UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

MARIA DO SOCORRO LITAIFF RODRIGUES DANTAS

OS POTYGUARA DA SERRA DAS MATAS: DESFAZENDO OS NÓS DAS PRÁTICAS TRADICIONAIS DE SAÚDE

FORTALEZA – CEARÁ
2023

MARIA DO SOCORRO LITAIFF RODRIGUES DANTAS

OS POTYGUARA DA SERRA DAS MATAS:
DESFAZENDO OS NÓS DAS PRÁTICAS TRADICIONAIS DE SAÚDE

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Andrea Caprara.

FORTALEZA – CEARÁ
2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Dantas, Maria do Socorro Litaiff Rodrigues.
Os Potyguara da serra das matas: desfazendo os nós das práticas tradicionais de saúde [recurso eletrônico] / Maria do Socorro Litaiff Rodrigues Dantas. - 2023.
310 f. : il.

Tese (DOUTORADO ACADÊMICO) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Programa de Pós-graduação Em Saúde Coletiva - Doutorado, Fortaleza, 2023.
Orientação: Prof. Dr. Andrea Caprara.
1. Saúde de populações indígenas. 2. Medicina tradicional. 3. Etnomedicina. I. Título.

MARIA DO SOCORRO LITAIFF RODRIGUES DANTAS

OS POTYGUARA DA SERRA DAS MATAS:
DESFAZENDO OS NÓS DAS PRÁTICAS TRADICIONAIS DE SAÚDE

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em : 13 de abril de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Andrea Caprara (Orientador)
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Profª. Drª. Mardênia Gomes Vasconcelos Pitombeira
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Profª. Drª. Maria Rocineide Ferreira da Silva
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Profª. Drª. Ilvana Lima Verde
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Profª. Drª. Eliane Mara Viana Henriques
Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Prof. Dr. Antônio Rodrigues Ferreira Júnior
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Prof.ª Dr.ª Suyanne Freire de Macêdo
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Aos meus pais, Adiêne e Alírio, por toda a dedicação, carinho e cuidado que se dedicaram à família que construíram nestes 62 anos de enlace matrimonial.

Aos meus filhos Gabriel e Isabela, que pacientemente aguardavam muitas vezes por minha presença enquanto me dedicava a este projeto que vislumbravam ser de grande importância.

Ao meu esposo, Expedito, que sempre me apoiou incondicionalmente quando mais precisei.

Aos meus irmãos e irmãs, que sempre me ajudaram em tudo o que precisei desde a infância.

In memoriam: A tia Fátima Litaiff que muitas vezes me benzeu quando criança e pela qual tenho memórias afetivas que transcendem o material; A Dona Vanja, mulher Potyguara, que com toda sua simplicidade e paciência, nos agraciou com o compartilhamento de seus conhecimentos de vida.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr. Andrea Caprara, por toda dedicação e investimento incondicional a todo o momento.

À Teka e à Marluce, grandes lideranças Potyguara, companheiras de equipe, que não mediram esforços para o desenvolvimento deste projeto, em todas as suas fases e de todos os projetos acerca da saúde indígena desenvolvidos por nosso grupo de pesquisa junto a UECE.

À Rahilda que me ajudou muitissimo na organização local, assim como a toda a equipe com Gerusa, Josiane, Candice, Ramon, David, Danúzio e todos das equipes do Polo Base de Monsenhor Tabosa.

À Eliane Henriques, amiga, companheira de equipe de pesquisa e de devaneios.

À Meire Fontes, antiga chefe e eterna amiga, por todo o incentivo e trilhas para essa tese.

À Lucimar Santos e Tânia Gurgel, amigas que não me abandonaram jamais.

À Socorro Pinto, à Ednir Ribeiro, ao Roberto Paiva, ao Fábio Benevides, velhos e novos amigos que me apoiaram em todos os momentos difíceis na auditoria.

À Itamar, Tatiane e Marisângela e a toda a equipe do SIASI, por todo o cuidado com os dados e informações do SIASI-DSEI-CE/MS.

Aos professores membros da minha banca de qualificação Prof.ª Dr.ª Isabelle Braz Peixoto da Silva, Prof.ª Dr.ª Mardênia Gomes Vasconcelos Pitombeira, Prof.ª Dr.ª Maria Marlene Marques Ávila, por suas valorosas sugestões e contribuições que modelaram esta tese.

À Prof.ª Dr.ª Maria Rocineide Ferreira da Silva, agradeço sua distinta carta de elogio a esta tese, e na oportunidade deixo registrada minha gratidão por todos os momentos em que contribuiu com este feito, desde meu ingresso no Doutorado, quando coordenava o Programa de Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, assim como o célebre Prof. Dr. Antônio Rodrigues Ferreira Júnior. Ambos com seu olhar e suas inferências que cuidaram de modo singular para a nossa proposta de trazer para a discussão na academia a importância de uma abordagem diferenciada acerca das práticas tradicionais de cura dos povos indígenas, neste Estado que, embora tenha muito, pouco observa sua indianidade.

Muito obrigada!

“Nossa saúde é nossa terra livre e desintrusada”.

(Dourado Tapeba, 2004).

“Quem deu esse nó não soube dar!
Quem deu esse nó não soube dar!
Esse nó tá dado, mas vai desmanchar…”

(trecho de canção indígena tradicional...).

“A própria essência da reflexão é compreender que não se compreendera”

(Gaston Bachelard, 2000).

RESUMO

Trata-se de estudo etnográfico acerca do processo de (re)elaboração das práticas etnomédicas dos Potyguara de Monsenhor Tabosa, Ceará, na perspectiva crítica histórico-antropológica. Descreve o processo semiótico da dinâmica cultural da população indígena e suas implicações no contexto atual. Ao longo do tempo, os massacres sofridos pela colonização e pelo avanço integracionista, a negação e punição às manifestações religiosas com seus impactos no modo de vida da população indígena, alcançando até a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas compatibilizou as Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais. Atualmente tem como desafio a convergência dos determinantes sociais e das iniquidades em saúde que corroboram para a concomitância de doenças infecciosas e parasitárias e as doenças cardiovasculares como problemas de saúde persistentes. Esse cenário, associado ao processo de transformações sociais, ao crescimento populacional e as reivindicações político-sociais e per si, reelaboração cultural, demandam pela reconstrução da abordagem biomédica hegemônica oficial, uma vez que apresenta preceitos frágeis que não dão conta das especificidades desta população. Propõe-se que a interpretação do processo de reelaboração das práticas tradicionais de saúde na contemporaneidade, poderá contribuir para o fortalecimento dessa reconstrução, através de um trabalho compartilhado entre os cuidadores das práticas tradicionais de saúde indígena e os profissionais (da biomedicina), que poderia se concentrar na compreensão das concepções e da experiência dos processos de adoecimento e cura, a partir do meio sociocultural, entrelaçando etnomedicina e a antropologia simbólica para o alcance de uma atenção diferenciada ao povo indígena. Objetiva-se compreender o processo de (re)elaboração das práticas etnomédicas dos Potyguara de Monsenhor Tabosa-Ceará, a partir da aplicação e análise de entrevistas semiestruturadas com cuidadores tradicionais como rezadeiras, benzedeiras e rezadores Potyguara das aldeias Mundo Novo e Jacinto, em Monsenhor Tabosa, Ceará. A análise da representação das concepções que permeiam a rede de cuidados tradicionais na contemporaneidade, partindo-se desde o distanciamento, apropriação, explicação e compreensão dos sentidos das falas, na perspectiva hermenêutica interpretativa, procura compreender o sentido das falas dos informantes, seu efeito polifônico e as

representações simbólicas, com a organização de temas entre a linguagem e a experiência vivenciada das narrativas identificadas. Pesquisa aprovada pelo Comitê e pelo Conselho de Ética em Pesquisa. Os Potyguara na contemporaneidade buscam afirmar-se através da retomada das tradições e dentre elas, as práticas de cura. São identificados variados símbolos utilizados pelos cuidadores tradicionais que, associados a orações e respeito sinalizam para o fortalecimento dessas práticas. Aponta o processo de reelaboração da cultura como mecanismo dinâmico e dialético de reivindicação do ser indígena em sua constante luta por direitos e conquistas sociais e per si, a (re)elaboração dos conhecimentos e práticas etnomédicas dos Potyguara do Mundo Novo e Jacinto.

Palavras-chave: Saúde de populações indígenas. Medicina tradicional. Etnomedicina.

ABSTRACT

This is an ethnographic study about the process of (re)elaboration of the ethnomedic practices of the Potyguara of Monsenhor Tabosa, Ceará, in the historical-anthropological critical perspective. It describes the semiotic process of the cultural dynamics of the indigenous population and its implications in the current context. Over time, the massacres suffered by colonization and the integrationist advance, the denial and punishment of religious manifestations with their impacts on the way of life of the indigenous population that led to high mortality rates due to communicable diseases, even leading to the extermination of several Indian people. In this perspective, the Indian and his lifestyle was seen as the problem to be modified and thus the agencies installed to "take care" of health, in addition to using a biomedical approach, denied and forgot the interests and knowledge of these peoples for more than 100 years. In 2010, the National Health Care Policy for Indigenous Peoples made the Organic Health Laws compatible with those of the Federal Constitution, which recognize indigenous peoples' ethnic and cultural specificities and their territorial rights. Currently, the challenge is the convergence of social determinants and health inequalities that corroborate the concomitance of infectious and parasitic diseases and cardiovascular diseases as persistent health problems. This scenario, associated with the process of social transformations, population growth and political-social demands and, per se, cultural re-elaboration, especially in the Northeast, demand the reconstruction of the official hegemonic biomedical approach, since it presents fragile precepts that do not cope with the specificities of this population. It is proposed that the interpretation of the process of re-elaboration of traditional health practices in contemporary times could contribute to the strengthening of this reconstruction, through a shared work between caregivers of traditional indigenous health practices and professionals (of biomedicine), which could focus on understanding the concepts and experience of illness and healing processes, from the sociocultural environment, intertwining ethnomedicine and symbolic anthropology to achieve truly differentiated care for indigenous people. The objective is to understand the process of (re)elaboration of the ethnomedic practices of the Potyguara of Monsenhor Tabosa-Ceará, based on the application and analysis of semi-structured interviews with traditional caregivers such as mourners, healers and Potyguara worshipers from the villages of Mundo Novo and Jacinto, in Monsenhor

Tabosa, Ceará. The analysis of the representation of the conceptions that permeate the network of traditional care in contemporary times, starting from the distance, appropriation, explanation and understanding of the meanings of the speeches, in the interpretative hermeneutic perspective, seeks to understand the meaning of the speeches of the informants, their polyphonic effect and symbolic representations, with the organization of themes between the language and the lived experience of the identified narratives. Research approved by the Research Ethics Committee and Council. The Potyguara in contemporary times seek to assert themselves through the resumption of traditions and, among them, healing practices. Several symbols used by traditional caregivers are identified, which, associated with prayers and respect, signal the strengthening of these practices. It points to the process of re-elaboration of culture as a dynamic and dialectical mechanism for claiming the indigenous being in its constant struggle for rights and social conquests and per se, the (re)elaboration of knowledge and ethnomedic practices of the Potyguara of Mundo Novo and Jacinto.

Keywords: Health of indigenous peoples. Traditional medicine. Etnomedicine.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Linha do tempo saúde indígena 100 anos e mais, 1910 a 2023..... 39

Figura 2 – Modelo dos determinantes sociais da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead e adotado pela OMS, 2008..... 40

Figura 3 – Proporção (%) entre estimativas da população indígena moderna e a existente no Século XVI Grupos indígenas selecionados, segundo a localização, IBGE, 2000 (n=2.431.000)..... 48

Figura 4 – População estimada, no século XVI, de grupos indígenas, selecionados, já extintos, IBGE, 2000 (n=676.000)..... 49

Figura 5 – Distribuição absoluta da População Indígena no Estado do Ceará, por Município, segundo o Ministério da Saúde, 2017 (n = Aldeados = 25.977) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (n =15.554), adaptado. 2010..... 56

Figura 6 – Distribuição (%) da População Indígena aldeada no Estado do Ceará, por etnia, segundo o Ministério da Saúde, 2017.... 57

Figura 7 – Pirâmide populacional, DSEI-CE, 2021..... 57

Figura 8 – Mapa de localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, Brasil, 2023..... 61

Figura 9 – Distribuição da População Indígena no Estado do Ceará, por região, município, 2019..... 62

Figura 10 – Distribuição das aldeias indígenas no Ceará, estratificada pelo número de habitantes, MS, 2019..... 63

Figura 11 – Distribuição da população indígena no Ceará, por região, MS, 2019..... 63

Figura 12 – Principais causas de óbito, segundo a Classificação Internacional de Doenças-CID 10, DSEI-CE, período 2012 a 2015..... 73

Figura 13 – Mortalidade proporcional (curva de Nelson de Moraes), DSEI-CE, período 2014 a 2015..... 74

Figura 14 – **Número de óbitos, segundo a faixa etária e sexo, DSEI-CE, período 2014 a 2015.....** 75
Figura 15 – **Mortalidade Infantil População Indígena, Ceará e Brasil, 2012 a 2016.....** 75
Figura 16 – **Proporção de óbitos infantis indígenas, por componente neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal, DSEI-CE, janeiro/2012 a junho/2016.....** 76
Figura 17 – **Cobertura Vacinal < 5 anos, segundo o imunobiológico, DSEI-CE, 2011 a 2015.....** 78
Figura 18 – **Esquema Completo por faixa etária, total e mulheres em idade fértil, DSEI-CE, 2011 a 2015.....** 79
Figura 19 – **Prevalência de diabetes (DM) e hipertensão (HAS) na população indígena aldeada, segundo o polo base, DSEI-CE, 2015 e 2018.....** 85
Figura 20 – **Mapa mental do cuidado em si, na estratégia do empoderamento.....** 87
Figura 21 – **Localização de Monsenhor Tabosa no Brasil e no Ceará, 2022.....** 108
Figura 22 – **Distribuição da população indígena aldeada (n=3.356), por etnia, município e Polo Base de Monsenhor Tabosa, DSEI-CE, 2019.....** **110**
Figura 23 – **Pirâmide etária da população indígena aldeada (n=3.401) do Polo Base de Monsenhor Tabosa, DSEI-CE, 2019.....** 110
Figura 24 – **Aldeia Mundo Novo, 2013.....** 111
Figura 25 – **Aldeia de Jacinto, 2013.....** 111
Figura 26 – **Natureza da pesquisa e o processo de análise.....** 113
Figura 27 – **Representação gráfica das etapas de análise pela Hermenêutica.....** 114
Figura 28 – **Estrutura conceitual da pesquisa e o sistema médico indígena Potyguara.....** 136
Figura 29 – **A visão de mundo dos Potyguara.....** 138
Figura 30 – **Esboço interpretativo do cosmo Potyguara.....** 138

Figura 31 – Representação gráfica da visão de mundo dos Potyguara - O mito da cobra preta..... 141
Figura 32 – A cobra preta..... 142
Figura 33 – A Dança do caceteiro. Dança dos Tarairiús (Tapuias), de ECKHOUT, Albert, século XVII..... 143
Figura 34 – Apresentação dança do maneropau ou dança dos Caceteiros Potiyguara, 2017..... 143
Figura 35 – Dança do Maneropau, na abertura do Encontro para apresentação do Projeto, Monsenhor Tabosa, 23/09/2017..... 144
Figura 36 – Apresentação Dança Meneropau, feminino 2017..... 145
Figura 37 – A dança do Côco..... 145
Figura 38 – Jovens Potyguara em atividades na comunidade..... 146
Figura 39 – A Cabacinha Potyguara..... 146
Figura 40 – A Cabacinha Potyguara. Cabacinha de colo..... 147
Figura 41 – Museu Potyguatapuia, na aldeia Mundo Novo..... 148
Figura 42 – As lages e as pinturas rupestres..... 149
Figura 43 – Encontro debaixo das mangueiras fazendo avaliação, janeiro 2019..... 150
Figura 44 – Gestante Potyguara aos cuidados da parteira da aldeia Jacinto e parteira Tabajara, da aldeia de Grota Verde, 2018... 151
Figura 45 – Gestante Potyguara aos cuidados da parteira da aldeia Jacinto e parteira Tabajara, da aldeia de Grota Verde, 2018... 151
Figura 46 – Criança Potyguara, L. N., criando pintinhos, em 2020..... 152
Figura 47 – Curumim Potyguara, participando de ritual de abertura de evento..... 153
Figura 48 – Dona M. F. Potyguara colhendo milho, na aldeia Mundo Novo, 2020..... 153
Figura 49 – "As Mucunas", Grupo de Mulheres, danças tradicionais, aldeia Jacinto, 2020..... 154
Figura 50 – Arnaldo Gavião, vice-Cacique do Movimento Potygatapuia, 2020..... 154
Figura 51 – Momentos de atividades em comunidade. A abertura sempre é feita com rituais sagrados..... 155

Figura 52 – **Marluce Potyguara, professora, pesquisadora, liderança, aldeia Jacinto.....** 155
Figura 53 – **Teka Potyguara, professora, pesquisadora, liderança, aldeia Mundo Novo.....** 156
Figura 54 – **Dona J. Potyguara, aldeia jacinto, em Ritual em alusão ao Mito de Criação Potyguara.....** 156
Figura 55 – **Jovem Potyguara Luana, em atividades na aldeia Espírito Santo.....** 157
Figura 56 – **Ritual Sagrado masculino, por jovens Potyguara, Mundo Novo, Jacino e aldeias adjacentes.....** 157
Figura 57 – **O agente de endemias E., pintando o Agente de Saúde e cantador da aldeia, Toinho Gavião.....** 158
Figura 58 – **Rezador 1. curando uma criança com quebrante.....** 159
Figura 59 – **ezador 2, fazendo tratamento para espinhela ou arca caída** 160
Figura 60 – **Rezados 2. cuidando de pessoa com o pé com entrosado....** 161
Figura 61 – **Rezadeira 3, ensinando a fazer um lambedor de mel de malva para tosse, 2020.....** 162
Figura 62 – **Localização do município de Monsenhor Tabosa no Brasil e no Ceará, 2023.....** 167
Figura 63 – **Marluce Potyguara e representantes de famílias indígenas, 2017.....** 168
Figura 64 – **Marluce Potyguara e representantes de famílias indígenas, 2017.....** 169
Figura 65 – **Esboço preliminar da Formação Familiar inicial dos Potyguara, segundo Marluce Potyguara, aldeia Jacinto, 2013.....** 170
Figura 66 – **Representação gráfica da origem dos Potyguara "Os filhos da Cuiã, a irmã da Cobra.....** 171
Figura 67 – **Mãe amamentando. Faz depoimento e participa de movimento social, 2018.....** 172

Figura 68 – **A cobra preta, encontrada na estrada, Monsenhor Tabosa..** 173
Figura 69 – **Esboço interpretativo do cosmo Potyguara.....** 174
Figura 70 – **Representação gráfica da visão de mundo dos Potyguara do Mundo Novo e Jacinto, 2001.....** 176
Figura 71 – **Marca nos corpos de jovens Potyguara em rituais na aldeia. 2018.....** 176
Figura 72 – **Marca nos corpos de jovens Potyguara em rituais na aldeia. 2018.....** 177
Figura 73 – **Marca nos corpos de jovens Potyguara em rituais na aldeia. 2018.....** 177
Figura 74 – **A Dança do Caceteiro. Dança dos Tarairiús (Tapuias), de ECKHOUT, Albert , século XVII (ECKHOUT, 2004).....** 178
Figura 75 – **Apresentação Dança do Maneropau ou Dança dos Caceteiros Potyguara, 2017.....** 178
Figura 76 – **Dança do Maneropau, na abertura do Encontro para apresentação do Projeto Potyguara, Monsenhor Tabosa, 23/09/2017.....** 179
Figura 77 – **Apresentação Dança Meneropau, feminino 2017.....** 180
Figura 78 – **A dança do Côco.....** 180
Figura 79 – **A dança do Côco.....** 181
Figura 80 – **Jovens Potyguara em atividades na comunidade.....** 181
Figura 81 – **Cabacinha Potyguara.....** 182
Figura 82 – **26ª Assembleia dos Povos Indígenas, Aldeia Cajueiro, Poranga, 2018.....** 183
Figura 83 – **26ª Assembleia dos Povos Indígenas, Aldeia Cajueiro, Poranga, 2018.....** 183
Figura 84 – **6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena - Etapa Distrital, 2018.....** 184
Figura 85 – **Estudante da Escola do Povo Caceteiro, fazendo redação sobre a história do seu povo, 2018.....** 186
Figura 86 – **Atlas do corpo humano, em Tupi.....** 187
Figura 87 – **Capa da caderneta "Cuidando a Minha Saúde".....** 187
Figura 88 – **Calendário cultural e econômico dos Potyguara.....** 188

Figura 89 –	**Plantação em Monsenhor Tabosa, 2019.....**	189
Figura 90 –	**Plantação em Monsenhor Tabosa, 2019.....**	190
Figura 91 –	**Jerimum (abóbora), em Monsenhor Tabosa.....**	190
Figura 92 –	**Feijão, em Monsenhor Tabosa.....**	192
Figura 93 –	**Alimentação na escola, Mundo Novo, Monsenhor Tabosa...**	191
Figura 94 –	**As Lajes.....**	192
Figura 95 –	**Cosmologia dos Potyguara em mapa mental.....**	194
Figura 96 –	**Natureza da pesquisa e o processo de análise.....**	203
Figura 97 –	**Representação gráfica das etapas de análise pela Hermenêutica.....**	204
Figura 98 –	**Cuidados tradicionais por tipo e complexidade de tratamento, segundo a categoria do cuidador.....**	207
Figura 99 –	**Esquema Mental das relações de referências entre Cuidadores Tradicionais Indígenas, Rezadeiras e Rezadores (n=49) – Monsenhor Tabosa, 2023.....**	209
Figura 100 –	**Rezadeira 1, cuidando do pé de romã.....**	213
Figura 101 –	**Capa da caderneta "Cuidando a Minha Saúde".....**	220
Figura 102 –	**Teka, professora Potyguara, mostrando a pesquisa do olhar.....**	224
Figura 103 –	**Vigilância de Casos de Covid-19 notificados em indígenas aldeados do Ceará, 2021.....**	235
Figura 104 –	**Número de casos e óbitos por Covid-19 (n=1.218), segundo o Ministério da Saúde, na população indígena com cobertura de AB, Ceará, 2021.....**	235
Figura 105 –	**Incidência de casos confirmados de Covid-19, segundo a raça/cor indígena, por 100.000 habitantes segundo município de residência, Ceará, 2021.....**	236
Figura 106 –	**Número de casos confirmados de Covid-19 (n=2.105), segundo a raça/cor: indígena, Ceará, 2021.....**	237
Figura 107 –	**Número de óbitos por Covid-19 (n=21), segundo a raça/cor indígena, por faixa etária e sexo. Ceará, 2021.....**	237

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – **Mapa de conflitos envolvendo injustiça ambiental e saúde no Ceará, 2023.....** 43

Tabela 2 – **Participação relativa da população residente autodeclarada indígena, por situação do domicílio, segundo as Grandes Regiões – 1991/2010.....** 52

Tabela 3 – **População residente autodeclarada indígena, segundo a situação do domicílio e as Grandes Regiões – 1991/2010..** 53

Tabela 4 – **Classificação etnológica dos indígenas no Ceará pré-colonial, segundo as famílias linguísticas.....** 54

Tabela 5 – **Número de estabelecimentos de saúde indígena por subtipo, no DSEI CEARÁ, 2019.....** 65

Tabela 6 – **Distribuição da população indígena aldeada e equipe multidisciplinar de saúde indígena, Ceará, por região, polo base, município e etnia, situação em 2019.....** 66

Tabela 7 – **Proporção de óbitos por DCNT entre indígenas atendidos pelo SasiSUS, segundo a região, período 2015 a 2017.....** 71

Tabela 8 – **Óbitos de mulher em idade fértil por município e causa, DSEI-CE, 2012 a julho de 2014.....** 77

Tabela 9 – **Número de casos de óbitos acumulados, incidência e mortalidade e letalidade (%), segundo a região, Brasil, 2021.....** **230**

Tabela 10 – **Número de casos de Covid-19, segundo o DSEI, Brasil. 2021.....** 230

Tabela 11 – **Municípios com informação de óbito por Covid-19, segundo raça/cor indígena, por município, Ceará, 2021.....** 234

Tabela 12 – **Municípios com ocorrência de óbito por Covid-19, segundo o Ministério da Saúde, na população indígena com cobertura de AB, Ceará, 2021.....** 234

Tabela 13 – **Municípios com ocorrência de óbito por Covid-19 na população indígena, segundo a SESA-CE, Ceará, 2021.....** 235

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Agente Indígena de Saúde
AISAN	Agente Indígena de Saneamento
APS	Atenção Primária em Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CE	Ceará
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PB	Polo Base
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
SASI	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIASI	Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO.....**	21
1.1	**Pergunta de investigação.....**	33
1.2	**Contribuição da pesquisa.....**	34
2	**OBJETIVOS.....**	35
2.1	**Geral.....**	35
2.2	**Específicos.....**	35
3	**REVISÃO DA LITERATURA.....**	36
3.1	**Artigo 1 – Os povos indígenas no Brasil e no Nordeste: das perdas ao reaparecimento.....**	36
3.2	**Artigo 2 – A organização do sistema de saúde indígena no Brasil e no Ceará.....**	59
3.3	**Artigo 3 – A epidemiologia e o contexto de saúde dos índios no Ceará: aspectos básicos.....**	69
3.4	**Artigo 4 – As transições demográfica e epidemiológica: o empoderamento como as estratégias de prevenção e promoção da saúde.....**	81
3.5	**Artigo 5 – Etnogênese, etnodesenvolvimento, bem-viver e práticas tradicionais: eixos de equilíbrio territorial.....**	90
4	**REFERENCIAL METODOLÓGICO.....**	104
4.1	**O estudo.....**	104
4.2	**A antropologia e a hermenêutica interpretativa simbólica.....**	117
4.3	**A pesquisa etnográfica.....**	124
5	**RESULTADOS.....**	133
5.1	**Resultado Artigo 1 – Pesquisa Projeto Potyguara: estrutura conceitual e medicina tradicional indígena.....**	133
5.2	**Resultado Artigo 2 – Desfazendo os nós das origens dos Potyguara, com "y".....**	164
5.3	**Resultado Artigo 3 – O sistema tradicional de saúde indígena Potyguara: perspectivas, práticas e relações.....**	194

5.4 Resultado Artigo 4 – Práticas em saúde indígena: um olhar sob a perspectiva do empoderamento no autocuidado de muitas doenças num corpo só junto aos Potyguara da Serra das Matas.... 216
5.5 Resultado Artigo 5 – A pandemia por Covid-19 no contexto da saúde indígena no Ceará..... 227
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 239
REFERÊNCIAS..... 241
GLOSSÁRIO..... 273
APÊNDICE A – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO..... 278
APÊNDICE B – TEMÁRIO DE ENTREVISTAS COM CUIDADORES TRADICIONAIS..... 279
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS CUIDADORES TRADICIONAIS..... 280
APÊNDICE D – CODIFICAÇÃO DOS REGISTROS DE COLETAS 281
APÊNDICE E – FOTOTECA..... 282
ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS..... 287
ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA COMUNIDADE INDÍGENA..... 288
ANEXO C – TERMO DE ANUÊNCIA DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DO CEARÁ..... 289
ANEXO D – NOTA TÉCNICA NOTA TÉCNICA Nº 16/2020-COGASI/DASI/SESAI/MS 290
ANEXO E – AUTORIZAÇÃO FUNAI PARA ACESSO A TERRA INDÍGENA..... 291
ANEXO G – TABELAS POPULACIONAIS – IBGE..... 292
ANEXO H – TABELAS POPULACIONAIS..... 294
ANEXO I – TABELAS MORTALIDADE - MS/SESAI/DSEI-CE..... 303
ANEXO J – PROJETO ÁRVORE D(Á) VIDA - METODOLOGIA DE LEVANTAMENTO DE CUIDADORES TRADICIONAIS..... 305
ANEXO L – ATLAS DO CORPO HUMANO, EM TUPI, VERSÃO PRELIMINAR, 2015..... 307

1 INTRODUÇÃO

Este estudo etnográfico é parte integrante de um projeto maior, o Projeto Potyguara, desenvolvido desde o ano 2008 pelo Grupo de Pesquisas Cultura, Saberes e Práticas em Saúde desta Universidade, coordenado pelo Prof. Dr. Andrea Caprara. Neste recorte, procura-se desvelar lacunas de conhecimentos acerca da etnomedicina dos Potyguara de Monsenhor Tabosa, Ceará. Teve-se como fonte de dados os arquivos do projeto guarda-chuva, assim como novas entrevistas coletadas entre junho e dezembro de 2022. A proposta visa contribuir para a valorização do reconhecimento dos direitos indígenas garantidos na Constituição Federal, esvaziados e reconquistados ao longo do tempo. Revela-se, ainda, o quanto se faz necessária a mudança na abordagem, mediante o aparecimento da pandemia por Covid-19. A pesquisa se dá antes e depois da pandemia, quando a fragilidade da população indígena se exacerbou, impulsionando sua reorganização e empoderamento para o enfrentamento da Covid-19 e minimizar as mortes nas aldeias e, de alguma forma, fortalecendo a etnomedicina. Partimos da compreensão de que a etnomedicina se constituiria como parte da antropologia médica, na medida em que tenta estabelecer uma relação entre as representações ligadas às doenças ou ao seu tratamento com a cultura e a organização social das populações consideradas, com características dos sistemas xamânicos imersos numa visão de mundo particular de cada Povo (BUCHILLET, 1991; FERREIRA, 2007). Seria então a etnomedicina como os “conhecimentos e práticas relativos à doença que são o produto de desenvolvimentos culturais autóctones não explicitamente derivados do quadro conceitual da medicina moderna que ao ser afetada pelas transformações sociais, passa por contínuo processo de modificação", segundo Hughes (1968) e Menendez (1994).

No percurso histórico-antropológico para a compreensão do presente, respaldados na perspectiva crítica Gadamer (1996), partimos desde o período colonial com o avanço integracionista do Estado que desde então, já pautado em objetivos econômicos de expansão territorial, provocou numerosos massacres de índios, elevado índices de mortalidade por doenças transmissíveis e a depopulação e extermínio de vários povos, num processo contínuo de aculturação dos Povos Indígenas no Brasil, e, em especial, no Nordeste.

Em estudos das informações de Darcy Ribeiro (1957) e de Kietzman (1967) em relação aos índios contemporâneos, o Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística (IBGE) demonstra uma depopulação[1] de pelo menos 97% dos estimados 2.431.000 habitantes nas terras pré-cabralinas. Por outro lado, Cunha (1992) reporta que havia pelo menos 2 milhões a 6,8 milhões de aborígenes. No entanto, a autora afirma que há consenso quanto a densas populações e indescritíveis mortandades. Autores relacionam os efeitos dissociativos da população devido à permanência das debilidades ocasionadas pelas epidemias, onde sociedades inteiras foram exterminadas, na maior parte no litoral brasileiro, especialmente os Tupinambá (BRITO, 1991).

O IBGE segue destacando que atualmente há um aumento da população indígena no Nordeste que vem se reapresentando aos poucos, segundo Oliveira (1994) e Santos *et al.* (2019). Há um notório movimento de saída da invisibilidade desses povos para a visibilidade, na busca de seus direitos, especialmente na atualidade, com a ascensão à gestão no sistema de saúde. No caso do Ceará, situado na região Nordeste brasileiro, historiadores já apresentavam a diversidade da população indígena (STUDART FILHO, 1965), dando conta da presença de cinco famílias linguísticas no período pré-colonial em terras cearenses: Tupi, Cariri, Tapuia, Tremembé e Jê.

Atualmente, há um processo de reemergência da população indígena, passando de tutelado a protagonista, num processo contínuo de crescimento e de retomada de seus direitos, fundamentando|fundamentado na reformulação de políticas mais equitativas, atuando ativamente na construção da Constituição Federal, o que lhes assegurou os direitos de cidadania, como saúde e educação, culminando com a criação da Lei 9.826, de 09 de setembro de 1999 que acrescentou o capítulo do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas à Lei orgânica da saúde, Lei 8.080/90. Esse fator foi imperiosamente importante para assegurar aos indígenas a liberdade de se posicionar mediante as diversas situações, especialmente na pandemia por Covid-19, onde os Potyguara da Serra das Matas lideraram movimento de proteção da aldeia, organizando, por exemplo, o acesso às aldeias somente a pessoas vacinadas, tendo contribuído fortemente para o retardo e para a minimização dos impactos ocasionados pela pandemia por Covid-19.

[1] Ação de depopular; Redução populacional em função de maior quantidade de óbitos que de nascimentos (Dicionário Michaelis, 2021). O IBGE usa os termos "despovoamento" e “extinção” (IBGE, 2000).

A retomada das práticas médicas tradicionais está para os povos Indígenas como eixo estruturante de sua cultura, como parte das relações sociais e de poder entre a natureza e a produção a partir da terra, dos alimentos e da sustentabilidade de plantas nativas, servindo-se de emblema ético (BOURDIEU, 2002) para o ressurgimento das etnias no Ceará (ANDRADE; SOUSA, 2015).

A compreensão desses sistemas de ideias em relação à morte, à saúde e à doença, ao corpo e ao espírito como fenômenos de saúde precisam ser compreendidos inseridas nas interações com os coletivos indígenas de modo a desenvolver relações entre os cuidados prestados pelos profissionais da biomedicina. Propõe-se, assim, neste projeto, a continuidade do trabalho com os índios Potyguara a partir da descrição da organização da atenção à saúde dos Potyguara. Desenvolve-se estudo qualitativo, descritivo, analítico e comparativo que versa sobre a contextualização demográfica e análise de dados secundários epidemiológicos dos índios Potyguara e síntese do mapeamento das redes cuidadores tradicionais. O estudo teve como objetivo compreender os processos das práticas tradicionais de adoecimento e cura e sua articulação com o sistema de saúde biomédico dos índios Potyguara das aldeias Mundo Novo e Jacinto, utilizando a etnografia como técnica e a hermenêutica interpretativa como meio analítico. Entre as técnicas de coletas, utilizou-se a observação participante e entrevista aberta, mediante temário específico, contendo os principais conteúdos observados e analisados tais como: sessões e rituais de cura; práticas de cura domiciliares; itinerários terapêuticos; uso de plantas medicinais; práticas de higiene e de prevenção das doenças. A partir de então, explora-se de forma aprofundada o material, procedendo a releituras dos discursos e conexões com o referencial teórico. Nesse percurso são utilizadas as concepções de explicação e compreensão chegando aos principais temas identificados.

A interpretação do processo de reelaboração das práticas tradicionais de saúde dos Potyguara na contemporaneidade poderá contribuir para o fortalecimento dessa reconstrução, uma vez que apresenta preceitos frágeis que lhes confere caráter emergente, especialmente frente ao sistema médico oficial hegemônico. Vislumbra-se que um trabalho compartilhado entre os cuidadores das práticas tradicionais de saúde indígena e os profissionais (da biomedicina) poderia se concentrar na compreensão das concepções e da experiência dos processos de adoecimento e cura, a partir do meio sociocultural, entrelaçando etnomedicina e a

antropologia simbólica para o alcance de uma atenção realmente diferenciada ao povo indígena, frente às transformações sociais e a reelaboração cultural que vivem, especialmente no Nordeste, associada ao crescimento populacional e as reivindicações político-sociais.

De onde vim e para onde vou

Manauara, nascida nos tempos áureos da Zona Franca de Manaus-ZFM, nos anos 1970, embora a cidade estivesse em franca (re)ascensão após o declínio do ciclo da borracha, e papai sempre gostasse de adquirir e nos apresentar aos produtos da modernidade da ZFM, durante a infância adquiri valores de respeito aos cuidados tradicionais que me cercavam de modo marcante, desde os cuidados de maternos até a vizinha e tias que sempre recorriam aos conhecimentos que possuíam em toda e qualquer necessidade no campo da saúde, indo desde benzimentos e rezas protetivos e curativos ao uso com de óleos e folhas que traziam a cura ou amenizar as dores. Lembro que quando tive “papeira” uma vizinha rezou em mim, fazendo orações e gesticulando (geralmente em sinal de cruz), utilizando-se de um galho de umas folhas muito verdinhas e aromáticas para depois vir a saber que seria um raminho de arruda e que também era da mesma usada por minha amada tia Fátima Litaiff (*in memoriam*) que, depois de um tempo, passou a não poder mais rezar, pois vivia doente [...] apesar de sempre muito otimista e bem humorada, pois assim como as folhas do galho murcham, a própria pessoa que reza pode adoecer e, por isso, tem que estar bem sadia. Lembro, ainda, que papai e mamãe guardavam consigo junto aos nossos documentos, um par de pequenos e roliços gravetos bem amarradinhos que também posteriormente descobri que eram as nossas medidas, quando certa vez fomos tratados contra o “vento-caído”. Quantas vezes papai amassava as famosas Pílulas de Mattos, misturava com mel e umas gotas de óleo de andiroba [...] aquilo era bom e ruim [...] o gosto forte, mas sempre que adoecemos, era o que usávamos [...] também muito forte as lembranças do que mais gostava de tomar quando adoecia por qualquer motivo, “dor de garganta” ou qualquer outro mal, sempre mamãe fazia um leite quente batido com folhas de mastruz... Uma delícia tanto o aroma suave quanto o gosto [...] e para as dores no corpo, agudas ou crônicas, sempre curadas com óleo de andiroba ou com Sebo de Holanda massageando-se suavemente o local...Foi neste contexto que cresci e me graduei em Enfermagem, pela então Escola de Enfermagem

de Manaus, vinculada à Fundação Serviços de Saúde Pública-FSESP e, posteriormente à Fundação Nacional de Saúde-FNS, sendo atualmente vinculada à Universidade Federal do Amazonas-UFAM. Antes de me formar conheci meu esposo e nos casamos. Ele, sendo médico militar do Exército, foi transferido para prestar serviços em São Gabriel da Cachoeira-AM. Ao avistar a situação imaginamos que poderia ser vantajoso para nós estarmos próximos a Manaus. No ano de 1995, quando meu esposo foi servir no Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira (HGuSGC) (aqui vamos abreviar como HGu) e eu o acompanhei. Foi aí que nos aproximamos mais da população indígena. O HGu foi inaugurado naquele ano, sendo uma unidade de saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas (SESA-AM), sob gestão do Exército Brasileiro, para prestação de serviços de baixa e média complexidade, pelo Sistema Único de Saúde (SUS) aos cidadãos do município, tendo em seu corpo de profissionais tanto militares quanto civis, sendo estes vinculados a SESA-AM.

São Gabriel da Cachoeira-SGC é um Município situado na Região Norte do Amazonas, distante da capital de Manaus em 852 km, com extensão territorial de 109 185 km², sendo uma das maiores do país, situado na região conhecida como “Cabeça do Cachorro”, região de fronteira com a Colômbia e a Venezuela, considerada estratégica para o Brasil, tendo como acesso a via fluvial ou aérea, com população estimada de 46 mil pessoas, sendo 74% indígena, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (2021) e de até 90%, segundo o Instituto Socioambiental-ISA (2021). É o município que detém a maior concentração de indígenas e de diferentes etnias do país, de 27 povos (22 presentes no Brasil), de três famílias linguísticas: Aruak, Maku e Tukano. Etnias do Rio Uaupés: Arapaso, Bará, Barasana, Desana, Karapanã, Kubeo, Makuna, Miriti-tapuya, Pira-tapuya, Siriano, Tariana, Tukano, Tuyuca, Kotiria. Etnias do Rio Içana: Baniwa e Coripaco. Etnias Maku: Hupda, Yuhup De, Dow, Nadöb, Kakwa, Nukak (as duas últimas habitam só na Colômbia). Etnias do Rio Xié: Baré e Warekena. Apesar de distintas línguas e de diferenças culturais, compõem uma mesma área cultural, estando em grande medida articuladas numa rede de trocas e identificadas no que diz respeito à cultura material, à organização social e à visão de mundo (ISA, 2021). 80% do município são das Terras indígenas: Alto Rio Negro, Balaio, Cué Cué/ Marabitanas, Amiúm, Médio Rio Negro I, Médio Rio Negro II, Rio Xié, Yanomami e pelo Parque

Nacional do Pico da Neblina (IBGE, 2021; ISA, 2021). Destaca-se a seguir a categoria “indígena” utilizada pelo IBGE:

> A categoria 'indígena' do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) não é tomada como sinônimo ou substituta de 'povos indígenas', de 'grupos indígenas' ou de 'população indígena', nos moldes que predomina na literatura antropológica especializada. Isso porque, por meio de seu sistema de coleta de informações, os censos vêm captando diferentes categorias sociológicas, duas das quais são as seguintes: povos indígenas enquanto totalidades sociológicas distintas, definidos pela convenção 169 da OIT (Organização Internacional do Trabalho), ou seja, povos que se diferenciam da coletividade nacional por seus usos, costumes e tradições; e, por outro lado, conjuntos de pessoas que se reconhecem como descendentes de índios (ou índio-descendente), mas que não sabem a que povo ou etnia pertenciam seus ancestrais indígenas. Ao traçar um perfil dos que se autodeclararam 'indígenas' nos censos, o intuito é contribuir para sistematizar e divulgar o que se constitui em uma importante base de dados pertinente a essa população, até agora muito pouco conhecida do ponto de vista demográfico, com objetivo de inclusive aprimorar a formulação do quesito cor/raça/etnia nos próximos censos e em outros levantamentos demográficos (PEREIRA, SANTOS, AZEVEDO, 2005, p. 156).

Na ocasião fui convidada a trabalhar na Casa do Índio, através de prestação de serviços à Fundação Nacional do Índio, órgão então responsável pelo serviço. Foi a partir daí que mergulhei na saúde indígena. A Casa do Índio, conhecida na ocasião como Oca do Índio, era uma estrutura predial composta por quatro pavilhões, localizada distante do centro urbano da cidade, cujo ponto central eram os serviços de enfermagem e de alimentação dos indígenas advindos do interior do município que estavam a necessitar de algum apoio de saúde ou social enquanto permaneciam na sede. Cada pavilhão abrigava grupos indígenas assemelhados, de modo que somente os Yanomami[2] dispunham de um pavilhão exclusivo, devido à hierarquia definida pelos próprios indígenas. Os Maku ou Kamã eram grupos autodenominados Hupda, Yuhup De, Dow que também eram isolados dos demais grupos, sendo considerados “menores” por etnias predominantes como os Tukano[3], ainda que pouco se utilizassem do serviço. A minha função enquanto enfermeira era coordenar a equipe de enfermagem quanto ao atendimento dos pacientes internados na própria Oca e seu encaminhamento para atendimento no HGu em consultas e exames ambulatoriais e acompanhamento de pacientes internados e de alta. A capacidade da Oca dava alojamento de rede para pelo

[2] Os nomes tribais não terão flexão portuguesa de número ou gênero (Convenção-Associação Brasileira de Antropologia-ABA, 1954).

[3] Ver a história indígena do Alto Rio Negro em: WRIGHT, Robin M. (1981).

menos 150 pessoas. Devido à diversidade de línguas faladas, os técnicos de enfermagem nativos atuavam também como intérpretes ou mesmo outros indígenas bilíngues intermediam a comunicação com os indígenas que não falavam português, que vinham do interior e em busca de resolver seus problemas de saúde (também viriam resolver problemas sociais, como documentos, auxílios, benefícios sociais, dentre outros serviços oferecidos pela FUNAI).

Conheci a Flora Maria de Oliveira, a assistente social da SESA-AM no HGu. A Flora foi a maior entusiasta que tivemos eu e meu esposo nesse entrosamento com a saúde dos povos indígenas em SGC. Sempre muito ativa e envolvida com a resolução dos problemas, acolhia os indígenas que ali se apresentavam, utilizando-se de pessoas da própria unidade como intérpretes para intermediar o entendimento e encaminhamentos dos casos. Foi através da Flora que tomei conhecimento da programação de implantação do Distrito Sanitário Indígena Yanomami-DSY, da então Fundação Nacional de Saúde - FNS (e depois mudou de sigla para FUNASA), a qual estava aberto concurso público para ingresso de profissionais de saúde para compor equipes de saúde. Ela me disse que eu teria perfil para trabalhar com a população indígena e que certamente eu seria selecionada. Continuei trabalhando na Oca e atuei também como instrutora no Centro de Saúde Escola Dom Walter Ivan-CSEDWI, onde Flora era diretora. Nesse período vivenciei o processo formativo dos Agentes Indígenas de Saúde do Alto Rio Negro, num projeto da FNS com a UFAM e o CSEDWI e, após dois anos, fui chamada pelo concurso e ingressei de modo efetivo para atuar junto à população indígena.

O ano era 1998, quando tive a oportunidade de participar e imergir nas problemáticas acerca da saúde das populações indígenas rionegrinas nas pré-conferências, conferências locais e municipal para a 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (3ª CNSI) que veio a ocorrer em 2001, tendo como tema: "*Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde Indígena, com controle social*". A temática foi decorrente da fortaleza do Movimento Sanitário que teve início na promulgação do Decreto Federal 3.156, de 27/08/1999 que trata da transferência da prestação da assistência à saúde dos Povos Indígenas no âmbito do SUS, ao Ministério da Saúde, através da FNS, até então responsável somente pela atenção primária, com a criação de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas-DSEI em todo o País, em seguida, da criação do Subsistema de Saúde

Indígena, no SUS, em 09/09/1999, com a publicação da Lei 9.836, sob os auspícios de Sérgio Arouca e Zilda Arns, como pauta já deliberada desde a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986, como desdobramento da 8º Conferência Nacional de Saúde-CNS, ocorrida no mesmo ano e em decorrência da ativa Comissão Intersetorial de Saúde Indígena-CISI, do Conselho Nacional de Saúde-CNS (BRASIL, 2015).

