

# HUMANIZANDO A PRÁTICA MÉDICA: UM ESTUDO SOBRE O MANEJO TERAPÊUTICO E AS CONCEPÇÕES DE SAÚDE DE MÉDICOS CARISMÁTICOS

Clarice Santos Mota<sup>1</sup>

## RESUMO

Este trabalho tem como principal objetivo problematizar a relação entre medicina e religiosidade, buscando investigar a influência que a crença religiosa exerce na prática médica. O contexto etnográfico da pesquisa está configurado em um grupo religioso da Renovação Carismática Católica, intitulado Médicos que Oram, em que se reúnem médicos, outros profissionais de saúde e pacientes, compartilhando momentos de oração, imposição de mãos e outras práticas religiosas. Como resultado das entrevistas com esses profissionais e da observação de suas práticas no espaço religioso, foi possível concluir que esses médicos manifestam atitudes singulares em sua prática clínica, na relação com os pacientes e na forma de conceber e lidar com a saúde e a doença, sofrendo a influência da crença religiosa católica. A religiosidade do profissional de saúde parece modificar sua percepção de doença, que vai além dos seus aspectos físico-biológicos podendo, pois, contribuir para torná-lo mais sensível diante do sofrimento humano.

**PALAVRAS-CHAVE:** medicina. Religiosidade. humanização.

## ABSTRACT

The main goal of this study is to investigate the relation between medicine and religiosity, focusing on the influence that the religious faith may have on the medical practice. The ethnographic context of this research was the religious space where doctors, patients and other health practitioners regularly meet, organized as a group of the Catholic Renewal Movement. The members of the group, named Doctors Who Pray, emphasize the need for an intense dialogue with the patient, including moments of praying, imposition of hands, and other devotional practices. Fieldwork has allowed us to conclude that religious doctors have singular attitudes in their clinical practices, in their relations with their patients, and in the way they conceive and deal with health and sickness. The physician's religious faith seems to modify his/her perception of

---

<sup>1</sup> Bacharel em Ciências Sociais com concentração em Antropologia (FFCH-UFBA). Mestre em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC-UFBA). Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da FFCH, UFBA. Professora de Antropologia e Sociologia da Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC – Salvador). (motaclarice@yahoo.com.br)

disease, which goes beyond the biological aspects, making the professional more sensible towards human suffering.

**Key-words:** medicine. Religion. humanizing.

## INTRODUÇÃO

Os estudos da Antropologia Médica têm mostrado as maneiras pelas quais as pessoas, em cada cultura, explicam e lidam com o processo saúde e doença. Há uma nítida relação entre a forma como os indivíduos concebem a doença e os tratamentos a que eles recorrem quando, de fato, adoecem (Helman: 2003)<sup>1</sup>. Além disso, estudos que se situam na interface entre a religião e as práticas terapêuticas têm reforçado o argumento de que as crenças religiosas, muitas vezes, interferem nesse processo, na medida em que, cada universo religioso constrói formas singulares de percepção e tratamento das doenças.

Este argumento justifica a importância de estudos sobre sistemas terapêuticos religiosos, sem os quais seria difícil compreender a dimensão subjetiva que perpassa o binômio saúde e doença. O presente trabalho tenta trazer uma contribuição a esses estudos, buscando pesquisar de que forma ocorre a conjugação do sistema médico ocidental com o sistema de crenças de um movimento religioso chamado Renovação Carismática Católica (RCC). O grupo estudado foi formado em janeiro de 1997 durante um encontro carismático. Oito médicos, acatando a sugestão do coordenador do encontro, decidiram fundar um grupo composto por profissionais de saúde, semelhante a um que já existia nos EUA, chamado *Doctors Who Pray*. Atualmente, o grupo é composto por aproximadamente 50 pessoas, em sua maioria, profissionais de saúde, ocorrendo eventualmente a presença de pacientes, a convite dos médicos.

