, sendo que muitas vezes essas articulações se dão através de ações que recombina elementos das mais variadas esferas e produzem outros aspectos do social” (Langdon. p.1027). Esses especialistas em todo seu contexto social e histórico são grandes exemplos da resistência do sistema médico indígena, que apesar das dificuldades enfrentadas diante das políticas públicas que ignoram suas especificidades, e negligenciam a formação de profissionais, colocando a noção de interculturalidade apenas no discurso e o mantendo longe da prática, se reinventam e ensinam como o diálogo entre itinerários terapêuticos é possível, podendo sim prevalecer o equilíbrio e se complementarem.

Conclusão

Analisando o conjunto de dados aqui expostos podemos concluir que a compreensão dos sistemas classificatórios locais e sua compreensão são procedimentos básicos e essenciais para a elaboração de estudos sobre estes grupos, assim como para a criação de políticas públicas que atendam as necessidades e anseios reais a estas comunidades.

Nas construções de políticas públicas foi incorporado ao seu discurso o termo interculturalidade e intermedicalidade, mas a prática muitas vezes é outra. A noção de intermedicalidade é um conceito que “procura ressaltar os aspectos políticos, econômicos e ideológicos envolvidos nas práticas e conhecimentos relacionados à saúde e à doença” (Langdon, p. 1027) Ou seja, a “noção de intermedicalidade analisa a realidade social como sendo constituída por negociações entre sujeitos politicamente ativos” (Idem), a autora destaca que nestas negociações todos os sujeitos envolvidos são dotados de agência social, porém, obviamente que não em graus compatíveis.

Assumir a perspectiva de interculturalidade em saúde requer grandes mudanças, que vão desde o reconhecimento da autonomia de concepção de saúde e doença pelas diversas etnias até a capacitação adequada dos profissionais que as atendem dentro do modelo biomédico. Neste caso, aponta o Guarín (2005):

A política para um sistema intercultural em saúde deve apreciar e incorporar a coexistência das variedades de conhecimentos sobre saúde e doença e permitir a construção de novos discursos e rituais de cura envolvendo pessoas (p.310).

Durante o III encontro de pajés em 2016, evento organizado pela SESAI e conselheiros distritais, houve a indagação dos especialistas de cura (a maioria que não teve suas práticas e saberes integrados aos atendimentos do sistema biomédico) sobre a necessidade que durante o evento houvesse o espaço para as trocas de conhecimentos tradicionais entre eles, em espaço reservado onde só os especialistas pudessem estar. Embora aos olhos de muitos isto não pareça algo problemático, podemos ver como um grande grito que pede respeito aos especialistas e seu espaço dentro do evento.

Quando não colocada de fato a interculturalidade em prática, o risco de se reduzir as construções sociais e os saberes locais à interpretação biomédica é corrente e se atentar para a necessidade de reconhecer outras lógicas de classificação para as doenças se faz necessária. Os aprendizados dos sabedores locais são descritos como uma série de processos, dos quais fazem parte aspectos do ambiente e suas formas materiais, verbais e espirituais, onde o conhecimento é incorporado pela relação dos espíritos da pessoa e do corpo e suas habilidades físicas, mentais e emocionais.

Ou seja, o reconhecimento de outras formas de saber é essencial nesta relação, assim como reconhecer a sua relação com o território, nele está inserido todo sua cosmologia, suas plantas e, portanto é fundamental para a manutenção da saúde entre esses povos. É importante por fim reconhecer as sociedades indígenas como construtoras autônomas de seus parâmetros de bem-estar coletivo-social-indivíduo, e fundamental para fazer que o discurso e a noção de interculturalidade sejam efetivamente posta em prática.

Referências Bibliográficas

ARRUTI, José Maurício Andion. 1995. "Morte e Vida do Nordeste Indígena: A Emergência Étnica como Fenômeno Histórico Regional". *Estudos Históricos*, 15:57-94.

CARVALHO, Mark, "Do doente a "encantado" – o conceito do mecanismo de defesa constituído culturalmente e a experiência de uma vítima "espírito mau" em uma comunidade rural na Amazônia" in Alves, Paulo César (org.) *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras/organizado por Paulo César Alves e Miriam Cristina Rabelo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ Editora Relume Dumará, 1998, pp. 157-178.

GUARÍN, Hugo Portela. *Epistemes-otras: um desafio para La salud pública em Colombia*. In: *Saúde indígena : políticas comparadas na América Latina / organizadoras, Esther Jean Langdon, Marina D. Cardoso*. – Florianópolis: Ed. da UFSC, 2015. 310 p. : il., tabs., mapas.

GEERTZ, Clifford. *A Interpretação das Culturas*. São Paulo: LTC, 2003.

KLEINMAN , Arthur M. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *SocSciMed* 1973; 12(2B):85-93.

LANGDON, Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4):1019-1029, 2014.

LANGDON, Esther Jean e WILK, Flávio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. In: *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 18(3) mai-jun 2010 www.eerp.usp.br/rlae .

LÉVI-STRAUSS, Claude. A eficácia simbólica. In: *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

LOYOLA, Maria Andreia, as doenças, os doentes e os especialistas, Cap. 4 de *Médicos e Curandeiros*, DIFEL: São Paulo, 1984. Pp. 159-192.

MAUSS, M. "Uma Categoria do Espírito Humano: A Noção de Pessoa, a Noção do 'Eu'", *Sociologia e Antropologia*, vol. 1, São Paulo, EDUSP, 1974, pp. 207-41.

McCALLUM, Cecília. O corpo que sabe – Da epistemologia Kaxinawá para uma antropologia médica das terras baixas sul-americanas,” in Alves, Paulo César (org.) *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras/organizado por Paulo César Alves e Miriam Cristina Rabelo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ Editora Relume Dumará, 1998, pp. 215-243,

MENÉNDEZ E. Intencionalidad, experiencia y función: La articulación de los saberes médicos. *Desacatos* 2005; 14:33-69.