Aliado a esse processo, outro fator que influenciou e determinou minha imersão no tema da saúde indígena de modo confluente e integrante, foi o processo de qualificação de profissionais quando ingressei à então FNS (atualmente FUNASA), Coordenação de Saúde Indígena-COSAI, tendo ativa participação na construção de uma política de saúde voltada para as populações indígenas, buscava tecer caminhos para a disseminação e sensibilização na compreensão das especificidades da população indígena, num processo construtivo e participativo entre gestão, profissionais e, acima de tudo, de usuários do serviço de saúde indígena, especialmente empoderados e engajados na construção da Política Nacional de Atenção à de Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), que veio a ser publicada, através da Portaria MS/GM, 254/2002, em decorrência do Subsistema de Saúde Indígena. A qualificação dos profissionais de saúde indígena teve, essencialmente, além de diversos cursos de curta duração realizados pelo Centro de Saúde-Escola Dom Walter Ivan de Azevedo - CSEDWI, a realização de cursos de aperfeiçoamento e de especialização em saúde indígena, numa parceria com da COSAI e a UFAM, especialmente focados na qualificação dos profissionais dos vinculados a FNS, 5 DSEIs no Amazonas, entre os 34 em todo o país. Sob coordenação da então chefe do Subdistrito de São Gabriel da Cachoeira - SGC, minha estimada amiga Bernadeth de Lourdes *von* Söhsten, participei desse processo de qualificação a oportunidade de observar e respeitar a cultura como elemento estruturante que todo e qualquer profissional que trabalhe com populações específicas deveriam se apropriar, de modo a contribuir para a formação e a construção de meios de propiciar trocas e vivências favoráveis para a saúde e bem estar da coletividade.

As discussões giravam em torno especialmente da dicotomização e incoerência constitucionais da atenção à saúde dos povos indígenas e de suas condições de saúde, associados à desvalorização dos conhecimentos tradicionais, priorizando-se a biomedicina. Por ordem do Decreto 1.141/1994 a FNS estava a

prestar serviços de atenção primária e a "*parte*" assistencial à FUNAI. É tanto que, lamentavelmente utilizava-se um triste jargão "*índio em pé é da FNS, índio deitado (doente ou morto) é da FUNAI*". De tal modo, como se, além da dicotomização da atenção à saúde, não se tratasse de pessoas auto identificadas, cidadãos que não necessitavam de tutela, em desrespeito ao SUS e, per si, à Constituição Federal e ao fomento às práticas tradicionais de cura dos Povos Indígenas (BRASIL, 1994).

Passados cinco anos em SGC nos mudamos para Fortaleza-CE, tendo sido transferida também acompanhando cônjuge para a então FNS-CE, com sede em Fortaleza-CE. Conheci nesta ocasião a então chefe do Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará, Meire de Souza Soares Fontes que foi muito acolhedora. Primeiramente atuei na então Unidade Centro de Saúde dos Índios Tapeba-CESIT, em Caucaia-CE onde fui de pronto acolhida, trabalhando na área assistencial, quando tive a oportunidade de conhecer lideranças natas da comunidade[4], como a Dona Raimunda Tapeba, forte e antiga rezadeira das aldeias Tapeba. No ano seguinte, fui lotada na sede do serviço, em Fortaleza, na Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde, agora sob nova sigla, a FUNASA (CORE-CE), dirigida pelo Dr. José Wellington de Oliveira Lima que me acolheu muito bem. Na ocasião, assim como em todo o Brasil, também estava sendo implantado o DSEI do Ceará, sob chefia de Meire de Souza Soares Fontes, outra grande amiga que ganhei com quem tive a oportunidade de compartilhar variados desafios no processo de implantação do SASI-SUS no Ceará, por mais de 18 anos. A luta que, até hoje ainda se trava, é assegurar os direitos aos povos indígenas e todo o processo de inclusão do SASI no SUS. No entanto, o maior desafio enfrentado pelos indígenas para a implantação de um Subsistema de Saúde Indígena no SUS, estava na afirmação de sua identidade junto à sociedade. Estavam/estão num processo de luta pela reaproximação e afirmação identitária da presença e diversidade de povos indígenas para assim, assegurar a implantação do SASI-SUS. Além de serem quantitativamente infinitamente menores que os demais cearenses quem na época, eram de aproximadamente menos de 10 mil indígenas entre os quase oito milhões de cearenses (IBGE, 2000; IPECE, 2006), o que dificultava e ainda hoje dificulta sua visibilidade. Embora já tivesse conhecimento do problema enfrentado pelos indígenas no nordeste como um todo, quando a professora Maria Luiza Garnelo me

[4] Utilizaremos os termos aldeia e comunidades de modo associado, haja vista os termos serem utilizados nas áreas indígenas do Ceará indissociadamente.

apresentou os livros com as linhas de pensamento do Professor João Pacheco de Oliveira. A partir de então, passei a vivenciar as situações com o coletivo indígena, a procura de caminhos para a compreensão do processo de resistência e de reelaboração da cultura e, assim, da compreensão do modo de ver e de viver a vida de modo saudável dessa população, reapresentando-se paulatinamente, frente transformações socioculturais pelas quais passam no Brasil colonial e como chegaram à contemporaneidade (OLIVEIRA, 1994; LUCIANO, 2006; SILVA, 2003; GEERTZ, 2008). Enquanto profissional de saúde e técnico, procurava a conciliação entre os mecanismos técnicos e administrativos que viabilizassem a materialização no serviço oferecido, a partir dos anseios da coletividade justificados, formalizados e priorizados pelos Planos Distritais de Saúde Indígena-PDSI, aprovados pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena-CONDISI-CE. O processo de construção do PDSI se dava com a utilização da metodologia de planejamento estratégico, desde as aldeias até os polos base e o distrito, sendo estabelecido e direcionado pelo então Departamento Nacional de Saúde Indígena-DESAI, contendo indicadores e metas a serem cumpridas no quadriênio, necessitando de aprovação do CONDISI-CE (BRASIL, 2004).

Em 2008, quando a então Divisão de Vigilância Epidemiológica - DIVEP da Coordenação Regional do Ceará - CORECE foi dissolvida, tendo suas atividades sido absorvidas pelo Estado, o DSEI-CE recebeu servidores técnicos de vigilância que enriqueceram o processo de qualificação da implantação do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena-SIASI. Na ocasião, o DSEI-CE estabeleceu parceria com a Universidade Estadual do Ceará, através do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, com o professor Dr. Andrea Caprara, por direcionamento do professor Dr. José Wellington de Oliveira Lima que observava a importância de estudos com abordagens qualitativas para melhor compreender os processos de saúde dos indígenas e subsidiar as análises daqueles indicadores produzidos pelo SIASI. Foi desenvolvido então o primeiro projeto institucionalizado de saúde intercultural sobre os processos de adoecimento e cura dos índios Potyguara do Mundo Novo e Jacinto, em Monsenhor Tabosa, no Ceará-Brasil, intitulado: "*Práticas Etnomédicas e Educação Permanente Intercultural dos Profissionais de Saúde: uma Pesquisa com os Potiguara de Monsenhor Tabosa - Ceará*", que procurou entender as múltiplas interações dos Potyguara com o meio social, com o próprio sistema tradicional de saúde e o sistema de saúde biomédico.

Dentre as lideranças indígenas, duas professoras Potyguara de Monsenhor Tabosa vieram a compor o grupo de pesquisa, as professoras Marluce e Teka, que demonstravam também a preocupação de pesquisar seu próprio sistema médico e sua relação com a biomedicina, através da simbologia percebida e vivenciada por elas, com vistas à melhoria da situação de saúde de seu povo e, essencialmente, de se fazer ver e valer frente às demandas e críticas da sociedade nacional (Símbolos 1 e 2). Começamos assim com atividades de formação em pesquisa científica de duas líderes indígenas, que participaram em duas disciplinas do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da UECE, ministradas pelo Professor Dr. Andrea Caprara (Antropologia da Saúde Global e Etnografia da Saúde). Desde então temos desenvolvido projetos financiados pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPQ. Toda a linha do projeto está na busca da interpretação dos Potiguatauia – Potyguara, Tapuia e Tabajara à luz da situação em que se inserem ou são influenciadas (GEERTZ, 2008), o modo de compreender a situação de saúde e seu processo, na perspectiva de observação participante, de Malinowski (1978).

De modo convergente, no DSEI-CE desenvolvemos o Projeto Árvore da Vida, sob demanda do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Ceará-CONDISI-CE, que tem como objetivo fomentar a revitalização e visibilidade das práticas tradicionais de cuidados em saúde indígena, sendo esse, assim, o eixo central que pressupõe desde a necessidade da posse da terra indígena e sua desintrusão[5], para a preservação e renovação de nascentes de rios onde localizam-se as principais vegetações tradicionais, muitas vezes em extinção, de modo a promover o etnodesenvolvimento (HENRIQUES *et al*, 2017). Esse seria um conceito surgido como uma alternativa crítica em contraposição ao entendimento desenvolvimentismo etnocida sobre os povos indígenas e tradicionais que seriam obstáculos para o progresso, equivocadamente tido como sinônimo de desenvolvimento (VERDUM, 2002). No estudo de revisão Sousa *et al* (2021) discorreram que esse conceito foi

[5] Refere-se a retirada do que é intruso. Ato ou efeito de retirar de um imóvel quem dele se apossou ilegalmente ou sem autorização do proprietário. Refere-se à retirada de ocupantes ilegais de áreas reconhecidas e regularizadas como sendo terras indígenas, reservas ambientais, territórios quilombolas ou de outros povos e populações tradicionais (BRASIL, 2019). Artigo 18 do Anexo LXXII – Convenção 169, da Organização Internacional do Trabalho sobre Povos Indígenas e Tribais, do Decreto 10.088, de 05/11/2019: "*A lei deverá prever sanções apropriadas contra toda intrusão não autorizada nas terras dos povos interessados ou contra todo uso não autorizado das mesmas por pessoas alheias a eles, e os governos deverão adotar medidas para impedirem tais infrações*" (BRASIL, 2019).

forjado ao longo do tempo e ainda que se distancie da viabilidade por questões práticas, talvez não sejam tão utópicas. Eles dialogam com os conceitos de etnodesenvolvimento, política pública e bem viver indígena, como modo de repensar a própria definição de desenvolvimento, relativizando-o a partir do entendimento de interculturalidade e do desenvolvimento etnicamente sensível, na qual os indivíduos formam parte de um todo mais harmônico com a natureza e com os outros indivíduos, tendo em consideração a alteridade. Neste contexto, conhecimentos e práticas tradicionais são como um dos elementos de uma teia que, segundo Acosta *et al* (2020) requer um equilíbrio entre o bem-estar advindo do modo de vida indígena, sob uma perspectiva holística.

Embora no passado as informações acerca da cultura tenham sido tomadas como irrelevante, atualmente variados estudos têm demonstrado a influência dos fatores culturais na saúde do indivíduo e da coletividade. A influência das relações sociais na saúde tem sido objeto de estudo há muitos anos. Em antropologia há uma corrente interpretativa que faz uma integração entre as dimensões do contexto da saúde, tendo como origem Clifford Geertz (1973) que concebe a cultura como o universo de símbolos e significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar a experiência e guiar suas ações (Geertz, 1973). Desta forma, pode-se considerar que as percepções, as interpretações e as ações, até mesmo no campo da saúde, são culturalmente construídas.

Nas décadas de 1970 a 1980 um grupo de cientistas da Universidade de Harvard principalmente o médico e antropólogo Arthur Kleinman e Byron Good descreveram elementos para a análise dos fatores culturais que interferem no campo da saúde, situando-se entre os principais representantes da corrente interpretativa em antropologia médica (KLEINMAN; GOOD, 1985). Na perspectiva de diferenciar a concepção da doença sentida pelo paciente da doença percebida pelos profissionais da biomedicina Eisenberg e Kleinman distinguiram como *disease* a doença diagnosticada pela biomedicina em termos fisiopatológicos, já o termo *illness*, se refere a doença vivenciada pelo paciente, a qual é diferenciada pela experiência prévia do mesmo e que é influenciada pela sua formação, personalidade e contexto cultural no qual está inserido.

No Brasil, a antropologia médica tem situado as terapias indígenas certamente como parte integrante da cultura e, nos últimos anos, os estudos têm apontado os fatores culturais como altamente influenciadores no sucesso ou

insucesso das intervenções na área de saúde (LANGDON, 1988; MINAYO, 1998). Adicionalmente, Caprara (2009) propõe a reversão do modelo biomédico, a partir do entendimento de que as práticas tradicionais não seriam as causas dos problemas, mas sim, o valor a elas atribuído, como expressões positivas na compreensão dos contextos, constituindo-se como primeira condição a aproximação ao seu contexto vivido (CAPRARA, 2009).

A procura dos significados da teia simbólica que expressam a cultura dos povos indígenas e, assim, da compreensão das concepções e dos processos de saúde e doença frente ao seu processo semiótico, sob a perspectiva interpretativa de Clifford Geertz (GEERTZ, 2008), poderá contribuir para o mapeamento da compreensão de equilíbrio com a vida espiritual e de convergência dos determinantes sociais na saúde dos indígenas. Desta forma, mostra-se relevante o desenvolvimento de estudos acerca da medicina tradicional indígena no Ceará dada a parca produção identificada, frente à necessidade apresentada.

Assim, esta tese propõe a compreender a importância das práticas tradicionais de saúde indígena enquanto elementos da cultura, para o fortalecimento da relação entre os sistemas médicos indígenas e o sistema oficial de saúde, visando à valorização, manutenção e atualização dos saberes e práticas tradicionais de cuidado com a saúde que poderiam ser vislumbrados como elementos positivos, proposto por Caprara (2009). Além disso, relaciona que as medicinas tradicionais indígenas são do domínio dos próprios grupos indígenas, tanto das comunidades quanto de seus praticantes. E, assim, o referido projeto busca a promoção de ações que fortaleçam as práticas das medicinas tradicionais indígenas em comunidades adscritas do Ceará (BRASIL, 2019).

1.1 Pergunta de investigação

A partir de crítica ao contexto político, histórico-antropológico, como se dá a compreensão da reelaboração da etnomedicina Potyguara na contemporaneidade, sob a perspectiva interpretativa?

1.2 Contribuição da pesquisa

A interpretação do processo de reelaboração das práticas tradicionais de saúde dos Potyguara na contemporaneidade poderá contribuir para o fortalecimento dessa reconstrução, uma vez que apresenta preceitos frágeis que lhes confere caráter emergente, especialmente frente ao sistema médico oficial hegemônico.

Vislumbra-se que um trabalho compartilhado entre os cuidadores das práticas tradicionais de saúde indígena e os profissionais (da biomedicina) poderia se concentrar na compreensão das concepções e da experiência dos processos de adoecimento e cura, a partir do meio sociocultural (CAPRARA, 2009), a compreensão desses fenômenos (ANDRADE; SOUSA, 2015), entrelaçando etnomedicina e a antropologia simbólica para o alcance de uma atenção realmente diferenciada ao povo indígena, frente às transformações sociais e a reelaboração cultural que vivem, especialmente no Nordeste (OLIVEIRA, 1994), associada ao crescimento populacional e as reivindicações político-sociais. Essa compreensão poderia contribuir na assistência à saúde dos povos indígenas desde o processo formativo dos profissionais para atuação em contexto intercultural, como direitos assegurados constitucionalmente.

Desta forma, em tese, a interpretação da etnomedicina na contemporaneidade poderá delinear o desvelamento da ideia de saúde, num contínuo processo semiótico de promoção da saúde, de equilíbrio espiritual, num bem-viver.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Compreender o processo de (re)elaboração histórico-antropológica, das práticas etnomédicas dos Potyguara de Monsenhor Tabosa-Ceará, a partir da análise da representação das concepções que permeiam a rede de cuidados tradicionais na contemporaneidade.

2.2 Específicos

a) Descrever a organização da atenção à saúde tradicional dos Potyguara, Mundo Novo e Jacinto;
b) Mapear os cuidadores tradicionais indígenas que residem e atuam nas aldeias Potyguara, Mundo Novo e Jacinto;
c) Categorizar os casos de tratamentos tradicionais prestados pelos cuidadores tradicionais indígenas nas aldeias Mundo Novo e Jacinto e diferenciar dos cuidados produzidos pelas Equipes de Saúde Indígena.
d) Interpretar a percepção dos Potyguara a respeito do seu processo de adoecimento e cura.
e) Aplicar e analisar instrumentos e ferramentas educativas, com foco nas ações de promoção da saúde, prevenção e cuidados e de estímulo ao autocuidado, valorizando as práticas médicas indígenas e a qualificação específica para os profissionais de saúde indígena.
f) Descrever o perfil epidemiológico da Covid-19 no contexto indígena no Ceará.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Artigo 1 - Os povos indígenas no Brasil e no Nordeste: das perdas ao reaparecimento

> "A consciência moderna assume – precisamente como 'consciência histórica' – uma posição reflexiva com relação a tudo o que lhe é transmitido pela tradição. A consciência histórica já não escuta beatificamente a voz que lhe chega do passado, mas, ao refletir sobre ela, recoloca-a no contexto em que ela se originou, a fim de ver o significado e o valor relativos que lhe são próprios. Esse comportamento reflexivo diante da tradição chama-se interpretação".
>
> (GADAMER, 1998).

A discussão e dissonância quanto à historicidade dos Povos Indígenas no Brasil se reporta a herança de dado assistencialismo em função da invasão e expropriação das terras indígenas e escravização dos indígenas desde a colonização. O pensamento romântico idealizado pelo nacionalismo decretava a extinção dos povos indígenas à medida que os anos passariam, de modo a serem "*absorvidos*" pela sociedade nacional. No entanto, a dinamicidade da cultura enquanto movimento social, associada às reivindicações políticas, propiciaram a retomada e a ressignificação dos costumes, de modo a fortalecer o ressurgimento das práticas e praticantes dos cuidados tradicionais indígenas, como eixo estruturante no processo (GEERTZ, 1973; ANDRADE; SOUSA, 2015).

Os aspectos históricos aqui abordados são por mim declarados que sim, são atravessados por seus efeitos no presente e no modo de ver e estar no mundo e vice-versa, com os quais se relacionam à atualidade da condição sociodemográfica dos Povos Indígenas. No entanto, procuramos compreender e minimizar a pretensa isenção proposta pelo distanciamento do materialismo histórico, através da perspectiva crítica hermenêutica de Hans-Georg Gadamer (1996).

No Brasil, segundo o IBGE (2000) no início do século XVI a população indígena estava estimada entre dois e cinco milhões de pessoas, estando já extintos muitos povos daqueles existentes no período pré-cabralino (IBGE, 2000; RIBEIRO, 1957; KIETZMAN, 1967; PETRUCCELLI, 2013b).

Os povos indígenas foram assistidos pelos missionários Jesuítas de forma integrada às políticas dos governos integracionistas através de aldeamentos e, assim, tinham a sua saúde corporal e espiritual cuidadas por esses missionários, expropriando-os de suas crenças e culturas.

Cunha (1987; 2012) corrobora com o Ministério da Saúde (2002), destacando que a população indígena foi dizimada não apenas pelas punições às suas manifestações religiosas e a resistência à colonização, mas, principalmente, pelas epidemias de doenças infecciosas, cujo impacto era favorecido pelas mudanças no seu modo de vida impostas por elas (como escravidão, trabalho forçado, maus tratos, confinamento e sedentarização compulsória em aldeamentos e internatos) que levaram a perda da autoestima, a desestruturação social, econômica e dos valores coletivos, especialmente no que se refere à posse da terra, exploração de recursos naturais e implantação de grandes projetos de desenvolvimento (BRASIL, 2002).

Não para isso, mas acima de tudo para cuidar dos diversos problemas resultantes da expansão econômica e a construção de linhas telegráficas e ferroviárias que provocaram numerosos massacres de índios e elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis que, em 1910, criou-se pelo governo federal, o Serviço de Proteção ao Índio-SPI, vinculado ao Ministério da Agricultura, com a finalidade de proteção dos índios e o seu progressivo enquadramento, assim como suas terras, ao sistema produtivo nacional, sob inspiração positivista, corrente da filosofia europeia que defende a ciência como a verdadeira forma de conhecimento. Neste sentido, o indígena era considerado como se estivesse num estágio infantil da humanidade e que poderiam “evoluir” na integração à sociedade nacional por meio de projetos integracionistas de cunho educativo e agrícola (BRASIL, 2002). Adversativamente, o SPI, atuou de modo contrário aos interesses indígenas, sendo instrumento de matanças de comunidades inteiras, cometendo torturas e toda sorte de crueldades contra indígenas em todo o país — principalmente por latifundiários e funcionários, amplamente documentado especificamente no Relatório Figueiredo, elaborado pelo procurador Jader de Figueiredo Correia que, entre os anos de 1967 e 1968, apurou denúncias de crimes cometidos contra populações indígenas no período

do regime militar. O relatório ficou desaparecido por 45 anos e foi encontrado em 2013 no Museu do Índio do Rio de Janeiro (BRASIL, s.d)[6].

O Ministério da Saúde, na década de 50, no entanto, prestava serviços à população indígena através do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA). Em 1967, quando foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e, baseando-se no modelo de atenção do SUSA, foram criadas as Equipes Volantes de Saúde (EVS) pela FUNAI.

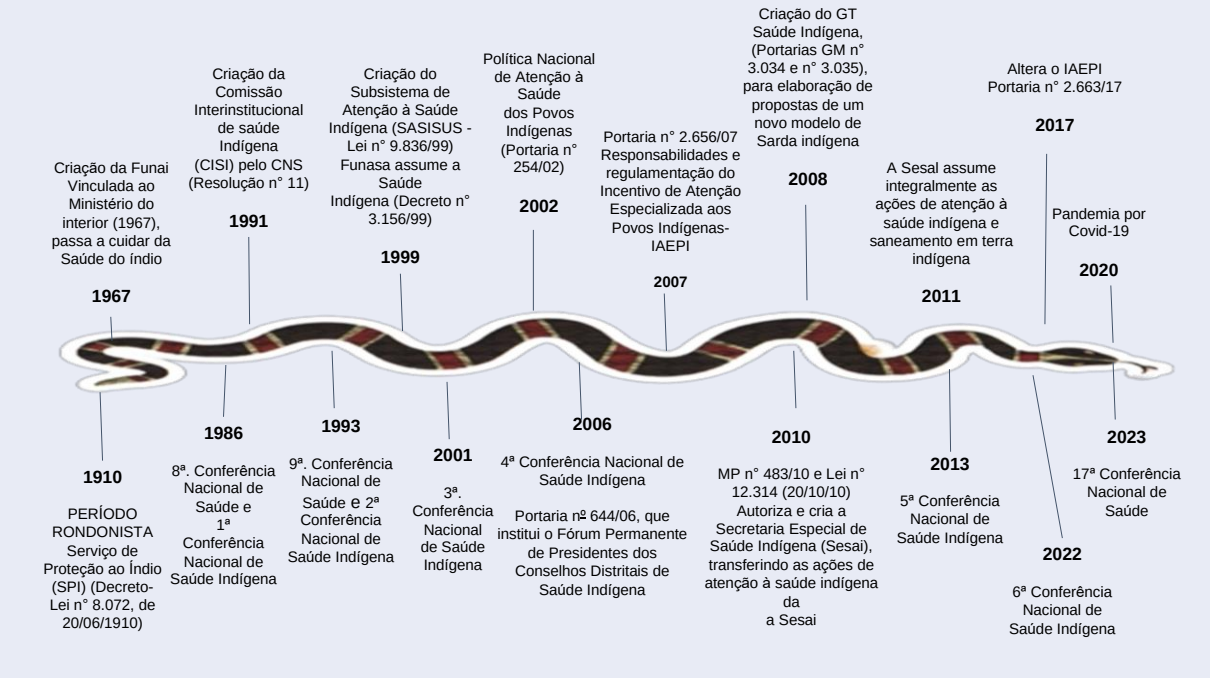
Esse processo desviante, desconcentrado e desarticulado, associado ao baixo investimento econômico, segundo Confalonieri (1989), veio ao longo do tempo pouco contribuindo com a melhoria da situação de saúde dos povos indígenas. Associado ao Movimento Sanitário da década de 80, segundo o autor, três grandes eixos subsidiaram a fundamentação para criação de uma Lei e uma Política sanitária indigenista: a transculturação (relação entre a biomedicina e a medicina tradicional indígena) onde afirma ocasionar conflitos para sua convergência; às condições de acesso geográfico e a dificuldade para a estruturação e a manutenção de serviços com mão de obra qualificada nas aldeias; e o terceiro grande eixo trata da transição epidemiológica percebida pela população indígena, que partiu de um caráter endêmico e de baixa letalidade de doenças tradicionalmente conhecidas para epidemias devastadoras em curto período (BRESSAN, BASTOS; LEITE, 2015). Ademais, a política integracionista mostrou-se ineficiente, tendo como grande oponente o crescente e contínuo aumento demográfico revitalizando as culturas, a ampliação dos direitos relacionados às especificidades étnicas através de políticas afirmativas e à reivindicação de cidadania do indígena pós-constituinte, em oposição à tutela (GARNELO, 2012).

Passados 100 anos após a criação do primeiro serviço de atendimento específico à população indígena, como brevemente pontuado os principais marcos na Figura 1, até o ano 2023, passando desde a criação do SPI, no período rondonista, a Criação da FUNAI, o importantíssimo marco para a saúde dos povos indígenas que foi a criação da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) pelo Conselho Nacional de Saúde, através do qual foram sendo paulatinamente inseridas as demandas da população indígena, com a vinculação das Conferências Nacionais

[6] Para detalhes do regime cruel e autoritário do SPI, veja o Relatório Figueiredo, dossiê realizado à época e extraviado, tendo vindo à tona somente no ano 2013, disponível para consulta: https://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/grupos-de-trabalho/violacao-dos-ireitos-dos-povos-indigenas-e-registro-militar/relatorio-figueiredo

de Saúde Indígena à Conferência Nacional de Saúde, de modo convergente aos anseios dos segmentos ali representados como gestão, usuário e profissionais de saúde. O ponto culminante da linha alcança a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena, vinculada ao Ministério da Saúde até a atualidade, passando pela pandemia por Covid-19, onde essa população mais uma vez passou por diversas dificuldades e discriminações.

Figura 1 – Linha do tempo saúde indígena 100 anos e mais, 1910 a 2023



Fonte: CCMS/MS, 2014, adaptado e atualizado pela autora.

A SESAI tem como desafio o desgastado modelo neoliberal de desenvolvimento e as tensões geradas pela crescente iniquidade socioeconômica, o que torna necessária a discussão quanto ao reconhecimento da importância da convergência dos determinantes sociais e o combate das iniquidades em saúde que eles geram e sua relação inversa com a ocorrência das doenças cardiovasculares, assim como a diminuição da expectativa de vida e o aumento dos anos de vida com problemas de saúde, num processo denominado como Sindemia por Merrill Singer (2009) que caracteriza a interação mutuamente agravante entre problemas de saúde em populações em seu contexto social e econômico (MENDENHALL, 2017).

Há variados modelos que demonstram a importância e determinação social na saúde. A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2008) da Organização Mundial de Saúde utiliza a proposta de Dahlgren e

Whitehead (1992) quanto aos Determinantes Sociais da Saúde-DSS que os define como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais os quais influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, segundo Buss e Pellegrini Filho (2007) (Figura 2).

Figura 2 – Modelo dos determinantes sociais da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead e adotado pela OMS, 2008



Fonte: Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, 2008.

Michael Marmot[7] tem liderado pesquisas acerca dos DSS, das desigualdades em saúde, tendo demonstrado a relação inversa entre a situação social e a ocorrência das doenças cardiovasculares, assim como a diminuição da expectativa de vida e o aumento dos anos de vida com problemas de saúde (MARMOT *et al.*, 1991; BOSELEY, 2020).

Aqui cuidaremos desta abordagem na perspectiva sociológica contemporânea de Latour (2012), (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017), tendo os fenômenos sociais como convergentes e não como pontos de partida. A

[7] Sir Michael Marmot. No ano 2000 foi nomeado cavaleiro pela Rainha Elizabeth II, por serviços de epidemiologia e compreensão das desigualdades em saúde.

despeito da restrição da importância dos determinantes sociais às questões de saneamento e controle de vetores, imposta pela forma de lidar com as doenças restritamente a partir do modelo biologicista de causalidade, o aspecto individualista e curativo, os determinantes sociais já eram apontados desde Hipócrates no século V a.C. e levados a termo no período industrial, em meados do século XIX;

O biologicismo pressupõe o reconhecimento da natureza biológica das doenças; se justifica na compreensão que a doença é causada por agentes biológicos (químicos e físicos estão incluídos), em corpos biológicos, com repercussões biológicas. No primeiro caso, associa-se à unicausalidade; no segundo, confere dimensão estritamente biológica ao ser humano, descontextualizando sua posição biográfica, familiar e social; e por último, ocupa-se da valorização da entidade estrutural patológica (MENDES, 1996).

Há variadas informações que evidenciam a determinação das condições de saúde e doença das comunidades indígenas no Ceará relacionadas a nutrição entre os Jenipapo-Kanindé (SAMPAIO; SABRY, 2002), outro com os Tremembé (SANTIAGO, 2002) e um sobre a saúde da mulher indígena (BUSGAIB, 2010), outro sobre a saúde da criança (DANTAS; ALMEIDA, 2017) e o perfil epidemiológico dos povos indígenas cearenses (DANTAS *et al.*, 2018).

As lideranças indígenas têm demandado nas diversas instâncias de controle social quanto à relação da situação de posse das terras tradicionalmente ocupadas em relação às perdas de territórios tradicionais e aos atritos com a população nacional, em todas as regiões cearenses, especialmente na região metropolitana da capital (BRASIL, 2019). Sua reinvindicação tem sido tomada pela justiça como ilegal, que ocasionam decisões judiciais que afetam as condições de vida dos povos indígenas. Atualmente há somente uma Terra Indígena (TI) demarcada no Ceará, a do Córrego João Pereira (ARARIPE, 2020). É preocupante a atual política de desmonte e de esvaziamento de atribuições da FUNAI no tocante à demarcação de TI que tem sido um processo lento e muitas vezes tortuoso deixando essa população vulnerável à invasão de grileiros, madeireiros e garimpeiros (CAMPOS, 2019).

O processo de demarcação é o meio administrativo para explicitar os limites do território tradicionalmente ocupado pelos povos indígenas. É dever da União, que busca com a demarcação de terras indígenas: a) resgatar uma dívida histórica com os primeiros habitantes destas terras;b) propiciar as condições

fundamentais para a sobrevivência física e cultural desses povos; e c) preservar a diversidade cultural brasileira. Tudo isso em cumprimento ao que é determinado pelo caput do artigo 231 da Constituição Federal. As diretrizes do processo administrativo de demarcação das terras indígenas estão definidas na Lei nº 6.001, de 19/12/1973 – Estatuto do Índio, bem como no Decreto nº 1.775, de 08/01/1996. O procedimento atual para a identificação e delimitação, demarcação física, homologação e registro de terras indígenas está estabelecido e balizado no Decreto nº 1.775/96, que “dispõe sobre o procedimento administrativo de demarcação das terras indígenas”, definindo claramente o papel do órgão federal indigenista, as diferentes fases e subfases do processo, bem como assegurando transparência ao procedimento, por meio de sua publicidade (BRASIL, 2022).

No Ceará, a relação da saúde com o território indígena apresenta-se difuso, com distintas situações, mas que, em geral, na contemporaneidade, se apresenta como um contínuo ao processo de intrusão das terras indígenas, justificados a título da negação da existência de indígenas no estado, como nos territórios tradicionais dos Tremembé e Jenipapo-Kanindé (RIGOTTO; BRAGA, 2012; LUSTOSA, 2012), Tapuia (FONTENELE; DINIZ, 2018), relacionados a desmatamentos, pesca predatória, assoreamento e contaminação de rios e lagoas, alteração no regime tradicional de uso e ocupação do território, ocasionando danos, riscos à saúde e violência nos territórios dos povos indígenas cearenses.

Segundo o Mapa de Conflitos Envolvendo Injustiça Ambiental e Saúde no Brasil, coordenado pelo Neepes/ENSP/Fiocruz, há pelo menos 611 conflitos em todo o país, distribuídos por todo o estado com danos à saúde de diversas populações como agricultores familiares, moradores de aterros, pescadores artesanais, marisqueiras, ribeirinhos, trabalhadores rurais, quilombolas e indígenas, sendo 19 (dezenove) identificados no Ceará, dos quais 6 (seis) relacionados aos indígenas, filtrados constantes na Tabela 1.

Tabela 1 – Mapa de conflitos envolvendo injustiça ambiental e saúde no Ceará, 2023

(continua)

Nome	Município	Populações	Atividades Geradoras do Conflito	Danos à Saúde	Impactos Socioambientais
CE – Apropriação da zona costeira, pelo agronegócio e o turismo internacional, coloca em risco terras tradicionais dos povos Tremembé	Itarema (CE), Itapipoca (CE)	Povos indígenas	Atuação de entidades governamentais, Atuação do Judiciário e/ou do Ministério Público	Violência - ameaça	Falta / irregularidade na demarcação de território tradicional, Invasão / dano a área protegida ou unidade de conservação
CE – Exploração de camarão em viveiros, a carcinicultura é fortemente apoiada por bancos públicos de fomento, compromete fontes naturais de água doce e coloca em risco a sobrevivência de comunidades tradicionais marisqueiras e pescadoras do Cumbe, Ceará	Paraipaba (CE), Aracati (CE), Itaiçaba (CE), Paracuru (CE)	Marisqueiras, Pescadores artesanais, Povos indígenas	Atividades pesqueiras, aquicultura, carcinicultura e maricultura, Atuação de entidades governamentais, Energia eólica	Doenças não transmissíveis ou crônicas, Insegurança alimentar, Piora na qualidade de vida, Violência - ameaça, Violência - assassinato	Desmatamento e/ou queimada, Pesca ou caça predatória, Poluição de recurso hídrico, Poluição do solo
CE – Pedreira da Empresa Britaboa ameaça índios Pitaguary em Fortaleza	Pacatuba (CE)	Povos indígenas	Atuação do Judiciário e/ou do Ministério Público, Mineração, garimpo e siderurgia, Políticas públicas e legislação ambiental	Acidentes, Doenças não transmissíveis ou crônicas, Piora na qualidade de vida, Violência - ameaça	Alteração no regime tradicional de uso e ocupação do território, Desmatamento e/ou queimada, Falta / irregularidade na autorização ou licenciamento ambiental, Falta / irregularidade na demarcação de território tradicional, Poluição atmosférica, Poluição de recurso hídrico, Poluição sonora

Tabela 1 – Mapa de conflitos envolvendo injustiça ambiental e saúde no Ceará, 2023

(continuação)

Nome	Município	Populações	Atividades Geradoras do Conflito	Danos à Saúde	Impactos Socioambientais
CE – Pioneiros na luta dos povos indígenas do Ceará, os Tapeba têm sua Terra declarada após 35 anos. Mas a luta pela homologação continua	Caucaia (CE)	Povos indígenas	Políticas públicas e legislação ambiental	Falta de atendimento médico, Piora na qualidade de vida, Violência - assassinato, coação física	Alteração no regime tradicional de uso e ocupação do território, Invasão / dano a área protegida ou unidade de conservação
CE – Povo indígena Anacé, pescadores, agricultores e outras comunidades tradicionais lutam e resistem contra impactos negativos do Complexo Industrial e Portuário do Pecém – CIPP	São Gonçalo do Amarante (CE)	Agricultores familiares, Pescadores artesanais, Povos indígenas	Atuação de entidades governamentais, Especulação imobiliária, Hidrovias, rodovias, ferrovias, complexos/terminais portuários e aeroportos, Indústria química e petroquímica, Mineração, garimpo e siderurgia, Políticas públicas e legislação ambiental, Termoelétricas	Acidentes, Doenças não transmissíveis ou crônicas, Insegurança alimentar, Piora na qualidade de vida, Suicídio, Violência - ameaça	Alteração no ciclo reprodutivo da fauna, Alteração no regime tradicional de uso e ocupação do território, Assoreamento de recurso hídrico, Contaminação ou intoxicação por substâncias nocivas, Desmatamento e/ou queimada, Falta / irregularidade na autorização ou licenciamento ambiental, Falta / irregularidade na demarcação de território tradicional, Falta de saneamento básico, Poluição atmosférica, Poluição de recurso hídrico, Poluição do solo, Poluição sonora

Tabela 1 – Mapa de conflitos envolvendo injustiça ambiental e saúde no Ceará, 2023

(conclusão**)**

Nome	Município	Populações	Atividades Geradoras do Conflito	Danos à Saúde	Impactos Socioambientais
CE – Um dos primeiros povos indígenas contactados do Brasil, os Jenipapo Kanindé, descendentes dos Bayaku, lutam para vencer preconceitos, empresários sucroalcooleiros e projetos de enquadramento turístico	Aquiraz (CE)	Povos indígenas	Monoculturas	Insegurança alimentar, Piora na qualidade de vida	Alteração no regime tradicional de uso e ocupação do território, Assoreamento de recurso hídrico, Invasão / dano a área protegida ou unidade de conservação, Poluição de recurso hídrico

Fonte: FIOCRUZ, 2023.

As relações de poder do dominador sobre o dominado atualmente se materializam num constante acirramento especialmente nas relações de posse de terra. Os Povos Indígenas estão atualmente em espaços físicos extremamente pequenos não dão suporte às funções de moradia, roça e itinerância, o que ocasiona a exposição dos índios às mesmas situações da população marginalizada nas periferias, tais como drogas, alcoolismo, prostituição e outras violências, além do sedentarismo, o que desafia a atuação dos serviços de saúde, dada a multicausalidade dos agravos e a especificidade da atenção enquanto população indígena imbricada, mas não misturada à população nacional (SANTOS; COIMBRA JR.; CARDOSO, 2007).

O Processo de reetnização dos índios no Nordeste

A população indígena no Brasil está presente em quase todo o território nacional, em áreas rurais e urbanas, com características sociais e culturais, com diversas trajetórias históricas, econômicas e políticas. Em geral a sociedade nacional vê os índios do Nordeste como “aculturados” ou “mestiçados”, tendo perdido suas antigas tradições (OLIVEIRA, 2016). Tanto o Taylorismo (TAYLOR, 1984) quanto o estruturalismo francês (LÉVI-STRAUSS, 1967) e até mesmo o indigenismo (RIBEIRO, 1970) parecem confluir para uma avaliação negativa quanto à perspectiva de uma etnologia dos povos e culturas do Nordeste. No entanto, dada a dinamicidade e o protagonismo do homem na cultura, os povos indígenas passam a ser vistos como sujeitos coletivos, que transformam a sua realidade de modo ativamente participativo, inaugurando um processo que tem sido chamado pelos especialistas de reemergência, revitalização, visibilidade, etnogênese ou reetinização (VALLE; 1993; OLIVEIRA, 2004a; SILVA, 2005; ARRUTI, 2006).

É distinta e pouco convergente a informação quanto a demografia atual dos Povos Indígenas no Brasil, que a depender da fonte e metodologia, varia entre 760 mil e 800 mil pessoas. O IBGE em sua atribuição institucional de censitária para fins de planejamento e avaliação das políticas públicas, tem apresentado constante aumento no quantitativo populacional indígena brasileira, especialmente com a mudança na metodologia e coleta de dados, em 2010, ele passou a considerar não apenas a autoidentificação[8] para as cinco categorias utilizadas na pesquisa quanto à raça/cor – branca, preta, amarela, parda e indígena – as quais também constam no Censo Demográfico 1980, 1991 e 2000, aplicou-se a categoria à totalidade dos domicílios e não apenas aos que compõem a amostra; e, pela primeira vez, as pessoas que se identificaram como indígenas foram indagadas a respeito de sua etnia e língua falada.

Segundo Petruccelli (2013a), autodeclarado, autoidentificado significa atribuição de uma categoria étnico-racial escolhida pela própria pessoa. Também chamada processo de identificação ou de classificação.

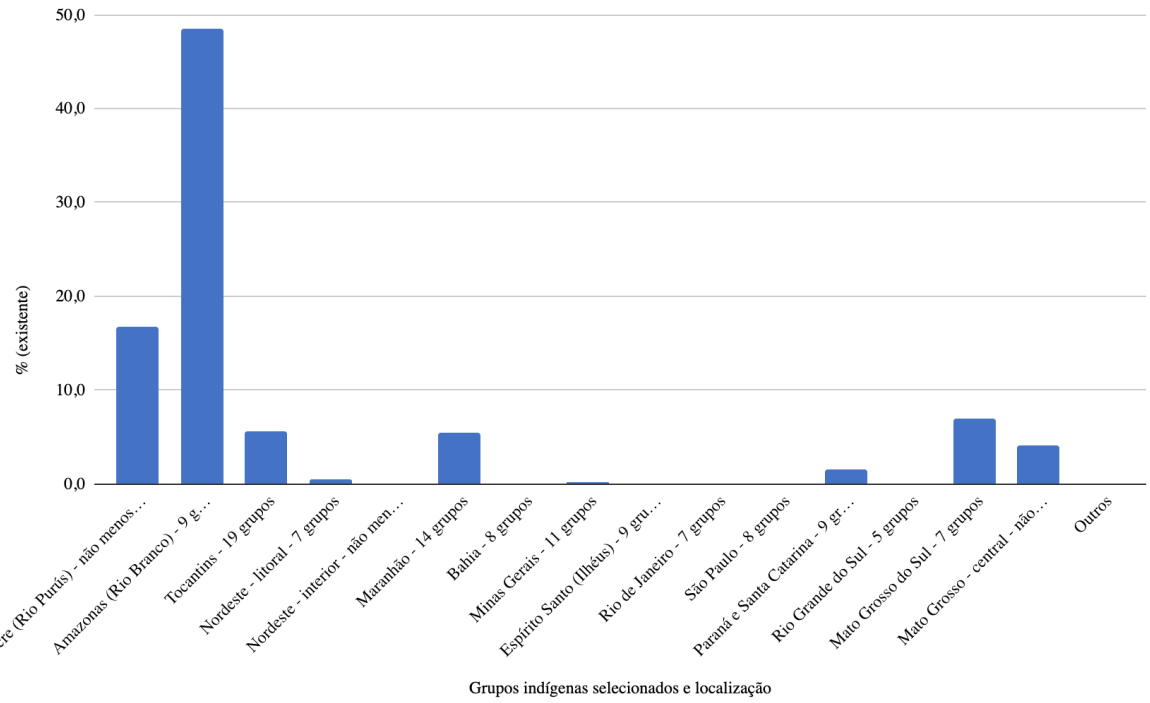
[8] Autodeclarado, auto identificado: atribuição de uma categoria étnico-racial escolhida pela própria pessoa. Também chamada processo de identificação ou de classificação (PETRUCCELLI, 2013).

Desta maneira, a população indígena triplicou de 294 mil em 1991 para 817,9 mil em 2010 falantes de 274 idiomas distintos entre as 305 etnias. Pereira, Santos e Azevedo (2005) afirmam que o intuito do IBGE ao utilizar essa estratégia, além de contribuir para a sistematização e divulgação dessa população, serviria para o aprimoramento dos próximos censos.

A Fundação Nacional do Índio (FUNAI) (BRASIL, 2013), órgão indigenista responsável por assegurar as políticas voltadas para os povos indígenas, calcula que são cerca de duzentos e vinte (220) os diferentes povos que somam mais de 800 mil pessoas, que falam cento e oitenta (180) línguas distintas. Por outro lado, a instituição responsável pela Política Nacional de Saúde das Populações Indígenas (PNASPI-Portaria MS/GM nº 254, 2002), o Ministério da Saúde (Lei nº 9.836/99), apresenta população bem distinta, dando conta de pelo menos 800 mil pessoas em seu banco de Informações, população de 760.084 indígenas, distribuída em 5.560 aldeias, segundo o Relatório Anual de Gestão do ano 2017 (BRASIL, 2017).

As incongruências nos quantitativos populacionais são de longa data. Cunha (1992) apresenta a disparidade entre diversas fontes, dando conta de 2 milhões a 6,8 milhões de aborígenes no período pré-cabralino, mas a maioria converge para a magnitude do genocídio, "*os cronistas são com efeito unânimes em falar de densas populações e de indescritíveis mortandades*". A franca depopulação sofrida por esses grupos étnicos, exemplificada num estudo do IBGE, no ano 2000, alusivo a data do descobrimento do Brasil, que ilustra que no período pré-cabralino havia pelo menos mais de 2,4 milhões de indígenas no Brasil. Num comparativo entre estimativas da população indígena moderna e a existente no Século XVI, por grupos indígenas selecionados, segundo a localização, demonstra-se a proporção da população indígena habitantes nas terras pré-cabralinas, com perda de 97% dos estimados 2.431.000, segundo dados do IBGE (Figura 3), relacionando às informações de Darcy Ribeiro (1957) e Kietzman (1967).