Médicos que Oram é coordenado por um grupo menor, chamado núcleo, composto por oito médicos, uma terapeuta e uma dentista. Esse núcleo se reúne semanalmente, com o intuito de orar, convidar palestrantes, elaborar as reuniões mensais e discutir sobre o andamento do grupo maior, que se reúne mensalmente e conta com a presença de outros profissionais de saúde, seus pacientes, bem como a comunidade em geral. Enquanto o núcleo é um grupo coeso e com participantes fixos, o chamado “grupão” é oscilante, varia em número de pessoas e seus participantes não freqüentam com tanta assiduidade.

As reuniões mensais se assemelham a uma missa comum; entretanto, há momentos de oração e invocação ao Espírito Santo, em que palavras como cura, recuperação e sofrimento são pronunciadas com o fervor característico dos fiéis carismáticos. A celebração é longa, chegando a durar até duas horas. Os momentos de oração são intercalados com cânticos carismáticos que, na sua maioria, falam sobre o Espírito Santo. No momento da prece, os médicos oram pela saúde de seus pacientes, pedindo que se recuperem logo. Mais do que isso, eles refletem sobre seu próprio trabalho e oram para que suas atividades profissionais corram de forma satisfatória.

Vale ressaltar que os resultados apresentados neste trabalho são parte de um estudo maior, produto de oito meses de trabalho de campo durante o mestrado em Saúde Coletiva na Universidade Federal da Bahia. Neste período foram feitas entrevistas semi-estruturadas e não-estruturadas com dez médicos e cinco pacientes, com vistas a coletar seus discursos e, a partir dessas narrativas, tentar elaborar um quadro interpretativo incluindo aspectos importantes para a investigação. O roteiro que orientou as entrevistas continha questões como: a) o que motivou a inserção no grupo; b) como essa inserção modificou a relação com os pacientes no ambiente de trabalho; c) como a experiência religiosa é refletida na sua visão sobre o processo de adoecer/restabelecer; d) como a crença religiosa interfere na prática médica, etc.

A análise dos dados tomou como ponto de partida a interpretação das narrativas tendo como referência o contexto sócio-cultural de sua produção, para então, serem identificadas palavras-chave ou marcadores culturais mais recorrentes nas falas, depois transformadas em categorias. A análise interpretativa dessas narrativas foi de extrema relevância para se compreender a relação entre a filiação religiosa e a prática médica. Sendo assim, a principal questão desta pesquisa foi: em que medida a filiação religiosa do médico interfere na sua vida profissional e na relação com seus pacientes, a ponto de ser considerado um médico mais sensível a outros aspectos que extrapolam a dimensão biológica do ser humano?

## **RECORTE TEÓRICO**

Para obter a resposta à pergunta que inspirou este trabalho, foi necessário recorrer a suportes teóricos que tratam da relação médico-paciente, tanto na Antropologia como na Saúde Coletiva. Até a década de 90 o trabalho de um médico, dentista ou enfermeira era visto como uma mera aplicação de conhecimento científico, isento de uma dimensão social. Nas décadas de 70 e 80,

com a consolidação do campo da Saúde Coletiva, teve início um movimento de politização no campo da saúde com o objetivo de denunciar a íntima relação entre as práticas e contexto social (Schraiber, 1995). Neste período, muitos estudos sobre a relação médico/paciente enfatizaram as condutas antagônicas que marcavam essa relação; enquanto o paciente trazia consigo toda a carga emotiva da experiência da doença, o médico era guiado pelo conhecimento supostamente neutro, científico e reflexivo.

Ocorreram profundas mudanças também no ato clínico, que se devem, em grande parte, ao surgimento de novos meios de trabalho e ao avanço tecnológico. O exame, que antes era feito através do toque na superfície do corpo, hoje procura a patologia na profundidade dos órgãos através de investigação por imagem e por análises laboratoriais. Cresce a distância entre o médico e seu paciente porque as consultas ficam cada vez mais rápidas e “o médico já não adivinha a causa, ele a vê, a reconhece na arquitetura celular”, a necessidade de precisão dos resultados se torna mais importante do que o testemunho do doente (Donnangelo, 1979: 20)<sup>12</sup>.