Figura 3 – Proporção (%) entre estimativas da população indígena moderna e a existente no Século XVI Grupos indígenas selecionados, segundo a localização, IBGE, 2000 (n=2.431.000)

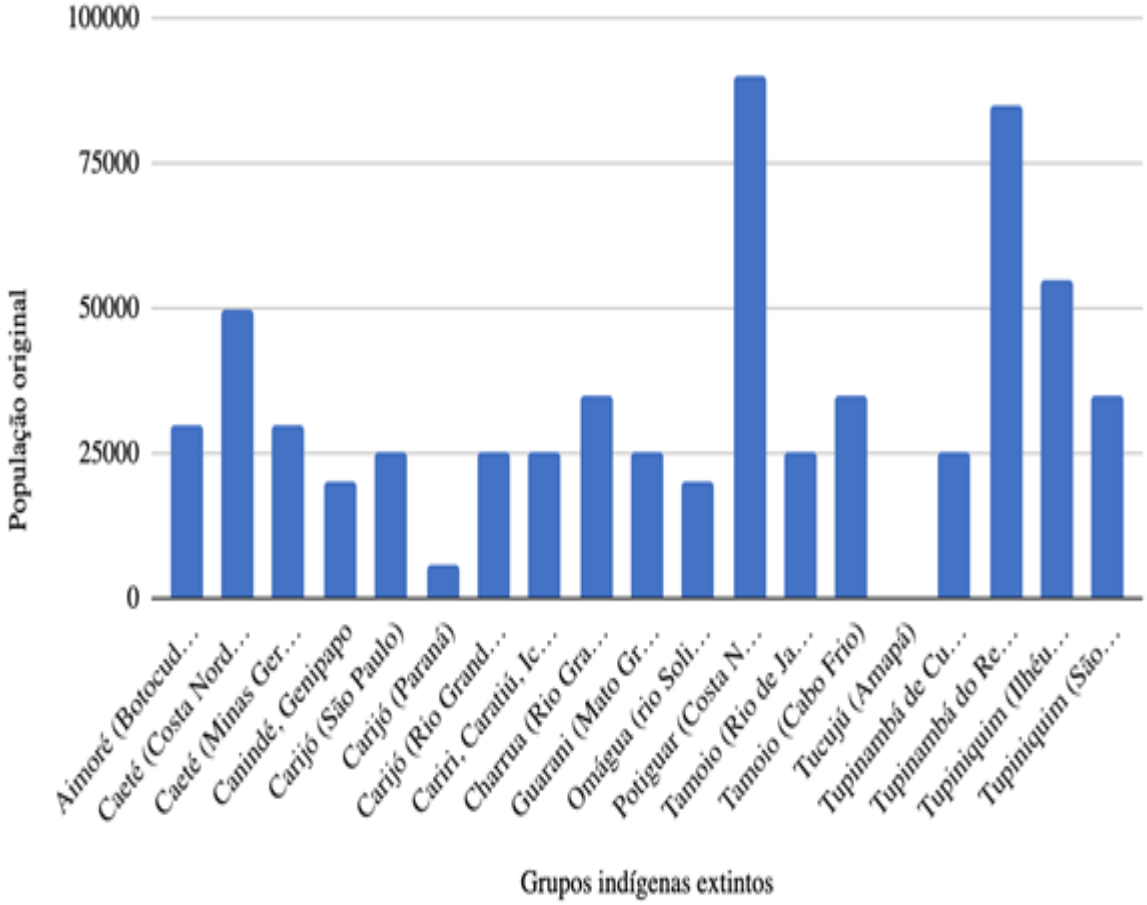


Fonte: IBGE, 2000.
Estimativas, por RIBEIRO, Darcy, 1957; e KIETZMAN, D. 1967, adaptado pela autora.
Nota: Tabelas IBGE, em anexo.

Destaca-se aqui a extinção de diversos grupos do litoral e região Nordeste do Brasil que Brito (1991) relaciona aos "*efeitos dissociativos da população*" e definidos por Ribeiro (1956) que continuam a operar mesmo depois de passadas as epidemias, desestruturando-as e as debilitando permanentemente, uma vez que se faz necessário um número mínimo de membros para compor determinada sociedade.

No detalhamento quanto à etnia, denota-se destaque a extinção de diversos grupos, demonstrado na Figura 4, onde o IBGE, no mesmo estudo, aponta os grupos étnicos já extintos eram em sua maior parte localizados no litoral brasileiro, especialmente os Tupinambá, do Recôncavo e os Potyguara, na costa do Nordeste, caracterizando o processo.

Figura 4 – População estimada, no século XVI, de grupos indígenas, selecionados, já extintos, IBGE, 2000 (n=676.000)



Fonte: IBGE. Brasil: 500 anos de povoamento. Rio de Janeiro, 2000, adaptado pela autora.
Nota: Tabelas IBGE, em anexo.

Miranda (2017) descreve que foi com a introdução do comércio da cana-de-açúcar, em 1540, que se impôs a escravização dos indígenas no Nordeste, na medida em que o escambo se tornou ineficaz para atender às necessidades dos colonos. Em virtude dos agravamentos dos conflitos entre portugueses e franceses, os povos tupis se envolveram diretamente na luta: os tupinambás se aliaram aos franceses e os tupiniquins, aos portugueses. Desenraizado do seu ambiente natural e privado da caça, da pesca e das suas cerimônias místicas, o índio rapidamente definhava em meio à estrutura fundiária da monocultura, relata o autor. No entanto, destaca que frequentemente, desde os primeiros tempos da colonização, os índios se rebelaram contra os colonos e autoridades que queriam usurpar as suas terras e impor um novo sistema de vida.

O autor prossegue detalhando todo o processo de genocídio sofrido pelos povos indígenas no Nordeste, especialmente iniciado entre os anos de 1657 e 1720, desmistificando a historiografia tradicional brasileira que os trata como heróis, quando foram, na verdade, cruéis mercenários responsáveis por ações hediondas e pelo genocídio de muitos povos indígenas. Além da guerra e da fome, as epidemias propagadas muitas vezes de modo proposital que, associado aos mitos, dizimaram milhares de índios nas regiões do Norte-Nordeste[9]. Antes do descobrimento, a população indígena – numericamente fraca, dispersa geograficamente. De uma forma geral, antes da chegada dos europeus, os índios apresentavam poucos problemas de saúde, tendo em 1552 a primeira grande epidemia de gripe registrada, seguida por outra de varíola. Naquele mesmo período ocorreram outros surtos epidêmicos de malária, *catarro*, sarampo, *câmara de sangue e tosse,* que foram responsáveis por um grande número de mortes entre os padres e os índios, no Brasil colonial. As febres altas provocadas pela malária, conhecidas pelos jesuítas como terçãs e quartãs, obrigavam os índios a se banharem nas águas frias dos rios e das fontes para refrescarem seus corpos suados e abatidos pela doença. No século seguinte, o padre Antônio Vieira informou que, sob a responsabilidade dos europeus, só́ no Maranhão, de 1600 a 1602, dois milhões e quinhentos mil índios foram mortos pela guerra, escravidão e pelas doenças.

Alegre (2002) observa que os povos indígenas no Ceará percorreram um longo processo desde seu "desaparecimento", permanecendo no anonimato por mais de cem anos, desde que, durante o Império, foram dados por extintos pelo governo da província, até reconquistar seu lugar de fala há pouco mais de 20 anos.

Dentre variados atos da monarquia brasileira que tinham como objetivo pacificar os indígenas e ocupar o território, destaca-se a chamada Lei das Terras, de 1850, (Lei N^{o} 601, de 18 de setembro de 1850) que dispunha sobre as terras devolutas do Império, ressalvando que "*O Governo reservará das terras devolutas as que julgar necessárias: 1º, para a colonização dos indígenas*…" (Art. 12) (BRASIL, 1850). No entanto, os presidentes das províncias passaram a considerar como devolutas aquelas terras desocupadas e especialmente que não havia mais índios

[9] Cita-se como exemplo os relatos da antropóloga Gioconda Mussolini acerca dos Kaingáng, em meados dos anos 1940, observou que, como forma de se protegerem contra os espíritos de mortos recentes (a quem atribuem a capacidade de produzir doença e morte), os indivíduos se amontoavam na casa comunal, abandonando todos os serviços. As implicações desse comportamento durante uma epidemia de sarampo são óbvias, já que favorece sobremaneira o contato entre indivíduos sãos e doentes (COIMBRA JÚNIOR; SANTOS; CARDOSO, 2007).

silvícolas e, desta forma, as terras seriam sim devolutas. Esta informação foi ratificada pelo então presidente do Ceará José Bento da Cunha Figueiredo Júnior, declarando extintos os índios aldeados e bravios locais, visto que os remanescentes estariam já civilizados ou miscigenados com o resto da população - eram os caboclos e assim permaneceram sem seus direitos até a atualidade, ainda que, paradoxalmente, vários documentos oficiais dessem conta da existência e da resistência de muitos indígenas (PINHEIRO, 2008; FARIAS, 2018).

Segundo Barboza e Mariz (2021) este episódio não foi isolado e transbordou em vários outros esforços de afirmação do desaparecimento dos povos indígenas no Ceará. Os autores interpretam a leitura do relatório – e a sua respectiva elevação à condição de decreto – como uma ação política de manipulação da história e como "uma tentativa de extermínio no papel, que substitui o extermínio no real". Tal ação leva ao que Baéz chamou de "memoricídio", que consiste no extermínio das memórias ligadas a um povo (BAÉZ, 2010). Ainda segundo Barboza e Mariz (2021 *apud* SILVA, 2011) os discursos do poder público, durante muito tempo, encontraram acolhida nas narrativas pretensamente científicas de instituições como os Institutos Históricos, sendo responsáveis por legitimar a alquimia que possibilitou que a simples leitura de um relatório provincial se tornasse um "decreto de extinção".

Essa Lei durou até a Constituição de 1988, que acabou legitimando a desapropriação da terra para fins de reforma agrária e que foi regulamentada pela Lei nº 8.629, de 25 de fevereiro de 1993.

O antigo Serviço de Proteção ao Índio ignorou-os e a FUNAI só tomou conhecimento de sua existência a partir de 1985/86, quando os Tapeba procuraram o órgão indigenista para pedir a regularização de suas terras, logo seguidos pelos Tremembé. Deste modo, a atual reversão de perspectiva é decorrente de um processo de autoafirmação levada a cabo pelos índios e centrado, sobretudo, na conquista dos direitos territoriais, com o apoio da igreja católica e de missionários. Ressalta, ainda, que destaca que os grupos étnicos identificados no estado encontram-se em situação semelhante à de outros povos indígenas situados no nordeste do país, com algumas especificidades, como: no campo da ação indigenista, a relação de tutela e subordinação ao Estado brasileiro é estranha a esses grupos, cujo convívio com a sociedade nacional se deu sem mediações com instituições de tutela, onde a atuação dos órgãos indigenistas se deu de modo fraco e tardio; internamente, há uma forte coesão entre os grupos tribais que estabelecem vínculo com a terra e sua posse, cuja

reivindicação do território se reporta a meados de pelo menos 300 anos atrás, o que dificulta em muito todo o processo, haja vista o atual domínio e, assim, não colocam como prioridade o restabelecimento do território e sim, minimamente, reconhecer os atuais existentes nas terras tradicionais e remover os indevidos.

É real, atual e marcadamente violenta, a continuidade do processo de depopulação indígena no Brasil. Recentemente faleceu por Covid-19 o último indígena da etnia Juma, sobrevivente da última redução por massacre de seu povo ocorrido em 1964, no Rio Aswan, na bacia do rio Purus, devido a disputa do território por castanha, onde mais de 60 mil pessoas foram assassinadas e apenas cinco tinham sobrevivido, segundo a Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira, em 17/02/2021 (COIAB, 2021).

Por outro lado, destaca-se o considerável aumento da população indígena atual, tida como resistente e reemergente, reapresentando-se paulatinamente de acordo com Oliveira (1994) e que, no entanto, ainda não ultrapassa 0,5% da população nacional (IBGE, 2011), conforme já apontavam Pagliaro, Azevedo e Santos (2005) e Santos *et al.* (2019).

Com efeito, o IBGE tem identificado que não há uma explicação que esclareça e não existe nenhum efeito demográfico que explique esse crescimento da população indígena. No entanto, destaca que muitos demógrafos atribuíram o fato a um momento mais apropriado para os indígenas, em que estavam saindo da invisibilidade pela busca de melhores condições de vida, mais especificamente, os incentivos governamentais, especialmente associados à melhoria nas políticas públicas oferecidas aos povos indígenas, segundo Luciano (2006).

Tabela 2 – Participação relativa da população residente autodeclarada indígena, por situação do domicílio, segundo as Grandes Regiões – 1991/2010

	Proporção de municípios com pelo menos uma pessoa autodeclarada indígena		
Grandes Regiões	1991	2000	2010
Brasil	34,5	63,5	80,5
Norte	64,4	80,0	90,2
Nordeste	29,0	59,1	78,9
Sudeste	27,6	63,3	80,6
Sul	39,3	59,6	75,8
Centro-Oeste	47,8	74,7	89,1

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1991/2010.

O aumento da população indígena no país nas últimas três décadas deveu-se principalmente a região Nordeste, quase quadruplicando de 55.853 habitantes (19%) em 1991 para 208.691 habitantes (25,5%) em 2010, especialmente aqueles urbanos que somam 106.150 habitantes (33,7%), em contraposição ao Norte que que concentra quase a metade da população indígena brasileira em áreas rurais (244.353 hab; 48,6%) (Tabelas 2 e 3) (IBGE, 2011).

Tabela 3 – População residente autodeclarada indígena, segundo a situação do domicílio e as Grandes Regiões – 1991/2010

Situação do domicílio e Grandes Regiões	População residente autodeclarada indígena		
	1991	2000	2010
Brasil	**291.131**	**734.128**	**817.963**
Norte	124.615	213.443	305.873
Nordeste	55.853	170.389	208.691
Sudeste	30.589	161.189	97.960
Sul	30.334	84.747	74.945
Centro-Oeste	52.740	104.360	130.494
Urbana	71.026	383.298	315.180
Norte	11.960	46.304	61.520
Nordeste	15.988	105.728	106.150
Sudeste	25.111	140.644	79.263
Sul	10.167	52.247	34.009
Centro-Oeste	7.800	38.375	34.238
Rural	223.105	350.830	502.783
Norte	112.655	167.140	44.353
Nordeste	39.865	64.661	102.541
Sudeste	5.479	20.544	18.697
Sul	20.166	32.500	40.936
Centro-Oeste	44.940	65.985	96.256

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1991/2010, ajustado pela autora.

Quanto à concentração, Azevedo (2005) destaca que a maior parte dos povos indígenas no Brasil apresenta reduzido tamanho populacional, em geral poucas centenas de pessoas. Essas são denominadas “microssociedades” por Ricardo (1996). Aproximadamente dos 225 povos indígenas no país, 50% têm uma população de até 500 pessoas; 40%, de 500 a 5.000; 9%, de 5.000 a 20.000; e apenas 0,4%, mais de 20 mil pessoas. Cada um destes povos tem sua própria maneira de entender e se organizar diante do mundo, que se manifesta nas suas

diferentes formas de organização social, política, econômica e de relação com o meio ambiente e ocupação de seu território.

Segundo Silva (2005), no caso do Ceará, situado na região Nordeste brasileiro, historiadores já apresentavam a diversidade da população indígena. Studart Filho (1965) apontava a presença de cinco famílias linguísticas no período pré-colonial (Tabela 4) em terras cearenses.

Tabela 4 – Classificação etnológica dos indígenas no Ceará pré-colonial, segundo as famílias linguísticas

Família Linguística	Grupos
Tupi	Tapes
	Tupiniquins
	Tupinambás: Tabajaras e Potiguaras
Cariri	Ariús: Arius, Garius, Urius
	Cariris
	Cariuanes
	Caratiús
	Coremas (Curemas)
	Inhamuns
	Isus
Tarairiú (Tapuia)	Canindés
	Paiacus (Baicus, Pacajus)
	Panatis
	Jenipapos
	Aperius
	Arariús (Irarijús, Areurus, Rerius)
	Camaçus
	Janduins (Nhandius, Txocaianas)
	Jacós
	Jacós
	Jenipaboaçus (jenipopoaçus)
	Quitarius
	Quixelôs
	Quixerarius
	Tocarius (Tusurijus)
Tremembé	-
Jê (Je, Ze)	Aruás

Fonte: Studart Filho (1965).

Em um breve estudo da historiografia local acerca dos estudos sobre o índio no Ceará, Silva (2005) sumariza em três grandes gerações de estudiosos, no período entre meados do século passado até a década de 60 deste século[10]. Essa última abordagem aqui citada em Studart Filho (1965) seria uma terceira geração de historiadores que incorporou às suas fontes aquelas fornecidas pelo Arquivo Público do Estado, em 1932. No entanto, Silva (2005) destaca que ainda que os trabalhos de Studart Filho (1965) apresentam ainda certo eurocentrismo, dado o poderio do colonizador em minimizar a presença indígena. Studart Filho (1965) inova de modo significativo para a época, não apenas por perceberem o protagonismo indígena, mas também porque revelam ainda que de modo breve um outro paradigma para além do maniqueísmo entre o "bem e o mau", a reação indígena às conquistas.

A dissonância nos dados demográficos acerca da população indígena brasileira se repete no contexto estadual. Enquanto o IBGE informa que em 2010 a população indígena autodeclarada é de 15 mil pessoas, o Ministério da Saúde, através do Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará - DSEI-CE, apresenta cerca de 26 mil aldeados, segundo seu banco de dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena-SIASI. Relativo aos aldeados a diferença é de quase 10 mil pessoas. Quando comparada ao total da população indígena registrada pelo MS e do IBGE a diferença aumenta para mais de 100%, chegando a mais de 33 mil pessoas em todo o Estado (Figura 5).

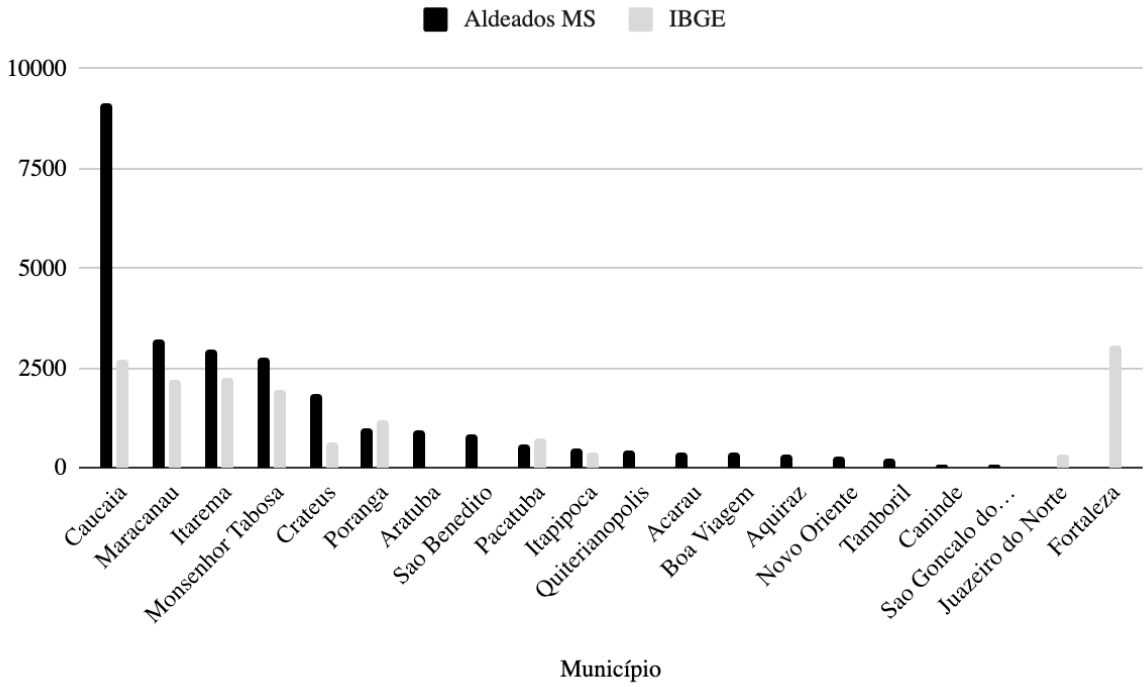
Relaciona-se diferenças demográficas entre os dados do IBGE e do MS/SESAI/DSEI-CE. A presença indígena no estado do Ceará, segundo o IBGE está em 10 municípios, enquanto o DSEI-CE apresenta 18, distribuídos pela região metropolitana, serras, litoral e sertão. Destaca-se aqui que a posteriori o MS restabeleceu o número de municípios, diminuindo de 18 para 17 municípios, considerando a exclusão do município de São Gonçalo do Amarante, uma vez que a população indígena Anacé lá residente foi reassentada no município de Caucaia, devido ao processo de implantação do Complexo Portuário do Pecém, conforme acordo estabelecido entre as partes interessadas[11]. No entanto, todas as informações e subsequentes análises estão considerando o total de 18 municípios até então trabalhados pelo MS.

[10] Para um estudo mais detalhado de todas as gerações, consultar Porto Alegre (1992) e Oliveira (2001) (SILVA, 2005).

[11] Para maiores informações quanto aos acordos acerca da implantação do Complexo Portuário do Pecém e os seus conflitos com o Povo Anacé, vide: Mapa de Conflitos em: FIOCRUZ (2023).

Quanto à proporção, o órgão censitário aponta que o maior contingente indígena cearense reside no Município de Fortaleza, tendo 3.071 habitantes, enquanto o sanitarista refere Caucaia como o mais populoso, com mais de 11 mil pessoas (Figura 5).

Figura 5 – Distribuição absoluta da População Indígena no Estado do Ceará, por Município, segundo o Ministério da Saúde, 2017 (n = Aldeados = 25.977) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (n =15.554), adaptado. 2010

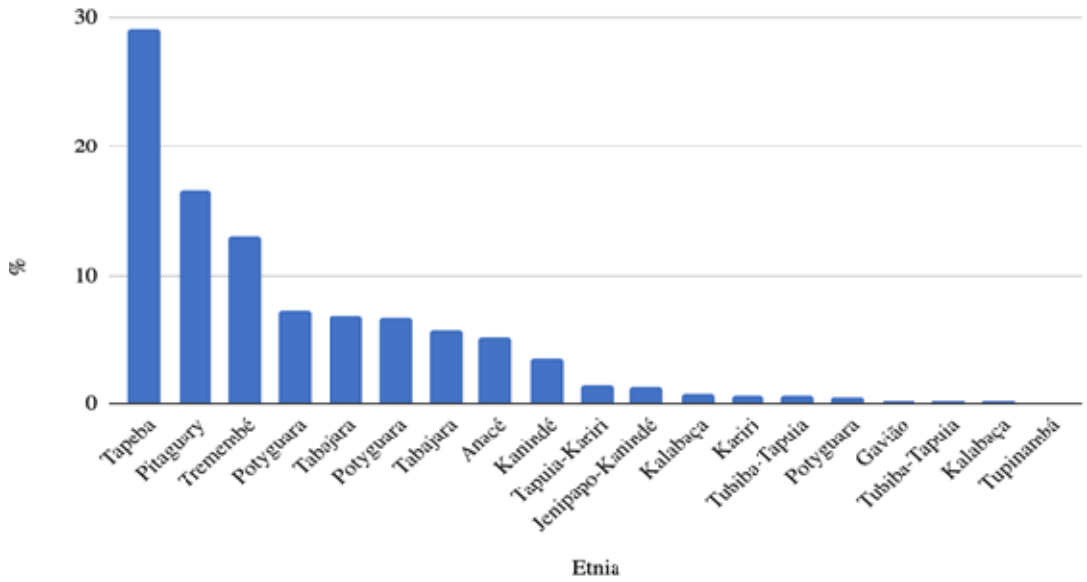


Fonte: BRASIL, 2017; IBGE, 2011, adaptado pela autora.

Em números relativos, os indígenas fortalezenses não chegam a 0,12%, numa capital com mais de 2,5 milhões de habitantes. A proporção aumenta pouco quando se comparam os demais caucaienses que chegam a ser de 0,7% dentre os 361 mil. Já os indígenas taboenses ganham maiores proporções, chegando a 11,6% dentre os 17 mil (IBGE, 2011).

Quanto à etnia, os Tapeba representam o maior contingente, chegando a 29% da população indígena cearense, enquanto os Tupinambá são em menor percentual (0,09%) dentre os 25.552 aldeados (Figura 6), segundo o MS. Segue no Anexo G, tabelas populacionais detalhadas quanto a etnia, município, aldeia, sexo e idade da população indígena registrada pelo DSEI-CE.

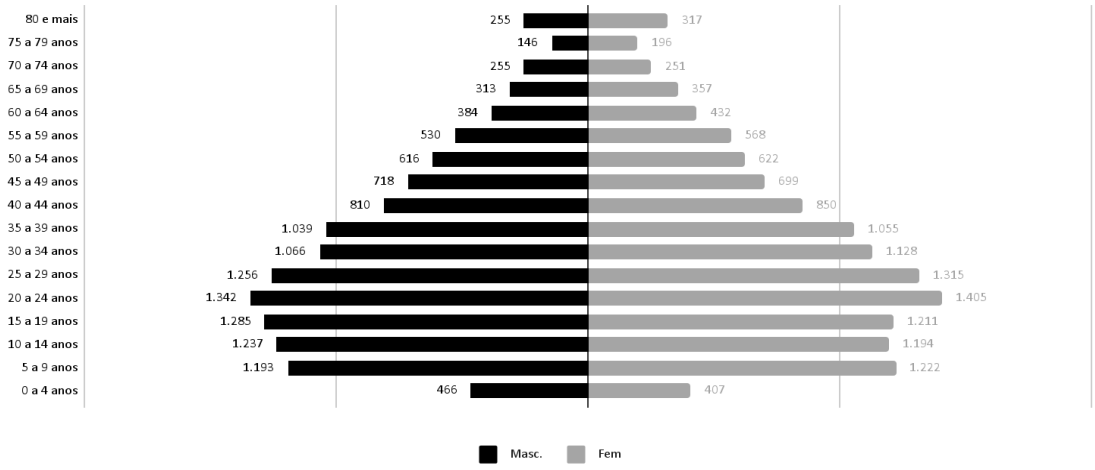
Figura 6 – Distribuição (%) da População Indígena aldeada no Estado do Ceará, por etnia, segundo o Ministério da Saúde, 2017[1]



Fonte: BRASIL, 2017.
[1] Etnia predominante, adaptado pela autora.

Relativo ao sexo, a população indígena cearense é predominantemente jovem para ambos os sexos e faixas etárias (Figura 7), segundo o Brasil (2017).

Figura 7 – Pirâmide populacional, DSEI-CE, 2021



Fonte: BRASIL, 2017.
Nota: População de referência 2017, com idade atualizada para 2021.

Deve-se destacar que, segundo informações coletadas na gestão, o DSEI-CE utiliza metodologia diversa daquela do IBGE relatada por Pereira, Santos e Azevedo (2005) para captação dos dados demográficos da população indígena

cearense. Enquanto este último utiliza a autoidentificação, o DSEI-CE utiliza-se das duas categorias sociológicas citadas por Pereira, Santos e Azevedo (2005), quais sejam: povos indígenas enquanto totalidades sociológicas distintas, definidos pela convenção 169 da OIT (Organização Internacional do Trabalho). Portanto, povos que se diferenciam da coletividade nacional por seus usos, costumes e tradições; e o outro seria conjunto de pessoas que se reconhecem como descendentes de índios (ou índio-descendente), mas que não sabem a que povo ou etnia pertenciam seus ancestrais indígenas. A gestão do DSEI-CE destaca que a estratégia visa à organização interna do serviço com a finalidade de estimar a população e os territórios, princípios básicos da Atenção Primária em Saúde-APS, em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas-PNASPI; que essa atividade acontece em conjunto com a Fundação Nacional do Índio-FUNAI, cujas atribuições institucionais são o monitoramento das ações e serviços de atenção à saúde indígena (BRASIL, 2002).

Considerações finais

Ao longo do tempo, os povos indígenas no Brasil e no Nordeste passaram por imensas e inúmeras perdas, mas apresentam-se fortes e presentes nos processos de transformações da cultura. Diversas foram as dificuldades enfrentadas pelos povos indígenas, desde os massacres sofridos pela colonização, com o avanço integracionista, a negação e punição às manifestações religiosas com seus impactos no modo de vida da população indígena até os avanços até a Constituição Federal, Leis Orgânicas da Saúde e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas-PNASPI que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais. Atualmente o MS tem como desafio para a PNASPI a divergência de dados populacionais e assim, de dados confiáveis para a proposição de políticas, agravado pela convergência dos determinantes sociais e das iniquidades em saúde que corroboram para a concomitância de doenças infecciosas e parasitárias e as doenças cardiovasculares como problemas de saúde persistentes que demandam ações diferenciadas para a prevenção e controle dessa problemática. Esses fatores, associados a velada discriminação quanto ao seu reaparecimento corroboram para a dificuldades de sustentação da política.

3.2 Artigo 2 – A organização do sistema de saúde indígena no Brasil e no Ceará

Introdução

Decorrente do Movimento Sanitário no Brasil, atualmente atenção à saúde das populações indígenas está assegurada pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, do Sistema Único de Saúde-SASISUS, criado pela Lei 9.836/99 que acrescenta o Capítulo V ao Título II da Lei 8.080/90 do Sistema Único de Saúde, assegurado pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas-PNASPI. A sua execução está sob responsabilidade direta da execução por meio do Ministério da Saúde, através da Secretaria Especial de Saúde Indígena, no qual visa garantir aos Povos Indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (BRASIL, 2002; BRASIL, 2023).

A organização do sistema local e sua estrutura demonstram a capacidade do Estado em proporcionar os serviços à população indígena no Ceará, com controle social. Ainda que se utilize de modelo de saúde biossocial, o DSEI-CE tem procurado avançar na promoção das práticas tradicionais de saúde, desenvolvendo projetos e parcerias.

Desenvolvimento

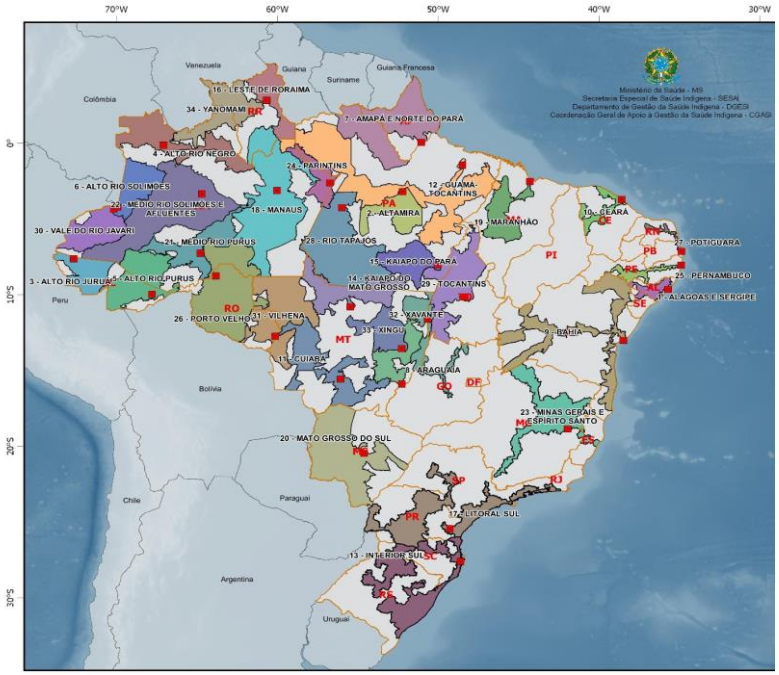
A proposta do SASISUS, aprovada na 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI), promulgada pelo Decreto Federal 3.156, de 27/08/1999 que trata da transferência da prestação da assistência à saúde dos Povos Indígenas no âmbito do SUS, ao Ministério da Saúde, através da Fundação Nacional de Saúde (então FNS, hoje FUNASA) até então responsável somente da atenção primária, tendo a criação de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas-DSEI em todo o país, já deliberada desde a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986, como desdobramento da 8º Conferência Nacional de Saúde-CNS, ocorrida no

mesmo ano e em decorrência da ativa Comissão Intersetorial de Saúde Indígena-CISI, do Conselho Nacional de Saúde-CNS (BRASIL, 2015).

O modelo de inspiração dawsoniana, como o próprio SUS, deve superar o conflito original com o modelo flexineriano para dar conta da atenção à saúde integral e equânime a toda a população indígena brasileira, em contraposição ao modelo hegemônico flexneriano. O modelo de Abraham Flexner de formação médica especializada data do começo do século XX nos Estados Unidos. Por outro lado, o modelo de Bertrand Dawson, médico e membro do Conselho Consultivo do Ministério da Saúde do Reino Unido, se reporta à experiência da Inglaterra desde 1600 com as primeiras leis de proteção aos pobres, recomendando em seu relatório de 1920 a regionalização dos serviços, como forma de coordenar os aspectos preventivos e terapêuticos, chamando atenção para a urgência de se estabelecer então uma política de saúde construtiva (RAGGIO *et al.,* 2009).

O serviço está organizado em todo o país em sistemas locais, sob a forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), regionalizado (PAIM, 1996), num total de 34, seguindo critérios geopolíticos, étnicos e tradicionalmente orientados, articulado e consonante ao Sistema Único de Saúde-SUS (Figura 8), criados em 1999 através do Decreto 3.156, de 27 de agosto de 1999.

Figura 8 – Mapa de localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, Brasil, 2023



Legenda: DSEIs

1-Alagoas e Sergipe	7-Amapá e Norte do Pará	13-Interior Sul	19-Maranhão	25-Pernambuco	31-Vilhena
2-Altamira	8-Araguaia	14-Káiapó do Mato Grosso	20-Mato Grosso do Sul	26-Porto Velho	32-Xavante
3-Alto Rio Juruá	9-Bahia	15-Káiapó do Pará	21-Médio Rio Purus	27-Potiguara	33-Xingu
4-Alto Rio Negro	10-Ceará	16-Leste de Roraima	22-Médio Rio Solimões e Afluentes	28-Rio Tapajós	34-Yanomami
5-Alto Rio Purus	11-Cuiabá	17-Litoral sul	23-Minas Gerais e Espírito Santo	29-Tocantins	
6-Alto Rio Solimões	12-Guamá-Tocantins	18-Manaus	24-Parintins	30-Vale do Rio Javari	

Fonte: SESAI/BRASIL, 2023.

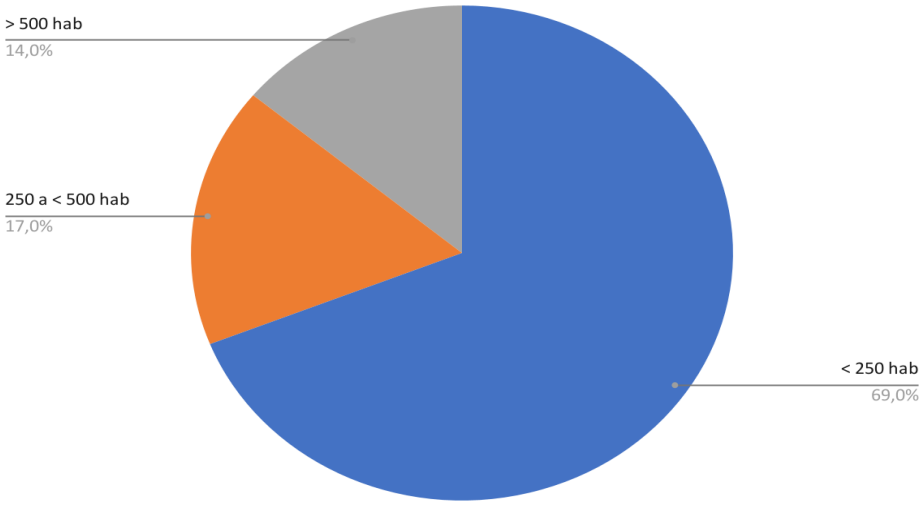
No Ceará o território do DSEI-CE coincide com a Unidade Federada do Ceará (BRASIL, 2019) (Figuras 8 e 9), criado em 1999, com o Decreto No 3.156, de 27 de agosto de 1999. Em 2019, O DSEI relaciona que os aldeamentos indígenas são compostos por grupos com menos de 500 habitantes (Figura 9) e a população se localiza, em sua maior parte, nas periferias da região metropolitana de Fortaleza ou em áreas rurais periféricas, nos sertões, serras e matas pelo interior do estado (Figuras 9, 10 e 11).

Figura 9 – Distribuição da População Indígena no Estado do Ceará, por região, município, 2019



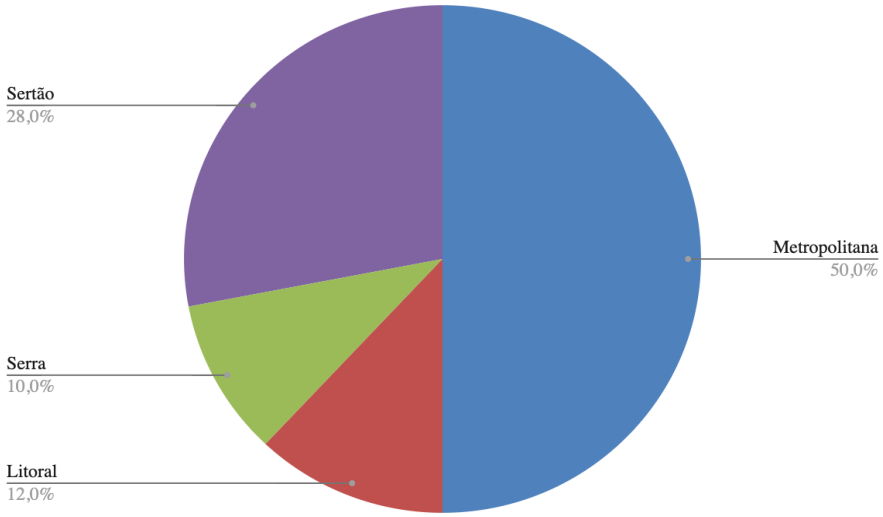
Fonte: BRASIL, 2019.

Figura 10 – Distribuição das aldeias indígenas no Ceará, estratificada pelo número de habitantes, MS, 2019



Fonte: BRASIL, 2019.

Figura 11 – Distribuição da população indígena no Ceará, por região, MS, 2019



Fonte: BRASIL, 2019.

Segundo informações do Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará-DSEI-CE, atualmente a distribuição da população indígena cearense por ele atendida se localiza em 18 municípios e mais de 100 aldeias, perfazendo mais de 26 mil indígenas em todo o estado, de 14 etnias, tendo mais de 50% da população residente em aldeias aglomeradas no perímetro urbano e periurbano das cidades e na região metropolitana de Fortaleza (BRASIL, 2019). Esta população foi

paulatinamente sendo registrada, desde a implantação do DSEI, iniciando com o registro dos Tremembé, seguindo-se pelos o Tapeba, Pitaguary e Jenipapo-Kanindé. Um grande incremento populacional ocorreu no ano de 2017 , com o censo realizado pelo DSEI com subsídio da FUNAI, avançando no registro especialmente dos povos indígenas da região semiárida do estado, contemplando os Potyguara, Tapuia-Kariri, Kalabaça, Tabajara, Tubiba-Tapuia, Gavião, Potyguara, Kariri e Tupinambá. Atualmente, são somente 17 municípios, com a exclusão do município de São Gonçalo do Amarante, com a implantação do Complexo do Pecém, conforme mencionado no artigo 1.[12]

Dentre as diretrizes da PNASPI visando assegurar o Subsistema de Saúde Indígena, está a definição de instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas estão situados, dentre os quais podem ser citados: a organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam; a preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural; o monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas; a articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde; a promoção do uso adequado e racional de medicamentos; a promoção de ações específicas em situações especiais; a promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas; a promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena e o controle social (BRASIL, 2002).

Desde 1999 quando foi criado, o DSEI-CE desenvolve seu plano plurianual de saúde, delineado no Plano Distrital de Saúde Indígena-PDSI, utilizando-se da estratégia do Planejamento Estratégico em Saúde para a priorização de atuação e a definição de metas, indicadores e projetos estratégicos no em sua área de abrangência. O instrumento propicia atenção especial à sua avaliação e monitoramento contínuos pela SESAI Central, Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e pelos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI). Esse acompanhamento permite elencar novas prioridades para ações, admitindo o planejamento de intervenções anualmente, considerando as especificidades de cada DSEI (BRASIL, 2020).

[12] Para maiores informações quanto aos acordos acerca da implantação do Complexo Portuário do Pecém e os seus conflitos com o Povo Anacé, vide: Mapa de Conflitos em: FIOCRUZ (2023).

O DSEI-CE[13] está estruturado em 18 municípios, sediado na capital, Fortaleza, onde atua a equipe de gestão, tendo 01 Coordenador, com duas áreas finalísticas, o Serviço de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena (SESANI) e a Divisão de Saúde Indígena (DIASI), onde vincula-se a Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI), tendo como retaguarda o Serviço de Recursos Logísticos (SELOG) e o Serviço de Orçamento e Finanças (SEOFI).

Nos municípios, são 12 as unidades de saúde indígena próprias, conforme Tabela 5, classificadas segundo o subtipo de estabelecimento, de acordo com a Portaria MS/SAS Nº 1.317/2017 (BRASIL, 2017), tendo ainda equipes de atendimento atuando em unidades municipais de saúde para a execução de atividades das 24 Equipes e nas 104 aldeias, distribuídas em 9 Polos Base (BRASIL, 2019).

Tabela 5 – Número de estabelecimentos de saúde indígena por subtipo, no DSEI CEARÁ, 2019

Item	Localidade /Polo Base	Subtipo de estabelecimento						Total
		CASA I(1)	UBSI(2) Tipo II	UBSI Tipo III	PB Tipo I Sede	PB Tipo II Sede	Sede DSEI (1)	
1	Aquiraz	-	-	1	-	-	-	1
2	Aratuba	-	-	1	-	-	-	1
3	Caucaia	-	3	1	1	-	-	5
4	Crateús	-	-	-	-	-	-	0
5	Itarema	-	-	2	-	-	-	2
6	Maracanaú	-	-	1	-	-	-	1
7	Monsenhor Tabosa	-	-	2	1	-	-	3
8	Poranga	-	-	-	-	-	-	0
9	São Benedito	-	-	-	-	-	-	0
10	Fortaleza	1	-	-	-	-	1	1
	TOTAL	1	3	8	2		1	14

Fonte: MS, 2019. Adaptado e atualizado pela autora.
LEGENDA: CASAI: Casa de Saúde Indígena; UBSI: Unidade Básica de Saúde Indígena; PB: Polo Base; DSEI: Distrito Sanitário Especial Indígena. Nota: 1: imóveis alugados. 2: UBSI subtipificada pelo DSEI-CE.

[13] Maiores detalhes quanto a estrutura e atividades do DSEI-CE, vide Plano Distrital de Saúde Indígena 2020-2023 (BRASIL, 2019).

No campo de execução da Atenção Primária o DSEI-Ceará está organizado em 9 Polos-Base, com 21 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena-EMSI (Tabela 6) implantadas paulatinamente desde a criação do SASI, compostas por Médico, Enfermeiro, Dentista, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Saúde Bucal, Agente Indígena de Saúde (AIS) e Agente Indígena de Saneamento (AISAN). Dentre suas atribuições, guardam semelhantes as Equipes da Estratégia de Saúde da Família, mas com a especificidade de atuar em contexto culturalmente diferenciado.

Tabela 6 – Distribuição da população indígena aldeada e equipe multidisciplinar de saúde indígena, Ceará, por região, polo base, município e etnia, situação em 2019(1)

(continua)

Município/Região/Polo Base	Etnia	nº pessoas	Profissional / EMSI[1]						
			Méd.	Enf.	Dent.	Téc. Enf.	ASB	AIS	AISAN
Aquiraz	Jenipapo-Kanindé	366	1	1	1	2	1	1	1
	Tapeba	7444	3	3	2	6	2	17	
Caucaia		1148						3	8
São Gonçalo do Amarante	Anacé	188	1	1	1	2	1	0	0
Maracanaú	Pitaguary	3195	2	2	1	4	1	5	2
Pacatuba		1053	1	1	1	2	1	2	1
Acaraú		271	1	1		1		2	1
Itapipoca[2]		494	1	1		1		2	2
Itarema	Tremembé	2570	2	2	2	4	2	11	7
Aratuba		833						2	
Canindé (sertão)	Kanindé	60	1	1	1	2	1	1	2
São Benedito[2]	Tapuia-Kariri	382	1	1	1	1	1	1	1
	Kalabaça	53						1	
Poranga		1281	1	1	1	1	1	1	1
Monsenhor Tabosa	Tabajara	449	2	3	2	6	1	12	8

Tabela 6 – Distribuição da população indígena aldeada e equipe multidisciplinar de saúde indígena, Ceará, por região, polo base, município e etnia, situação em 2019(1)

(conclusão)

Município/Região/Polo Base	Etnia	nº pessoas	Profissional / EMSI[1]						
			Méd.	Enf.	Dent.	Téc. Enf.	ASB	AIS	AISAN
	Tubiba-Tapuia	54							
	Gavião	61							
		1589							
	Potyguara	242							
Boa Viagem	Tubiba-Tapuia	149						6	5
	Potyguara	107							
Tamboril		94						2	2
Quiterianópolis[2]		341	1	1		1		2	2
	Tabajara	1042							
	Kariri	166							
	Kalabaça	195							
	Tupinambá	23							
Crateús		1393	1	1		2		10	3
Novo Oriente[2]	Potyguara	309	1	1	1	1	1	2	1
TOTAL		**25.552**	**20**	**21**	**14**	**36**		**83**	**47**

Fonte: MS, 2019.(1) Etnia predominante;(2). Médico=20h/s. Legenda: Méd. = Médico; Enf. = Enfermeiro; Dent. = Dentista; Téc. Enf. = Técnico em Enfermagem; ASB = Auxiliar de Saúde Bucal; AIS = Agente Indígena de Saúde; AISAN = Agente Indígena de Saneamento.

Em relação à Rede de Referência para as aldeias, o DSEI-CE segue a orientação da rede de assistência do Estado do Ceará que está regionalizada em Regiões de Saúde.

Em consonância com a Lei 8.142/99, o controle social é exercido através do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Ceará (CONDISI-CE), responsável por fiscalizar, debater e apresentar políticas para o fortalecimento da saúde no estado do Ceará que se reúnem 03 vezes ao ano. O CONDISI-CE é composto por 72 conselheiros de forma paritária, com 50% de representantes dos usuários; 25% de representantes gestores municipais, estaduais e distritais, federais e prestadores de serviços na área de saúde indígena; 25% de representante dos trabalhadores da

área de saúde indígena. Os Conselhos Locais de Saúde Indígena tem caráter permanente, consultivo, composto somente por indígenas, em consonância com a Portaria GM/MS 254/2002. São 13 os CLSI e contam com a participação de 296 conselheiros locais, com 03 reuniões ordinárias durante o ano. O DSEI-CE assegura os meios para realização das reuniões dos CLSI e do CONDISI e capacitação de seus conselheiros (BRASIL, 2020).

Destaca-se que dentre suas atribuições, o CONDISI tem procurado estimular o DSEI a promover estratégias e ações voltadas para a promoção de práticas tradicionais de cuidados em saúde, tendo provocado a construção do Projeto "*Árvore da Vida: Práticas de Medicinas Tradicionais Indígenas nas Comunidades Adscritas do Ceará*"[14] que foi desenvolvido pelos conselheiros distrital, com apoio da Universidade Estadual do Ceará, tendo sido submetido e aprovado pelo CONDISI-CE. Segundo Relatório do DSEI-CE (BRASIL, 2017), o projeto teve como objetivo o fortalecimento das práticas tradicionais de cura no Ceará. Através do apontamento das principais oportunidades e fortalezas, assim como das fraquezas e ameaças que se relacionam às práticas tradicionais de cura, foram prioritariamente direcionados a dois eixos principais: Práticas tradicionais indígenas: preservação de plantas medicinais nativas e conhecimento sobre medicina tradicional indígena e Conhecimento sobre medicina tradicional indígena: valorização de saberes e práticas de indígenas do Ceará. O projeto segue em andamento pelo DSEI.

Considerações finais

A criação do Subsistema de Saúde Indígena assegura o direito à saúde aos povos indígenas na sua diversidade, com equidade, articulando-se de modo hierarquizado com a rede de atenção em saúde, organizada no modelo de sistemas locais, os distritos sanitários desde sua implantação, em 1999. O DSEI-CE utiliza-se de mecanismos de planejamento para organização do sistema e tem avançado na perspectiva das práticas tradicionais de saúde indígena, com controle social.

[14] Em artigos subsequente iremos abordar a proposta do projeto e sua relação com esta tese.

3.3 Artigo 3 – A epidemiologia e o contexto de saúde dos índios no Ceará: aspectos básicos[15]

> *"*Compreender o mundo moral onde as práticas populares possam agravar as condições sociais […] constrói uma base para aperfeiçoar e inovar programas comunitários"
>
> (ARTHUR KLEINMAN, 2009).

Segundo a Organização Panamericana de Saúde, as doenças crônicas são responsáveis por 59,0% dos 56,5 milhões de óbitos anuais e por 45,9% do total de enfermidades. No Brasil, segundo o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030, em 2019, foram registrados 738.371 óbitos por DCNT no Brasil. Destes, 41,8% (n=308.511) ocorreram prematuramente, ou seja, entre 30 e 69 anos de idade, perfazendo uma taxa padronizada de mortalidade de 275,5 óbitos prematuros a cada 100 mil habitantes. Observou-se, no período de 2000 a 2019, redução na contribuição de óbitos prematuros no total de óbitos por DCNT, de 47,4% em Ministério da Saúde 2000 para 41,8% em 2019. Entretanto, esse percentual ainda é considerado elevado (BRASIL, 2021).

O Ministério da Saúde, através da Secretaria Especial de Saúde Indígena-SESAI, assumiu o compromisso com o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil 2011 – 2022 (BRASIL, 2018), com ações voltadas para a organização da vigilância de DCNT. As informações disponíveis acerca da situação de saúde e doença da população indígena no Ceará tem sido apresentada através de alguns indicadores clássicos, de modo incipiente, relativos ao monitoramento de metas dos respectivos Planos Distritais. Demonstram crescente ascendência da ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis de modo concomitante às doenças infecciosas e parasitárias (FUNASA, 1998; 2002; 2007; 2010a; b; c; d; BRASIL, 2018).

---

[15] Artigo adaptado, publicado na Contemporânea – Revista de Ética e Filosofia Política, v. 3, n. 3, 2023. ISSN 2447-0961, sob título: *Ações e Serviços de Saúde Indígena: sua Relação com as Diretrizes Nacionais*. DOI: 10.56083/RCV3N3-019. Autores: DANTAS,M.S.L.R; ALEXANDRINO, F. J. R.; PITOMBEIRA, M.G.V.;HENRIQUES, E.M.V.; LEMOS, I.V.; PINHEIRO, M. D.; SÁTIRO, T.M.G.; CAPRARA, A. Agradecimento especial a José Wellington de Oliveira Lima, Francisco Itamar Benício Sampaio, Ivone Fiúza e Meire Luce Rolim, equipe egressa da então Divisão de Vigilância Epidemiológica da FUNASA que contribuiu com a qualificação das informações em saúde no DSEI-CE.

Segundo o MS (BRASIL, 2018), Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas-PNASPI (BRASIL, 2002) tem como propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura. Estabelece que para o alcance desse propósito as seguintes diretrizes devem orientar a definição de instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas:

a) organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;
b) preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;
c) monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
d) articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
e) promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
f) promoção de ações específicas em situações especiais;
g) promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
h) promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
i) controle social.

Objetivando-se situar este aspecto da abordagem biomédica descreve-se um estudo acerca da organização e as principais informações de ações e serviços específicos prestados à população indígena através do Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará (DSEI-CE), segundo o Plano Distrital, relacionando ao contexto nacional e às diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, no quadriênio 2012 a 2015. Utilizou-se dados públicos e seguiu-se as diretrizes estabelecidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Resolução n.º 466/2012. (BRASIL, 2012).

Em todo o Brasil, segundo o Ministério da Saúde, da análise descritiva das informações da população assistida pelo Subsistema de Saúde Indígena-SasiSUS, de 2015 a 2017, no ano de 2015, a mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam 35,2% das mortes em indígenas registradas no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena-SIASI, tendo as principais DCNT: Doenças do Aparelho Circulatório, Doenças Respiratórias Agudas, Diabetes Mellitus e Neoplasias. Apresentam-se crescentes e marcadamente superiores na região nordeste, passando de 47,2% a 45,4%, enquanto a região Norte esteve entre 19,0% e 21,7% no mesmo período. O DSEI-CE figura junto com os DSEIs do Nordeste: Pernambuco, Potiguara, Alagoas e Sergipe que apresentaram os maiores índices (Tabela 7) (BRASIL, 2018).

Tabela 7 – Proporção de óbitos por DCNT entre indígenas atendidos pelo SasiSUS, segundo a região, período 2015 a 2017

Região	2015	2016	2017
Nordeste	47,24	40,71	45,14
Sudeste e Sul	30,49	28,77	31,05
Centro-Oeste	19,26	20,24	26,69
Norte	19,03	22,20	21,78
Total Geral	**25,85**	**26,53**	**28,83**

Fonte: SESAI/MS, 2018.

Ao procurar compreender esta lacuna de conhecimento acerca do das altas taxas de mortalidade por DCNT na população indígena, Armstrong *et al* (2018) aponta que as altas taxas de DCNT pode esse pode ser um indicador de iniquidades e que elas são decorrentes de ambientes não saudáveis e de condições sociais adversas impostas a elas pelo processo de urbanização (STEIN, 2018).

Neste sentido, a SESAI enquanto MS assumiu o compromisso com o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil 2011 – 2022, com ações voltadas para a organização da vigilância de DCNT, análise das informações, avaliação e monitoramento dessas doenças nos territórios atendidos pelo SasiSUS; ações de promoção da saúde e educação em saúde e cuidado integral dos indígenas atendidos pelo SasiSUS (BRASIL, 2018), através da promoção do desenvolvimento e da implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle

das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção integral aos portadores de doenças crônicas (BRASIL, 2011).

As informações disponíveis acerca da situação de saúde e doença da população indígena no Ceará têm sido apresentadas através de alguns indicadores clássicos, de modo incipiente, relativos ao monitoramento de metas dos respectivos Planos Distritais. Demonstram crescente ascendência da ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis de modo concomitante às doenças infecciosas e parasitárias (FUNASA, 1998; 2002; 2007; 2010a; b; c; d; BRASIL, 2018). Descrevemos em seguida algumas das informações disponibilizadas com o intuito de situar este aspecto da abordagem biomédica, relacionando os dados do Ceará ao contexto nacional e às diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas-PNASP, no quadriênio 2012 a 2015.

Dentre os 14 Povos Indígenas que habitam no Ceará na contemporaneidade, são diversos e difusos os processos de “intrusamento” das terras indígenas, justificados a título da negação da existência de indígenas no estado (FONTENELE; DINIZ, 2018), relacionados a desmatamentos, pesca predatória, assoreamento e contaminação de rios e lagoas, alteração no regime tradicional de uso e ocupação do território, ocasionando danos, riscos à saúde e violência. Esses diminutos territórios não dão suporte às funções de moradia, roça e itinerância, o que ocasiona a exposição dos indígenas além da marginalização, sedentarismo e dificuldades de emprego e alimentação, o que desafia a atuação dos serviços de saúde, dada a multicausalidade dos agravos e a especificidade da atenção enquanto população indígena imbricada, mas não misturada à população nacional (SANTOS; COIMBRA JR; CARDOSO, 2007). Relaciona as principais causas de mortalidade e a progressão das doenças crônicas não transmissíveis na população indígena, caracterizando o processo de sindemia e apontando a importância do SasiSUS, por meio dos DSEI, como instrumento de planejamento, monitoramento, avaliação e cuidado com os índios nos territórios. Entende-se por sindemia como processo de interação sinérgica entre duas ou mais doenças, no qual os efeitos se potencializam mutuamente (BISPO; SANTOS, 2021).

Dentre os dados e informações do quadriênio 2012 a 2015, relacionados aos indicadores sob acompanhamento do DSEI-CE naquele período, de acordo com o PDSI (BRASIL, 2016), segundo o Sistema de Informação da Atenção à Saúde

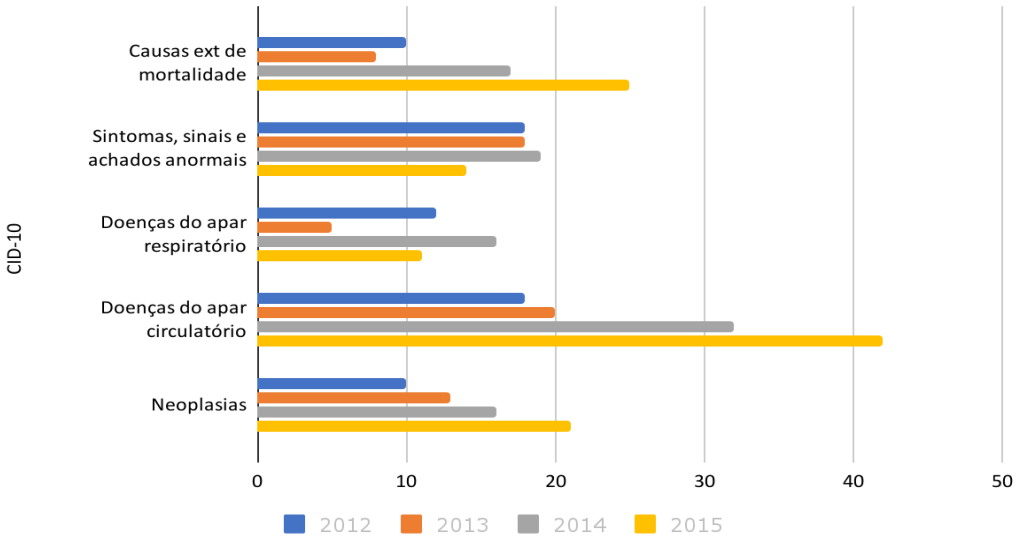
Indígena-SIASI, especificamente quanto a informações de estrutura e indicadores vitais.

O DSEI-CE no campo da Atenção Primária à saúde está estruturada em 9 Polos-Base, 18 municípios, com 21 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena-EMSI implantadas, compostas por Médico, Enfermeiro, Dentista, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Saúde Bucal, Agente Indígena de Saúde (AIS) e Agente Indígena de Saneamento (AISAN). Dentre suas atribuições, guarda a especificidade de atuar em contexto culturalmente diferenciado (BRASIL, 2017).

Mortalidade Geral, as principais causas gerais de óbitos na entre os indígenas cearenses, segundo o DSEI-CE, em geral, são por “Doenças do Aparelho Circulatório”, seguidas por “Causas Externas” e “Sinais e Sintomas” e “Achados anormais”, segundo a Classificação Internacional de Doenças-CID 10. Quanto ao gênero, observa-se que os óbitos masculinos estão em maior quantidade em relação aos femininos, especialmente nos idosos, nos anos de 2014 a 2015.

As principais causas de Mortalidade destaca-se os óbitos por “Doenças do Aparelho Circulatório”, seguidas por “Causas Externas” e “Sinais e Sintomas e Achados anormais segundo a Classificação Internacional de Doenças-CID 10 (Figura 12).

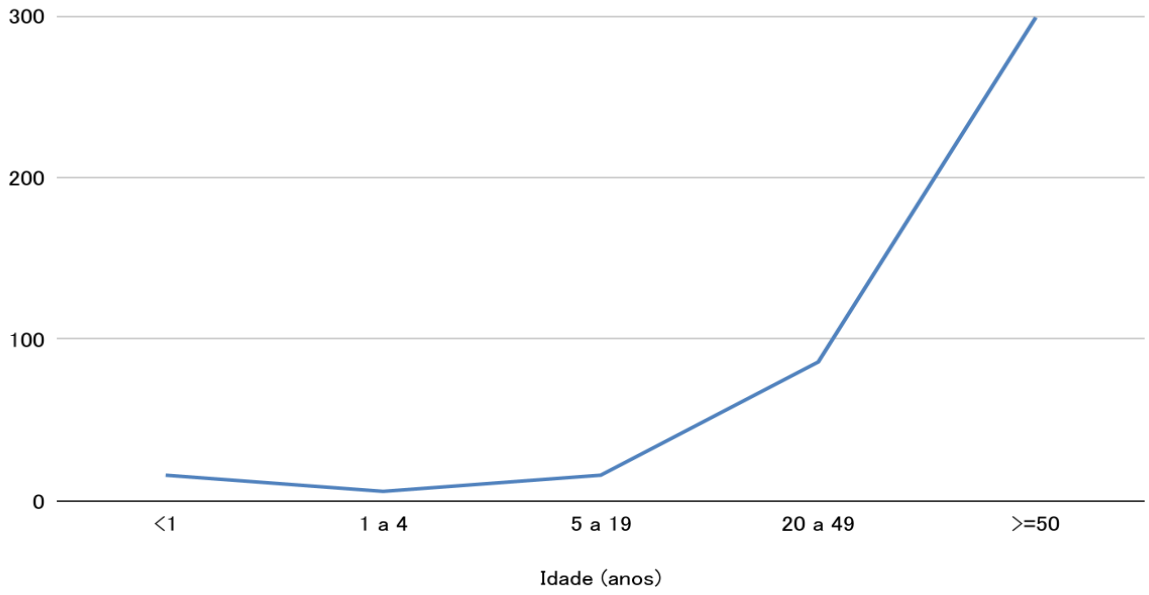
Figura 12 – Principais causas de óbito, segundo a Classificação Internacional de Doenças-CID 10, DSEI-CE, período 2012 a 2015



Fonte: BRASIL (2017).

A curva de mortalidade proporcional, ou como é conhecida, curva de Nelson de Moraes. Sua variação representa distintos níveis de saúde. Sua classificação é categorizada como nível de saúde elevado quando a maior parte dos óbitos ocorrem acima de 50 anos e a menor parte ocorre entre menores de 1 ano, configurando uma curva em formato que se assemelha à letra “jota”. Embora atualmente se utilizem indicadores para verificar se está havendo ou não ganho de saúde com o declínio, como aqueles que avaliam a vida média, com ou sem incapacidades, essa curva tem sua contribuição e pode ser utilizada, especialmente quando não se tem outros dados que dimensionam os padrões de envelhecimento da população (LAURENTI, 2006) (Figura 13).

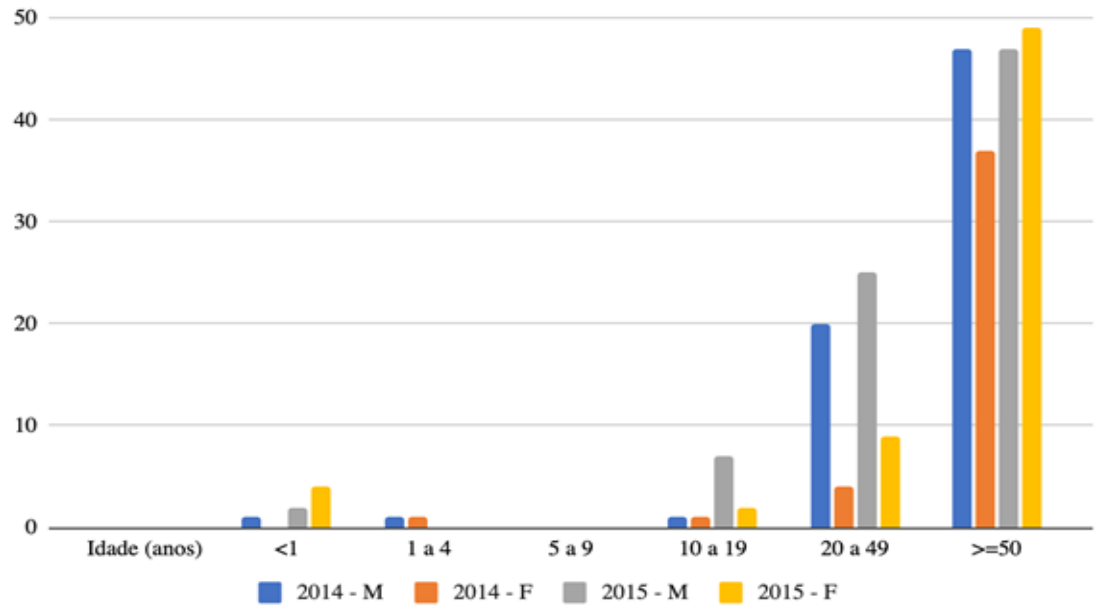
Figura 13 – Mortalidade proporcional (curva de Nelson de Moraes), DSEI-CE, período 2014 a 2015



Fonte: MS, 2017.

Quanto ao gênero, observa-se que os óbitos masculinos estão em maior quantidade em relação aos femininos, especialmente nos idosos, nos anos de 2014 a 2015 (Figura 14).

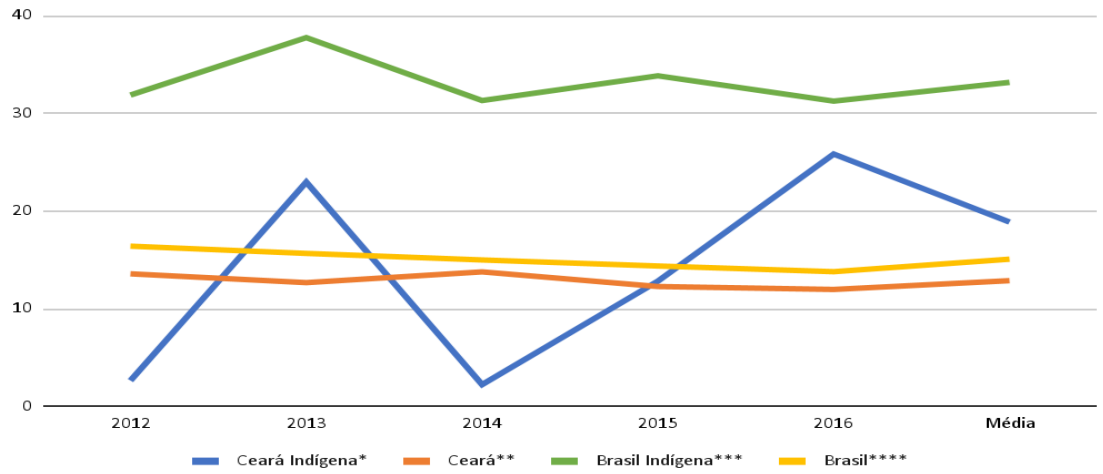
Figura 14 – Número de óbitos, segundo a faixa etária e sexo, DSEI-CE, período 2014 a 2015



Fonte: BRASIL (2017).

A Taxa de Mortalidade Infantil, analisada por Dantas e Almeida (2017) relacionam que apesar de instável, devido ao quantitativo de nascimento ocorridos anualmente, ao longo do período de 2012 a 2016, mostrou-se, em média, em 18,9/1.000 nascidos vivos, estando um pouco acima da média nacional e estadual, mas bem inferior à média nacional de mortalidade infantil indígena (Figura 15).

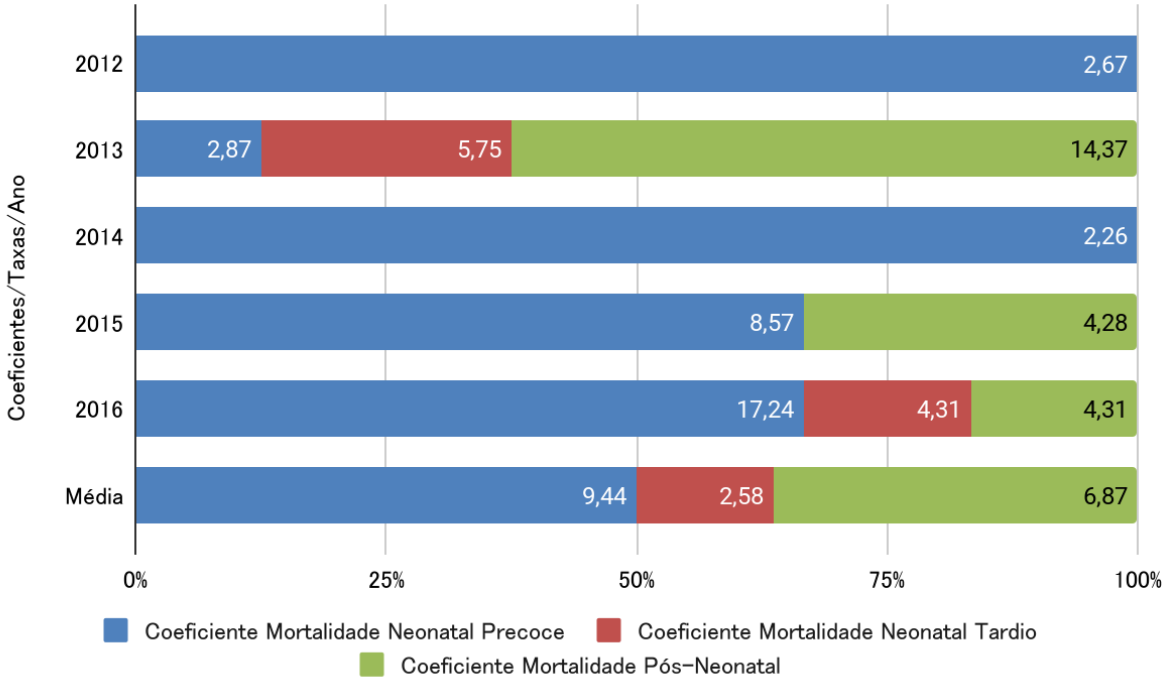
Figura 15 – Mortalidade Infantil População Indígena, Ceará e Brasil, 2012 a 2016



Fonte: Dantas; Almeida (2017).

Observa-se que quando se calcula o indicador da população indígena específica (Ceará indígena) sofre grandes alterações devido se tratar de pequenos valores, onde o denominador sequer chega a alcançar de fato a marca de 1000 nascidos vivos ao ano. Somente com a média do período considerada, poderia avaliar a dimensão do indicador, uma vez que aí chegaria a um denominador mínimo de 1.000 nascidos vivos (nv) (n=1165). Ao final do período a média superou a do estado do Ceará (12,9/1000 nv) e da nacional (15,1/1000 nv), ficando abaixo somente da média da TMI específica da população indígena que alcançou 33,2/1000nv (Figura 16). Por outro lado, ao relacionar a Proporção de óbitos infantis indígenas, por componente Neonatal Precoce, Neonatal Tardio e Pós-Neonatal, no mesmo período observaram que, em média, a metade dos óbitos infantis ocorrem no período neonatal precoce (DANTAS, ALMEIDA, 2017) (Figura 16).

Figura 16 – Proporção de óbitos infantis indígenas, por componente neonatal precoce, neonatal tardio e pós-neonatal, DSEI-CE, janeiro/2012 a junho/2016



Fonte: Dantas; Almeida (2017).

Mortalidade de mulher em idade fértil

A Mortalidade de Mulher em Idade Fértil, analisada no período de 2012 a 2014 ocorreram 12 óbitos, entre 10 e 49 anos de idade, por causas variadas, assim como a procedência, segundo informações do SIASI. Considerando que o número médio de MIF era de 7.535, a Taxa de Mortalidade de MIF foi de 0,53/1.000. A Taxa de Mortalidade Geral foi de 4,5/1.000 habitantes, resultando numa Taxa de Mortalidade Proporcional de 11,7% e Razão de 8,4 de MIF. No entanto, não houve casos de óbitos maternos no período (Tabela 8).

Tabela 8 – Óbitos de mulher em idade fértil por município e causa, DSEI-CE, 2012 a julho de 2014

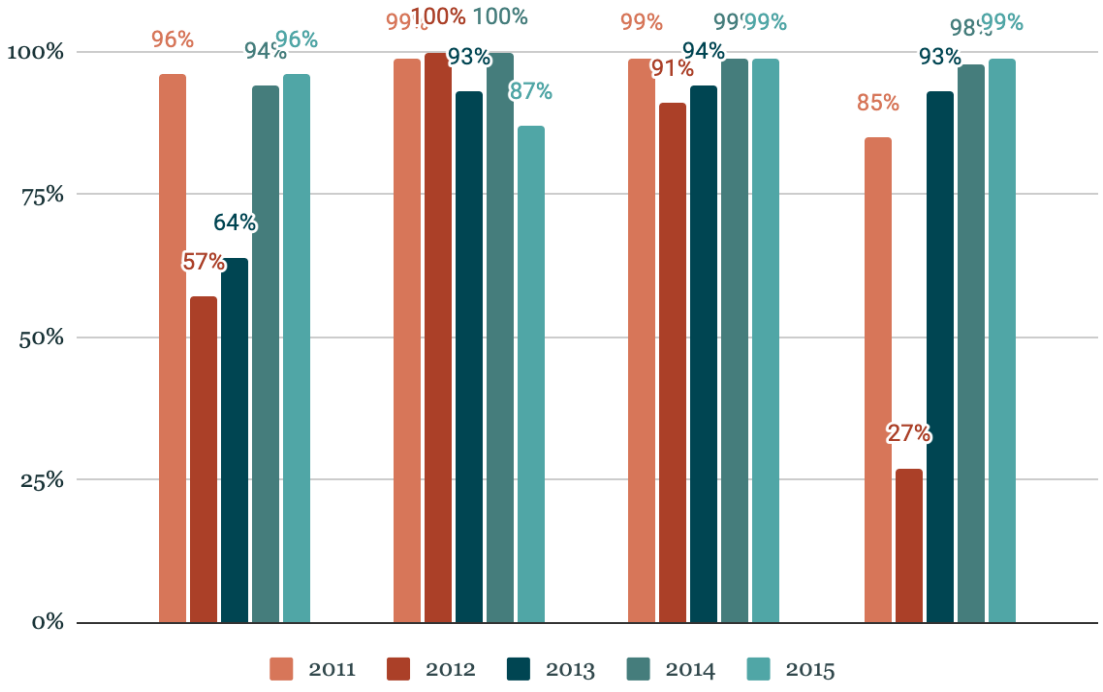
Sequência	Município	CID	Descrição CID	Idade	Data óbito
1	Maracanaú	R99	Outras causas mal definidas e as não especificadas de mortalidade	47	20/02/2012
2	Crateús	R99	Outras causas mal definidas e as não especificadas de mortalidade	28	01/06/2012
3	São Benedito	J15.9	Pneumonia bacteriana não especificada	21	08/12/2012
4	Monsenhor Tabosa	I25.1	Doença aterosclerótica do coração	49	27/01/2013
5	Poranga	C50	Neoplasia maligna da mama	41	15/02/2013
6	Caucaia	C54	Neoplasia maligna do corpo do útero	36	16/08/2013
7	Caucaia	X93	Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão	37	22/08/2013
8	Monsenhor Tabosa	K76	Outras doenças do fígado	43	28/01/2014
9	Monsenhor Tabosa	C50	Neoplasia maligna da mama	48	05/05/2014
10	Caucaia	X70.0	Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação - residência	16	09/03/2014
11	Itarema	R99	Outras causas mal definidas e as não especificadas de mortalidade	31	31/12/2014
12	Poranga	G91	Hidrocefalia	47	25/03/2014

Fonte: BRASIL (2017).

Indicadores de cobertura vacinal

A cobertura vacinal para as vacinas do esquema básico de vacinação da população indígena (Figura 17), em média, resguardados períodos de implantação de novos imunobiológicos como a Tetravalente e a Pneumo10 no 2012, apresenta-se acima dos índices adequados em crianças menores de 5 anos de idade, acima de 95%, o que assegura a prevenção de doenças preveníveis por vacinação nas aldeias, como a paralisia infantil, difteria, tétano e coqueluche, assim como hepatite B. O percentual de pessoas com esquema vacinal completo, que vislumbra o acompanhamento contínuo da prevenção de doenças imunopreveníveis ao longo da vida, o que tem demonstrado, no período de 2011 a 2015 que as crianças e Mulheres em Idade Fértil-MIF, os resultados vêm apresentando crescente aumento, ainda que nos anos de 2012 a 2014 tenha tido aumento da população-meta. Por outro lado, aponta a necessidade de maior acompanhamento da população adulta não feminina, o que pode também ser relacionado às alterações do calendário vacinal específico para a população indígena, tais como a vacinação contra a febre amarela para toda a população indígena.

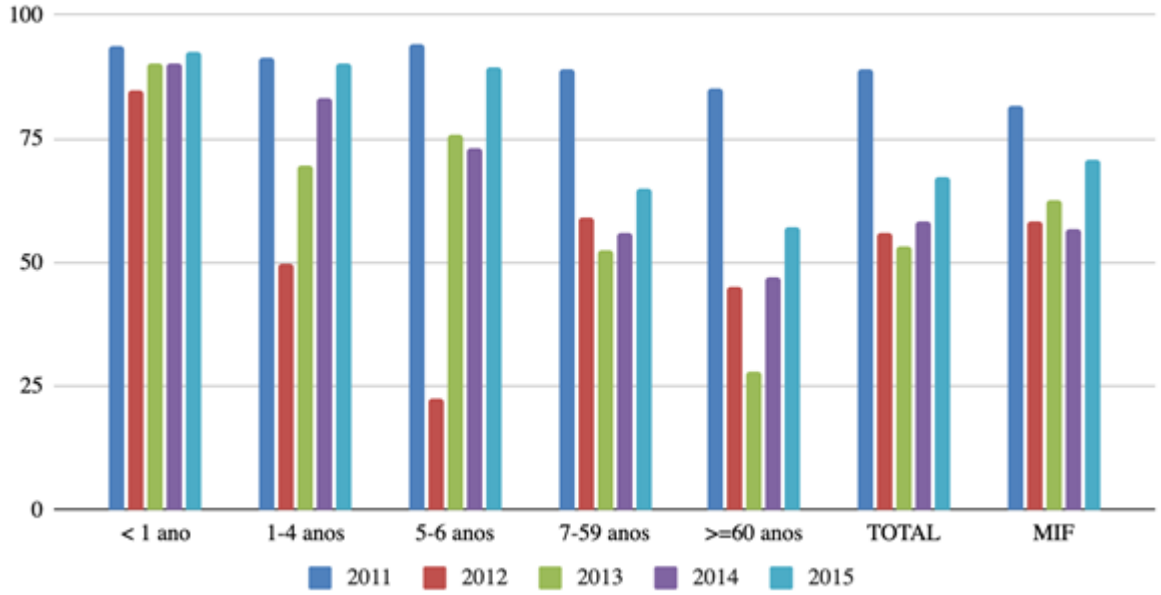
Figura 17 – Cobertura Vacinal < 5 anos, segundo o imunobiológicos, DSEI-CE, 2011 a 2015



Fonte: BRASIL (2017).

A cobertura vacinal para as vacinas do esquema básico de vacinação da população indígena, em média, resguardados períodos de implantação de novos imunobiológicos, apresenta-se acima dos índices adequados em crianças menores de 5 anos de idade, o que assegura a prevenção de doenças evitáveis por vacinação nas aldeias (Figuras 17 a 18).

Figura 18 – Esquema completo por faixa etária, total e mulheres em idade fértil, DSEI-CE, 2011 a 2015



Fonte: BRASIL (2017).

Quanto à avaliação do esquema vacinal completo da população indígena em geral, segundo a idade e MIF, os resultados vêm apresentando crescente aumento, ainda que nos anos de 2012 a 2014 tenha tido aumento da população-meta.

Dentre as diretrizes da PNASPI relacionadas ao monitoramento das ações de saúde, observa-se que a SESAI tem avançado nesse processo e que dispõe de informações vitais.

No tocante às ações de atenção à saúde dos povos indígenas organizadas pelo DSEI, relacionadas ao PNASP, identifica-se a presença das DCNT e das doenças infecciosas e parasitárias, associadas ao controle daquelas imunopreveníveis no Ceará apontando para a necessidade de ações específicas para a promoção da saúde, já anteriormente relacionados pela então Fundação Nacional de Saúde (FUNASA, 1998; BRASIL, 2018). Por outro lado, segundo Stein

(2018), ainda que se tenham poucos estudos acerca das doenças crônicas na população indígena, o estudo de Armstrong *et al* (2018) ajuda a compreender essa lacuna, dando conta de que esse pode ser um indicador de iniquidades e que as altas taxas são decorrentes de ambientes não saudáveis e de condições sociais adversas impostas a elas pelo processo de urbanização. Segundo Mendenhall (2017), observa-se que está caracterizada a situação de sindemia, conceituada como o por Merrill Singer (2009) como um processo que caracteriza a interação mutuamente agravante entre problemas de saúde em populações em seu contexto social e econômico.

Considerações finais

A análise das informações, avaliação e monitoramento das doenças nos territórios atendidos pelo SasiSUS, assim como ações de promoção da saúde e educação em saúde, promovem o cuidado integral dos indígenas e estão de acordo com as diretrizes nacionais. Através da promoção do desenvolvimento e da implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, o SasiSUS fortalece os serviços de saúde voltados para a atenção integral à população indígena com doenças crônicas.

A Covid-19 na população indígena do Ceará

Dos dados disponíveis da Plataforma IntegraSUS, do Governo do Estado do Ceará, acerca do componente raça-cor, tem-se que dentre o total de casos confirmados de 716.868, sendo 2.112 indígenas autodeclarados[16]. Por outro lado, o Ministério da Saúde em suas informações específicas acerca da Covid-19 na população indígena, aponta 1.218 casos confirmados para os 2.112 identificados por esta. Em relação aos dados quanto ao número de óbitos, a SESA informa a ocorrência de 21 casos, enquanto o MS aponta apenas 8 casos de óbito por Covid-19 no período analisado. Apresenta-se um capítulo específico com o conteúdo da temática, como resultado publicado desta pesquisa.

[16] Autodeclarado, auto identificado: atribuição de uma categoria étnico-racial escolhida pela própria pessoa. Também chamada processo de identificação ou de classificação (PETRUCCELLI, 2013).

3.4 Artigo 4 – As transições demográfica e epidemiológica: o empoderamento como as estratégias de prevenção e promoção da saúde[17].

Introdução

Estudos apontam à influência do padrão contemporâneo inter-relacionado a modificações de subsistência, de alimentação e do tipo de atividade física, com mudanças socioculturais e econômicas, tendo como repercussões o surgimento de doenças crônicas, principalmente relacionados à obesidade, hipertensão e diabetes tipo II. Contudo, ainda existem muitas lacunas sobre em relação ao processo saúde doença em populações indígenas (COIMBRA JR. *et al*., 2002, 2003; GARNELO *et al*., 2003; PAGLIARO *et al*., 2005; SANTOS; COIMBRA JR., 2005).

O crescente e constante aumento das doenças crônicas entre a população indígena, ainda que acompanhe a tendência nacional (IBGE, 2020), está associado a ambientes não saudáveis e de condições sociais adversas impostas a elas pelo processo de urbanização e crescente e contínuo processo de negação e de intrusão dos territórios (FONTENELE; DINIZ, 2018). Além de ser um indicador de iniquidades a que esta população está sujeita (STEIN, 2018), caracteriza a situação de sindemia, nos moldes conceituais de Singer (2009) (MENDENHALL, 2017).

A transição epidemiológica e a emergência de morbimortalidade relacionada às doenças crônicas não transmissíveis entre os indígenas são conferidas às mudanças no estilo de vida desses povos e têm determinado atenção, treinamento e recursos especiais para ações de prevenção, diagnóstico e tratamento (COIMBRA JUNIOR *et al*., 2003). O empoderamento do indivíduo, com o cuidado em si, a compreensão de sua autonomia e decisão sobre sua vida e das relações com consigo, com os outros e com o ambiente em que vive, produzindo repercussões sobre o seu comportamento de autocuidado e autogestão, a corresponsabilização do indivíduo, adquirindo domínio sobre sua vida (CAPRARA; RODRIGUES, 2009; TADDEO, 2012; VARGAS *et al*., 2017).

[17] Projeto financiado pelo CNPQ, processo N^{o} 401111/2013.

Desenvolvimento

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNTs constituem o grupo de doenças de maior magnitude no mundo, atingindo, especialmente, as populações mais vulneráveis, como as de média e baixa renda e escolaridade, devido à maior exposição aos fatores de risco ou ao acesso restrito às informações e aos serviços de saúde. Matam cerca de 41 milhões de pessoas a cada ano, o equivalente a 71% de todas as mortes no mundo. 77% dessas mortes ocorrem em países de baixa e média renda. São responsáveis pela maior carga de morbimortalidade no mundo, acarretando perda de qualidade de vida, limitações, incapacidades, além de alta taxa de mortalidade prematura (OMS, 2020).

Segundo o "*Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030"*, é concomitante e acelerada a ocorrência das transições epidemiológicas e demográfica no Brasil, caracterizados pelo envelhecimento da população e a redução das causas de morte por doenças infecciosas e parasitárias e maternoinfantil, acompanhado pela aceleração da ocorrência de mortes por doenças crônicas e causas externas. Em 2019, as doenças do aparelho circulatório (que fazem parte do grupo das DCNT) ocuparam o primeiro lugar em número de óbitos por capítulos da CID-10, somando 738.371 óbitos por DCNT no Brasil. Nas faixas etárias acima de 50 anos, as principais causas de óbito, em 2019, foram as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias malignas e as doenças do aparelho respiratório (BRASIL, 2021).

No período de 2000 a 2019, houve redução na contribuição de óbitos prematuros no total de óbitos por DCNT, de 47,4% em 2000 para 41,8% em 2019. Entretanto, esse percentual ainda é elevado (BRASIL, 2021). Destaca-se que os mesmos fatores que podem impactar na redução da mortalidade prematura por essas causas também beneficiam pessoas com idade acima dos 70 anos, uma vez que as principais causas de morte e limitações na faixa etária de 30 a 69 anos são similares aquelas que acometem indivíduos em idades mais avançadas (BRASIL, 2021). Dentre eles, a alimentação adequada e saudável, que é um direito humano básico, está relacionada à melhoria da saúde, ao menor risco de doenças não transmissíveis e à longevidade. O efeito benéfico sobre a prevenção de doenças

advém do alimento em si e das combinações de nutrientes e outros compostos químicos que fazem parte da matriz do alimento, mais do que de nutrientes isolados. Até bem pouco tempo não se dispunha de informações detalhadas e confiáveis relativas a indicadores básicos de saúde dos povos indígenas no Brasil. Em 2008-2009 foi realizado o I Inquérito Nacional em populações indígenas com o objetivo de caracterizar o estado nutricional de mulheres entre 14 e 49 anos de idade e crianças menores de cinco, abrangendo quatro macrorregiões do País, a saber: Norte, Nordeste, Centro-oeste e Sul/Sudeste. O resultado do diagnóstico nutricional das mulheres indígenas investigadas aponta para o excesso de peso, onde 46% das investigadas apresentaram sobrepeso ou obesidade (COIMBRA JÚNIOR, 2014). Nessa pesquisa ficou evidenciado o que muitos estudos pontuais já destacavam no que diz respeito à continuidade de elevadas prevalências de desnutrição e anemia, bem como do aumento das doenças como hipertensão arterial e *diabetes melito* em diversas regiões do Brasil, associados com estudos sobre perfil nutricional que ressalta o avanço da obesidade e excesso de peso em diferentes populações indígenas (BARBOSA, 2013; MAZZETI, 2015; BOARETTO *et al.*, 2015).

Coimbra Júnior, Santos e Cardoso (2007, p. 54) afirmam que a partir de: "*alterações verificadas no padrão de ocupação do espaço, na economia e na ecologia alimentar resultaram na sedentarização e no aumento da concentração populacional das aldeias e na dependência alimentar por produtos industrializados*". Em populações indígenas a diabetes no Brasil é considerada com uma doença "*emergente*" (COIMBRA JR *et al.*, 2003). Num estudo em Dourados (MS) (FREITAS; SOUSA; LIMA, 2016), a prevalência de diabetes mellitus alcançou 7%. Noutro estudo realizado no ano anterior numa aldeia Jaguapiru (MS), os registros foram de 7,8% (OLIVEIRA *et al.*, 2014). No I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena, realizado entre 2008 e 2009, 1,4% das mulheres indígenas brasileiras apresentaram valores de glicemia sugestivos de diabetes mellitus (COIMBRA JR *et al*., 2013).

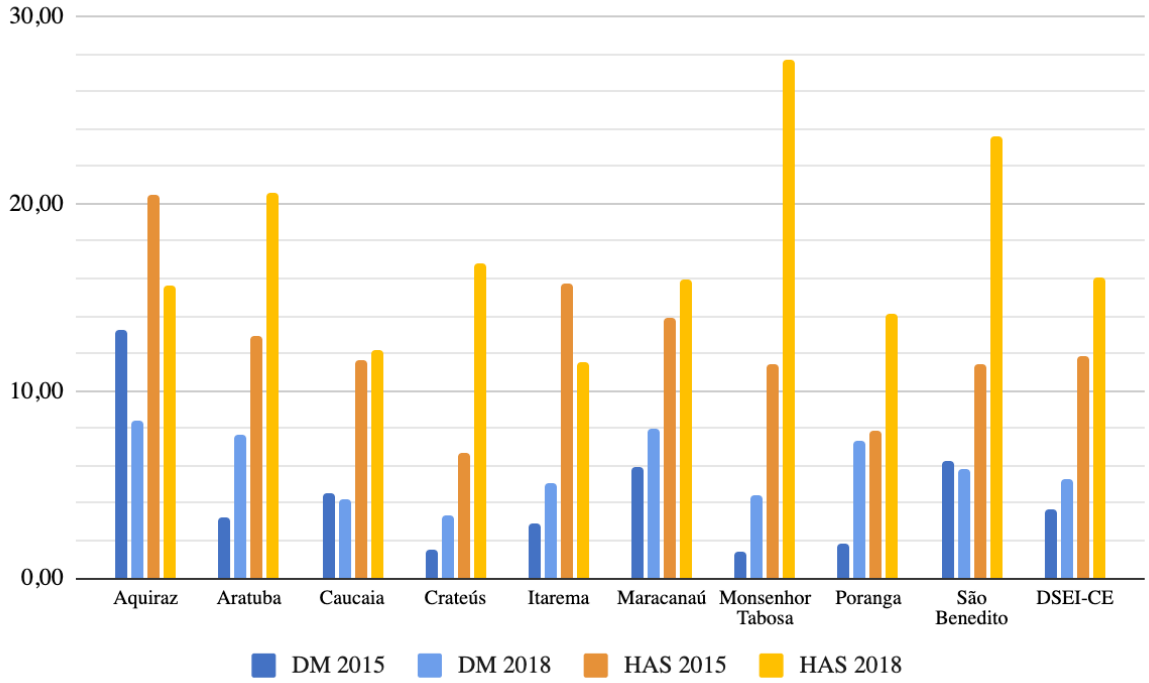
A hipertensão arterial basicamente não existia nos estudos em populações indígenas entre as décadas de 1970 e 1980. Em investigações mais recentes, os resultados já apontam para o crescente aumento. Num estudo em Mato Grosso do Sul (OLIVEIRA *et al.*, 2011), já apontou uma prevalência de 29,7% entre todos os indígenas participantes e de 67,5% entre os diabéticos e os indivíduos com tolerância à glicose diminuída. Num estudo bibliográfico, de revisão siste-mática com meta-análise das prevalências da hipertensão arterial em populações indígenas do

Brasil (SOUZA FILHO *et al*., 2015) concluiu que as preva-lências de hipertensão nos 23 estudos analisados passaram a ser crescentes e variadas atin-gindo níveis de até 29,7%. Acrescenta ainda, a pre-valência combinada de hipertensão nos indígenas, no período de 1970 a 2014, foi de 6,2%. Havendo, assim, aumento de 12% na possibilidade de um indígena brasileiro apresentar hiperten-são arterial para cada ano do período avaliado. Por outro lado, a síndrome metabólica em seus componentes como obesidade abdominal, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e distúrbios do metabolismo da glicose tem despontado como preocupante nos Xavante, com prevalência de 66,1%, assim como em outras populações indígenas como Kaingang e Guarani, no Rio Grande do Sul (65,3%). No entanto, torna-se difícil a comparação devido à diversidade dos Povos Indígenas (SOARES *et al.,* 2015).