Nesse sentido, a forma com que o sistema de saúde se configura atualmente reforça a cientificidade e, como consequência, a relação médico/paciente se torna cada vez mais impessoal; “o paciente já não procura o médico como pessoa, mas a instituição onde ele adquiriu ou recebeu o direito de ser atendido” (Rodrigues, 1986: 3)<sup>13</sup>. A crescente especialização médica e a burocratização do sistema de saúde contribuíram para a consolidação de uma visão que fragmenta o corpo e privilegia os aspectos objetivos/práticos da relação médico-paciente.

Além disso, as tecnologias que surgiram no campo da saúde modificaram bastante a relação médico/paciente, atuando como mediadores e contribuindo ainda mais para esse distanciamento. Segundo Hahn, os meios tecnológicos que auxiliam no diagnóstico e na intervenção são geralmente preferidos, em detrimento do contato interpessoal. “Atividades não-tecnológicas, como conversar com os pacientes, não são consideradas como parte do tratamento”, isso porque a prática biomédica valoriza as intervenções curativas e não as preventivas, “muito embora as ações curativas frequentemente não sejam as mais eficientes para promover a saúde do paciente” (Hahn, 1995: 153)<sup>15</sup>.

Atualmente, questões relacionadas à humanização da prática médica têm sido abordadas em palestras, seminários e artigos que visam criticar e discutir a atuação dos médicos que, com o passar do tempo, foram se distanciando do aspecto humano do paciente em sua integralidade

(Caprara & Franco, 1999). Esses estudos contribuem para lembrar que o trabalho deste profissional não é um serviço que lida com coisas, objetos ou idéias, mas lida com pessoas, o que implica em lidar com sentimentos, crenças, receios, expectativas etc. Por esse motivo, o trabalho em saúde pressupõe antes de tudo uma relação entre duas pessoas –médico e paciente- que pode ser uma relação baseada na imposição da vontade do médico, ou na negociação entre aqueles envolvidos no problema (Schraiber, 1995).

Esse abismo entre médico e paciente se torna ainda maior quando há diferenças culturais, algo muito recorrente em sistemas públicos. Mas essas diferenças não se dão apenas por questões financeiras e alguns autores têm mostrado que a crença religiosa do paciente pode distanciá-lo do pensamento científico do médico.

Foi possível observar nos testemunhos coletados nesta pesquisa, que o fato de compartilharem com seus pacientes certos rituais de manifestação religiosa cria uma identificação na relação médico/paciente que facilita o tratamento. Além disso, os informantes relatam que, quando o médico expõe a sua crença religiosa e o paciente se revela também religioso, há uma imediata empatia entre ambos, contribuindo para que o paciente se sinta mais seguro e confiante no tratamento.

Parto, então, do pressuposto de que a crença religiosa desses médicos pode contribuir para esse processo de reaproximação do médico com seus pacientes, tornando-o menos cientificista e mais sensível a outras dimensões da doença, como a psicológica e a espiritual. Ao longo deste artigo busco mostrar, a partir dos relatos, de que forma o sistema de crenças religiosas do médico repercute na interação médico-paciente e no próprio processo terapêutico, no sentido de se apresentar como uma possibilidade de modificação da prática médica rumo a uma relação mais humana.

## **CONCEPÇÕES DE SAÚDE E MANEJO TERAPÊUTICO**

Primeiramente, é necessário compreender a forma como esses médicos concebem e lidam com a doença. Nos relatos coletados, foi possível observar a recorrência da percepção de doença como resultado de um sofrimento emocional, fortemente relacionado com experiências passadas.