No ano 2015, de acordo com os dados de morbidade prévios retirados do SIASI a respeito da população indígena no Ceará, a prevalência de diabetes e hipertensão alcançou os índices de 3,71 e 11,89, respectivamente. A taxa de prevalência de diabetes mais alta foi no polo base de Aquiraz, com 13,27% que também deteve o maior valor para Hipertensão (20,51%) (Figura 19).

Aquiraz também deteve o maior valor para a taxa de diabetes no ano de 2018 (8,44%). No entanto, a maior taxa de prevalência de hipertensão foi apresentada nos indígenas do polo base de Monsenhor Tabosa, com 27,65% (Figura 19).

Figura 19 – Prevalência de diabetes (DM) e hipertensão (HAS) na população indígena aldeada, segundo o polo base, DSEI-CE, 2015 e 2018



Fonte: SIASI, 2015-2018. Nota: Prevalência de Diabetes (>=20 anos) e Hipertensão (>=18 anos).

As ações estratégicas para o acompanhamento das doenças crônicas, mais diretamente relacionadas à hipertensão e diabetes mellitus em populações indígenas no Ceará, são elaboradas de acordo com o planejamento de ações inseridas no Plano Distrital de Saúde Indígena-PDSI-Ceará. Cada Distrito Sanitário no Brasil elabora suas ações e serviços estratégicos a partir do levantamento dos indicadores de saúde e saneamento das populações indígenas (BRASIL, 2015).

O levantamento dos dados é realizado a partir das planilhas consolidadas e enviadas pelas EMSI dos municípios com populações indígenas. O acompanhamento dos pacientes é realizado mensalmente e a busca ativa de casos novos se dá a partir do acompanhamento realizado pela agente indígena de saúde (AIS). Na unidade de atenção primária de saúde esses pacientes recebem os fármacos necessários ao tratamento, de acordo com o fornecimento de medicamentos da atenção básica (BRASIL, 2019).

A promoção de saúde acontece através de ações educativas nas comunidades e nos equipamentos sociais, que são frequentados pela população indígena. Um dos principais desafios das equipes é a compreensão dessas duas

doenças na percepção da comunidade e construir medidas de prevenção para fortalecer o empoderamento, na questão do autocuidado de suas doenças.

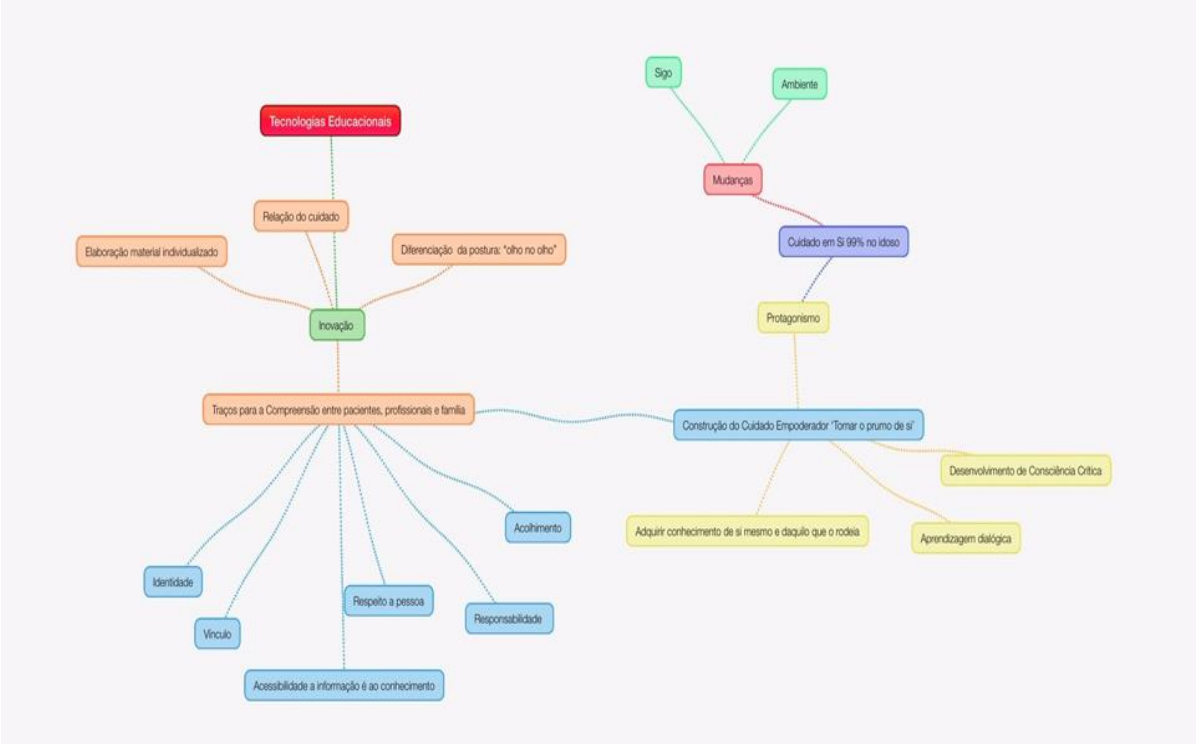
O cuidado em saúde junto a essa população toma dimensões relacionadas à percepção de como a comunidade compreende essa relação saúde-ambiente de modo a prevenir ou minimizar a ocorrência de condições crônicas, necessitando, assim, construir medidas de preventivas para fortalecer o empoderamento na questão do autocuidado como estratégia para o alcance de um bem-estar e melhoria dessas condições, de modo a promover qualidade de vida a essas populações.

Caprara e Rodrigues (2013), entre outros autores, cuidam da temática do cuidado em si como necessidade prévia para o cuidar do outro, segundo Michel Foucault pronunciou em 1982, no seu curso no Collège de France, intitulado "*A Hermenêutica do sujeito*" que aborda uma série de práticas importantes ligadas ao conceito grego de *epimeleia heautou*, traduzido em latim pelo termo *cuidado sui* (FOUCAULT, 2004). O tema é discutido por Foucault a partir da análise da obra *Alcibíades* de Platão, que traz um compêndio das principais teses políticas no que se refere ao tema da relação entre ética e política, onde o cuidar de si para então poder cuidar dos outros, é tido como uma questão básica na formação do sujeito para ingressar na vida política, percorrendo por toda a filosofia grega, helenística e romana, até o século IV e V d.C. (MUCHAIL, 2011; CAPRARA; RODRIGUES, 2013).

O cuidado de si evidencia-se de forma relacional, sendo que um depende do outro para realizar o cuidado. Nesta vertente, o conhecimento e acesso a informações é imprescindível para a tomada de decisão, e nisto incluem-se as práticas de empoderamento, que podem atender à estratégia básica para a promoção da saúde, considerada como tecnologia educacional inovadora.

Autores preconizam que o empoderamento é uma ferramenta valiosa na promoção da saúde, através da qual as pessoas adquirem um maior controle sobre suas decisões, advertindo-se a necessidade de se considerar o modo de viver de cada pessoa, que varia conforme as realidades sociais e os contextos culturais no qual está inserida (VERAS; LACERDA; FORTE, 2022). Segundo Hammerschmidt e Lenardt (2010), no âmbito da promoção da saúde, a dimensão do cuidado a pessoas em condições crônicas se estende além, muito além do ambiente clínico, uma vez que necessita o gerenciamento diário no ambiente doméstico, envolvendo o apoio e auxílio de familiares, centrado no cuidado da pessoa enquanto cidadão e protagonista do seu cuidado e/ou tratamento, esquematizado aqui num mapa mental (Figura 20).

Figura 20 – Mapa mental do cuidado em si, na estratégia do empoderamento



Fonte: Elaborada pela autora.

O empoderamento é um conceito polissêmico que perpassa pelo entendimento de dominar, dar posse, ser sustentável, capacitar, emancipar, tornar livre e independente. Também pode ser definida como enfrentamento pela aquisição de conhecimentos e tomada de decisões, a partir da percepção crítica das relações de poder, assim como objeto de análise do processo de desenvolvimento humano e superação das desigualdades. Nesta perspectiva tem como perspectiva promover autonomia e exercitar a resiliência em um enfoque social/coletivo ou psicológico/individual. O termo deriva da língua inglesa (*empowerment*). Tem tido visibilidade crescente, principalmente a partir dos anos 1990. É uma ideia que tem origem nos movimentos sociais por direitos civis na década de 1970, no movimento feminista e na ideologia da ação social presentes nas sociedades do primeiro mundo, a partir dos anos 1950. Nos anos 1970, foi influenciado pelos movimentos de autoajuda; nos anos 1980, pela psicologia comunitária, e nos anos 1990, pelos movimentos que buscam afirmar o direito de cidadania sobre distintas esferas sociais, dentre as quais a da saúde (VERAS; LACERDA; FORTE, 2022; HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010).

O processo de empoderamento social/coletivo constitui um artifício de luta constante para visibilizar grupos vulneráveis e desenvolver potencialidades para a promoção da saúde, a partir de intervenções educativas que estimulam o protagonismo comunitário e a análise crítica dos problemas para levantamento de estratégias de transformação da realidade social. Tomado neste sentido, o empoderamento se torna um processo que oferece possibilidades às pessoas de autodeterminar suas próprias vidas, efetivando sua inserção nos processos sociais e políticos, a partir de sua integração na comunidade e da articulação com outras organizações (BRACKEN-ROCHE *et al.*, 2017).

Adicionalmente, é desafio do Subsistema de Saúde Indígena "*preparar profissionais para atuação em contexto culturalmente diferenciado"* (BRASIL, 2002) que estaria na compreensão *a priori* dos processos de adoecimento e cura da população indígena contemporânea, frente às transformações sociais e a reelaboração cultural que vivem, especialmente no Nordeste, associada à dialética do crescimento populacional e as reivindicações político-sociais (OLIVEIRA, 2004). Faz-se necessário um trabalho compartilhado entre os profissionais da medicina tradicional indígena e das EMSI (medicina ocidental), focando nos principais fatores que permeiam a concepção sobre o processo saúde-doença e, desta forma, seu itinerário terapêutico (CAPRARA, 2015).

Uma abordagem intercultural da relação saúde-doença não pode se abster da perspectiva e experiência do paciente (EISENBERG, 1977; KLEINMAN, 1978) devendo distinguir a doença diagnosticada pela biomedicina (*disease*) da experiência subjetiva da doença vivenciada pelo paciente (*illness*). Nesse sentido, pesquisas baseadas em métodos qualitativos que exigem trabalho de campo e, de modo especial, aquelas cujo eixo central repousa sobre a relação pesquisador-informante, têm na descrição e análise desta relação o potencial de trazer para o meio acadêmico e profissional informações e discussões tão importantes quanto os resultados da própria investigação (MINAYO, 1998).

Métodos qualitativos se referem a uma ampla bagagem de métodos de pesquisa voltados à coleta de dados sobre o "universo social" (POPE; MAYS, 2000) que demandam, por parte do pesquisador, um percurso de exploração e interpretação de dados provenientes de diversas fontes. A lógica da pesquisa qualitativa, muitas vezes, é mais do tipo indutivo que dedutivo, e consiste na descrição de pessoas e grupos em situações particulares visando entender

significados e experiências, numa perspectiva flexível e dinâmica. Também a análise e interpretação dos dados mudam com o tempo na medida em que o pesquisador acrescenta novos elementos e conhece melhor o contexto estudado (ROSALDO, 1993).

Nesse sentido, o DSEI-CE tem procurado intensificar ações que possibilitem elencar medidas para o "*elo*" entre as duas medicinas, como realização de educação permanente com as EMSI, no sentido de contribuir com a apreensão dos aspectos congruentes entre as compreensões de saúde-doença, práticas de cura, recursos e significações das etnias com as práticas de saúde da medicina científica, subsidiando a qualificação dos profissionais de saúde indígena no estado do Ceará, em contexto culturalmente diferenciado. Desse modo, lançou-se para os profissionais de saúde uma reflexão sobre as peculiaridades da população indígena do DSEI-CE, a organização dos serviços de saúde e o alcance das metas preconizadas no Plano Distrital de Saúde Indígena. A primeira capacitação dos profissionais ocorreu com os profissionais que atuam no município de Monsenhor Tabosa (CAPRARA, 2015).

A busca do interculturalismo como elemento de favorecimento de interpelações e trocas e o de empoderamento das minorias étnicas e culturais não são tarefas simples, considerando-se as divergências entre o discurso liberal e hegemônico, desviando-se da abordagem centrada na doença para a abordagem de promoção e de vigilância em saúde, centrada na pessoa (ALVES; PONTES; SOUSA, 2020).

Considerações finais

Percebe-se a importância da inter-relação entre os sistemas médicos indígenas e o sistema oficial de saúde, no que diz respeito ao fortalecimento, à valorização, manutenção e atualização dos saberes e práticas tradicionais de cuidado com a saúde, considerando-se essencialmente que as medicinas tradicionais indígenas são do domínio dos próprios grupos indígenas, tanto das comunidades quanto dos seus praticantes. Propõe-se o desenvolvimento de instrumentos e ferramentas com a comunidade indígena e com os profissionais da atenção primária em saúde para fortalecer o empoderamento e o autocuidado das pessoas com multimorbidade; capacitar os profissionais para atuarem em contextos

culturais diferenciados na perspectiva do empoderamento das pessoas com multimorbidade.

Tendo como referência as noções de participação social e empoderamento, foi desenvolvido estudo em busca de apreender a percepção das pessoas adoecidas ao passo em que analisa a aplicação de instrumentos e ferramentas educativas junto à referida comunidade indígena, com foco nas ações de promoção da saúde, prevenção e cuidados, e, mais detidamente, de estímulo ao autocuidado. Nesse percurso, valoriza as práticas médicas indígenas e, finalmente, propõe qualificações específicas para os profissionais de saúde indígena. Este processo está detalhado nos capítulos de resultados desta tese.

3.5 Artigo 5 – Etnogênese, etnodesenvolvimento, bem-viver e práticas tradicionais: eixos de equilíbrio territorial

> "O mais importante e bonito do mundo é que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas, mas que estão sempre mudando".
>
> (Guimarães Rosa)

A intensa interação com a colonização e expansão da sociedade nacional, distancia grupos com mais de três séculos de contato intermitente ou permanente, principalmente nas regiões litorâneas até grupos com menos de dez anos de contato, na Amazônia. A intensidade desse processo ao longo dos séculos provocou a perda de línguas do Nordeste ao Sul do Brasil, segundo Rodrigues (2006). No entanto Moraes (2021), publicou um dossiê que traz uma reflexão quanto ao processo colonial de glotocídio, extermínio e epistemicídio segundo o qual muitos povos indígenas do Nordeste perderam parcialmente seus saberes linguísticos e não conseguem mais falar seu próprio idioma cotidianamente, desconsiderando-se percepções nativas sobre o que é vitalidade. De acordo com Santos (2019) a denominação de glotocídio como um processo envolve de modo violento a diminuição da variedade linguística e a discriminação dos seus falantes. Moraes (2021) destaca ainda os conceitos, o contexto histórico e a língua enquanto tradição e resistência, corrobora com linguísticos quanto a importância da mesma, ainda que não falada, como elemento da tradição, assim como o estímulo a sua transmissão

de geração em geração para a manutenção para e a descontinuidade desse processo degradação dela.

Embora seja um elemento importante e que atualmente está em franco processo de retomada, não implica necessariamente na perda de sua identidade, pois a língua embora seja elemento significativo, é parte da cultura como parte de uma teia de significados expressa na interação social, construída por si próprio, no sentido semiótico de cultura, proposto por Geertz (2008) (OLIVEIRA, 1994, 1998; LANGDON, 2005).

Assim, cria-se o conceito de Etnogênese como sendo o processo de retomada da língua e parte integrante da retomada da etnia, segundo Oliveira (1994), onde se desconstroem as afirmações de que as identidades indígenas são fundamentadas em laços consanguíneos ou em culturas específicas que organizam populações apartadas das sociedades nacionais em hábitos, tradições, língua, religião, parentesco, de modo plástico e permanentemente aberto a novas formas e significados (ANDRADE; SOUSA, 2015).

A esse processo "*Etnogênese"* Oliveira (1994) conceitua *se* como sendo um:

> Fato social que nos últimos vinte anos vem se impondo como característico do lado indígena do Nordeste que abrange tanto a emergência de novas identidades quanto a reinvenção de etnias já reconhecidas. Pode ser tomado como base para distinguir os povos e as culturas indígenas do Nordeste daqueles da Amazônia (OLIVEIRA, 1994, p. 53);

Corrobora com Arruti (2006) quando a define como:

> [...] a construção de uma autoconsciência e de uma identidade coletiva contra uma ação de desrespeito (em geral produzida pelo Estado nacional), com vistas ao reconhecimento e à conquista de objetivos coletivos (ARRUTI, 2006, p. 51);

O IBGE (2011) reforça que os povos indígenas foram forçados a esconder e até mesmo negar sua identidade e tradições, como estratégia de sobrevivência seja por pressões políticas, econômicas e religiosas, ou por terem sido despojados de suas terras e estigmatizados em função de seus costumes (IBGE, 2011).

A partir deste conceito de *reinvenção* das etnias, tem-se nos conhecimentos e nas práticas tradicionais como um dos elementos dessa teia que, segundo Souza *et al.* (2021) o bem-estar advindo do modo de vida indígena, sob uma perspectiva holística, requer

> [...] equilíbrio territorial com o ecossistema, fundando-se nos seguintes eixos: base natural de recursos participantes da vida indígena; reprodução material da sociedade indígena por meio dos conhecimentos tradicionais de sujeitos indígenas; e reprodução cultural, individual e coletiva que garanta a vida (SOUZA *et al*., 2021, p. 7).

Ainda que se distancie da viabilidade por questões práticas, mas talvez não tão utópicas (SOUZA *et al.,* 2021), o conceito de etnodesenvolvimento surgido como uma alternativa crítica ao desenvolvimentismo etnocida cujo entendimento sobre os povos indígenas e tradicionais era o de que obstaculizam o progresso (VERDUM, 2002).

Toma-se aqui o conceito de etnodesenvolvimento, especialmente útil para contextos em que populações nativas procuram empreender seus próprios modos de conceber o desenvolvimento (RIGOTTO; AGUIAR; RIBEIRO, 2018). Já Souza *et al.* (2021) dialogam com os conceitos de etnodesenvolvimento, política pública e bem viver indígena, através de uma revisão narrativa, como modo de repensar a própria definição de desenvolvimento, relativizando-o a partir do entendimento de interculturalidade e do desenvolvimento etnicamente sensível, na qual os indivíduos formam parte de um todo mais harmônico com a natureza e com os outros indivíduos, tendo em consideração a alteridade. Os autores convergem complementarmente as definições de etnodesenvolvimento de Batalla (1982), de Verdum (2002), de Stavenhagen (2013) e de Azanha (2002) como o

> [...] exercício da capacidade social de um povo para construir seu futuro, aproveitando para isso os ensinamentos de sua experiência histórica e os recursos reais e potenciais de sua cultura, de acordo com um projeto que se define segundo seus próprios valores e aspirações, numa completa reversão das políticas públicas indigenistas que demanda reafirmação de seus valores culturais e a reavaliação dos indígenas na estrutura social, reconhecidos na Constituição Federal de 1988 os direitos à organização e representação indígena, tornando possível que passem a defender e reivindicar direitos referentes ao território, à saúde, à educação e à manifestação (SOUZA *et al.*, 2021, p. 10).

Assim, o etnodesenvolvimento estaria condicionado a elementos como a resolução preliminar das questões de segurança territorial; fruição exclusiva de recursos naturais nele presentes; disponibilidade de recursos financeiros, formas e tempo necessários para gerá-los, a fim de adquirir produtos manufaturados; e decisão sobre a escala requerida para tais produtos bem como o comando sobre os canais tradicionais de distribuição e circulação dos recursos, ou seja, paradoxalmente,

precisaria de recursos financeiros para adquirir produtos e serviços sob o monopólio de não-indígenas a fim de implantar seus projetos de etnodesenvolvimento, uma correlação necessária entre a dimensão territorial e a preservação sociocultural coletiva (PERES, 2021). Esta proposta se contrapõe ao processo de definição territorial do antigo Serviço de Proteção aos Índios-SPI, criado em 1910, quando Peres se reporta aos apontamentos de Lima (1998), destacando que no os povos indígenas foram colocados na condição jurídica de tutelados do Estado brasileiro, no início do século XX, tanto na esfera administrativa quanto jurídica, com o Código Civil de 1917. Esclarece, especialmente, que a categoria de silvícolas os concebia como nômades e o objetivo era fixá-los à terra (em geral restrita) de modo a liberar áreas para a expansão econômica da sociedade nacional e evitar a extinção física desses povos. Aos postos de atração e pacificação caberiam estabelecer relações amigáveis com os selvagens e aos postos de assistência e proteção caberia integrá-los gradualmente ao convívio nacional e à plena cidadania (PERES, 2021).

Por outro lado, o bem viver estaria relacionado às questões da cosmologia, onde variadas culturas atribuem determinado valor ao modo de vida e sua relação com a natureza e a sociedade, num pensamento socialista/estatista contra o colonialismo e ao neoliberalismo. Já a vertente ecologista/pós-desenvolvimentista associa o conceito à Mãe Terra, como alternativa ao modelo de desenvolvimento extrativista e capitalista. Souza *et al.* (2021) relativizam as propostas dos conceitos de Mamani (2010), Acosta, (2016) e De La Cuadra (2015) que apontam que:

> [...] no bem viver há uma identidade cultural que surge de um processo de relação profunda com o lugar onde se vive, no qual emergem modos de vida e expressão, viver o momento presente a partir de uma memória, de uma ancestralidade, numa perspectiva de futuro que, além de ser vivida, pode ser possível em comunidade e com a natureza harmonia com a natureza, reciprocidade, relacionalidade, complementaridade e solidariedade entre os indivíduos e comunidades, posiciona-se exatamente contrária ao conceito de acumulação perpétua e, assim, se contrapõe que esses modos de vidas não estejam vinculados ao processo de modernidade, distinguindo desenvolvimento de progresso (SOUZA *et al*., 2021, p. 12).

A etnomedicina, a antropologia interpretativa e suas contribuições

A etnomedicina se dá a partir das relações sociais e de poder entre a natureza e a produção a partir da terra, dos alimentos e da sustentabilidade de plantas nativas (ZANK, 2015) da cosmologia (LUCIANO, 2006), de modo a fortalecer

as práticas tradicionais de cura dos indígenas cearenses (HENRIQUES *et al.*, 2017), despontando como instrumento para o ressurgimento das etnias, ultrapassando os limites das utilidades médicas e se apresentar como “emblemas éticos” (BOURDIEU, 2002), segundo Andrade e Silva (2015).

Segundo Lício e Hidalgo (2021) há poucos estudos publicados acerca da medicina tradicional, podendo ser atribuído às rígidas normas para pesquisas junto aos povos indígenas. Por outro lado, associam um aumento das publicações a partir de 2020, devido às práticas e tratamentos da medicina tradicional durante a pandemia da Covid-19, ainda que não explicitem quais teriam sido esses estudos. Eles visitaram o tema a partir de uma revisão de escopo (TRICCO *et al.*, 2016) para identificar as principais características ou fatores relacionados ao conceito de Medicina Tradicional e Alimentação na região amazônica que investigam a interação entre os sistemas de saúde biomédico e o tradicional. Dentre os resultados, têm-se estudos quantitativos e qualitativos, os autores agrupam 3 temas, sendo: Medicina Tradicional Ribeirinha, Medicina Tradicional Indígena e Bases alimentares locais. Ainda que relacionado à temática da alimentação, o tema Medicina Tradicional Indígena utilizou os descritores: *tradicional, OR conhecimento tradicional, OR plantas medicinais* AND *indígenas, OR povos indígenas*. Neste grupo temático os autores identificaram três estudos, conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Artigos sobre o tema medicina tradicional na Amazônia, 2021

Título	Autores	País de origem	Ano	Tipo de estudo
O desenvolvimento participativo da área de medicina tradicional indígena, Projeto Vigisus II/Funasa	Ferreira, L.O.	Brasil	2012	Relato de caso
A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas	Ferreira, L.O.	Brasil	2013	Relato de caso
Articulación entre servicios de salud y "medicina indígena": reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil	Langdon, E.J., Garnelo, L.	Brasil	2017	Artigo de revisão

Fonte: Lício e Hidalgo (2021), adaptado pela autora.

Ainda que limitado somente a alimentação e a região amazônica, o estudo de Lício e Hidalgo (2021) relaciona que uma das publicações mais importantes foi a organizada por Dominique Buchillet, em 1991, e já mostrava as relações entre as medicinas tradicionais indígenas e os sistemas oficiais de saúde que foram

enfatizados por Ferreira (2012). Por outro lado, por mais que se trate de região inconteste que lidam com o tema, os autores identificaram relatos de experiências de fortalecimento e de “revitalização” das medicinas tradicionais indígenas, o de Garnelo *et al*. (2004) e de Athias (2007). Foi destacado o *Manual de Doenças Tradicionais Baniwa*, no Alto Rio Negro, onde se iniciou em 1997 por demanda das organizações indígenas Baniwa e concluído no ano 2000, graças aos esforços das lideranças indígenas, conhecedores de plantas medicinais, benzedores, pajés e agentes indígenas de saúde, sendo possível realizar o registro das oficinas sobre os processos de tratamento para as doenças que ‘atacavam’ a humanidade (UNIVERSIDADE DO AMAZONAS, 2001). A revisão apontou um trabalho de catalogação de 60 espécies, frutas, raízes e tubérculos mais usados nessas comunidades para o tratamento de doenças, realizada por jovens indígenas do Baixo Rio Negro (FAS, 2020; LÍCIO; HIDALGO, 2021).

Em nível nacional, pode-se elencar dentre as primeiras e mais contundentes contribuições aquelas produzidas por Wright (1981); Coimbra Jr (1987); Buchillet (1991) a cerca da Amazônia Ocidental; Garnelo; Wright (2001), Athias, Machado, 2001; Langdon, Garnelo (2004); Ferreira (2007); Athias, 2007, sendo atualmente continuamente revisitados por esses principais autores. No entanto, no Nordeste pouco se estendeu acerca da temática. Num estudo do DSEI-BA identificou-se que medicina tradicional seria significado de atenção diferenciada (MOTA; NUNES, 2018).

Souza *et al.* (2021) destacam um trabalho relevante o do Centro de Medicinas Indígenas Bahserikowi, de Barreto (2017). Esse autor destaca que as concepções de saúde dos povos indígenas consideram o processo saúde-doença vão para além do aspecto biológico, em contraposição ao imaginário construído pela sociedade nacional, envolvendo também visões de mundo cosmopolíticas, conectando o indivíduo numa teia de relações com outros seres, com os *waimahsã*, com os animais, os cuidadores tradicionais, com seus parentes e outras pessoas. Essa concepção converge para a definição de bem-viver proposta por Souza *et al.* (2021).

A revisão elaborada por Langdon e Garnelo (2017), reúne mais de 100 textos de autores que relacionam serviços de saúde e “*medicina indígena*” (aspas das autoras) e tecem críticas às políticas do cuidado diferenciado, onde elas exploram o pluralismo terapêutico nas políticas e serviços de saúde no Brasil que

mantém uma abordagem hegemonicamente biomédica. É situado historicamente os caminhos porque passaram as políticas voltadas para a população indígena até a criação do SASISUS, como reconhecimento constitucional da violenta história de contato interétnico que gerou a marginalização social, econômica, política e geográfica dos povos indígenas, justificando um dos programas mais inclusivos da América Latina em termos de cobertura de serviços e alocação de uma quantidade de recursos destinados a melhorar a saúde dos povos indígenas, com atuação direta do governo federal e com autonomia de gestão em nível local.

No entanto, Langdon e Garnelo (2017) advertem que a situação continua precária, com a coexistência de doenças parasitárias e infecciosas, atreladas a transição nutricional e epidemiológica acelerada com o surgimento de novas doenças, incluindo síndromes crônicas, sobrepeso e obesidade, transtornos mentais e comportamentais e causas externas de doenças e morte, com abuso de substâncias, morte violenta e suicídio, especialmente entre os jovens, e refletem violência estrutural, subordinação política, exploração econômica, discriminação social, marginalização e atendimento inadequado e que pouco se avançou, ou quase nada, ou até mesmo se omitiu, a respeito da atenção diferenciada na concepção e na estrutura do sistema, apesar de variadas contribuições conceituais de antropólogos que influenciariam na qualidade da atenção primária, relacionando autocuidado numa dinâmica criativa entre este e as formas tradicionais de atenção à saúde. Seus resultados convergem para, apesar de sua hegemonia e apoio do Estado, a biomedicina não suplanta outras formas de práticas terapêuticas. Ao contrário, a contínua expansão de seus serviços e medicamentos coexiste com o florescimento de modelos populares e alternativos de atenção à saúde na América Latina e em outras partes do mundo.

As autoras concluem, pela revisão, em favor de produções etnográficas que podem contribuir para a compreensão quanto a modelos e práticas da atenção à saúde das comunidades indígenas. Elas propõem que através do foco local em povos indígenas, em grupos étnicos, em doenças específicas, em práticas biomédicas, em sistemas nativos de saúde e práticas de cura, entre outros, os estudos até então realizados têm fornecido uma ampla variedade de informações sobre o funcionamento do SASI e sua organização nos distritos sanitários especiais indígenas. O contínuo diálogo entre cientistas, gestão e profissionais, considerando-se a diversidade entre sistemas e práticas de epistemologias marcadamente

diferentes, exige o reconhecer da existência e coexistência de formas de conhecer a natureza do mundo (LANGDON; GARNELO, 2017).

Medicina tradicional

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2016) conceitua medicina tradicional como o conjunto de conhecimentos, habilidades, utilizados para manutenção da saúde e prevenção de práticas, diagnóstico, melhoria ou tratamento de doença física ou mental, com base em teorias, crenças e experiências indígenas de diferentes culturas, quer sejam explicáveis ou não. A partir desta interpretação a OMS pressupõe que a medicina tradicional se transforma em medicina alternativa na medida em que se integra ao sistema oficial de saúde, de modo a minimizar os custos em saúde.

O tesauro Descritores em Ciências da Saúde, com base no MeSH – Medical Subject Headings[18], descreve Medicina Tradicional como “Sistemas de medicina baseados em crenças culturais e práticas passadas de geração a geração. O conceito inclui rituais místicos e mágicos (terapias espirituais), fitoterapia e outros tratamentos que podem não ser esclarecidos pela medicina atual”. Esta abordagem, biomedicamente orientada, coloca a medicina tradicional num campo sem validação científica na medida em que são tem como obstáculo às influências dos contextos culturais e históricos, além de situar práticas e praticantes da medicina tradicional em produtos de mercado, num produto histórico do Iluminismo. Há dissonância entre o discurso oficial e o entendimento da população indígena acerca do conceito, tendo nestes os aspectos formais que caminham no sentido de profissionalização das categorias, enquanto para esses os conceitos e práticas tradicionais de saúde e cura estão em processo de reelaboração, adquirindo novos sentidos e influenciando a reorganização sociocultural do cuidado com a saúde e do exercício do poder. A

[18] O tesauro multilíngue DeCS/MeSH – Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings, foi criado pela BIREME para servir como uma linguagem única na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos, e outros tipos de materiais, assim como para ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas fontes de informação disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) como LILACS, MEDLINE e outras (Descritores em Ciências da Saúde, 2017). BIREME: O Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido como BIREME, é um centro especializado da Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). A missão da BIREME é contribuir para o desenvolvimento da saúde nos países da América Latina e Caribe por meio da democratização do acesso, publicação e uso de informação, conhecimento e evidência científica (OPAS, 2023).

medicina tradicional indígena constitui um dos objetos frequentemente pautados. (LANGDON; GARNELO, 2004; LUCIANO, 2006; FERREIRA, 2013).

Ferreira (2013) traz o conceito de Medicina Tradicional como politicamente modelado, adquirindo novos sentidos e influenciando a reorganização sociocultural do cuidado com a saúde, o que converge, ao conceito de parte da cultura envolvida numa teia de significados tecidos e negociados pelos atores (GEERTZ, 2008; LANGDON, 2005).

Assim, a partir da perspectiva da antropologia médica, conceituaremos nesta leitura, o sistema tradicional de saúde indígena enquanto etnomedicina, caracterizando-se por “conhecimentos e práticas relativos à doença que são o produto de desenvolvimentos culturais autóctones não explicitamente derivados do quadro conceitual da medicina moderna", segundo Hughes (1968), associado, ainda, às características do conceito delineado por Menendez (1994), que atribui dinamicidade ao termo de modo “ao ser afetada pelas transformações sociais, em contínuo processo de modificação”. Menéndez (1994) destaca que prefere falar sobre conhecimento popular ou conhecimento médico popular do que Medicina tradicional. No entanto, utiliza do termo para se comunicar, visto que convencionalmente “tradicional” evoca certos saberes, numa análise de questões específicas não apenas em sua univocidade, mas em sua relevância conceitual.

Neste sentido, segundo Buchillet (1991) a etnomedicina constitui a parte mais antropológica da antropologia médica, na medida em que tenta “estabelecer uma relação entre as representações ligadas às doenças ou ao seu tratamento com a cultura e a organização social das populações consideradas”. Ferreira (2007) corrobora com a autora, acrescentando que “as medicinas tradicionais indígenas se caracterizam como sistemas xamânicos imersos numa visão de mundo particular de cada Povo”. Já segundo Langdon e Garnelo (2004) “é dever de o antropólogo trazer à luz esses saberes submetidos e reprimidos, resgatando o seu valor cognoscitivo e sua coerência simbólica (compartilhados pelo doente, pelo curador e por setores de comunidade a que ambos de algum modo indicam pertencer)”.

Coimbra Jr. (1987) destacou a relação entre as diversas representações indígenas sobre as práticas de adoecimento e cura frente às epidemias que se diferenciam das doenças já existentes por ocasionaram a acentuada depopulação, por sua capacidade de ocasionar grandes perdas populacionais em curto período e consequente, desorganização das estruturas sociais. Ele cita os relatos de Gioconda

Mussolini que, ao observar o comportamento dos Kaingáng, em meados dos anos 1940, verificou que eles se aglomeravam nas casas comunais com a finalidade de se proteger contra os espíritos que causavam o sarampo, mas o efeito obviamente era contrário, ou, ainda, fugiam e acabavam por espalhar a doença. O mesmo comportamento também foi observado entre os Yanomami por James Neel, em 1968, e entre os Ka'apor, por Darcy Ribeiro, em 1950.

A cosmovisão e a cosmogonia estão intimamente relacionadas ao conceito de corpo, de adoecimento e cura dos povos indígenas no Brasil, segundo Coimbra Jr., Santos e Cardoso (2007), “trata-se de um corpo culturalmente construído que não se desenvolve ou sobrevive “naturalmente”, mas, sim, por constantes intervenções sociais que poderão variar de acordo com o sexo, idade, linhagem, etc, na construção da pessoa”. Langdon (2005) corrobora com o conceito semiótico de cultura que Geertz (2008) traz, a partir de Max Weber, como uma teia de significados que o homem mesmo teceu, expressa na interação social, em que os atores comunicam e negociam os significados e afirma que a abordagem atual da etnomedicina, segundo esse sistema simbólico, é público e centrado no ator que se utiliza dele para interpretar, reproduzir e agir no seu mundo, que cabe a etnografia, de modo denso, descrever e procurar interpretar esses significados.

Há diversas características e ditas classificações quanto aos cuidadores tradicionais, detentores de saberes ou, ainda, praticantes tradicionais indígenas, tais como pajé, rezadeiras, parteiras, benzedeiras, com características específicas, onde cada um apresenta e cuida de saberes diferentes entre si (WAKANÃ; GIL, 2007) mas que se complementam, onde a espiritualidade é o seu principal pilar, como destacado por Lagrou (2007) que cita que determinada doença pode ser causada pela vingança de um espírito. Por outro lado, Botelho (2006) refere os cuidadores tradicionais como especialistas que trabalham com relações médico-míticas, podendo ou não ter adicionados itens do conhecimento historicamente acumulado, notadamente, os recursos da natureza circundante de origem animal, vegetal e mineral. Faz diferença que os pajés representam uma parcela dessas pessoas. Contudo, eles se destacam ainda mais por duas razões: o exercício de funções que excedem o sagrado, capazes de gerar interferência política nos respectivos grupos sociais, e a extraordinária capacidade de reconstruir os próprios saberes, como uma história de longa duração, ao longo de quatro séculos. Pajés e curadores tradicionais são os principais sujeitos que garantem a preservação de saberes de cuidados em

saúde, em suas culturas diferenciadas, nos diversos grupos étnicos do País (SOUSA; ANDRADE, 2015).

No Ceará são várias as contribuições da antropologia histórica acerca da presença indígena (PINHEIRO, 2000; 2006; STUDART FILHO,1965; SILVA, 2003). Há estudos acerca da etnicidade e territórios dos alguns povos indígenas na contemporaneidade, como os Tremembé (VALLE, 1993), Tapeba (BARRETO FILHO, 1993), Pitaguary (ALEGRE, 1996; PINHEIRO, 1999; MAGALHÃES, 2009), Potiguara (LIMA, 2007), Tremembé e Jenipapo-Kanindé (RIGOTTO; BRAGA, 2012; LUSTOSA, 2012) e Tapuia (FONTENELE; DINIZ, 2018) e da Serra da Ibiapaba (MAIA, 2010).

Dos estudos relacionados à saúde têm-se três acerca da situação nutricional, sendo um com os Jenipapo-Kanindé (SAMPAIO; SABRY, 2002), outro com os Tremembé (SANTIAGO, 2002) e um sobre a saúde da mulher indígena (BUSGAIB, 2010) e outro sobre a saúde da criança (DANTAS; ALMEIDA, 2017) e o perfil epidemiológico dos povos indígenas cearenses (DANTAS *et al*., 2018).

Há variados estudos relacionados à fitoterapia, na terra de Dr. Francisco de Abreu Matos que procurava aproximar o homem moderno à natureza em busca da cura de suas próprias doenças, utilizando-se das plantas medicinais, aproximando-se, para tanto, do vigoroso conhecimento popular (CFM, 2009). O termo fitoterapia foi dado à terapêutica que utiliza os medicamentos cujos constituintes ativos são plantas ou derivados vegetais, e que tem a sua origem no conhecimento e no uso popular. Apesar dos avanços da medicina moderna no mundo, a Organização Mundial da Saúde reconhece que a maioria da população de países em desenvolvimento depende da medicina tradicional, já que 80% desta população desenvolvem práticas tradicionais em seus cuidados básicos na saúde, sendo 85% dessas representadas pelo uso de plantas medicinais (MARTELLI; ANDRADE; SANTOS, 2018).

Matos foi consagrado pelo Projeto “Farmácias Vivas”, um dos mais importantes cientistas do segmento de plantas medicinais e fitoterápicos do mundo. O projeto implantado no Ceará, serviu de modelo para a criação, pelo MS, da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, adotada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2009). Apesar da factibilidade proposta pelo fundador, que seriam o acesso às plantas medicinais, o fortalecimento do conhecimento e da participação popular, a política pouco avançou

devido às dificuldades para seu uso no SUS, como o pouco conhecimento que os profissionais de saúde têm sobre a Fitoterapia, o entendimento deturpado sobre a eficácia e a segurança deste tratamento por parte de usuários e profissionais de saúde, a dificuldade do acesso à planta medicinal e ao fitoterápico, além da estruturação e incentivo dos serviços nos moldes que favorecem o uso do medicamento sintético, associado a ausência de integração das diferentes áreas do conhecimento (química, bioquímica, farmacologia, botânica, tecnologia farmacêutica) que impede a obtenção de extratos ativos e possíveis fitoterápicos, em detrimento dos exauridos hortos medicinais municipais (FIGUEIREDO; GURGEL; GURGEL JÚNIOR, 2014; SARAIVA *et al.,* 2015).

No entanto, estudos têm apontado que apesar desses desafios, empresas e pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento e a população em geral têm demonstrado interesse nos fitoterápicos como alternativas para o tratamento de diversas afecções e lesões. Este fato ocorre principalmente pelo menor custo e a possibilidade de menores efeitos adversos dos fitoterápicos em comparação aos medicamentos alopáticos, assim como, pela biodiversidade da flora brasileira (MARTELLI; ANDRADE; SANTOS, 2018; NEGREIROS, 2017; SANTOS-LIMA *et al*., 2016).

Por outro lado, no Ceará há pouquíssimos estudos relativos a esses grupos populacionais indígenas concernentes aos processos de adoecimento e cura, de modo que relacione a riscos e vulnerabilidade, especialmente quanto a sua compreensão e diferenças relativas às condições das pessoas e às condições socioeconômicas (AYRES *et al*., 2003). A maioria desses estudos foram direcionados a estudos quantitativos e os resultados encontrados não tiveram sua base social e importância interpretadas à luz da situação o em que se inserem ou são influenciadas (GEERTZ, 2008) com o desenvolvimento de pesquisas na área qualitativas, modo de se compreender a situação de saúde e seu processo, na perspectiva dos cuidadores tradicionais (NOBRE, 2002). Somente seis estudos relacionaram-se à medicina tradicional, neste caso, quatro com os Pitaguary, sendo o de Nobre (2002), outros dois de Sousa e Andrade (2015) e Andrade e Sousa (2016) e um de Kagan (2015), que abordou a medicina tradicional; um com os Tapeba, de Machado *et al.* (2005) e outro com os Jenipapo-Kanindé, por Negreiros (2017), sendo estes dois últimos direcionados à etnobotânica. Está em curso, ainda,

um projeto do DSEI-CE proposto pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena (HENRIQUES *et al.,* 2017).

O Grupo de Pesquisa Cultura, Saberes e Práticas em Saúde, do Laboratório Eco-bio-social, Inovação e Humanidades (EBSIH), coordenado pelo Professor Dr. Andrea Caprara, da UECE, tem avançado nas pesquisas junto aos Potyguara das aldeias do Mundo Novo e Jacinto, de Monsenhor Tabosa-Ceará. Entre os anos de 2015 e 2017 foi produzida uma cartografia com esse povo, tendo-se realizado uma tese de doutorado, como resultado do primeiro projeto junto. A tese partiu dos afectos provocados pelos filmes assistidos, músicas escutadas, participações em eventos e grupos, leituras de livros, artigos, jornais, na perspectiva de Didi-Huberman (1998), Lagrou (2009, 2015), Rancière (2005), Deleuze (1994), Deleuze; Guattari (1996), Rolnik (2007), Viveiros de Castro (2015) que teceu caminhos de experimentação enquanto “ciência nômade” no sentido da errância que se dá em trânsito por uma multiplicidade que não pretende a verdade, a explicação, a precisão. O trabalho é mais de uma pragmática, como criação pela experimentação, do que semântico, diz a autora (SOUSA, 2018).

A Teoria da Epidemiologia Social se refere a abordagem que relaciona as causas sociais aos problemas de saúde, indo muito além da mera ausência de doenças, exigindo articulações entre as abordagens biológicas e ecossociais e do sistema de ideias em relação à morte, à saúde e à doença, ao corpo e ao espírito como fenômenos de saúde. Essas articulações precisam ser inseridas nas interações com os coletivos indígenas, de acordo com os interesses, necessidades, desejos e visões de mundo da comunidade (KRIEGER, 2001; ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002; OLIVEIRA, 2004; GONÇALVES *et al*., 2015).

A abordagem intercultural relaciona a natureza, a cosmologia e a organização social no processo de adoecimento e cura dos povos indígenas (LUCIANO, 2006), com a valorização e o respeito à aos conhecimentos tradicionais produzidos pelas comunidades como elementos positivos (CAPRARA, 2009) numa perspectiva de reelaboração da cultura, haja vista sua característica dinâmica (OLIVEIRA, 1998; SILVA, 2003).

Neste sentido, através da abordagem intercultural, imbricada na condição social, demonstra a necessidade de uma revisão das políticas de saúde voltadas para as populações indígenas, de modo crítico (COIMBRA JR., 2014; CAPRARA, 2009), pautada na compreensão de que a organização social se expressa nas

culturas através da ênfase nos sistemas de símbolos, ideias e significados que a constituem (GEERTZ, 2008), num conceito ampliado da Atenção Primária em Saúde (APS) (MENDES, 2012).

Desta forma, mostra-se relevante o desenvolvimento de estudos acerca da medicina tradicional indígena no Ceará dada a parca produção identificada, frente a necessidade apresentada.

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

4.1 O estudo

Tipo de estudo, período e interlocutores

Pesquisa de campo, estudo etnográfico, na perspectiva de observação participante, de Malinowski (1978), a partir da abordagem interpretativa de Geertz (2008), acerca das práticas tradicionais de adoecimento e cura dos e sua articulação com o sistema de saúde biomédico, tendo-se como interlocutores os Potyguara das aldeias Mundo Novo e Jacinto, de Monsenhor Tabosa-CE. Trata-se de um subprojeto da pesquisa iniciada em 2008, "*Saúde Indígena e Multimorbidade: o Processo de Empoderamento dos Potyguara de Monsenhor Tabosa"*, sob emenda (1ª) à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, com a adequação do projeto inicial mediante os objetivos desta tese.

Utilizou-se a etnografia como método de coleta e também de interpretação, tendo como referencial o modelo etnográfico desenvolvido por Malinowski (1922), com abordagem interpretativa de Geertz (2008), oportunizando todo o material já coletado no projeto principal*,* associando-se à aproximação da pesquisadora junto a essa população onde tem vínculo efetivo desde o ano 2000, tendo atuado na aldeia em diversos momentos, especialmente os relacionados aos movimentos dos processos de fortalecimento das práticas tradicionais de saúde, por demanda da própria comunidade, dada a afinidade da pesquisadora com a temática e com pesquisadoras nativas que contribuíram na coleta dos dados.

A primeira aproximação no campo com os Potiguara foi no ano de 2005 quando o DSEI iniciou um processo de inclusão daquele povo no censo demográfico, com a finalidade de organizar o sistema de saúde local, com a implementação da Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas (PNASPI). Na ocasião, trabalhava no apoio ao controle social, com a implantação dos conselhos locais de saúde indígena. Em 2008 iniciamos o Projeto Potyguara junto a UECE, como descrito anteriormente. Das andanças pelas aldeias foram inúmeros os encontros com a comunidade e seus atores. A princípio, aquele olhar de indagação de qual seria minha posição junto à comunidade, de apoiar ou de desarticular o seu pleito que até estava focado na compreensão por parte do Estado quanto a

legitimidade da luta do povo enquanto indígenas na contemporaneidade, adverso aos interesses da população nacional que lhes avizinha(vam). A atividade técnica que o DSEI nos solicitava relacionava-se a subsidiar a organização dos conselhos locais de saúde e a preparação de conselheiros de saúde e assim, foi a aproximação na comunidade. Pouco a pouco, à medida que nos aproximávamos das pessoas e procurávamos compreender as diversas relações entre os indígenas, pôde-se perceber certa confiança na relação. No início todos os contatos eram estabelecidos de modo formal e antecedidos por rituais e apresentações com a finalidade de demonstrar suas características. Eram rituais de benzimento coletivo, de apresentação de passagem de grupos femininos, de grupos masculinos, de genealogias das aldeias, de relações com animais totêmicos e com a mata. Tivemos a oportunidade de participar diversas vezes de variados rituais que nos eram permitidos ou apresentados. Aos poucos passamos a observar os rituais e movimentos em diversos momentos e até como participantes, após convite.

A aproximação com a comunidade foi fortalecida pela oportunização junto ao movimento de reetinização, de luta pelo reconhecimento dos seus direitos enquanto indígenas, tendo como pilares os direitos à saúde e direito à educação diferenciada.

Os Potyguara da Serra das Matas estão em processo de retomada da língua, língua essa que não morreu, pois há histórias e rituais que utilizam termos “antigos” em Tupi e, além disso, há um movimento associado com variadas etnias locais, o Movimento Potiguatapuia, congregando os Potyguara, os Tabajaras e os Tapua que buscam a alfabetização de jovens, adultos e crianças na língua Tupi, numa iniciativa há mais de 20 anos. A partir de um projeto com a Universidade Federal do Ceará em parceria o Instituto Federal do Amazonas, a Escola do Povo Caceteiro produziu a Cartilha de Alfabetização bilíngue com palavras em Português e Nheengatu e material didático sobre Língua Portuguesa e Matemática do 1º ao 5º ano em Tupi-Nheengatu (BRASIL, 2022).

Durante todo o percurso deste projeto tivemos a interlocução de duas pesquisadoras nativas, Terezinha Pereira da Silva, Teka Potyguara e de Maria Sampaio, Marluce Potyguara, que “traduziam” as falas das pessoas e também da comunidade, de todo o material coletado até 2022, tendo como período de análise de dados, o período de junho a dezembro de 2022.

Procuramos fazer variados mapas mentais a partir das observações de campo e os modos de vida dos Potyguara, procurando articular os conceitos teóricos, registrando-se em diários de campo. No Ceará, os Potyguara estão presentes em Crateús, Poranga, Boa Viagem, Novo Oriente, Quiterianópolis, Tamboril e Monsenhor Tabosa. Essa etnografia foi com os povos Potyguara que habitam a região da Serra das Matas na zona rural do Município de Monsenhor Tabosa, especificamente as aldeias do Mundo Novo e Jacinto que se autodenominam Potyguara, com y, numa proposta de diferenciação dos demais Potiguara.

Procedimento para a seleção dos interlocutores “cuidadores tradicionais”:

Há diversas características e ditas classificações quanto aos cuidadores tradicionais, detentores de saberes ou, ainda, praticantes tradicionais indígenas, tais como pajé, rezadeiras, parteiras, benzedeiras, com características específicas, onde cada um apresenta e cuida de saberes diferentes entre si (WAKANÃ; GIL, 2007), mas que se complementam, onde a espiritualidade é o seu principal pilar, como destacado por Lagrou (2007) que cita que determinada doença pode ser causada pela vingança de um espírito. Por outro lado, Botelho (2006) refere que cuidadores tradicionais são especialistas que trabalham com relações médico-míticas, podendo ou não ser adicionados itens do conhecimento historicamente acumulado, notadamente, os recursos da natureza circundante de origem animal, vegetal e mineral. Faz diferença que os pajés representam uma parcela dessas pessoas. Contudo, eles se destacam ainda mais por duas razões: o exercício de funções que excedem o sagrado, capazes de gerar interferência política nos respectivos grupos sociais, e a extraordinária capacidade de reconstruir os próprios saberes, como uma história de longa duração, ao longo de quatro séculos (BOTELHO, 2006)[19]. Aos curandeiros tradicionais são investidos um poder, muitas vezes, exorbitantemente superior ao creditado ao médico diplomado. Esse poder estaria relacionado a capacidade de cura pelo quadro familiar (“tocando” em você) e do caráter abrangente da percepção da doença e da terapia (a totalização do homem, da natureza e da cultura, cujo corolário é a hiper-especialização) (LAPLANTINE, 2010).

Previamente, através do Projeto “*Árvore da Vida*” (HENRIQUES, 2016), procuramos identificar os cuidadores tradicionais, com a utilização a técnica de

[19] Utilizaremos os termos pajé e rezador como sinônimos nesta leitura.

amostragem linear “Bola de Neve” (*Snowball Sampling*) (PENROD *et al.,* 2003), por se apresentar apropriada para a situação, uma vez que a técnica qualitativa, voltada para a identificação de grupos específicos, temas específicos com questões polêmicas e de difícil acesso que não se pode quantificar, tendo-se em mente uma quantidade limitada àquela população, de modo a alcançar todas as pessoas com aquele perfil, com o cuidado de verificar se as pessoas apontadas atendiam ao perfil inicial desejado. A técnica consiste em, a partir do reconhecimento de informantes especialistas, localizar os demais informantes-alvos da pesquisa (outros especialistas), que são aquelas pessoas reconhecidas na comunidade por possuir maior experiência ou deter maior conhecimento sobre determinado assunto de interesse da pesquisa. Definimos essas pessoas como as lideranças locais mais idosas que residiam maior tempo nesse local. A partir da indicação dos primeiros são apontados os subsequentes e assim sucessivamente, envolvendo todos os especialistas da comunidade, até que o ciclo se feche e novos especialistas não sejam mais apontados, saturando-se a amostra, no caso, saturando-se as aldeias selecionadas (GOODMAN, 1961; VINUTO, 2014; CAJAIBA; SILVA; PIOVESAN, 2015).

Mediante a seleção dos cuidadores tradicionais identificados nas aldeias pela abordagem de “Bola de Neve” (*Snowball Sampling*) (PENROD *et al.,* 2003), foram selecionados dez cuidadores tradicionais indígenas das etnias Potyguara, Tabajara, Tapuia-Kariri e Gavião, sendo sete mulheres e três homens. Após essa identificação inicial, passamos a entrevistar esses cuidadores tradicionais, em sequência aleatória, de forma aberta, mediante temário específico, sendo mapeados de acordo com suas especialidades, sendo cinco rezadeiras, três pajés e duas mezinheiras, onde uma delas também é parteira, das aldeias Mundo Novo e Jacinto, Monsenhor Tabosa-Ceará. À exceção de uma rezadeira-parteira que tinha menos de 40 anos, os demais eram cuidadores tradicionais tinham idade acima de 60 anos, residentes nas aldeias de Mundo Novo e Jacinto. Eles vivem da agricultura e alguns recebem algum benefício social por aposentadoria desta atividade. Não recebem nenhum benefício financeiro da comunidade ou do governo por sua atividade de cura.

Local da Pesquisa

O Cenário dos Potyguara de Monsenhor Tabosa

A pesquisa foi realizada com os Potyguara que se localizam essencialmente em Monsenhor Tabosa que é um Município que fica a 212 km de Fortaleza, Capital do Ceará. Situado no Sertão das Matas, uma Cordilheira localizada no Sertão Central cearense que se estende também pelos municípios limítrofes de Catunda, Tamboril, Santa Quitéria e Boa Viagem.

Neste Município se localiza o ponto culminante do Estado do Ceará, conhecido como Pico da Serra Branca, a 1.154 metros de altitude, assim como o segundo maior, o Pico da Serra do olho D'Água, com 1.129 m de altitude (LIMA; 2004; IPECE, 2021). É um dos maciços residuais dispersos nas Depressões Sertanejas do interior cearense. Sua vegetação em baixas altitudes é floresta caducifólia espinhosa, ou caatinga arbórea e floresta subcaducifólia tropical pluvial, ou mata seca, nas maiores altitudes. É considerada uma "serra seca", ou seja, apresenta características semiáridas em toda a sua extensão. Funciona como divisor de águas das bacias hidrográficas dos afluentes dos rios Banabuiú, Acaraú e Poti (LIMA, 2004).

Figura 21 – Localização de Monsenhor Tabosa no Brasil e no Ceará, 2022



Fonte: Wikimedia, 2023.

Segundo Lima (2007) a emergência dos Potyguara na Serra das Matas, faz parte de um processo maior de emergências indígenas presente, de forma mais acentuada, na região Nordeste; estas, por sua vez, estão relacionadas a outras emergências efetuadas no cenário nacional, tais como a dos quilombolas e das "novas etnias"[20].

Segundo Silva (2005), Studart Filho (1965), ainda que apresente um olhar eurocêntrico, demonstra certa reação indígena às conquistas. Ele descreveu que havia dois agregados nativos que representavam o grupo Tupi, no Ceará (Tabela 3): os Tobajaras e os Potiguares, chamados, ainda, Potiguaras, Potiuaras, Potigaras, Pitigares, Pitigoares ou Pitiguaras. Integrantes da grande família tupinambá, no baixo Jaguaribe e, possivelmente, outros pontos da costa. Os Potiguara eram antigos dominadores também do litoral do Rio Grande do Norte e trechos da Paraíba. Sua localização geográfica lhes condicionou protagonistas dos mais remotos atritos havidos no Nordeste com os colonizadores reinóis que, ainda que fosse uma Nação forte e poderosa e aliada aos franceses, foi quase que exterminada, devido aos conflitos com os portugueses e, ainda, contra outra grande Nação, a dos Tobajaras, que por sua vez era aliada dos portugueses (STUDART FILHO, 1965).

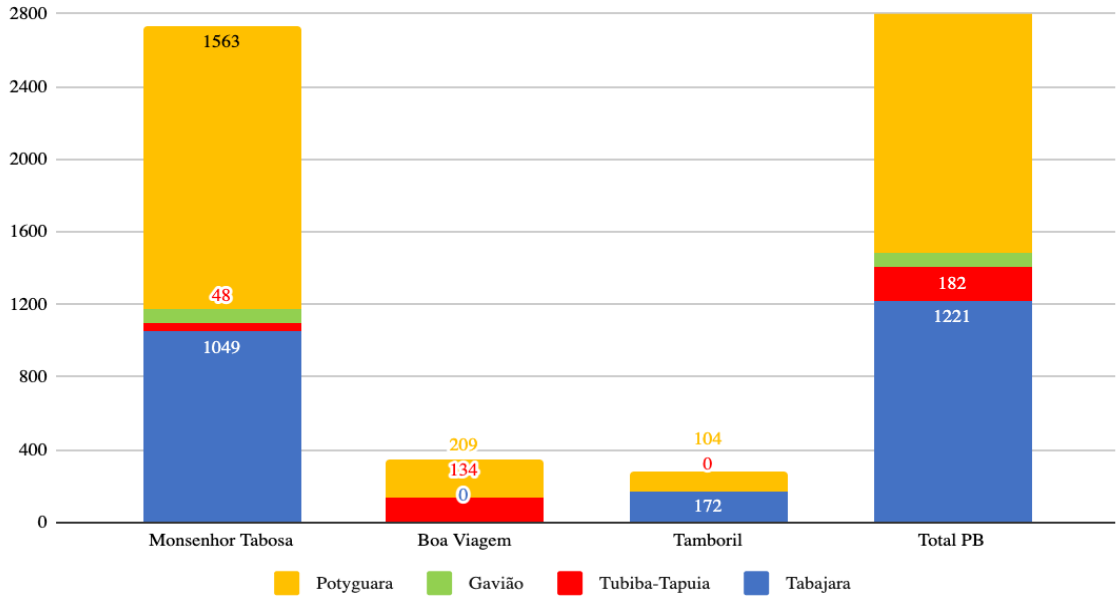
Atualmente, segundo o MS (2019), há pelo menos 4 etnias, entre os municípios de Monsenhor Tabosa, Tamboril e Boa Viagem, sendo estes os Tabajara, Tubiba-Tapuia, Gavião, Potyguara totalizando mais de 4 mil pessoas (Figuras 2 e 3), território da área de abrangência do Polo Base de Monsenhor Tabosa, inaugurado sob título *Abá Nheengatu*[21].

Esses grupos estão distribuídos em 35 aldeias, sendo a maior parte composta por menos de 250 pessoas e somente 2 chegam a quase 500 pessoas daquelas 4 etnias, (ANEXO G), em diversas de microssociedades, semelhante ao quadro nacional relatado por Ricardo (1996) e Azevedo (2005).

[20] Para maiores detalhes quanto a etnicidade deste Povo, vide Lima (2004), os Potyguara de Monsenhor Tabosa-CE, com "y".

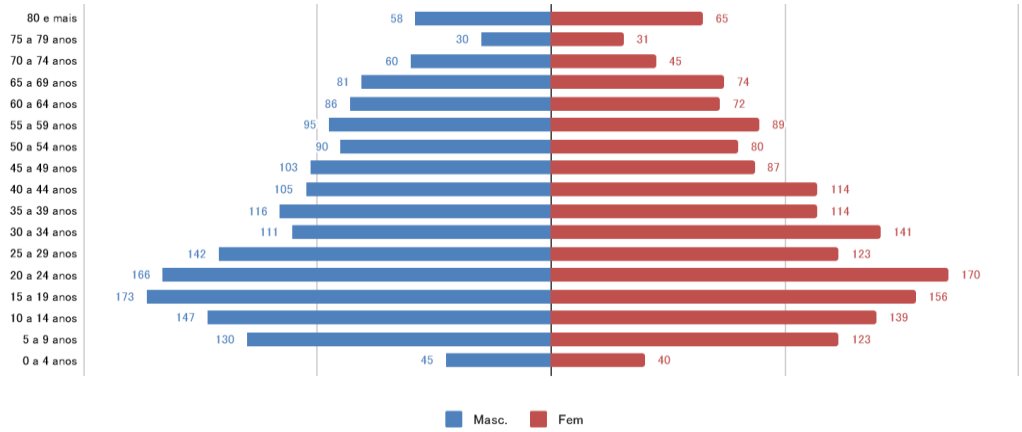
[21] Abá Nheengatu. Título atribuído pela comunidade a estrutura física do Polo Base de Monsenhor Tabosa, cuja etnia está a retomar|reelaborar sua cultura. Significa língua do homem, traduzido do Nheengatu, segundo o Dicionário Pindorama Digital. Disponível em: https://www.pindoramadigital.com.br/ 2013/05/dicionario-nheengatu-tupy-e-guarany.html.

Figura 22 – Distribuição da população indígena aldeada (n=3.356), por etnia, município e Polo Base de Monsenhor Tabosa, DSEI-CE, 2019



Fonte: MS (2019). Nota: excluídos 45 não indígenas, residentes no território.

Figura 23 – Pirâmide etária da população indígena aldeada (n=3.401) do Polo Base de Monsenhor Tabosa, DSEI-CE, 2019

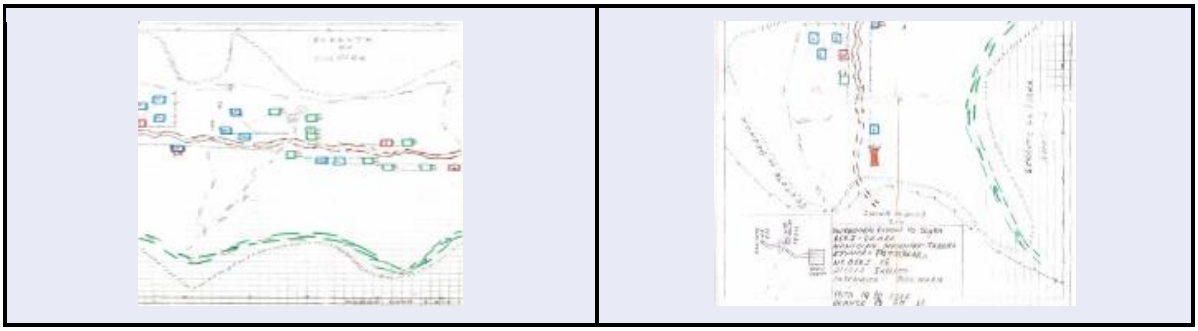


Fonte: DSEI-CE/SESAI/MS, 2019. Nota: inclui 45 não indígenas residentes no território.

Na Figura 23, a Pirâmide etária da população indígena aldeada soma 3.401 indígenas no Polo Base de Monsenhor Tabosa que se refere às aldeias dos municípios de Monsenhor Tabosa, Tamboril e Boa Viagem, área de abrangência (BRASIL, 2019).

O campo da pesquisa etnográfica teve como ponto de partida duas comunidades do povo Potyguara: de Mundo Novo e Jacinto, devido ao fato das duas terem continuidades históricas familiares e serem a residência das pesquisadoras da própria pertença. Ambas ficam a cerca de 5 km da sede do município, em estrada tipo carroçável sendo a primeira no alto da serra. A comunidade de Mundo Novo é constituída por 121 pessoas distribuídas em 20 famílias e relacionadas entre elas em um único núcleo familiar “dos Paixão”. A comunidade de Jacinto é constituída por 216 pessoas divididas em 46 famílias. Geograficamente as duas comunidades residem em um dos pontos mais altos do Estado, a 640 metros do nível do mar (LIMA, 2004; 2007). Os dois grupos estão localizados na zona rural do Município de Monsenhor Tabosa (Figuras 24 e 25).

Figura 24 – Aldeia Mundo Novo, 2013 **Figura 25 – Aldeia de Jacinto, 2013**



Fonte: DSEI-CE/SESAI/MS, 2013.

Trabalho de Campo (Instrumentos de Coleta)

O trabalho de campo se deu no período de julho a dezembro de 2022, tendo sido postergado devido ao isolamento social determinado para a diminuição da velocidade de propagação e de impactos da Covid-19. Desta forma, utilizou-se meios de comunicação virtual para tratativas e execução de atividades, quando possível.

Previamente, foram articuladas diversas instituições em acordo com as pesquisadoras locais, detalhados no campo de Questões Éticas, com a finalidade de assegurar a efetiva participação e respeito à comunidade.

Utilizamos o diário de campo para registro e preservação das informações (APÊNDICE D), onde as observações, sensações e informações resultantes desta prática e da inserção dos pesquisadores em campo foram registradas com a

finalidade de facilitar a visualização e a exploração do campo pela pesquisadora, contribuindo para o fortalecimento das idas e vindas do campo e a reflexão teórica pretendida (MINAYO, 2005). Utilizou-se o diário de campo para registros, observações, incluindo figuras e quadros esquemáticos, mapas mentais.

Em primeiro momento analisou-se o contexto demográfico, utilizando-se dos dados secundários epidemiológicos dos índios Potyguara do Polo Base de Monsenhor Tabosa, especificamente das aldeias Mundo Novo e Jacinto, nos anos de 2021 e 2022.

Em seguida procedeu-se ao mapeamento dos cuidadores tradicionais, através de visitas e informações das pesquisadoras indígenas residentes nas aldeias, a partir do levantamento realizado pelo Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará, que alcançou 234 cuidadores tradicionais em todo o território do DSEI-CE. No caso dos Potyguara do Polo Base de Monsenhor Tabosa, por similitude, estendeu-se por toda a área por eles denominadas pelo agrupamento "Potiguatapua", que se refere ao movimento associativo entre os Potyguara, Tabajara e Tapuia da região, sendo 42 entre os "Potiguatapuia". Descreve-se brevemente (ANEXO I) a aplicação da técnica de *Snowball Sampling* (Bola de Neve), metodologia utilizada pelo DSEI, através de atividade do Projeto Árvore da Vida entre os anos 2017 e 2018 (GOODMAN, 1961; VINUTO, 2014; DANTAS; HENRIQUES, 2018).

As entrevistas em profundidade foram realizadas pelas pesquisadoras de campo e pela pesquisadora em tela nesta tese, na própria comunidade com os cuidadores tradicionais Potyguara das aldeias Mundo Novo e Jacinto, tendo-se como critério de seleção os cuidadores mais referidos pelos seus pares como especialistas no mapeamento realizado na etapa anterior. Foram abordados, pouco a pouco, com o intuito de serem convidados a participarem das entrevistas de forma aberta, utilizando-se questionários semiestruturados, mediante temário específico que foi baseado nos principais temas emanados do projeto inicial, tais como: sessões e rituais de cura; práticas de cura domiciliares; itinerários terapêuticos; uso de plantas medicinais; práticas de higiene e de prevenção das doenças (APÊNDICE A e B). Estas foram gravadas, fotografadas e digitadas, para permitir ler e reler os discursos várias vezes, bem como rememorar a sua sonoridade (HELMAN, 1994). Independente da quantidade de entrevistas procurou-se explorar as potencialidades e o aprofundamento, para elucidar os objetivos (GONÇALVES; GONÇALVES;

MARQUES, 2021), tendo-se alcançado 10 pessoas, sendo 8 rezadeiras-benzedeiras e 3 pajés-rezadores.

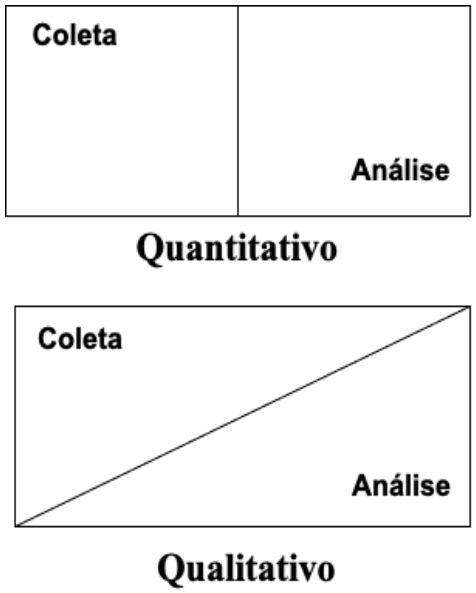
A fotografia também foi utilizada na coleta de dados e como material analítico, de modo a expressar o olhar do pesquisador (MALINOWSKI, 1978; BITTENCOURT, 1994).

Processo de Interpretativo

O processo de interpretação dos dados na pesquisa qualitativa se dá a partir da coleta de dados, vinculado às vivências e à interpretação compreendida destes fenômenos sociais (POPE; MAYS, 2000; 2009) "*beyond textuality*" (BIBEAU; CORIN, 1995).

O processo de análise iniciou-se mesmo na própria coleta, como é característico da pesquisa qualitativa, seguindo Pope e Mays (2009), proposto na Figura 6.

Figura 26 – Natureza da pesquisa e o processo de análise



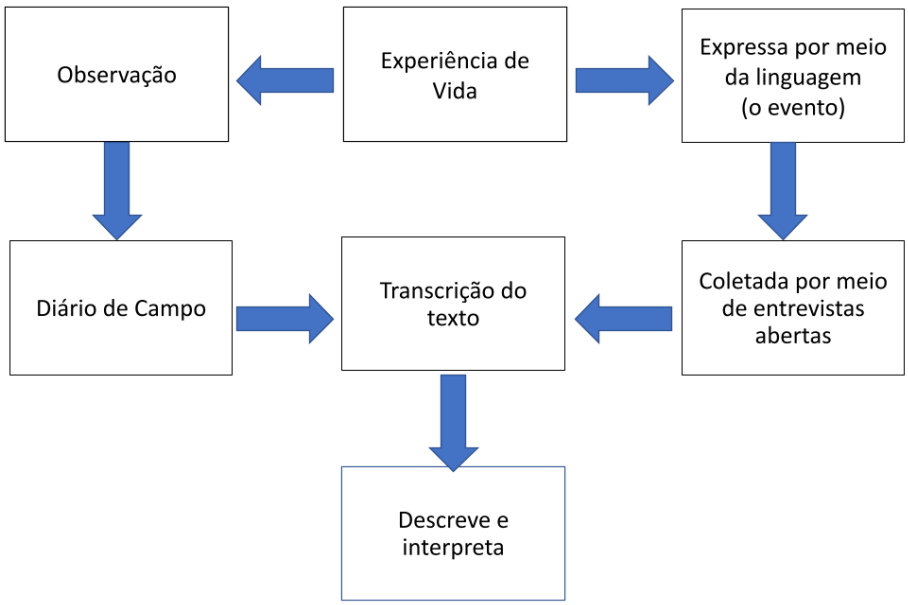
Fonte: Pope; Mays, (2009).

Eles propõem que na maioria das pesquisas qualitativas, o processo analítico começa durante a fase da coleta de dados, pois os dados já coletados são analisados e inseridos ou formatam a coleta de dados em andamento. Nessa proposta de análise sequencial ou intercalada (Figura 26) o pesquisador confere e

interpreta os dados que está continuamente coletando e já desenvolve hipóteses para investigações subsequentes em coletas adicionais de dados. Comparando com métodos quantitativos, seguem os autores, isso possui a vantagem de permitir ao pesquisador voltar e refinar questões e buscar vias emergentes de indagação em maior profundidade. Também permite procurar por casos desviantes ou negativos. Esse tipo de análise é quase inevitável na pesquisa qualitativa; já que o pesquisador está "no campo" coletando os dados, é impossível não começar a pensar sobre o que está sendo ouvido e visto, concluem (POPE; MAYS, 2009).

Os discursos dos participantes foram gravados em equipamento áudio digital e transcritos em texto. A sistematização e interpretação dos textos dados tomaram como base a proposta de Geanellos (2000), a partir da interpretação hermenêutica de Paul Ricoeur (1988), enquanto método, que se utilizou, ainda de *insights* da filosofia hermenêutica do entendimento de Gadamer (1996), segundo interpretação de Caprara (2004), adaptado pela autora (Figura 7). O caminho do círculo interpretativo aqui foi associado a interpretação hermenêutica simbólica, a partir de Geertz (2008).

Figura 27 – Representação gráfica das etapas de análise pela Hermenêutica



Fonte: Caprara (2004), adaptado pela autora.

Na proposta esquematizada o processo interpretativo envolve a organização entre a linguagem e a experiência vivenciada por meio de uma série de conceitos interpretativos, envolvendo a experiência de vida, entre os quais destacam-se:

a) Distanciamento, condição para compreensão, ou seja, o distanciamento permite um mesmo texto abrir-se a possibilidade de diversas formas de interpretação.
b) Apropriação, quando o intérprete se apropria do significado de um texto, transformando este em algo familiar, próprio. A apropriação do significado do texto é similar ao sentimento de pertença a uma tradição.
c) Explicação, destacar a estrutura, quer dizer, as relações internas de dependência que constituem a estática do texto. E por último,
d) Compreensão, tarefa mais abrangente e aprofundada da interpretação, inclua a compreensão não apenas dos sentidos já dados, mas igualmente dos processos de criação de sentidos.

Nesse processo utilizamos os conceitos de distanciamento e apropriação, e dividiu-se em etapas, como a fixação das entrevistas em textos (transcrição dos áudios das entrevistas) e leitura flutuante dos discursos e confronto com as observações registradas em diário de campo, que entender o conteúdo nas suas linhas gerais e identificando alguns temas principais como a experiência de práticas do cuidado, do adoecimento e causalidades, dos preconceitos, do sofrimento e as concepções de corpo**,** a relação com os profissionais de saúde e em particular com os médicos e as relações com os seres vivos, seres animados e inanimados, saúde e meio ambiente.

Em seguida, procuramos analisar os temas principais identificados, explicitando nossas pré-compreensões, evidenciando como as interpretações são influenciadas por estas, a partir dos referenciais teóricos propostos e identificados nas análises. Nesta fase procuramos entender as relações entre as partes do texto e o todo. A partir de então, pensa-se que será possível explorar de forma aprofundada o material, procedendo a releituras dos discursos e conexões com o referencial teórico. Nesse percurso foram utilizadas as concepções de explicação e compreensão, chegando aos principais grupos analíticos identificados. Este processo pode ser representado em forma de espiral que passa do geral ao

particular e vice-versa que possibilitaram a identificação da categoria simbólica central da investigação, às práticas tradicionais de cura (RICOEUR, 1995; GEERTZ, 1989).

Questões éticas

Trata-se de um subprojeto pesquisa iniciada em 2008, "*Saúde Indígena e Multimorbidade: o Processo de Empoderamento dos Potyguara de Monsenhor Tabosa"*, sob emenda (1ª) à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, com a adequação do projeto inicial mediante os objetivos desta tese.

De acordo com o protocolo exigido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, o projeto inicial "*Saúde Indígena e Multimorbidade: o Processo de Empoderamento dos Potyguara de Monsenhor Tabosa"* foi submetido via Plataforma Brasil, sob número CAAE 06957919.4.0000.5534 sendo aprovado e encaminhado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, segundo as Diretrizes e Normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos e área de Povos Indígenas (Resolução 466/2012) (BRASIL, 2012a). Foi aprovado pelo CONEP sob o Parecer No 3.822.071. O projeto foi submetido a Secretaria Especial de Saúde Indígena, tendo-se preenchido os requisitos solicitados pela mesma, atendendo a Nota Técnica No 16/2020-COGASI/DASI/SESAI/MS (ANEXO D); e à Fundação Nacional do Índio (FUNAI), tendo emitido autorização para o Ingresso em Terra Indígena, de acordo com a legislação (ANEXO E). A pesquisa foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPQ, sob número de processo 405368/2016-0 e teve apoio técnico e logístico do Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará, Secretaria Especial de Saúde Indígena/Ministério da Saúde (DSEI/CE/SESAI/MS).

Seguiu-se o preconizado pela Convenção 169, da Organização Internacional do Trabalho, da qual o Brasil é signatário, conforme Decreto 10.088, de 05/11/2019 (BRASIL, 2019) e de acordo com a Resolução No. 5 do Conselho de Gestão do Patrimônio Genético (BRASIL, 2018). Assim, previamente, foi realizada na primeira fase do projeto, reuniões com a comunidade, com apresentação da pesquisa, obtendo-se o Termo de Anuência Prévia para realização da pesquisa, onde lideranças e cuidadores tradicionais das aldeias mundo Novo e Jacinto, do Município de Monsenhor Tabosa, Ceará nas quais seriam desenvolvidas as

atividades de campo da pesquisa, tomaram ciência e concordaram com a realização da referida pesquisa, conforme relatório do projeto (CAPRARA, 2020).

Explicamos claramente às lideranças indígenas e a cada interlocutor sobre o que consiste a pesquisa e solicitada permissão para se fazer a observação nas comunidades indígenas. O mesmo se fez para participar das entrevistas com a subsequente assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE C).

Adicionalmente, foi apresentada emenda (1ª) a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), como SUBPROJETO: *Saúde Indígena e Práticas Etnomédicas dos Potyguara da Serra das Matas de Monsenhor Tabosa: articulação entre saberes*, com a adequação do projeto inicial mediante os objetivos desta tese, obtendo-se Parecer favorável sob nº. 5.407.446 (ANEXO A).

Os riscos desta pesquisa constantes no TCLE (APÊNDICE B) estavam relacionados ao constrangimento em responder às entrevistas, mas os pesquisadores estavam preparados para adequar ou suspender o estudo em curso quando identificassem que o risco seria superior ao benefício. Quaisquer danos porventura decorrentes desta pesquisa lhe daria o direito de buscar indenização junto à coordenação do projeto. Como benefícios, a investigação se propõe em oferecer subsídios para melhoria do vínculo e da assistência à saúde estabelecido entre equipe multidisciplinar e a comunidade indígena. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando a identificação. Outrossim, comprometemo-nos em fazer a devolutiva dos dados a comunidade, aos cuidadores tradicionais, ao serviço, coordenadores, gestores e aos pacientes e profissionais quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa.

4.2 A antropologia e a hermenêutica interpretativa simbólica

Apesar da incessante busca do homem sobre si. Até bem pouco tempo atrás pouco se falava acerca das influências dos fatores culturais na saúde do indivíduo e da coletividade. Paul Ricoeur buscou desfazer a separação imposta pelo positivismo entre explicação e compreensão, com o encadeamento de uma nova reflexão em cima desta. Não há reflexão sem explicação, não há explicação sem a

compreensão do mundo e de si mesmo. A compreensão das partes e do todo e do conjunto em suas partes, distanciando-se, com um olhar de fora para dentro e descrever os símbolos e aproximando-se novamente, para compreender o olhar de dentro para fora, num contínuo círculo, o “círculo hermenêutico” (RICOEUR, 1988).

Longe de discussões epistemológicas, dada a complexidade para a explicação de uma teoria, procuramos desenvolver este estudo, alinhados com o manifesto *Slow Science*, movimento que se declara oposto a chamada *Fast Science*, segundo Frith (2019). Frith (2019) critica que ultimamente a necessidade de se produzir mais e mais rápido tem avassalador impacto sobre a comunidade científica, sob stress de produções rápidas e consubstanciadas.

Correa Jr. *et al.* (2023) destaca certo deslumbramento e fascínio dos métodos qualitativos sobre os pesquisadores da área da saúde, ainda que tomados como “difíceis demais”, “teóricos/as demais” ou “impensáveis”, ainda que se saiba das necessárias imersões demandadas pelos estudos qualitativos, como sugere o movimento *Slow Science.*

Nesse sentido, Santos (2021) destaca que a pesquisa qualitativa no campo da saúde teria o diferencial em relação à aproximação-distanciamento do tema proposto pela abordagem qualitativa e assim, pela etnografia. O autor relaciona que a dimensão do vivenciar está adscrita ao viver do profissional de saúde, possibilitando-lhe uma aproximação pela experiência do convívio, do compartilhamento do sofrimento com o interlocutor.

A antropologia tem se ocupa do estudo científico da humanidade, que tem como objeto de estudo o comportamento humano, biologia humana, evolução, culturas, sociedades e linguística, tanto no presente quanto no passado, incluindo o comportamento antepassados da espécie humana. A antropologia social estuda padrões de comportamento, enquanto a antropologia cultural estuda o significado cultural, incluindo normas e valores, mas atualmente as duas vertentes andam associadas na chamada antropologia sociocultural, envolvendo a dimensão moral e ética (AGUIAR, 2015; BALBI, 2016). Os antropólogos são cientistas que se dedicam a estudar a humanidade como um todo, desde suas longínquas raízes (e as transformações sofridas ao longo do tempo) até suas manifestações culturais mais contemporâneas, como a música, as comidas típicas e as formas religiosas. Apoiam-se em diversos métodos e técnicas para desenvolver suas pesquisas (AGUIAR, 2015).

Etimologicamente, a palavra “Antropologia” vem do grego *Anthropos* = homem e Logia = estudo. Assim, a Antropologia é, literalmente, o estudo do homem e o que a diferencia das demais disciplinas que estudam o homem é que se dedica a estudar o homem num caráter global comparativo e não apenas em suas especificidades (AGUIAR, 2015; BALBI, 2016). O estudo da antropologia como disciplina acadêmica expandiu-se continuamente ao longo desses 50 anos, e o número de antropólogos profissionais aumentou com isso (MINTZ, 2010).

Segundo Minntz (2010), o conceito de cultura como todo o modo de vida ou sistema de significado para uma comunidade humana foi uma ideia especializada compartilhada principalmente por antropólogos até a segunda metade do século XX. No entanto, tornou-se um lugar-comum no início do século XXI.

A história da Antropologia no Brasil remonta ao século XIX, com a expansão das frentes econômicas e o aumento significativo do número de projetos desenvolvimentistas, o que trouxe a necessidade de se pensar o impacto desses empreendimentos no meio ambiente e nas comunidades tradicionai, com estudos antropológicos, abrangendo desde o meio empresarial até as tensões sociais no campo ou nos bolsões de pobreza. Com efeito, podemos pensar em um antropólogo envolvido na maioria das atividades humanas: saúde, gestão, educação, terceiro setor (AGUIAR, 2015; GASPAR NETO, 2020).

O papel do antropólogo tem sido enfatizado nos últimos tempos em relação à população indígena. Segundo Peres (2021), a partir da criação do Parque Nacional do Xingu, na década de 1970, ampliam-se os esforços de sistematização do processo de demarcação das terras indígenas e se institucionalizam os estudos de identificação e o lugar do antropólogo como requisitos formais nas fases iniciais de reconhecimento das demandas indígenas por terras. Inicialmente, o papel e o trabalho do antropólogo ficava muito restrito à questão burocrática de busca de testemunhos irrefutáveis do passado sobre a legitimidade das demandas territoriais indígenas. No entanto, a partir da Constituição Federal, a antropologia tem ampliado seu papel, procurando compreender o indígena na sua contemporaneidade. Mediante críticas do eventual direcionamento do antropólogo quanto ao seu papel, João Pacheco de Oliveira (2013) refuta questionamentos a respeito da contribuição da pesquisa antropológica enquanto subsídio para os procedimentos de demarcação das terras indígenas, a qual estaria influenciado pelas questões locais, que seria

necessário um diálogo isento e objetivo[22]. Estes questionamentos causaram certo mal estar na antropologia, aplicando o termo "*malaise*", utilizado nesta disciplina. No entanto, argumenta que são três aspectos que fundamentam o procedimento etnográfico. O primeiro relaciona-se ao contraponto em relação ao materialismo histórico, trazendo o inevitável e necessário envolvimento sim com historicidade, como meio de reelaboração, à luz de à luz dos instrumentos, valores e sentimentos fornecidos pelo seu tempo e pelas unidades sociais onde viveram esses autores. O segundo se refere à incorporação de uma epistemologia do conhecimento enquanto saber retificado, segundo Bachelard (2000), adotando uma visão dinâmica onde o erro e o progresso científico fazem parte de um mesmo processo contínuo e crescente e o terceiro ponto que Oliveira (2013) se reporta é a perspectiva de que a etnografia é resultante de uma convivência entre uma pluralidade de paradigmas (OLIVEIRA, 2013). É notória e contundente a atuação da Associação Brasileira de Antropologia nas diversas situações e de tragédias humanitárias, como a dos Yanomami, denunciando rupturas de direitos (ABA, 2023).[23]

Uma das vertentes da antropologia contemporânea, que cuida desta relação é a Antropologia Interpretativa, corrente filiada a hermenêutica, tendo como maior ícone Clifford Geertz. Estadunidense, nascido em 1926, professor da Universidade de Princeton, foi um dos antropólogos norte-americanos mais influentes da segunda metade do século XX (FONSECA, 2007).

A partir da introjeção dos sentidos interiorizados percebidos procuramos apresentar nesta tese elementos que propiciaram a aproximação com os Potyguara, utilizando-se da Teoria Interpretativa de Geertz (2008), de modo a subsidiar esta etnografía. Em "*A Interpretação das Culturas*", de 1973, listado no *Times Literary Supplement* como uma das 100 publicações mais importantes desde a Segunda Guerra Mundial, ele tece argumentos que fundamentam sua teoria (FONSECA, 2007).

Sob influência da hermenêutica de Georg Gadamer (1986) e da fenomenologia de Paul Ricoeur (1988), a partir do conceito de sociedade, de Max Weber (1994), que trata a cultura como uma teia de significações tecida pelo próprio

[22] Recentemente um estudo sobre o povo Anacé sofreu questionamento semelhante, causando indignação e contraposição de diversos órgãos de defesa dos direitos indígenas. Para maiores detalhes vide Mapa de Conflitos em: FIOCRUZ (2023).

[23] Vide a nota: "YANOMAMI: tragédia humanitária anunciada", de 24 de janeiro de 2023, disponível em: http://www.portal.abant.org.br/2023/01/24/yanomami-tragedia-humanitaria-anunciada/#_ftn4

homem e nela se enrosca, a teoria interpretativa de Geertz traz a reflexão sobre como compreender a cultura, num contínuo esforço de entender o outro, o diferente, seria como uma teia de significados que são demonstrados através de símbolos que podem ser interpretados, negociando os significados desses símbolos, suas relações com o comportamento real de indivíduos e grupos, formando um sistema "*essencialmente semiótico*", "*não como uma ciência experimental em busca das leis gerais, mas como uma ciência interpretativa à procura do significado*". Ele define símbolo como qualquer ato, objeto, acontecimento ou relação que representa um significado. Compreender o homem e a cultura é interpretar, desvelar essa teia de significados, parte dela. Assim, o homem seria resultado das transformações culturais a que foi submetido (GEERTZ, 2008).

Os argumentos que Geertz trouxe de Gadamer (1986), principal autor da hermenêutica, referem-se essencialmente a critica o Historicismo que ele faz, dizendo que se trata de puro romance, pois somos atravessados pelo passado e por ele influenciados e, assim, não se tem uma posição neutra ou isenta de preconceitos; trata-se de enfrentarmos o texto com nossa própria pré-compreensão; o intérprete, ao interpretar, coloca sua própria interpretação sobre algo, usa sua própria história, de acordo com o contexto. Adverte ainda que não se trata apenas de conexões de vivências entre experiência e realidades, como propusera Wilheim Dilthey (1991), mas que compreender trata-se de um modo de estar no mundo com os outros, com as coisas, com a língua. Ele retoma a etnografia como instrumento capaz de descrever e contribuir para interpretar esses significados, de modo profundo, destaca Geertz (2008).

Seguindo esta corrente, pesquisadores da Universidade de Harvard, em meados dos anos 70-80, propuseram abordagem baseada na experiência vivida pelo paciente acerca de seu adoecimento e ponto de vista médico do diagnóstico, numa perspectiva de abordagem intercultural proposta por Eisenberg e Kleinman (EISENBERG, 1977; KLEINMAN, 1978). Eles distinguiram diferenças na concepção da doença por parte dos profissionais e dos pacientes, onde a mesma quando diagnosticada pela biomedicina, "*disease",* como a representação da explicação médica em termos fisiopatológicos. Já a experiência subjetiva da doença vivenciada pelo paciente "*illness"*, compreenderia a experiência deles em relação ao mal-estar que o aflige e que está influenciada pela sua formação, personalidade e contexto cultural no qual está inserido, dependendo da experiência prévia do mesmo e que é

influenciada pela sua formação, personalidade e contexto cultural no qual está inserido. O médico e antropólogo Arthur Kleinman associado a Byron Good, principais representantes da corrente interpretativa em antropologia médica, descreveram em seu livro "*Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder"* (1985), questões centrais para a psiquiatria e a psicologia ao relacionar cultura e depressão às abordagens antropológicas do afeto e da doença, a depender da cultura, influenciando no adoecimento (KLEINMAN; GOOD, 1985).

François Laplantine (2010) analisa a constituição de modelos etiológicos e terapêuticos visando constituir modelos operatórios não para substituir a realidade empírica, mas para pensá-la e pôr em evidência o que ela não diz. O autor descreve que todas as sociedades procuram as causas do que consideram doença, identificando aproximadamente a cerca de 30 termos que em se relacionando permitem reconhecer quatro grupos de modelos etiológicos e quatro grupos de modelos terapêuticos, organizados respectivamente por pares constantes:

Modelo etiológico ontológico / relacional
Modelo etiológico exógeno / endógeno
Modelo etiológico subtrativo / aditivo
Modelo etiológico benéfico / maléfico
Modelo terapêutico alopático / homeopático
Modelo terapêutico exorcista / adorcista
Modelo terapêutico aditivo / subtrativo
Modelo terapêutico sedativo / excitante

O autor relaciona os modelos etiológicos e terapêuticos e suas interpretações, influenciam-se mutuamente. Enquanto revelador da questão do sentido da doença, característica da medicina popular, segundo Laplantine (2010) é sobretudo a imbricação estreita da questão do *como* etiológico-terapêutico e de uma *interrogação sobre o porquê* associada à subjetividade do doente, atribuindo sentido à doença. Por outro lado, a biomedicina relaciona a dependência total do paciente à pessoa que cura, devendo aceitar do exterior um conteúdo cultural ao qual deve aderir sem restrições.

No campo da cultura indígena, segundo Langdon (1988), as terapias indígenas demonstram-se eficazes nos tratamentos desses processos. A autora, assim como Minayo (1998) situam as terapias indígenas como parte da cultura, influenciando de modo expressivo no sucesso ou insucesso das intervenções na área de saúde no Brasil (LANGDON, 1988; MINAYO, 1998). Caprara (2009) acrescenta que a imposição do modelo biomédico, desvaloriza esses conhecimentos terapêuticos e, assim, ele propõe que o entendimento de que as práticas tradicionais não seriam as causas dos problemas, mas sim, deveria ser atribuído valor como expressões positivas na compreensão dos contextos, constituindo-se como primeira condição a aproximação ao seu contexto vivido (CAPRARA, 2009). Nations (2009) corrobora com esse entendimento, de modo a desvelar lacunas entre a saúde oficialmente instituída e a popular, atribuindo um potencial humanizador da visão antropológica sobre as práticas médicas.

Desta forma, a visão antropológica contribuiu para a compreensão das práticas populares e dos significados expressados por essas culturas em seu processo semiótico e podem contribuir para o mapeamento da compreensão de equilíbrio com a vida espiritual e de convergência dos determinantes sociais na saúde dos indígenas que possam agravar as condições sociais já restritas e retardam esforços (NATIONS, 2009; SILVA *et al.*, 2021).

As pesquisas que exigem trabalho de campo e, de modo especial, aquelas cujo eixo central dá-se nas relações entre pesquisadores e informantes, a descrição e sua análise podem trazer para o meio acadêmico e profissional, informações e discussões tão importantes quanto os resultados da própria investigação (MINAYO, 1998).