*“Você tem uma briga com seu marido, uma raiva de alguém, daqui a alguns dias você está corisando, tem uma gripe... eu não conheço nenhum caso de uma doença grave que não tenha por trás uma grande dor, uma grande mágoa, uma grande decepção” (Dr. André).*

Os membros do grupo compartilham a visão de que o adoecimento pode ter suas origens em acontecimentos passados, que causaram dor e sofrimento e que não foram bem resolvidos no dado momento. Essa percepção pode ser compreendida a partir do enfoque da Medicina Humanista, que concebe a possibilidade de que determinados acontecimentos na vida do indivíduo podem ter um impacto negativo na saúde e aumentar a probabilidade do início de uma doença (Benson, 1980)<sup>2</sup>.

Isso evidencia uma percepção de doença que extrapola a dimensão físico-biológica e que pode estar relacionada com outras dimensões da vida, como a psicológica e espiritual.

*“O médico religioso é diferente, porque é uma pessoa que tem essa visão, essa terceira dimensão, que não é só físico, não é só mental, que tem a parte espiritual” (Dra. Élia)*

Não foi constatado, em nenhuma das narrativas coletadas, um pensamento fatalista, definindo a doença como um castigo divino ou uma forma de crescimento espiritual, como pode ser visto em outras religiões. Ao contrário, eles lançam mão da doutrina cristã para afirmar que o desejo de Deus é que todos tenham saúde e, por isso, a doença contraria esse projeto divino:

*“o projeto de Deus não envolve doença pra nós, nós não deveríamos adoecer, desde que nós vivêssemos no amor, no amor não tem como ter doença, é impossível ter doença no amor” (Dr. Ricardo).*

Segundo Sigerist (1977: 391)<sup>3</sup>, a mensagem religiosa do cristianismo foi de que ele veio ao mundo como a religião da cura e da redenção, “o mundo estava doente com o pecado e precisava de cura”. Foi a mensagem que veio para o fraco, para o doente, para o aleijado, diferente de outras religiões direcionadas para os homens justos e saudáveis. Essa mensagem cristã não falava apenas de cura espiritual, mas também de cura física, que inclusive foi realizada muitas vezes por Jesus Cristo, segundo a crença católica.

Com a consolidação do cristianismo, “a doença não era mais uma mancha, não era mais uma punição pelo pecado (...), ao contrário, doença significava purificação” (op. cit.). O doente, que antes era isolado do resto da sociedade, é trazido para perto de seus companheiros como forma de

caridade cristã. Acreditava-se que o sofrimento, vivido através da doença, desenvolvia força espiritual. Através do sofrimento, chegava-se mais perto de Deus, seguindo o exemplo de Cristo que carregou a cruz.

Onde fica, então, o lugar do médico? Será que ele tem o direito de diminuir o sofrimento? Para responder a essas contradições, o grupo se fundamenta em um texto bíblico, o Eclesiastes 38, que afirma o lugar do médico como servo e instrumento de Deus. O médico, com sua função de cuidar da pessoa enferma, considerada uma obrigação cristã, garante a salvação de sua alma, tal qual está posto na narrativa bíblica.

Dr. André continua sua explicação oferecendo uma possibilidade de tratamento coerente com sua visão sobre a doença:

*“se os médicos puderem, além de dar os remédios, ajudarem seus pacientes a restaurarem esse amor, a fazer com que essas pessoas se reconectem, se religuem (...) a restauração é mais forte, mais eficaz”*

Quando Dr. André fala sobre a necessidade de “fazer com que essas pessoas (...) se religuem”, vem à tona a própria palavra religião, originada do latim, *religare*, que significa esse esforço de se reaproximar da dimensão divina. A religião pode ser essa ponte entre o homem, na sua dimensão carnal, pecadora, e Deus, que é o sagrado. Para Dr. André, o médico pode realizar essa tarefa de religar os pacientes.

*“Então é isso que eu tenho feito na minha prática diária, é religar meus pacientes com o amor, ajudá-los a perceberem o momento em que eles ficaram disfuncionais e essa disfunção permitiu a doença”*  
(Dr. André).