A abordagem qualitativa parece adequada para o tema da medicina tradicional dos índios Potiguara uma vez que se dedica a descrição e a compreensão de lacunas de conhecimentos de fenômeno específicos, tendo como paradigma a práxis social da pesquisa, a partir do método dedutivo, versando sobre uma amplitude de métodos a serem aplicados com o objetivo de compreender as relações, as representações, as crenças, as percepções e as opiniões interpretativas realizadas a partir da por cada sujeito. Podem ser triangulados e utilizados dados quantitativos para estabelecer relações, utilizando-se da descrição narrativa subjetiva (POPE; MAYS, 2009; OLLAIK; ZILLER, 2012; MINAYO, 2005, 2012).

Este discurso interpretativo que expressa crenças, ideologias, posições sociais que são vinculados ao discurso do sujeito da linguagem e são ressaltados pela pesquisa qualitativa e cabe a ela compreender o sentido das falas dos informantes, seu efeito polifônico (ORLANDI, 1999).

Ollaik e Ziller (2012) relacionam, numa resposta às questões quanto à validade das pesquisas qualitativas, que as comparações acerca das abordagens incorrem em distorções, haja vista que pertencem à fundamentos epistemológicos distintos, quando a abordagem quantitativa se baseia no positivismo, a qualitativa tem em sua epistemologia a interpretativa.

A proposta interpretativa aqui é a análise contextualizada, cercada por leitura aprofundada acerca do tema; o diálogo com os autores e o “ápice” da interpretação que seria a contextualização, a interpretação da interpretação (GEERTZ, 2008) e a construção da síntese. Assim, a análise interpretativa perpassa todo o percurso do estudo, desde o momento inicial da pesquisa.

4.3 A pesquisa etnográfica

Estudo de abordagem qualitativa. Trata-se de etnografia das práticas tradicionais dos Potiguara, de adoecimento e cura e sua articulação com o sistema de saúde biomédico, a partir da abordagem interpretativa hermenêutica de Geertz (1989).

Métodos qualitativos tratam de uma ampla bagagem de métodos de pesquisa voltados à coleta de dados sobre o "*universo social*" (POPE; MAYS, 2009). Segundo Cotán Fernández (2020), a pesquisa qualitativa concentra seus interesses na análise das relações sociais. Por essa razão, eles demandam, por parte do pesquisador, um percurso de exploração e interpretação de dados provenientes de diversas fontes. As pesquisas qualitativas e as quantitativas têm diferentes finalidades e por isso necessitam de diferentes desenhos de pesquisa. A lógica da pesquisa qualitativa, muitas vezes, é mais do tipo indutivo que dedutivo, e consiste na descrição de pessoas e grupos em situações particulares. A pesquisa qualitativa procura entender os significados, as experiências e, muitas vezes, é flexível, dinâmica (os métodos e os aspectos relacionados ao desenho do estudo podem, em parte, modificar-se na medida em que novas informações são recolhidas). Também a análise e interpretação dos dados mudam com o tempo na medida em que o

pesquisador acrescenta novos elementos e conhece melhor o contexto estudado, fato comum em estudos etnográficos. A dinâmica dos estudos etnográficos têm objetivo investigativo local e não tem objetivo de generalizar (COTÁN FERNÁNDEZ, 2020).

O método etnográfico vem sendo utilizado por diversos autores para estudar uma variedade de temas na área da saúde, desde o funcionamento do sistema sanitário: a avaliação da qualidade dos serviços de saúde do ponto de vista dos usuários (ANDRADE; VAITSMAN, 2002; ATKINSON, 1993); a relação médico-paciente e o ensino médico (NATIONS; GOMES, 2007; BONET, 2004; MENEZES, 2001; NUNES, 1993); a avaliação do Programa de Saúde da Família (TRAD *et al*., 2002); as interpretações e práticas da população (IRIART; ANDRADE, 2002; NATIONS; NUTO, 2002; REGO, BARRETO; KILLINGER, 2002; KILLINGER *et al*., 2000; ALVES, 1998; RODRIGUES; CAROSO, 1998; SOUZA, 1998); até temas como a pesquisa científica de laboratório (LATOUR; WOOLGAR, 1997), a pesquisa biotecnológica (RABINOW, 1999, 1996), a pesquisa genética (BIBEAU, 2004); a discussão sobre práticas de transplantes no Japão (LOCK, 1995), e outros que compõem hoje o abrangente campo da Saúde Coletiva (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Segundo Miguélez (2005):

> A etnografia é aquele ramo da antropologia que estuda as culturas descritivamente. Etimologicamente, o termo etnografia significa a descrição (gráfico) do estilo de vida de um grupo de pessoas acostumadas a viver juntas (etnos). Portanto, o ethnos, que seria a unidade de análise do pesquisador, não apenas pode ser uma nação, um grupo linguístico, uma região ou uma comunidade, mas também qualquer grupo humano constituindo uma entidade cujas relações são reguladas pelo costume ou por certos direitos e obrigações recíprocos. Assim, na sociedade moderna, uma família, uma instituição de ensino, uma fábrica, uma empresa, um hospital, uma prisão, um sindicato, um clube social e até uma sala de aula, são unidades sociais que podem ser estudadas etnograficamente. E, em sentido amplo, são também objeto de estudo etnográfico aqueles grupos sociais que, embora não estejam associados ou integrados, compartilham ou são orientados por modos de vida e situações que os aproximam, como alcoólatras, viciados em drogas, criminosos, homossexuais, prostitutas, mendigos, etc. (MIGUÉLEZ, 2005, p. 2.):

Malinovski (2018) utiliza o termo Etnografia para descrever os resultados empíricos e descritivos da ciência do homem.

No começo, na fundação das ciências sociais, a etnografia era considerada como simples coleta de dados para representar a autenticidade de uma cultura. O pesquisador não explicitava como havia colhido esses dados, como havia desenvolvido o trabalho de campo, nem quais os pressupostos teóricos que o orientavam. De acordo com Clifford (2002), nem sempre etnografias foram escritas por antropólogos e, antes do final do séc. XIX, etnógrafos e antropólogos eram personagens distintos. É a partir de Boas (2010) e Malinowski (2018) que se dá a identificação da etnografia como método de investigação social característico da antropologia. Esses dois autores viveram na mesma época e ambos priorizaram o trabalho de campo e a observação participante enquanto método primordial de pesquisa etnográfica (LAPLANTINE, 2010).

Segundo Correa Jr. *et al.* (2023) esse método identificado como etnografia, estudo etnográfico, abordagem etnográfica, estudo de caso etnográfico, mini etnografia, etnoenfermagem ou etnografia focada, geralmente tidos como “difíceis demais”, “teóricos/as demais” ou “impensáveis”, despertam certo deslumbramento sobre os profissionais/pesquisadores no campo da saúde, diante dos cenários carentes de pesquisas clínicas e aplicadas. No entanto, os autores propõem que necessariamente esses métodos não precisam se delongar demasiadamente, dado que o profissional de saúde muitas vezes acaba mergulhando profundamente em temas a serem pesquisados, por conta da intensidade dos problemas e situações experienciadas junto aos interlocutores, estabelecendo, assim, o elo de confiança entre o pesquisador e o interlocutor (CORREA JR *et al.*, 2023).

Morais (2018) e Costa e Gualda (2010) apontam o método como favorecedor da análise na perspectiva dos atores sociais demonstrando as representações sociais construídas e, assim, contribuir para a compreensão de sua visão de mundo e suas relações com o processo saúde-doença. Tem sido utilizado para temáticas da saúde coletiva desde os anos ’90 (PAIM, 1996).

A etnografia pode ser utilizada como método e como meio interpretativo da pesquisa antropológica. Segundo Correa Júnior (2023), enquanto método, além de guiar as pesquisas em campo, é um fundamento do papel a ser tomado pelo pesquisador para compreender as interpretações que os nativos têm de suas interpretações.

Gualda (2002 *apud* GEERTZ, 2008) e aponta o método como sendo um dos mais antigos nas ciências sociais, sendo essencial para a antropologia cultural. O método encontrou o aspecto da alteridade a partir de Franz Boas (2010) e Malinowski (2018) que se utilizaram da etnografia de modo sistematizado, como meio do exercício de aproximação e distanciamento do campo de pesquisa para o aprofundamento da compreensão daqueles investigados e, desta forma, reelaborar as interpretações e demonstrar as diversidades culturais, dando plausibilidade ao texto.

Foi sob influências de alguns desses, em especial fundamental apoio do etnólogo Charles Gabriel Seligman que Malinowski desenvolveu suas pesquisas etnográficas (KUPER, 2018). Publicado há 100 anos, em 1922, o clássico livro "*Argonautas do Pacífico Ocidental*", por Bronisław Malinowski (1884-1942), sendo o pioneiro no modelo etnográfico, introduzindo a pesquisa de campo prolongada como parte da investigação etnográfica, atribuindo características científicas ao método tanto para a coleta quanto para a análise, como parâmetros da pesquisa antropológica considerados canônicos, até hoje sofisticado. A publicação é muito respeitada por sua influência em outras ciências humanas, como sociologia, linguística, psicologia e economia, dada a riqueza descritiva e analítica apresentada pelo então jovem e franzino polonês, físico e matemático, em seus desdobramentos, é a pesquisa de campo mais reverenciada da história da antropologia, tendo inaugurado um novo método de trabalho de campo que chama de “observação participante”: uma técnica da etnografia, investigação minuciosa, íntima e dialogada num lento processo de identificação dos mistérios de fatos relevantes, sob o ponto de vista do nativo, como seu ideal (ou utopia), “*de modo preciso, mas não insípido*”, necessitando, para tanto, de longo e profundo convívio do pesquisador com o nativo em seu meio de convívio, por meio de inquirição direta. Através de detalhada e densa descrição Malinowski demonstra a vivacidade e sofisticação de uma cultura que tida até então como constituída por crenças e costumes irracionais e desconexos. Tendo como eixo central o ritual do Kula dos habitantes das Ilhas de Trobriand, na Melanésia, ele descreve o cotidiano da vida dos trobriandeses, relatando um elaborado sistema de trocas que ocorre em um conjunto de ilhas, em que se trocam objetos valiosos ao longo de um ano, nem sempre úteis, mas de extremo valor para o sentido de “dar e receber”, princípio da economia definido posteriormente como fundamento do social, por Marcel Mauss (1950), permitindo

uma reanálise de teorias que lhes taxavam como “povos primitivos”. Extraordinários navegadores, foram aqui chamados de "argonautas", tripulantes da nau Argo na mitologia grega (PEIRANO, 2018).

Incomodado com o fato de antropólogos que teorizam mediante materiais arqueológicos e poucos pioneiros tinham a prática do convívio social com nativos, Bronislaw Malinowski (2018) retoma a etnografia e inaugura as teorias etnográficas, ou seja, a teoria dos nativos, a teoria do outro, a teoria dos nativos da magia e da linguagem que ele captou entre os trobriandeses e nos fez conhecer, inaugurando o chamado “Funcionalismo”. O funcionalismo pressupõe da listagem de “maneiras e costumes” dos nativos, que a vida das pessoas forma um sistema, diferentes instituições desempenham “funções” interdependentes dentro de um determinado modo de vida. O funcionalismo, na antropologia, desenvolve-se em três linhas um pouco distintas: a dos discípulos de Boas (2010), nos Estados Unidos; a de Malinowski (2018) e a de Radcliffe-Brown, na Inglaterra. Em qualquer uma de suas formas, o funcionalismo está vinculado ao trabalho de campo. Isso não quer dizer, entretanto, que o funcionalismo se reduza a uma técnica de pesquisa. Mesmo em Malinowski, que é etnógrafo por excelência, a crítica à antropologia clássica e a formulação de novos problemas teóricos precedem seu trabalho de campo, segundo Durham (2018).

Segundo Geertz (2008) a Etnografia é um método desenvolvido para compreender como os homens haviam superado as contradições e menos de diferenciar as contradições, o verdadeiro do falso. Estudar é revelar costumes e tradições que são transmitidas de geração em geração um continuidade, para superar seu próprio etnocentrismo. O Etnógrafo deve basear-se no contato intersubjetivo entre o antropólogo e o objeto - grupo social que será analisado, para se descobrir como se organiza seu sistema de significados culturais , baseados na compreensão de como uma determinada população.

A este respeito Geertz (2000) vai se referir ao "estar lá" (no campo) e ao "estar aqui" (no gabinete). É a introdução deste relato detalhado das vicissitudes pelas quais passa o etnógrafo, junto com a descrição minuciosa e apaixonante do que chama de "*imponderáveis da vida real*"- aqueles fatos cotidianos sutis, mas ricos de significados (DURHAM, 1986).

Para Geertz (1989), o texto terá grande importância pois é na forma de texto que ocorre a interpretação, que pode ser múltipla, pois é inerente ao texto ser passível de diferentes interpretações, quão diferentes sejam seus leitores e pontos de vista, visões e concepções de mundo. Esta segunda forma metodológica, adquire maior relevância a partir da década de 1960, em que se dá mais importância a uma análise aprofundada de fenômenos particulares em vez de se tentar identificar generalidades. Apesar das profundas transformações produzidas, o elemento principal que caracteriza ainda hoje a pesquisa etnográfica fundamenta-se na observação cuidadosa das práticas realizadas, em uma contínua tensão entre análise científica e experiência da vida quotidiana.

Geertz (2008) propõe a etnografia como um modo denso para descrever e procurar interpretar os significados das teias de símbolos que fazem a cultura, de modo dialético, na medida em que vai se aprofundando e distanciando do contexto estudado, procurando entender as partes de um todo (interpretação dentro), no Círculo Hermenêutico, de Gadamer (1996), numa profunda tensão entre ciência e quotidiano. Minayo atribui os fatores culturais como influenciadores nas intervenções na área da saúde, enquanto Caprara (2009) acrescenta que esses contextos deveriam ser abordados como expressões positivas para sua compreensão.

Dentre os principais pontos que o autor estabelece no método que dá corpo a práxis científica de clareza e objetividade. O objetivo fundamental da pesquisa etnográfica de campo é estabelecer o contorno firme e claro da constituição tribal e delinear as leis e os padrões de todos os fenômenos culturais, isolando aqueles de fatos irrelevantes. É necessário, em primeiro lugar, descobrir o esquema básico da vida tribal. Esse objetivo exige que se apresente, inicialmente, um levantamento geral de todos os fenômenos, e não um mero inventário das coisas singulares e sensacionais – e muito menos ainda daquilo que parece original e engraçado (MALINOWSKI, 2018).

Segundo Cotán Fernández (2020 *apud* GEERTZ, 2008), a pesquisa qualitativa concentra seus interesses na análise das relações sociais, tendo numerosas disciplinas e metodologias que dela derivam. Dentre esses, o método etnográfico está interessado em analisar, descrever e compreender o funcionamento das culturas, do mundo de uma pessoa ou das pessoas e o que lhes acontece, concentra no estudo pelo etnógrafo de objetos mais específicos da cultura,

interpretando seus significados, valores, regras, etc, sabendo que ambos possuem um sistema cultural, histórico e social diferente, construído a partir de suas peculiaridade. O objetivo fundamental da pesquisa etnográfica de campo é, portanto, estabelecer o contorno firme e claro da constituição tribal e delinear as leis e os padrões de todos os fenômenos culturais, isolando aqueles que de fato são irrelevantes, sem privilegiar aqueles que lhe causam admiração ou estranheza em detrimento dos fatos comuns e rotineiros, e ao mesmo tempo investigar cuidadosamente a cultura na totalidade de seus aspectos, de modo a consubstanciar as os fenômenos que se entrelaçam e dão corpo às interpretações.

A etnografia é uma área dentro da área da Antropologia que não significa observação participante, trabalho de campo ou pesquisa qualitativa. É uma metodologia que engloba mais do que uma série de técnicas de coleta de dados que podem ser facilmente descritas ou utilizadas. A etnografia pode ser considerada a partir de três enfoques: como registro do conhecimento cultural; como uma investigação sobre padrões de interação ou, como uma análise holística das sociedades. Além disso, a isso deve ser adicionado seu caráter descritivo, interpretativo e de desenvolvimento e verificação de teorias (COTÁN FERNÁNDEZ, 2020).

Malinovski (2018) descreve pontos importantes a serem observados que passaremos a descrever brevemente, tais como a aproximação para aprender sua língua, a reunião de um corpo de dados contundente, o convívio por longo período com o nativo, além do uso de um diário de campo que possa registrar as descrições percebidas pelo etnógrafo. Dentre os passos do método, como primordial, é necessária uma primeira aproximação com o nativo, aprender sua língua, expressões, contextos das falas, estabelecer as leis e regularidades que regem a vida tribal, tudo o que é permanente e fixo, apresentar a anatomia da cultura e descrever a constituição social, reunindo um corpo de dados contundente. Esse processo se dá através do convívio por longo período com o nativo e, ao mesmo tempo, registrar, descrever em diário de campo, incluindo imagens que materializam expressões. Esses processos são convergentes e contribuem para o corpo de contundentes dados que poderão subsidiar variadas interpretações e não apenas determinadas perguntas. Nessa aproximação, procurar entender como são as relações sociais de modo indireto, através de inferências gerais, uma vez que não se encontram registros formais dessa organização de modo concreto da vida nativa,

ouvindo, sentindo e observando, tendo-se um relacionamento natural para aprender a conhecer, familiarizar-se com os costumes e crenças de modo muito melhor do que quando se depende de informantes.

Um corpo de dados contundente é importante no caso das transações econômicas, em estudos feitos com o objetivo de traçar as origens de um objeto de valor e aferir a natureza de sua circulação, de igual forma devemos estudar, exaustivamente, todos os dados concretos – o que nos levaria à construção de quadros sinóticos das transações, tais quais os encontramos na obra de Seligman. Foi seguindo o exemplo de Seligman nesse assunto que Malinovski conseguiu decifrar alguns dos princípios mais difíceis e complicados do Kula, segundo Kuper (2018).

Esse método de condensar em mapas ou quadros sinóticos os dados de informação devem sempre, na medida do possível, ser aplicado ao estudo de praticamente todos os aspectos da vida nativa. Todos os tipos de transações econômicas podem ser estudados analisando-se dados concretos, relacionando “relacionando-os uns aos outros" e os colocando em quadros sinópticos, esquemas ou mapas mentais. Da mesma forma, deve-se fazer um quadro sinótico de todos os presentes que costumeiramente se fazem numa determinada comunidade nativa, incluindo-se nele a definição sociológica, cerimonial e econômica referente a cada item. Do mesmo modo, sistemas mágicos, séries de cerimônias interligadas, tipos de ações legais–todos devem ser colocados em quadros desse tipo, cada item sendo classificado sob diversos títulos. Além dos quadros sinóticos, constitui um documento fundamental da pesquisa etnográfica o recenseamento genealógico de cada comunidade na forma de estudos detalhados: mapas, esquemas e diagramas ilustrando a posse da terra de cultivo, privilégios de caça e pesca etc. Variadas versões dos mapas devem ser coletadas e transcritas de modo real para se tornar, assim, convergentemente, mais lúcido e completo (DURHAM, 2018).

Outro ponto importante, não necessariamente um passo, mas um processo, é descrever um diário de campo. O diário de campo que Malinowski (2018) descreve e sugere o registro dedicado, contínuo e diário de suas observações diretas e informações coletadas direta ou indiretamente, já descrevendo suas impressões. Ele propõe que se registre por cronologia, para organização do material e ir registrando em mapas mentais.

Por outro lado, destacamos que a coleta documental também se associa ao método, conforme destacado por Giumbelli (2002), pois além de contribuir na discussão, amplia a análise.

5 RESULTADOS

5.1 Resultado Artigo 1 – Pesquisa Projeto Potyguara: estrutura conceitual e medicina tradicional indígena

Resumo

Etnografia, realizado no período de junho a dezembro de 2022, tendo como fonte de dados os dados o material coletado no projeto Potyguara desde o ano 2008 até 2022, com o objetivo de interpretar as práticas tradicionais de adoecimento e cura dos e sua articulação com o sistema de saúde biomédico, tendo-se como interlocutores os Potyguara da Serra das Matas, de Monsenhor Tabosa-CE. Procedeu-se ao desenvolvimento da estrutura conceitual da pesquisa, tendo-se como elemento estruturante a dinâmica da cultura dos Potyguara da Serra das Matas que influenciam e são influenciados por percepções e práticas de saberes na contemporaneidade. Aponta-se para a importância entre a articulação de saberes para um bem-viver em comunidade.

Palavras-chave: Saúde indígena. Medicina tradicional. Medicina indígena Etnografia.

Introdução

Desde o período colonial, o avanço integracionista do Estado pautado em objetivos econômicos de expansão territorial provocaram numerosos massacres de índios, elevado índices de mortalidade por doenças transmissíveis e a de população e extermínio de vários povos, num processo de aculturação dos Povos Indígenas no Brasil, e, em especial, no Nordeste.

Em estudos das informações de Darcy Ribeiro (1957) e de Kietzman (1967) em relação aos índios contemporâneos, o IBGE demonstra uma depopulação[24] de pelo menos 97% dos estimados 2.431.000 habitantes nas terras pré-cabralinas. Por outro lado, Cunha (1992) reporta que havia pelo menos 2 milhões a 6,8 milhões de aborígenes. O instituto segue destacando que atualmente há um aumento da população indígena no Nordeste que vem se reapresentando aos

[24] Ação de depopular; Redução populacional em função de maior quantidade de óbitos que de nascimentos (Dicionário Michaelis, 2021). O IBGE usa os termos "despovoamento" e “extinção” (IBGE, 2000).

poucos, segundo Oliveira (1994) e Santos *et al.* (2019). Há um notório movimento de saída da invisibilidade desses povos para a visibilidade, na busca de seus direitos, especialmente na atualidade, com a ascensão à gestão no sistema de saúde.

No caso do Ceará, situado na região Nordeste brasileiro, historiadores já apresentavam a diversidade da população indígena (STUDART FILHO, 1965), dando conta da presença de cinco famílias linguísticas no período pré-colonial em terras cearenses: Tupi, Cariri Tapuia, Tremembé e Jê.

Atualmente, há um processo de reemergência da população indígena, passando de tutelado a protagonista, num processo contínuo de crescimento e de retomada de seus direitos, fundamentando e ou fundamentado na reformulação de políticas mais equitativas, atuando ativamente na construção da Constituição Federal, o que lhes assegurou os direitos de cidadania, como saúde e educação, culminando com a criação da Lei 9.826, de 09 de setembro de 1999 que acrescentou o capítulo do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas à Lei orgânica da saúde, Lei 8.080/90.

A retomada das práticas médicas tradicionais está para os povos Indígenas como eixo estruturante de sua cultura, como parte das relações sociais e de poder entre a natureza e a produção a partir da terra, dos alimentos e da sustentabilidade de plantas nativas, servindo-se de emblema ético (BOURDIEU, 2002) para o ressurgimento das etnias no Ceará (ANDRADE; SOUSA, 2015). A compreensão desses sistemas de ideias em relação à morte, à saúde e à doença, ao corpo e ao espírito como fenômenos de saúde precisam ser compreendidos inseridas nas interações com os coletivos indígenas de modo a desenvolver relações entre os cuidados prestados pelos profissionais da biomedicina. Propõe-se, assim, neste projeto, que a continuidade do trabalho com os índios Potyguara a partir da descrição da organização da atenção à saúde tradicional dos Potyguara. Desenvolve-se estudo quantitativo descritivo, analítico e comparativo que versa sobre a contextualização demográfica e análise de dados secundários epidemiológicos dos índios Potyguara e síntese do mapeamento das redes cuidadores tradicionais.

A interpretação do processo de reelaboração das práticas tradicionais de saúde dos Potyguara na contemporaneidade poderá contribuir para o fortalecimento dessa reconstrução, uma vez que apresenta preceitos frágeis que lhes confere caráter emergente, especialmente frente ao sistema médico oficial hegemônico. Vislumbra-se que um trabalho compartilhado entre os cuidadores das práticas

tradicionais de saúde indígena e os profissionais (da biomedicina) poderia se concentrar na compreensão das concepções e da experiência dos processos de adoecimento e cura, a partir do meio sociocultural, entrelaçando etnomedicina e a antropologia simbólica para o alcance de uma atenção realmente diferenciada ao povo indígena, frente às transformações sociais e a reelaboração cultural que vivem, especialmente no Nordeste, associada ao crescimento populacional e as reivindicações político-sociais.

Metodologia

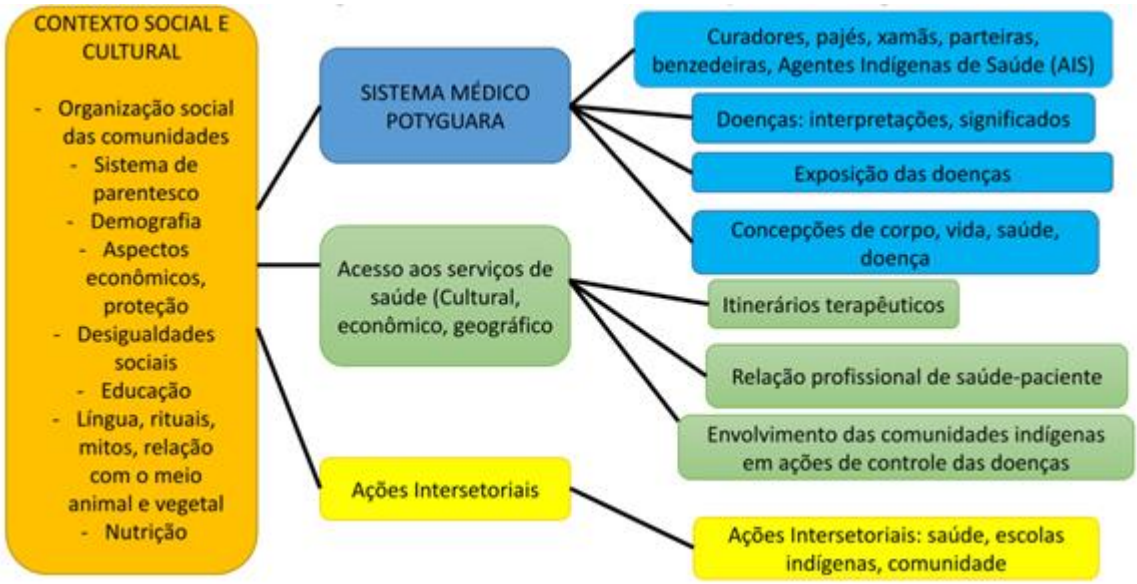
Estudo qualitativo, com abordagem etnográfica, na perspectiva de observação participante, de Malinowski (1978), a partir da abordagem interpretativa de Geertz (2008), realizado no período de junho a dezembro de 2022, tendo como fonte de dados os dados o material coletado no projeto Potyguara desde o ano 2008 até 2022, com o objetivo de interpretar os processos das práticas tradicionais de adoecimento e cura e sua articulação com o sistema de saúde biomédico dos índios Potyguara das aldeias Mundo Novo e Jacinto, de Monsenhor Tabosa-CE. Entre as técnicas de coletas, utilizou-se a observação participante e entrevista aberta, mediante temário específico, contendo os principais conteúdos observados e analisados tais como: sessões e rituais de cura; práticas de cura domiciliares; itinerários terapêuticos; uso de plantas medicinais; práticas de higiene e de prevenção das doenças. A partir de então, explora-se de forma aprofundada o material, procedendo a releituras dos discursos e conexões com o referencial teórico. Nesse percurso são utilizadas as concepções de explicação e compreensão chegando aos principais temas identificados.

Resultados

A partir do projeto de Potyguara, instituído em 2008 pelo Grupo de Pesquisa: Cultura, Saberes e Práticas em Saúde do Centro De Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, Saberes, foi construído a Estrutura Conceitual da Pesquisa, (Figura 1) onde se propõe a cosmovisão do Sistema Médico Potyguara, sua intersetorialidade com o sistema biomédico, e o contexto social e cultural.

O Sistema Médico Potyguara concentra relações com o contexto cultural e social, tais como a organização das comunidades, os sistemas de parentesco, a demografia, os aspectos econômicos e de proteção, desigualdades sociais, educação, língua, rituais, mitos, relação com o meio animal e vegetal, nutrição, alimentação.

Figura 28 – Estrutura conceitual da pesquisa e o sistema médico indígena Potyguara



Fonte: Adaptado de CAPRARA, 2013.

Os curadores, pajés, parteiras e benzedeiras aparecem como categorias nativas do Sistema Médico Potyguara (VIVEIROS DE CASTRO, 2002). As categorias reveladas nos cuidadores tradicionais estão caracterizadas no Capítulo desta tese, Sistema Tradicional de Saúde Indígena Potyguara.

Outra categoria, no entanto, do sistema biomédico, foi incluída no sistema, a dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), passando a compor o quadro de praticantes do sistema médico Potyguara. O AIS, segundo a PNASPI, é um dos componentes da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), responsáveis pela Atenção Básica nas aldeias indígenas, com objetivo de promover ações e serviços de promoção e prevenção à saúde e assegurar o acesso à atenção de Média e Alta Complexidades. A política propõe a formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde como uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da

medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não (BRASIL, 2018).

A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) caracteriza o AIS como sendo um trabalhador que atua na prevenção de doenças e na promoção da saúde, inserido em uma equipe multidisciplinar composta por médico, enfermeiro, odontólogo e auxiliar de enfermagem, entre outros. Ele cadastra as famílias que moram em sua área de abrangência, detecta problemas de saúde, acompanha tratamentos de longa duração e ainda o desenvolvimento de crianças, idosos, gestantes e pacientes crônicos, operando diretamente na comunidade em que vive, de modo análogo ao agente comunitário de saúde (ACS). A diferença é que, no entanto, essa comunidade é uma aldeia, onde seus habitantes muitas vezes não falam português e têm visões de mundo, de saúde e de doenças distintas daquelas de, por exemplo, médicos e enfermeiros. Além de morar no seu local de atuação, tem algumas especificidades: ele deve também traduzir idiomas para que as equipes e as comunidades se entendam, ser um articulador entre diferentes abordagens, de concepções de saúde e de mundo e ter responsabilidades como o único profissional de saúde do local quando o resto da equipe não puder estar por perto (FIOCRUZ, 2023). Por outro lado, em revisão bibliográfica de Diehl, Langdon e Dias-Scopel (2012), ainda que se considere a importância dada ao papel do AIS, ele demonstra um conjunto de ambiguidades e contradições que dificultam o seu desempenho e uma contribuição maior para a atenção diferenciada que podem ser resumidos em quatro aspectos: alta rotatividade e suas implicações; ambiguidade do papel; relacionamento com os membros das equipes de saúde; e formação e capacitação.

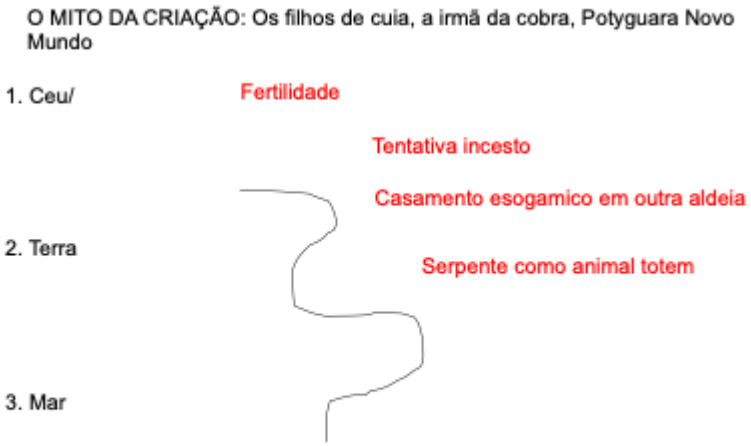
A ambiguidade do papel de articulação de saberes proposto aos AIS pode ser compreendido como Andrade e Sousa (2016), ao concordarem com Helman (2007) e Kleinman, (1978) nos quais os sistemas médicos devem ser entendidos como estruturas pluralísticas, em que a etnomedicina é um componente, entre outras opções terapêuticas, e a atenção em saúde assume distintos modos culturais de diagnóstico e tratamento de enfermidades, considerando-se a presença de elementos socioculturais incontornáveis, como conflitos econômicos e crenças mítico-religiosas e suas relações de parentesco (MALINOVSKI, 2018).

Figura 29 – A visão de mundo dos Potyguara



Fonte: Potyguara, Teka (2001).

Figura 30 – Esboço interpretativo do cosmo Potyguara



Fonte: Projeto Potyguara. UECE. Caprara, 2015.

No esboço interpretativo do cosmo Potyguara (Figura 32), a cobra preta está em todos os momentos da vida no cotidiano dos Potyguara. O mito de criação se reporta a uma relação incestuosa entre o pai e a filha e a correlação com o processo de colonização que não respeita os costumes, promovendo relações incestuosas. Na história do mito a cobra preta surge como elemento de proteção

para a jovem. Por sua vez, o mar está presente como trazendo os colonizadores ou levando os bens para um novo mundo, novos lugares desconhecidos, causando sentimento de insegurança pelos nativos. Essas relações podem ser compreendidas como as interpretações quanto ao processo de intrusão das terras indígenas, o trabalho forçado e a negação de sua cultura, imposta pelo colonizador. O Mundo Novo, a denominação da aldeia se reporta a um novo mundo que se apresenta como alternativa de resistência aos processos impositivos de negação da pertença, assim como o Jacinto. O esforço para a produção de material documental pode ser demonstrado por farta produção de documentos que apontam para os fundamentos da organização social dos Potyguara. Eles produziram um mapa esquemático em formato de mandala que demonstra variados elementos componentes da cultura que convergem para o centro da figura onde são marcados os domínios espirituais pela vida, concentrando e harmonizando os fatores socioeconômicos, num modelo harmônico. Todos estes aspectos são tomados pelo imaginário dos Potyguara como partes integrantes e articuladas entre si representada aqui através de uma espécie de Mandala (Figura 31), onde cada elemento configura de modo estruturante na harmonia da saúde das pessoas entre elas mesmas e com a comunidade e da comunidade com as pessoas, dialeticamente. Desta forma, a nossa maior observação foi a percepção de um pensamento de vida que transcende a mera relação do corpo com as doenças, a busca de um viver saudável consigo e em comunidade. Outro ponto relevante trata da difusão de conhecimentos tradicionais[25].

Dentre os resultados interpretados à luz da perspectiva simbólica, identificou-se a intensidade da simbologia apresentada pelos Potyguara, procurando demonstrar as relações destes com as origens, com a sua visão de mundo, numa constante luta por seu reconhecimento na contemporaneidade. Distribuímos os resultados por grupos simbólicos, conforme se segue.

[25] Foram atendidas as orientações do Instituto de Patrimônio Histórico e Artístico Nacional-IPHAN e a Fundação Nacional do Índio-FUNAI, através de um trabalho coletivo junto à comunidade previamente consultada, conforme preconiza a Convenção 169, da Organização Internacional do Trabalho.

Medicina Tradicional Indígena: Cosmologia dos Potyguara

A visão de mundo dos Potyguara tem relação estreita com a relação entre mar, terra e céu, esquematizado na Figura 32. Os elementos relacionados ao mar estão representados pela serpente que se apresenta como animal totêmico para essa etnia, como relacionado por Lima (2009). A cobra preta aparece em variados depoimentos e histórias que remontam sua íntima relação com o corpo, como a amamentação, tida como momento sagrado em que a cobra preta também se alimenta do leite materno junto aos rebentos Potyguara. A figura se apresenta em momentos considerados de maior fragilidade do indivíduo, trazendo-lhe esperanças de uma reviravolta e retomada das lutas. "*Quando a gente vê uma cobra preta a gente respeita muito e se admira dela porque ela dá força prá gente*…" (Interlocutor 2).

Os símbolos reportam-se à relação com a origem dos Potyguara e sua relação de origem com um animal totêmico, a cobra preta (Figura 4) que é respeitada por todos. Na figura 5 identifica-se uma cobra preta na estrada que transita livremente na aldeia, sem ser alvejada. Observa-se a presença de variados desenhos corporais que simbolizam a cobra preta, caracterizando-se pelas cores preta e vermelha, dispostas em figuras geométricas circulares, côncavas, convexas, em paralelo, traçadas em variadas partes do corpo das pessoas, atribuindo-lhe a característica de pertença à etnia, como apresentado no capítulo seguinte desta tese.

Figura 31 – Representação gráfica da visão de mundo dos Potyguara - O mito da cobra preta

1. O mito da criação
Potyguara - Mundo Novo
Os filhos de cuia, a irmã da cobra.
"Uma mulher que tinha muita vontade de ter filhos. Quando foi um dia, ela saiu pro mato e falou para as árvores:
- Eu queria ter uma filha nem que fosse uma cobra.
Tempos depois a mulher ficou buxuda e teve uma barrida de dois, uma menina e uma cobra. Jogaram a cobra dentro do mar e ficou com a menina sendo criada pelos seus pais. Quando a menina estava mocinha, morreu a sua mãe e ela ficou sendo criada por seu pai.
A menina ficou moça e um dia pegou a mexer nas coisas de seu pai e encontrou um anel de tucum, pegou o anel e colocou no dedo, ficou bonzinho para ela. Ela saiu correndo e foi mostrar pro pai. O pai, vendo ela com o anel no dedo, ficou assustado e falou:
- Você agora vai casar comigo porque sua mãe disse que eu me casasse com quem esse anel servisse.
- Eu não vou me casar com você, porque você é meu pai – disse a Cuia.
Seu pai insistiu que ia casar com a Cuia sua filha. A Cuia saiu para a beira do mar e pediu ajuda a sua irmã...



2. - Moi de cobra?
- Que você quer Cuia?
- Que me ajude, pois o nosso pai quer casar comigo, porque o anel que nossa mãe deixou serviu para mim e ele falou que ia casar comigo.
Disse a cobra:
-Vá para outra Aldeia e lá procure uma mulher que tenha um filho rapaz e você fique sempre assanhada, para eles pensarem que você é feia e no começo o rapaz não vai se interessar por você.
O tempo passou e tudo estava bem na aldeia que a Cuia estava houve grande cerimônia de casamento. A Cuia saiu correndo em direção ao mar e disse:
- Minha irmã Cobra?
A Cobra disse:
- O que foi minha irmã?
A Cuia disse:
-Eu quero um vestido da cor do céu com todos os planetas.



3. Sua irmã cobra atendeu ao pedido. A Cuia voltou para a festa e passou a noite toda namorando o filho da mulher onde estava morando. Ele não reconheceu ela devido ela está tão bonita com aquele vestido. Bem cedo a Cuia guardou seu vestido dentro da caixinha de pau que sua irmã havia dado. No dia seguinte a Cuia voltou novamente ao mar e pediu sua irmã um Vestido da cor do campo com todas as flores. Sua irmã Cobra fez seu pedido. No outro dia pediu um vestido da cor do mar com todos os peixes, sua irmã lhe atendeu e pediu que quando ela fosse se casar na hora da cerimônia chamasse por ela, que assim iria desencantar desvirar cobra prá mulher. Na hora do casamento a cuia se esqueceu de chamar sua irmã e por isso que ainda hoje está encantada no mar. Do casamento da cuia com esse rapaz foi que começou os Potyguaras".





Fonte: Potyguara, Teka (2001).

Figura 32 – A cobra preta



Fonte: Acervo projeto Potyguara. 2015.

Relações com o meio ambiente e manifestações simbólicas

É rica e densa a dinâmica de manifestações culturais entre os Potyguara da Serra das Matas. A influência do ambiente se manifesta em diversas atividades que envolvem todo o coletivo, desde manifestações culturais e suas relações com suas origens até sua relação com os alimentos, desde a sua casa até nas escolas, sua organização política e o assim, no percurso de vida.

Figura 33 – A Dança do Caceteiro. Dança dos Tarairiús (Tapuias), de ECKHOUT, Albert, século XVII



Fonte: ECKHOUT, Albert. (2004).

Figura 34 – Apresentação dança do Maneropau ou dança dos Caceteiros Potiyguara, 2017



Fonte: Acervo projeto Potyguara. 2017.

Figura 35 – Dança do Maneropau, na abertura do encontro para apresentação do Projeto, Monsenhor Tabosa, 23/09/2017



Fonte: Acervo projeto Potyguara. 2017.

A dança do Meneropau é apresentada por grupo de jovens Potyguara que representam a força da aldeia para o enfrentamento do inimigo. A dança foi imortalizada na figura de Albert Eckhout (2004) e é executada especialmente na presença de visitantes, com a finalidade de demonstrar a presença ativa dos guerreiros e guerreiras (Figuras 36 a 38).

> Para nós demonstrar nossas tradições é a nossa vida, é nossa saúde (Teka Potyguara).

Figura 36 – Apresentação Dança Meneropau, feminino 2017



Fonte: acervo Projeto Potyguara. UECE.

Por outro lado, as meninas e mocinhas também fazem a dança do Côco, numa alusão aos processos de alimentação tradicional, sob os cuidados femininos nas aldeias (Figura 37).

Figura 37 – A dança do Côco



Fonte: acervo Projeto Potyguara. UECE.

Figura 38 – Jovens Potyguara em atividades na comunidade



Fonte: acervo Projeto Potyguara. UECE.

As apresentações de rituais e diversos momentos de encontros coletivos na comunidade são marcados pela rica simbologia dos Potyguara. Utilizam-se especialmente das cores preta e vermelha, assim como figuras em formas arredondadas, de modo alusivo à cobra preta. Esse cuidado com essas expressões tem como objetivo demonstrar os valores da cultura. Vê-se moças adolescentes que se pintam e dançam seguindo a orientação das mulheres mais velhas (Figura 11).

A Cabacinha

Figura 39 – A Cabacinha Potyguara



Fonte: acervo Projeto Potyguara. UECE.

> A Cabacinha é um símbolo fundante do Potyguara, na perspectiva de alunos de Marluce Potyguara, 2016.

A cabacinha de colo é um dos símbolos mais marcantes da cultura. Representa a perseverança da tradição de seu uso (Figura 40 e 41). A cabacinha (*Wilbrandia verticillata*)[26], conhecida também como Abobrinha-do-Mato (*Wilbrandia verticillata*) é um fruto cujo conteúdo pode ser consumido, mas por vezes é amargoso e tóxico. O porongo ou cabaça é uma trepadeira vigorosa, cujos ramos podem crescer de 3 até 10 m de comprimento. Há uma grande variedade de formas e tamanhos de frutos nesta espécie[27]. A carapaça, por sua vez, a depender da forma e tamanho, foi e é muito utilizada como utensílio doméstico, especialmente para a feitura de alimentos e armazenamento de líquidos. Muitas culturas utilizam para variadas funções. Sua origem parece ter sido africana. É uma das mais antigas plantas cultivadas pela humanidade, sendo cultivada há pelo menos oito mil anos Assim como a cabacinha, uma planta muito diferente, a espécie arbórea *Crescentia cujete*, também chamada de árvore-da-cuia, também é muito utilizada tradicionalmente.

Figura 40 – A Cabacinha Potyguara. Cabacinha de colo



Fonte: acervo Projeto Potyguara. UECE.

[26] Sistema da Informação sobre a Biodiversidade Brasileira (SiBBr). Disponível em: <https://ala-bie.sibbr.gov.br/ala-bie/search?fq=&sortField=commonNameSingle&dir=asc&q=cabacinha>. Acesso em 04 de mar. de 2023.
[27] https://hortas.info/como-plantar-porongo-ou-cabaca

Tida como símbolo fundamental da etnia, a cabacinha é símbolo do Museu da aldeia. As lideranças preocupadas com a guarda de relíquias e de elementos materiais tradicionais, fundaram um museu na aldeia, onde são armazenados variados e valorosos materiais que marcam sua cultura (Figura 41).

Figura 41 – Museu Potyguatapuia, na aldeia Mundo Novo



Lugares Sagrados

Há diversos lugares considerados sagrados pelos Potyguara (Figuras 15a e 15b), onde estão registradas pinturas rupestres[28], referentes a antigos. Existem dois lugares no interior do município onde se tem conhecimento sobre pinturas rupestres. 01. Em Sítio Queimadas, zona rural, distante 10km da sede. 02. Cachoeira do Peixe, zona rural, distante cerca de 28km da sede (CEARÁ, 2011).

[28] Arte rupestre é o termo que denomina as representações artísticas pré-históricas realizadas em paredes, tetos e outras superfícies de cavernas e abrigos rochosos, ou mesmo sobre superfícies rochosas ao ar livre.

Figura 42 – As lages e as pinturas rupestres



Fonte: acervo Projeto Potyguara. UECE.

O modo de vida em comunidade e sua relação com a saúde

Pesquisas em epidemiologia social nos últimos anos, principalmente sobre os determinantes sociais, mostram a forte associação entre situação econômica, social e de saúde da população. Pesquisas mostram que experiências sociais e biológicas na vida se desenvolvem juntas. É a partir dessas interconexões que dependem das trajetórias de vida (curso de vida) e do estado de saúde das pessoas (KUH 2003; BEN-SHLOMO 2003; OSLER 2003).

Parte é devida à pobreza relativa que depende da posição que o indivíduo cobre na pirâmide social (Wilkinson, 1996; 1997). O efeito da pobreza relativa é mediado por fatores psicossociais, como a falta de controle sobre o trabalho, a qualidade das relações interpessoais (BRUNNER 1997; WILKINSON 2002; KAWACHI; KENNEDY 2002; WHO 2003).

Também o capital social ou o patrimônio de uma comunidade em termos de coesão, confiança cívica, voluntariado, redes de associação e habilidades de apoio mútuo (BAUM, 2003), representa um fator de proteção para a saúde (KAWACHI, 1997) e também para o funcionamento da democracia (PUTNAM, 1993; 2000).

No contexto das comunidades Potyguara existe um forte patrimônio comunitário em termos de coesão, confiança cívica, e redes de associação. O apoio mútuo manifesta-se em diversas formas e representa um fator de proteção para a saúde. Por exemplo, frequentes são os encontros "embaixo das mangueiras" onde as diversas comunidades Potigatapuia se encontram para tomar decisões e avaliar as próprias práticas (Figuras 43 a 57).