Aquilo que é definido como terapia depende do que é definido como problema (Csordas & Kleinman, 1996)<sup>4</sup>. Assim, atrelada a essa percepção de doença como resultado do afastamento desse amor original, está a sua percepção de tratamento como aproximação desse amor, no qual se faz importante o papel do médico enquanto agente capaz de realizar essa aproximação.

Observa-se, então, que, assim como a percepção que o paciente tem da sua doença interfere na sua forma de lidar com a enfermidade, a percepção que o médico tem da doença igualmente interfere na sua forma de tratar um determinado problema de saúde. Dessa maneira, faz-se

necessário investigar que elementos na prática desses médicos os caracterizam como religiosos e de que forma esse fator diferenciador repercute no sucesso do tratamento.

Um elemento importante e recorrente nas entrevistas é a visão do médico como instrumento de Deus. É a percepção de que, por serem médicos religiosos, eles podem servir como “soldados” de Deus, pessoas capazes de atuar como um canal, ligando a realidade física à dimensão sagrada.

*“Acho que, antes, eu era um médico angustiado, preocupado demais com meus pacientes; hoje, eu tenho paz porque eu entrego a Deus, eu entrego minhas mãos a Deus, eu sou apenas um instrumento. Antes eu me considerava um semi-Deus, hoje eu sei que eu não sou nada, ele é quem cura” (Dr. Gilson)*

Dessa maneira, devido à crença religiosa que esses médicos compartilham, o espaço do consultório, torna-se uma zona limítrofe (Laplantine, 1989)<sup>5</sup> na medida em que ali se articula a prática médica com determinadas práticas religiosas. Muito embora o consultório continue sendo o espaço institucionalizado onde se busca uma explicação científica para a doença e um manejo terapêutico coerente com esse conhecimento, os médicos carismáticos conseguem introduzir no processo de cura elementos da sua religiosidade que acreditam poderem contribuir para a melhora do paciente.

*“Eu digo a meus pacientes que tenham fé em Deus, que Deus é quem cura e eu sou apenas um instrumento, digo a eles que entreguem a Deus, porque no momento em que você entrega, fica tudo mais fácil” (Dra. Lúcia)*

É uma crença compartilhada pelo grupo e amplamente veiculada nas reuniões, na medida em que, como instrumentos de Deus, eles precisam estar conectados com o sagrado e intimamente ligados às entidades religiosas –Maria, Jesus, Espírito Santo- para que possam ser realmente esse canal de ligação entre Deus e seus pacientes:

*“Eu saio de casa e, no carro, eu falo: Jesus, se sente aqui no meu lado e vamos lá pro consultório, aquilo lá tá um pandemônio! Antes de uma cirurgia, eu pego o bisturi e faço o sinal da cruz, quando eu me esqueço, a cirurgia fica difícil, complica...” (Dr. Gilson).*

Estabelecido esse canal de ligação entre Deus e os pacientes, os médicos entrevistados tentam concretizar isso no momento da consulta:



*“Comecei a falar de Deus no consultório: “Vá com Deus”, “Deus te acompanhe”, “graças a Deus”... meus pacientes acharam estranho no começo, mas sempre gostam. Além disso, eu tenho um quadro no consultório com a imagem de Jesus e tenho a Bíblia aberta com uma imagem de Nossa Senhora também” (Dr. Gilson).*

Ao falar de Deus no consultório, eles acreditam poder contribuir para o restabelecimento do paciente, que pode encontrar na fé o alívio para o sofrimento. Com o apoio da crença religiosa, o fiel se sente parte de uma força que o sustenta; “parece-lhe que pode enfrentar todas as dificuldades da existência” (Rolim, 1997: 15)<sup>6</sup>. Nesse sentido, não nos interessa, enquanto antropólogos, falar em cura no sentido de uma melhora fisiológica do organismo, nem buscar evidências médicas que a comprovem. Mas o que esse relato nos permite pensar é que a cura no contexto religioso, “consiste em tornar pensável uma situação dada inicialmente em termos afetivos e aceitáveis para o espírito, as dores que o corpo se recusa a tolerar” (Lévi-Strauss, 1975: 228)<sup>7</sup>.

Essa questão do sofrimento do paciente remete a uma outra categoria também recorrente nas falas, que é a percepção do médico como alguém que já vivenciou o sofrimento e, por isso, está mais apto a lidar com o sofrimento de outrem. Isto é algo que a literatura antropológica já vem abordando em alguns trabalhos: a experiência de sofrimento potencializa a capacidade do indivíduo para exercer a cura. Esse é o chamado “modelo de experiência xamânica, onde crise e tratamento antecedem à capacidade de curar” (Rodrigues & Caroso, 1999: 193)<sup>8</sup>.

Um dos informantes viveu, no passado, uma “situação-limite” (Minayo, 1994)<sup>9</sup>. Um grave acidente com sua filha, segundo ele um fato que marcou sua vida religiosa e profissional, tendo vivido inclusive momentos de depressão profunda. Essa experiência de sofrimento é, segundo ele, um fator decisivo para o sucesso terapêutico, na medida em que seu testemunho serve de incentivo para seus pacientes idosos que sofrem de depressão:

*“A palavra de um médico que experimentou, na sua vida, um milagre mostra, para um paciente que sofre, que a palavra tem poder, porque meus pacientes viram meu sofrimento, uma boa parte deles, muitos sofreram tanto que até perderam a saúde naquele momento em que eu adoeci, uns se afastaram, mas todos viram a transformação que Deus fez em mim” (Dr. André).*

Isso ocorre não apenas pela aprendizagem que se adquire com a experiência, mas também porque a religião, ou, mais precisamente, a crença numa força sobrenatural, faz que o fiel se sinta

mais forte interiormente. O homem religioso “é, antes de tudo, um homem que experimenta um poder que não se conhece na vida comum, que não se sente em si mesmo quando não se encontra em estado religioso” (Rolim, 1997: 15)<sup>10</sup>. Além disso, o fato de estar constantemente tentando se manter saudável, tentando se auto-curar, pode tornar o indivíduo apto para curar outras pessoas. É o curado que, com base nessa experiência de sofrimento, se revela curador (Lévi-Strauss, 1975)<sup>11</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS: MÉDICOS RELIGIOSOS DIANTE DO PROJETO DE HUMANIZAÇÃO**

O olhar crítico da antropologia médica sobre a medicina ocidental tem contribuído tanto para sua melhor compreensão, quanto questionado sua pretensa supremacia em relação a outros sistemas médicos, através da discussão de que esta igualmente se constitui enquanto um sistema cultural. Nas narrativas coletadas, é possível observar que os membros do grupo Médicos que Oram apresentaram uma visão que pode se diferenciar bastante da percepção médica mais recorrente, pois traz elementos culturais da religião e da crença que compartilham. Mostraram, pois, uma visão de médico religioso, que repercute em atitudes singulares em sua prática clínica, na relação com os pacientes e na forma de conceber e lidar com a saúde e a doença.

Ao contrário da prática comumente adotada pelos agentes de saúde em geral, os participantes do grupo Médicos que Oram enfatizam a necessidade de um diálogo intenso com o paciente, incluindo momentos de oração, imposição de mãos e outras práticas religiosas que se fazem presentes no cotidiano desses médicos. Há um momento da prática médica, no convívio com seu paciente enfermo, que o médico “não pode se apegar a um comportamento estritamente racional” (Laplantine, 1991: 18)<sup>16</sup>, apelando neste momento para a sua própria experiência como pessoa.

Eles relatam que, quando o médico expõe a sua crença religiosa e o paciente se revela também religioso, há uma imediata empatia entre ambos, contribuindo para que o paciente se sinta mais seguro e confiante no tratamento. Sendo assim, conclui-se que, a crença religiosa desses médicos pode contribuir para esse processo de reaproximação do médico com seus pacientes, tornando-o menos cientificista e mais sensível a outras dimensões da doença, como a psicológica e a espiritual.

Esse argumento encaixa-se perfeitamente com a percepção de alguns antropólogos, como Kleinman (1989) que sugere que o médico procure, primeiramente, conhecer o contexto social do

paciente para então compreender a percepção que este tem da sua doença. Com essa informação o médico poderá estabelecer relações mais humanas, com um diálogo mais próximo com o seu paciente (Caprara & Franco, 1999). Sob esse prisma, menos hierárquico e mais humano, a consulta seria então um “encontro entre dois especialistas: um é o técnico e o outro, o conhecedor da queixa e das implicações em sua vida” (Revista Saúde Brasil Comunidade, 2002: 16).

Esse tem sido um apelo freqüente na formação de novos médicos: conciliar o aspecto técnico com o humano, tendo em vista que a “relação do homem com sua doença é muito mais do que de uma bactéria com o anticorpo” (Revista Saúde Brasil Comunidade, 2002: 16). Saber ouvir e se abrir para as esferas não-biológicas que cercam a doença tem sido o grande desafio e, certamente, a antropologia poderá contribuir bastante para cumprir esse objetivo.

## REFERÊNCIAS

- BENSON, H. *Medicina Humanista: the mind body effect*. São Paulo: Brasiliense (1980) pp. 183-254.
- CAPRARA, Andrea e FRANCO, Anamélia Lins e Silva. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. In: *Cad. Saúde Pública*, vol.15, no.3 (1999) pp.647-654
- CSORDAS, T.; KLEINMAN, A. The Therapeutic Process. In: SARGENT, C.F. & JOHNSON, T.M. *Handbook of medical anthropology: contemporary theory and method*. Greenwood Publishing Group (1996) pp. 3-20.
- DONNANGELO, M.C.F. Medicina: prática técnica – prática social. In: *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Livraria Duas Cidades (1979) pp. 15-28.
- HAHN, R. *Sickness and Healing: an anthropological perspective*. Michigan: Book Crafters (1995).
- HELMAN, C. *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre: Artes Médicas (1994).
- LAPLANTINE, F. *Antropologia da Doença*. São Paulo: Martins Fontes (1991).
- LAPLANTINE, F; RABEYRON, P.L. *Medicinas Paralelas*. São Paulo: Brasiliense, (1989).
- LEVI-STRAUSS, C. “Magia e Religião”. In: *Antropologia Estrutural I*, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro (1975) pp. 183-254.
- LEVI-STRAUSS, C. Magia e Religião. In: *Antropologia Estrutural I*, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro (1975) pp. 183-254.

MINAYO, M.C.S. Construção da identidade da antropologia na área de saúde: o caso brasileiro. In: ALVES, P.C. & RABELO, M.C. (orgs) *Antropologia da Saúde: traçando identidades e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/FIOCRUZ (1998) pp. 29-46.

RODRIGUES, A .G. *A dessacralização da Medicina*. Artigo apresentado na XV Reunião da Associação Brasileira de Antropologia. Curitiba (1986).

RODRIGUES, N.; CAROSO, C. A Idéia de Sofrimento e a Representação Cultural da Doença na Construção da Pessoa. In: DUARTE, L.F.D.; LEAL, O.F. (orgs.) *Doença, Sofrimento e Perturbação*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ (1998) pp. 137-150.

ROLIM, Francisco C. (org.) *A Religião numa Sociedade em Transformação*. Petrópolis: Vozes (1997).

ROLIM, Francisco C. (org.) *A Religião numa Sociedade em Transformação*. Petrópolis: Vozes (1997).

SIGERIST, The special position of the sick In: LANDY, D. *Culture, Disease and Healing: studies in medical anthropology*. New York: Macmillan Publishing Co (1977) pp. 388-394.