Figura 43 – Encontro debaixo das mangueiras fazendo avaliação, janeiro 2019



Fonte: Acervo do Projeto Potyguara. UECE.

Experiências sociais e biológicas durante a vida se desenvolvem em conjunto. As trajetórias de vida (curso de vida) e o estado de saúde das pessoas dependem de seu entrelaçamento (KUH 2003; BEN-SHLOMO 2003; OSLER 2003).

Figura 44 – Gestante Potyguara aos cuidados da parteira da aldeia Jacinto e parteira Tabajara, da aldeia de Grota Verde, 2018



Figura 45 – Gestante Potyguara aos cuidados da parteira da aldeia Jacinto e parteira Tabajara, da aldeia de Grota Verde, 2018



Fonte: Acervo do Projeto Potyguara. UECE.

Kuh afirma que essa linha de pesquisa representa uma tentativa de resumir os modelos anteriores de causação de doenças (estilos de vida, programação biológica e interpretação social), um desafio do ponto de vista científico caracterizado por uma abordagem interdisciplinar. Prigogine (2002) fala da importância da seta do tempo tendo um papel central nos programas de pesquisa sobre a associação entre o desenvolvimento intrauterino e as doenças crônicas da vida adulta (BARKER *et al*., 2002). As interconexões entre as várias disciplinas epidemiologia, economia, psicologia, sociologia, antropologia devem ser enfatizadas, para o estudo e interpretação de dinâmicas complexas relacionadas à teoria epistemológica da complexidade.

Os valores do viver em comunidade são continuamente fortalecidos em movimentos sociais locais, registrados em fotografias emblemáticas que identificam diversos momentos de fortaleza identitária, desde a infância, adolescência, adultos e idosos:

Figura 46 – Criança Potyguara, L. N., criando pintinhos, em 2020



Fonte: Acervo do Projeto Potyguara. UECE.

Figura 47 – Curumim Potyguara, participando de ritual de abertura de evento



Fonte: acervo Projeto Potyguara. UECE.

Figura 48 – Dona M. F. Potyguara colhendo milho, na aldeia Mundo Novo, 2020



Fonte: Acervo do Projeto Potyguara. UECE.

Figura 49 – “As Mucunas”, Grupo de Mulheres, danças tradicionais, aldeia Jacinto, 2020



Fonte: Acervo do Projeto Potyguara. UECE.

Figura 50 – Arnaldo Gavião, Vice-Cacique do Movimento Potygatapuia, 2020



Fonte: Acervo do Projeto Potyguara. UECE.

Figura 51 – Momentos de atividades em comunidade. A abertura sempre é feita com rituais sagrados



Fonte: Acervo do Projeto Potyguara. UECE.

Figura 52 – Marluce Potyguara, professora, pesquisadora, liderança, aldeia Jacinto



Fonte: Acervo do Projeto Potyguara. UECE.

Figura 53 – Teka Potyguara, professora, pesquisadora, liderança, aldeia Mundo Novo



Fonte: Acervo do Projeto Potyguara. UECE.

Figura 54 – Dona J. Potyguara, aldeia jacinto, em Ritual em alusão ao Mito de Criação Potyguara



Fonte: Acervo do Projeto Potyguara. UECE.

No detalhe, a D. J. faz referência a cobra preta, alojada na cuia, no chão. A cobra preta

Figura 55 – Jovem Potyguara Luana, em atividades na aldeia Espírito Santo



Fonte: Acervo do Projeto Potyguara. UECE.

Figura 56 – Ritual Sagrado masculino, por jovens Potyguara, Mundo Novo, Jacino e aldeias adjacentes



Fonte: Acervo do Projeto Potyguara. UECE.

Figura 57 – O agente de endemias E., pintando o Agente de Saúde e cantador da aldeia, Toinho Gavião



Fonte: Acervo do Projeto Potyguara. UECE.

Rituais de cura e tratamentos tradicionais[29]

Segundo Turner (1975), os rituais de cura operam de modo a conduzir os indivíduos a determinados estados e atitudes frente ao mundo: o isolamento de objetos e imagens de seu contexto ordinário e sua recombinação em novos contextos, a focalização em determinadas unidades simbólicas, a combinação de fortes estímulos sensoriais e intelectuais.

Os rituais de cura referem-se a uma semiologia distinta da ocidental, entre as quais se identificam diversos sinais e sintomas que são tratados de acordo com sua causa, como o *quebranto, o vento-caído, o mau-olhado* (WAKANÃ, & GIL, 2007) prestados por pessoas já conhecidas de longa data e confiança, podendo ser aquelas do próprio domicílio ou aquelas da própria aldeia|comunidade ou de aldeias|comunidades vizinhas da própria aldeias|comunidade, conhecidas como rezadores, rezadeiras e benzedeiras, que cuidam da saúde com rezas, benzimentos e utilizam, por vezes, de meios físicos e espirituais para as curas que não recebem qualquer tipo de pagamento por seus serviços, assim como encontrado em outros

[29] Outros detalhes, além dos referidos no Artigo 2, encaminhado para publicação na Revista *International Journal for Equity in Health*.

estudos (SANTANA, 2020), caracterizando uma rede de cuidados para além ou apesar da rede oficial de saúde dos sistemas tradicionais de saúde.

O rezador tem um dom de servir, modelado de geração em geração num processo formativo que inclui o desenvolvimento da espiritualidade, como refere Andrade e Sousa (2015) entre os Pitgaugry, na fala do Rezador 1.:

> [...] a minha mãe foi curandeira, mas não aprendi dela, servia muito dela rezar no povo, cura o povo, mas nunca curei, ai um dia, foi que eu tive um sonho, uma voz me perguntando de que é que eu vivia, aí eu falei, do trabalho né? Aí me falou se o trabalho que eu fazia, se eu nunca tinha ajudado a ninguém, se nu servia ninguém. Bom, o que eu faço... eu contei a história, era a foice, o machado que eu trabalhava, aí falou nas palavras de Deus, aí eu disse SIM, nunca fiz não, ai se era bom eu fazer, ai eu fiquei na minha mente, acordei e fiquei naquela mente o que que eu ia fazer, para servir as pessoas, algumas coisa, aí acontece que eu me botei, arrumei uma reza e botando em cima das pessoas para vê se... para ir testando. Comecei a curar as crianças, das crianças o mau olhado né? Deu certo (Rezador 1).

Figura 58 – Rezador 1. curando uma criança com quebrante



Fonte: Acervo do Projeto Potyguara. UECE.

O pajé se utiliza do ritual de cura contra o quebrante em uma criança Potyguara, trazida para ele por sua avó (Figura 31). Necessariamente não descreveremos o ritual por questões éticas que envolvem a crença do povo Potyguara e não é foco deste trabalho. O objetivo é compreender sua importância e seu uso para resguardar o respeito e a valorização ao conhecimento, de modo convergente às demais práticas.

O Quebrante é uma doença tradicional, que afeta essencialmente as crianças e pessoas fragilizadas, caracterizado pela presença fastio, "espreguiçadeira" (com preguiça); "*a criança passa o dia abrindo a boca ou dormindo ou acordada demais, agitada, tem fastio*" (A. V., Rezador 1).

Outra doença comumente encontrada e tratada tradicionalmente é a Espinhela ou arca caída, também conhecida por Lumbago. É a designação popular de uma doença caracterizada por forte dor no peito, com depressão na altura do apêndice xifóide, nas costas e pernas, além de um cansaço anormal que acomete o indivíduo, ao submeter-se a esforço físico ou variadas causas que não são tratadas com reza (MATOS, 2000). Muitas pessoas padecem por este mal, segundo o rezador A. V., causado pela lida na roça, onde o esforço físico é necessário, pesado, doloroso e contínuo (Figura 59).

Figura 59 – Rezador 2, fazendo tratamento para espinhela ou arca caída



Fonte: Acervo do Projeto Potyguara. UECE.

O rezador utiliza-se de um tecido para tirar as medidas do corpo da pessoa doente, medindo determinadas partes do corpo, como a distância entre os ombros e o apêndice xifóide, de modo que é necessário que haja alguma simetria entre essas medidas, caso contrário, está caracterizada a doença. O ritual de cura envolve rezas específicas e a obediência a determinadas orientações do rezados. "*Eu não me responsabilizo se a pessoa não segue o que a gente orienta*", é o que diz o pajé A. V. acerca das orientações e cuidados com a doença, de modo semelhante ao que Santana (2020) encontrou.

Quinzena - O mesmo que entrosado. Corruptela (talvez) de eczema. É uma ferida grande que nasce como bolinhas de água nas pessoas e aí fica aumentando, só cura com reza. Semelhante a erisipela, segundo os moradores entrevistados (Figura 60).

Figura 60 – Rezados 2. cuidando de pessoa com o pé com entrosado



Fonte: Acervo do Projeto Potyguara. UECE.

Figura 61 – Rezadeira 3, ensinando a fazer um lambedor de mel de malva para tosse, 2020



Fonte: Acervo do Projeto Potyguara. UECE.

Lambedor

Segundo Matos (2000), o Lambedor é uma preparação caseira de xarope medicinal, em geral à base de folhas, raízes, sumidades floridas, etc. de plantas. Rezadeira 3 (Figura 61) apresenta em vídeo como fazer um preparo de lambedor.[30]

Todos os cuidadores tradicionais que entrevistamos e que conhecemos nas aldeias utilizam-se dessa preparação para cuidar de enfermidades relacionadas especialmente à garganta, como tosse, rouquidão, dificuldade e dor na hora de engolir, inchaço, sensação de garganta arranhando (Figura 34). Seu uso foi intensamente procurado por ocasião da pandemia por Covid-19, haja visto o confinamento das pessoas necessários para minimizar a propagação da doença, além da falta de disponibilidade de medicamentos alopáticos e que fossem específicos para o tratamento da doença, o que remonta a reivindicação da retomada desse conhecimento por parte dos povos indígenas (DI BELLA, 2020).

[30] Vídeo disponível em: https://youtu.be/nskgQocAGDw. “Dona Chica Pinote faz mel caseiro tradicional dos Potyguara de Mons Tabosa”.

Por todos esses aspectos observados podemos relacionar que o bem viver dos Potyguara, relacionado às questões de sua visão de mundo, o seu valor ao modo de vida e sua relação com a natureza e a sociedade, segundo um pensamento socialista/estatista contra o colonialismo e ao neoliberalismo, abrangendo inclusive a vertente ecologista/pós-desenvolvimentista que associa ao conceito de Mãe Terra, como alternativa ao modelo de desenvolvimento extrativista e capitalista, contrapondo-se ao modo de vida hegemônico consumista (SOUZA *et al.*, 2021; MAMANI, 2010; ACOSTA, 2016; DE LA CUADRA, 2015).

Considerações finais

A descrição da organização da atenção à saúde tradicional dos Potyguara aponta para o papel articulador do AIS enquanto ele de ligação entre os conhecimentos tradicionais e aqueles biomédicos praticados pelas EMSI. Cabe a estas a valorização e exploração desse elo meio para a compreensão desses sistemas de ideias em relação à morte, à saúde e à doença, ao corpo e ao espírito como fenômenos de saúde precisam ser compreendidos inseridas nas interações com os coletivos indígenas de modo a desenvolver relações entre os cuidados prestados pelos profissionais da biomedicina.

São notórias, ricas e vigorosas as expressões das práticas tradicionais de cura entre os Potyguara, entrelaçando bem-viver e saúde, de modo harmonioso. A nossa compreensão quanto a esses movimentos de fortalecimento das expressões do conhecimento que cada um tem acerca de suas origens e seu entrelaçamento com o dia a dia da comunidade é de que se projeta certo equilíbrio entre essas relações, de modo a deixar transparecer o movimento em torno da própria percepção de si no mundo e sua influência semiótica na formação da sua cultura.

5.2 Resultado Artigo 2 – Desfazendo os nós das origens dos Potyguara, com “y”

Resumo

O povo indígena Potyguara autodenominado com “y” habitantes da Serra da Serra das Matas, Monsenhor Tabosa-CE, utiliza-se de argumentos históricos com a finalidade de estabelecer conexões entre o passado e o presente, na busca de reconhecimento por parte da população nacional quanto a sua indianidade. Procura-se descrever atividades desse movimento de retomada através de representações gráficas em diversos momentos da vida cotidiana dos Potyguara e sua relação com seu mito de criação e sua visão de mundo. Obtém-se material rico para análise e se propõe maiores estudos, embora se perceba as conexões de vida e bem estar social como promoção de saúde na comunidade.

Palavras-chave: Origem da vida, bem-estar social, cosmovisão.

Introdução

Segundo Silva (2005) apud Studart Filho (1965), ainda que apresente um olhar eurocêntrico, demonstra certa reação indígena às conquistas, descreveu que havia dois agregados nativos que representavam o grupo Tupi, no Ceará (Tabela 3): os Tobajaras e os Potiguares, chamados, ainda, Potiguaras, Potiuaras, Potigaras, Pitigares, Pitigoares ou Pitiguaras. Integrantes da grande família tupinambá, no baixo Jaguaribe e, possivelmente, outros pontos da costa. Os Potiguara eram antigos dominadores também do litoral do Rio Grande do Norte e trechos da Paraíba, cuja presença foi registrada desde 1603, em alguns trechos do litoral, ressurgindo, depois de larga interrupção, na faixa praiana que vai das margens do Parnaíba até muito além do golfão maranhense.

Sua localização geográfica lhes condicionou protagonistas dos mais remotos atritos havidos no Nordeste com os colonizadores reinóis que, ainda que fosse uma Nação forte e poderosa e aliada aos franceses, foi quase que exterminada devido aos conflitos com os portugueses e, ainda, contra outra grande Nação, a dos Tobajaras, que por sua vez era aliada dos portugueses (STUDART FILHO, 1965).

Malinovski (2018) fala que a ciência moderna mostra que as sociedades nativas têm uma organização bem definida, são governadas por leis, autoridade e ordem em suas relações públicas e, além disso, sob o controle dos laços extremamente complexos de clãs e parentesco. Destaca que as maneiras e costumes esperados pelos etnógrafos, como quadros de termos de parentesco, gráficos genealógicos, mapas, planos e diagramas, provariam a existência de uma vasta organização que demonstraria a constituição da tribo, do clã e da família. Contudo, é bem diferente do que se encontra nas aldeias, onde o nativo está sujeito a um código de comportamento e de boas maneiras tão rigoroso que, em comparação a vida nas cortes de Versalhes e do Escorial, parece bastante informal. Os nativos obedecem às ordens e à força do código tribal, mas não as entendem, do mesmo modo como obedecem a seus próprios instintos e impulsos, embora sejam incapazes de formular qualquer lei da psicologia. A diferença é que cada uma das instituições das sociedades civilizadas tem, em seu meio, elementos historiadores, arquivos e documentos; no caso da sociedade nativa, nada disso existe.

Assim, seguindo o método, procuramos superar essa dificuldade, coletando dados concretos sobre todos os fatos observados e por meio deles formular as inferências gerais de modo sistemático e coerente, sendo este um importante papel do etnógrafo até então não utilizado. Para tanto, como o autor sugere, utilizamos em nosso material de registro de campo, quadros sinóticos ou mapas mentais para a interpretação da economia, do sistema mágico, cerimônias e todas as informações que possam estar ou não interligadas. Constitui-se como elemento fundamental a pesquisa etnográfica do recenseamento genealógico de cada comunidade, de forma detalhada, assim como diagramas e ilustrações da terra, sua posse e cultivo, caça e pesca, etc, de modo a permitir o etnógrafo a formular questões concretas da daquela sociedade. Esses quadros, associados às anotações precisas descritas no livro de campo, poderão dar sustentação irrefutáveis às interpretações e conclusões do etnógrafo. Na etnografia é responsabilidade do etnógrafo estabelecer todas as leis e regularidades que regem a vida tribal, tudo o que é permanente e fixo, apresentar a anatomia da cultura e descrever a constituição social (MALINOVSKI, 2018).

No caso dos Potyguara da Serra das Matas, ao longo do tempo os Potyguara passaram por mudanças, mantendo-se, no entanto, eixos centrais como as práticas tradicionais e o cuidado com o bem-estar. Procura-se, assim, neste

contexto, descrever o contexto social dos Potyguara, procurando estabelecer relações com as práticas de saúde contemporâneas.

Metodologia

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa que procura descrever as características e o contexto social dos Potyguara do Mundo Novo e Jacinto, na perspectiva interpretativa, descrevendo o percurso histórico e suas implicações no cotidiano e nas práticas de saúde contemporâneas, utilizando-se de figuras e de histórias obtidas durante o período da pesquisa Potyguara de 2008 a 2022.

Resultados

Quem são os Potyguara com “y”

O povo indígena Potyguara vive na zona rural dos municípios de Monsenhor Tabosa, Tamboril e Boa Viagem, na Serra das Matas, no centro-oeste do Ceará, a 293 km de Fortaleza, capital cearense. A população geral é de 16.760, 26.199 e 54.680 pessoas, respectivamente (IBGE, 2021), sendo a indígena de aproximadamente 4 mil pessoas, distribuídas em 35 aldeias predominantemente localizadas na região rural (BRASIL, 2017). Em consonância com a comunidade indígena local, a grafia do nome Potyguara está com a letra “y”, pois é assim que os Potyguara da Serra das Matas se reconhecem. Além dos Potyguara, há também outras etnias, como os Tabajara, Tubiba - Tapuia e Gavião. Todos estes indígenas são atendidos pelo Polo Base de Monsenhor Tabosa, ligado ao DSEI Ceará. Juntos formam o Movimento Potiguatapuia. Localizam-se essencialmente em Monsenhor Tabosa, situado no Sertão das Matas, uma Cordilheira localizada no sertão central cearense que se estende também pelos municípios limítrofes de Catunda, Tamboril, Santa Quitéria e Boa Viagem.

Em Monsenhor Tabosa localiza-se o ponto culminante do Estado do Ceará, conhecido como Pico da Serra Branca, a 1.154 metros de altitude, assim como o segundo maior, o Pico da Serra do olho D’Água, com 1.129 m de altitude (LIMA; 2004; IPECE, 2021). É um dos maciços residuais dispersos nas Depressões Sertanejas do interior cearense. Sua vegetação em baixas altitudes é floresta

caducifólia espinhosa, ou caatinga arbórea e floresta subcaducifólia tropical pluvial, ou mata seca, nas maiores altitudes. É considerada uma “serra seca”, ou seja, apresenta características semiáridas em toda a sua extensão. Funciona como divisor de águas das bacias hidrográficas dos afluentes dos rios Banabuiú, Acaraú e Poti (LIMA, 2004).

Figura 62 – Localização do Município de Monsenhor Tabosa no Brasil e no Ceará, 2023



Fonte: Wikimedia, 2023.

Segundo Lima (2007) a emergência dos Potyguara na Serra das Matas, faz parte de um processo maior de emergências indígenas presente, de forma mais acentuada, na região Nordeste; estas, por sua vez, estão relacionadas a outras efetuadas no cenário nacional, tais como a dos quilombolas e das “novas etnias”[31]. Esse movimento de retomada da etnia dos Potyguara da Serra das Matas lhes situa no processo dinâmico de protagonismo de reelaboração da própria cultura que tem sido chamado pelos especialistas de reemergência, revitalização, visibilidade, etnogênese ou reetinização (VALLE, 1993; OLIVEIRA, 2004a; b; SILVA, 2005; ARRUTI, 2006).

[31] Para maiores detalhes quanto a etnicidade deste Povo, vide Lima (2004), os Potyguara de Monsenhor Tabosa-CE, com “*y*”.

O recenseamento genealógico das comunidades indígenas

Na aldeia Jacinto a professora e pesquisadora nativa, Marluce Potyguara, faz incursões utilizando-se de variadas técnicas para documentação da genealogia da aldeia, numa estratégia de demonstração da originalidade e de legitimação da etnia. É marcada sua representatividade e a presença indígena pela ascendência da Genealogia da aldeia Jacinto. Em reuniões do Movimento Potiguatapuia Marluce e demais lideranças e famílias coletam fotografias e apresentam as origens das suas respectivas famílias (Figura 63 e 64), estabelecendo conexões com os nativos mais antigos que possam ser alcançados até o presente, conectando os tempos, o tempo do "*índo pego pelos dentes*". Essa expressão é utilizada para se remontar às originalidades que percebemos ser muitas vezes utilizada como mecanismo de defesa desses povos para procurar fazer um elo entre o índio contemporâneo e índio colonial romantizado pela sociedade nacional, cuja voracidade e brabeza era marcante, doravante a situação de expropriação e violência sofrida.

Figura 63 – Marluce Potyguara e representantes de famílias indígenas, 2017



Fonte: Foto por Teka e Marluce, Projeto Potyguara, 2017.

Figura 64 – Marluce Potyguara e representantes de famílias indígenas, 2017



Fonte: Foto por Teka e Marluce, Projeto Potyguara, 2017.

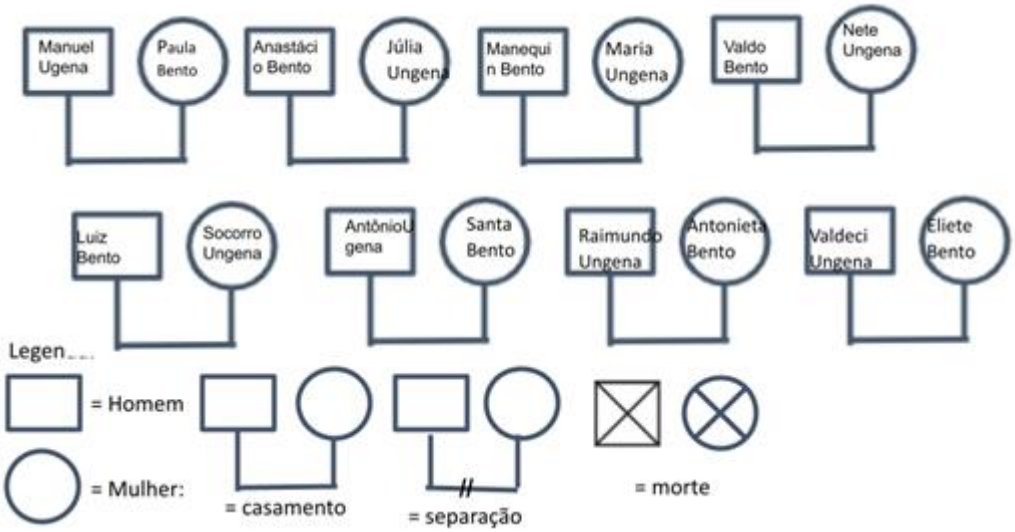
Genograma dos Potyguara: interpretando seus laços familiares

O genograma é uma representação gráfica, por meio de símbolos, da composição familiar e dos relacionamentos básicos em, pelo menos, três gerações. Permite, de uma forma rápida e clara, visualizar quais são os membros que constituem a família, tenham eles vínculos consanguíneos ou não, identificando a idade, ocupação ou profissão e escolaridade de cada pessoa, além de retratar o lugar ocupado de cada um dentro da estrutura familiar. Ele é construído através de um diagrama que detalha a estrutura familiar, fornecendo informações sobre os vários papéis de seus membros e bases para a discussão e análise das interações familiares" (DIAS *et al*., 2007). É utilizado para estudos das relações familiares e tem sido aplicado em diversas pesquisas no campo da saúde, constituindo-se em instrumento de natureza qualitativa (LESCURA, 2012).

A partir dos registros coletados e das observações e registros de campo, associadas às interpretações das famílias, as famílias originárias da aldeia Jacinto, teriam surgido da união entre duas grandes famílias, os Ugena e os Bento. A figura 65 abaixo é um esboço preliminar do genograma da aldeia Jacinto, apresentado abaixo é um esboço livre do entendimento que se teve, segundo as informações coletadas na aldeia. Inadvertidamente, o esboço possui o registro das primeiras famílias que se uniram e geraram seus descendentes na aldeia Jacinto. As relações

subsequentes estão entremeadas, estando ainda sob análise. No entanto, trazemos a título de ilustração.

Figura 65 – Esboço preliminar da Formação Familiar inicial dos Potyguara, segundo Marluce Potyguara, aldeia Jacinto, 2013



Fonte: Projeto Potyguara, 2013.

Rituais, danças e apresentações e sua relação com a visão de mundo, suas origens

Nesse movimento de “reetinização”, os Potyguara da Serra das Matas recontam suas origens. A pertença Potiguara é defendida através da narrativa do seu mito de criação, reporta LIMA (2004) e partir dele expressam a sua ancestralidade (WEBER, 1994), e sustentam, desta forma, a sua etnicidade indígena. Através dessa história, eles demonstram que acreditam que são “*Os filhos da Cuiã, a irmã da Cobra*”, marcando sua origem de vida. Vários depoimentos foram coletados quanto ao mito de criação dos Potyguara, observando-se a presença permanente dos elementos centrais que lhe caracterizam enquanto mito. A visão de mundo dos Potyguara tem relação estreita com a relação entre mar, terra e céu, esquematizado e descrito na Figura 66.

Figura 66 – Representação gráfica da origem dos Potyguara "*Os filhos da Cuiã, a irmã da Cobra*"

1. O mito da criação
Potyguara - Mundo Novo
Os filhos de cuia, a irmã da cobra.
"Uma mulher que tinha muita vontade de ter filhos. Quando foi um dia, ela saiu pro mato e falou para as árvores:
- Eu queria ter uma filha nem que fosse uma cobra.
Tempos depois a mulher ficou buxuda e teve uma barrida de dois, uma menina e uma cobra. Jogaram a cobra dentro do mar e ficou com a menina sendo criada pelos seus pais. Quando a menina estava mocinha, morreu a sua mãe e ela ficou sendo criada por seu pai.
A menina ficou moça e um dia pegou a mexer nas coisas de seu pai e encontrou um anel de tucum, pegou o anel e colocou no dedo, ficou bonzinho para ela. Ela saiu correndo e foi mostrar pro pai. O pai, vendo ela com o anel no dedo, ficou assustado e falou:
- Você agora vai casar comigo porque sua mãe disse que eu me casasse com quem esse anel servisse.
- Eu não vou me casar com você, porque você é meu pai – disse a Cuia.
Seu pai insistiu que ia casar com a Cuia sua filha. A Cuia saiu para a beira do mar e pediu ajuda a sua irmã...



2. - Moi de cobra?
- Que você quer Cuia?
- Que me ajude, pois o nosso pai quer casar comigo, porque o anel que nossa mãe deixou serviu para mim e ele falou que ia casar comigo.
Disse a cobra:
-Vá para outra Aldeia e lá procure uma mulher que tenha um filho rapaz e você fique sempre assanhada, para eles pensarem que você é feia e no começo o rapaz não vai se interessar por você.
O tempo passou e tudo estava bem na aldeia que a Cuia estava houve grande cerimônia de casamento. A Cuia saiu correndo em direção ao mar e disse:
- Minha irmã Cobra?
A Cobra disse:
- O que foi minha irmã?
A Cuia disse:
-Eu quero um vestido da cor do céu com todos os planetas.



3. Sua irmã cobra atendeu ao pedido. A Cuia voltou para a festa e passou a noite toda namorando o filho da mulher onde estava morando. Ele não reconheceu ela devido ela está tão bonita com aquele vestido. Bem cedo a Cuia guardou seu vestido dentro da caixinha de pau que sua irmã havia dado. No dia seguinte a Cuia voltou novamente ao mar e pediu sua irmã um Vestido da cor do campo com todas as flores. Sua irmã Cobra fez seu pedido. No outro dia pediu um vestido da cor do mar com todos os peixes, sua irmã lhe atendeu e pediu que quando ela fosse se casar na hora da cerimônia chamasse por ela, que assim iria desencantar desvirar cobra prá mulher. Na hora do casamento a cuia se esqueceu de chamar sua irmã e por isso que ainda hoje está encantada no mar. Do casamento da cuia com esse rapaz foi que começou os Potyguaras".









Fonte: Potyguara, Teka (2001).

Os elementos relacionados ao mar estão representados pela serpente, a cobra preta, que se apresenta como elemento mágico e sagrado cuja origem pertence a ela, sendo, assim, um animal totêmico para essa etnia.

A cobra preta aparece em variados depoimentos e histórias que remontam sua íntima relação com o corpo, como a amamentação, tida como momento sagrado em que a cobra preta também se alimenta do leite materno e fortalece os rebentos Potyguara. Em determinado momento uma mãe amamenta seu bebê em meio a assembleia. Sem que nenhuma pergunta fosse feita, a mesma se pronunciou como "*com vontade de participar, mesmo estando amamentando, pois as duas coisas são importantes* […]" (Interlocutora aleatória).

Figura 67 – Mãe amamentando. Faz depoimento e participa de movimento social, 2018



Fonte: elaborada pela autora.

Freud (1913) fala que o sistema de totemismo (relação do clã com um animal, às vezes uma planta ou força da natureza) estabelece uma relação de proteção contra o incesto, prática banida por muitas culturas. Podemos relacionar também que o argumento do tabu de incesto obriga o indivíduo a casar fora de seu grupo de parentesco imediato, ampliando dessa maneira as relações de família e fortalecendo laços entre grupos.

A figura apresenta-se em momentos considerados de maior fragilidade do indivíduo, trazendo-lhe esperanças de uma reviravolta e retomada das lutas. “*Quando a gente vê uma cobra preta a gente respeita muito e se admira dela porque ela dá força prá gente* […]” (Interlocutor 1).

Além disso, o mito descrito no texto revela variadas situações de movimentos de trocas que podemos relacionar ao escambo que se promovia entre os colonizadores e os nativos.

A questão da relação incestuosa nos remete também ao doloroso e violento processo de colonização, quando a título de domínio das terras, as mulheres e crianças eram violentadas e “novas” gerações miscigenadas passariam a conviver pacificamente e harmoniosamente.

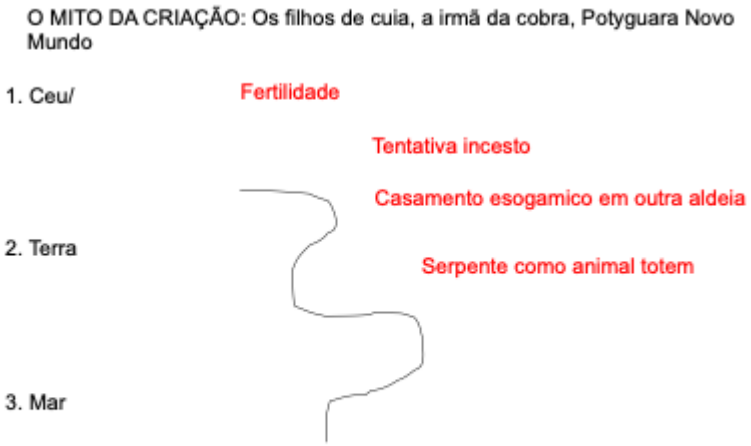
A relação de respeito com a cobra preta é presente na rotina da comunidade. Várias vezes as pesquisadoras nativas encontravam a serpente nas andanças pela aldeia, como registrado na Figura 68. A reação das pessoas era sempre a mesma, de cuidado e respeito, jamais era machucada ou mudo seu caminho, simplesmente era apreciada e admirada.

Figura 68 – A cobra preta, encontrada na estrada, Monsenhor Tabosa



Fonte: acervo Projeto Potyguara, UECE. 2017.

Figura 69 – Esboço interpretativo do cosmo Potyguara



Fonte: Projeto Potyguara. Caprara. A. 2015.

No esboço interpretativo do cosmo Potyguara (Figura 70), proposto por Caprara (2015), demonstra-se que a cobra (vermelha e) preta está em todos os momentos da vida no cotidiano dos Potyguara. O mito de criação se reporta a uma relação incestuosa entre o pai e a filha e a correlação com o processo de colonização que não respeita os costumes, promovendo relações incestuosas. Na história do mito a cobra preta surge como elemento de proteção para a jovem. Por sua vez, o mar está presente como trazendo os colonizadores ou levando os bens para um novo mundo, novos lugares desconhecidos, causando sentimento de insegurança pelos nativos. Essas relações podem ser compreendidas como as interpretações quanto ao processo de intrusão das terras indígenas, o trabalho forçado e a negação de sua cultura, imposta pelo colonizador.

Considerando que os mitos não são histórias inventadas, mas sim um modo de transmissão da história vivida, de perdas e de valores. Assim *Os filhos da Cuiã, a irmã da Cobra* a família dos Paixão fundamenta sua pertença à etnia Potyguara. Dentre outras razões de ser, ele possibilita a afirmação do presente, ou seja, de onde viemos e como chegamos aqui (JONHSON, 1997; ZANONI, 2003; BARROS, 2002; LIMA, 2009).

A harmonia do mundo na perspectiva dos Potyguara

O esforço para a produção de material documental pode ser demonstrado por farta produção de documentos que apontam para os fundamentos da organização social dos Potyguara. A partir do conceito de visão de mundo como uma maneira subjetiva de ver e entender o mundo, especialmente as relações humanas e os papéis dos indivíduos e o seu próprio na sociedade, assim como as respostas a questões filosóficas básicas, como a finalidade da existência humana, a existência de vida após a morte, identificou-se a representação gráfica de uma mandala, esquematizando a visão de mundo dos Potyguara. Muitas sociedades têm na mandala como símbolo de um “Mundo Novo”, o novo mundo que se apresenta como alternativa de resistência aos processos impositivos de negação da pertença, assim como o Jacinto. Eles produziram um mapa esquemático em formato de mandala[32] que demonstra diversos elementos componentes da cultura que convergem para o centro da figura onde são marcados os domínios espirituais pela vida, concentrando e harmonizando os fatores socioeconômicos, num modelo harmônico (Figura 70). Muitas culturas utilizam-na e universalmente significa integração, harmonia, unidade, totalidade humana, demonstrado de modo esquemático e, ao mesmo tempo, pode ser entendida em certas tradições religiosas como um resumo da manifestação espacial do divino, uma “imagem do Mundo”, do círculo da vida.

[32] Em Sânscrito significa "círculo". É uma representação geométrica da dinâmica relação entre o homem e o cosmo. Refere-se a uma figura geométrica em que o círculo está circunscrito em um quadro ou o quadrado em um círculo. Essa figura possui ainda subdivisões, mais ou menos regulares, dividida por quatro ou múltiplos de quatro. Parece irradiada do centro ou se move para dentro dele, dependendo da perspectiva do indivíduo (SAMUELS; SHORTER; PLAUT, 1998).

Figura 70 – Representação gráfica da visão de mundo dos Potyguara do Mundo Novo e Jacinto, 2001



Fonte: Potyguara, Teka (2001).

Os Potyguara da Serra das Matas demonstram figuras e símbolos registrados nos corpos e apresentados em variados rituais quer sejam sagrados ou não. Os símbolos reportam-se à relação com a origem dos Potyguara e sua relação com um animal totêmico, a cobra preta.

Figura 71 – Marca nos corpos de jovens Potyguara em rituais na aldeia. 2018



Fonte: Acervo Projeto Potyguara, UECE. 2018.

Figura 72– Marca nos corpos de jovens Potyguara em rituais na aldeia. 2018



Fonte: Acervo Projeto Potyguara, UECE. 2018.

Figura 73 – Marca nos corpos de jovens Potyguara em rituais na aldeia. 2018



Fonte: Acervo Projeto Potyguara. UECE, 2018.

Figura 74 – A Dança do Caceteiro. Dança dos Tarairiús (Tapuias), de ECKHOUT, Albert , século XVII (ECKHOUT, 2004)



Fonte: ECKHOUT, Albert (2004).

Figura 75 – Apresentação Dança do Maneropau ou Dança dos Caceteiros Potyguara, 2017



Fonte: Acervo Projeto Potyguara. UECE, 2018.

Figura 76 – Dança do Maneropau, na abertura do Encontro para apresentação do Projeto Potyguara, Monsenhor Tabosa, 23/09/2017



Fonte: Acervo Projeto Potyguara. UECE, 2018.

A dança do Meneropau é apresentada por grupo de jovens Potyguara que representam a força da aldeia para o enfrentamento do inimigo. A dança foi imortalizada na figura de Albert Eckhout (2004) (Figura 15) e é executada especialmente na presença de visitantes, com a finalidade de demonstrar a presença ativa dos guerreiros e guerreiras (Figuras 75, 76 e 77).

> Para nós demonstrar nossas tradições é a nossa vida, é nossa saúde (Teka Potyguara).

Figura 77 – Apresentação Dança Meneropau, feminino 2017



Fonte: acervo Projeto Potyguara. UECE.

Por outro lado, as meninas e mocinhas também fazem a dança do Côco, numa alusão aos processos de alimentação tradicional, sob os cuidados femininos nas aldeias (Figuras 78, 79 e 80).

Figura 78 – A dança do Côco



Fonte: acervo Projeto Potyguara. UECE.

Figura 79 – A dança do Côco



Fonte: acervo Projeto Potyguara. UECE.

Figura 80 – Jovens Potyguara em atividades na comunidade



Fonte: acervo Projeto Potyguara. UECE.

As apresentações de rituais e diversos momentos de encontros coletivos na comunidade são marcados pela rica simbologia dos Potyguara. Utilizam-se especialmente das cores preta e vermelha, assim como figuras em formas arredondadas, de modo alusivo à cobra preta. Esse cuidado com essas expressões tem como objetivo demonstrar os valores da cultura.

Figura 81 – Cabacinha Potyguara



Fonte: acervo Projeto Potyguara. UECE.

A Cabacinha é um símbolo fundante do Potyguara, na perspectiva de alunos de Marluce Potyguara, 2016. Simboliza a tradição da extração da cabaça e seu uso como utensílio doméstico desde muito ancestrais. O Museu abriga muitas amostras de esculturas e de cabaças do fruto, como modo de registrar e marcar a memória do uso desses materiais para a confecção dos alimentos e assim, da sobrevida, especialmente em tempos de “sequidão”. A marca da resistência é tão intensa com esse símbolo que muitas vezes é utilizado até mesmo como logomarca, no caso, do Museu localizado na própria aldeia (Figura 82).

Figura 82 – 26ª Assembleia dos Povos Indígenas, Aldeia Cajueiro, Poranga, 2018



Foto: Gizele Porto, 2018.

Figura 83 – 26ª Assembleia dos Povos Indígenas, Aldeia Cajueiro, Poranga, 2018



Foto: Gisele Porto, 2018.

Figura 84 – 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena - Etapa Distrital, 2018



Foto: Franciane Fardin, 2018.

Ritual de benzimento coletivo, abertura da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena - Etapa Distrital (Figura 82).

Ritual de benzimento coletivo para abertura dos trabalhos, em 27 novembro de 2018 (Figura 83).

Ritual Sagrado, o Torem dos Tremembé e o Toré, abertura da 26ª Assembleia dos Povos Indígenas, Aldeia Cajueiro, Poranga, 2022, por Gizele Porto (Figura 84). Segundo Valle (1993) o Torém é um ritual sagrado exclusivo dos Tremembé. É uma dança ritualística que simboliza a maior forma de resistência cultural e que lhes trouxe diferenciação e notoriedade social, sendo uma dança totalmente particular deste povo. Os Potyguara da Serra das Matas juntam-se aos demais povos no Ceará e desenvolvem a Dança do Toré, dança ritualística que caracteriza variados povos do nordeste do Brasil (ISA, 2013).

A reapropriação da língua como elemento de fortalecimento da cultura dos Potyguara

Procuramos estabelecer uma aproximação com a comunidade através do processo de reetnização que os Potyguara vivem, tendo como elos com a educação e a saúde diferenciada e específica, uma vez que através dela os Potyguara procuram restabelecer a língua tupi.

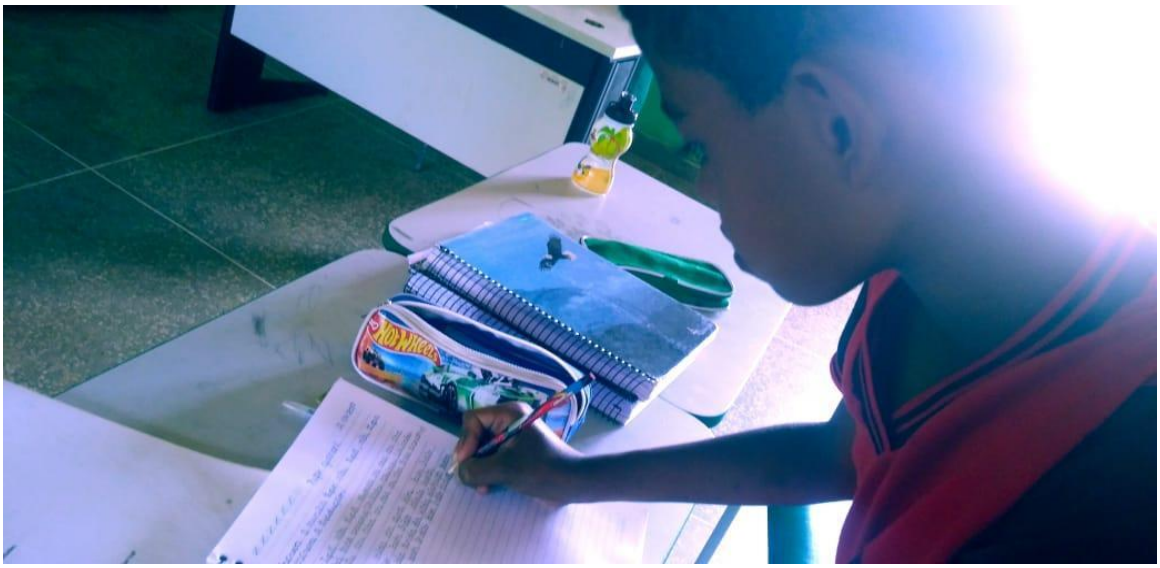
A intensidade e o longo contato com o colonizador ao longo dos séculos provocaram a perda de línguas do Nordeste ao Sul do Brasil (RODRIGUES, 2006). Por outro lado, estudos apontam para a presença da língua em histórias tradicionais, percebida pelos detentores destas tradições, como elementos que materializam a vitalidade da língua nos dias atuais, embora não estabeleça o uso cotidiano da fala (MORAES, 2021).

Embora seja um elemento importante e que atualmente está em franco processo de retomada, não implica necessariamente na perda de sua identidade, pois a língua representa um elemento significativo, é parte da cultura como parte do arranjo de uma teia de significados expressa na interação social, construída por si próprio, no sentido semiótico de cultura (GEERTZ, 2008; OLIVEIRA, 1994, 1998; LANGDON, 2005).

A retomada da língua dos Potyguara da Serra das Maras é evidenciada através da produção de uma Cartilha de Alfabetização bilíngue com palavras em Português e Nheengatu e material didático sobre Língua Portuguesa e Matemática do 1º ao 5º ano em Tupi-Nheengatu. O referido material foi produzido pela Escola do Povo Caceteiro, escola de educação diferenciada, vinculada a Secretaria Estadual de Educação, situada na Aldeia Mundo Novo, Monsenhor Tabosa. A iniciativa foi incentivada pelo Ministério da Educação, a partir de um projeto com a Universidade Federal do Ceará em parceria com o Instituto Federal do Amazonas (BRASIL, 2022). O objetivo do projeto é procurar restabelecer o processo de retomada da língua dos Potyguara da Serra das Matas.

Há evidências de que histórias e rituais utilizam termos “antigos” em Tupi e, com disso, há um movimento associado com variadas etnias locais, o Movimento Potiguatapuia, congregando os Potyguara, os Tabajara e os Tapuia que buscam a alfabetização de jovens, adultos e crianças na língua Tupi, numa iniciativa há mais de 20 anos. Moraes (2021) fala que devido ao processo colonial de glotocídio, extermínio e epistemicídio muitos povos indígenas do Nordeste perderam parcialmente seus saberes linguísticos e não conseguem mais falar seu próprio idioma cotidianamente. No entanto, há um movimento de afirmação da identidade que traz consigo o poder de domínio sobre a língua, levando-se em consideração as próprias percepções nativas sobre o que é a vitalidade da língua (Figura 85).

Figura 85 – Estudante da Escola do Povo Caceteiro, fazendo redação sobre a história do seu povo, 2018

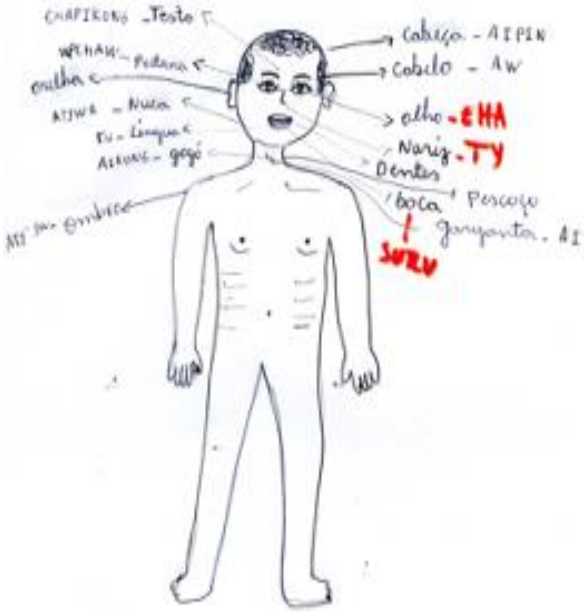


Fonte: elaborada pela autora.

Esse movimento de empoderamento da língua é o eixo central que envolve elementos estruturantes da cultura dos Potyguara, a motriz que envolve todos as atividades nas aldeias, onde as lideranças estimulam a comunidade nesse movimento de retomada, tendo como pilares os seus direitos diferenciados nos campos da educação e da saúde, direitos assegurados pela Constituição de 1988 (BRASIL, 1988). Moraes (2021) destaca que a língua, ainda que não falada, é elemento importante da tradição e, assim, sugere como o estímulo à transmissão da língua de geração em geração contribui para a sua manutenção e descontinuidade do processo degradação da língua (MORAES, 2021).

Através do Projeto Potyguara foi iniciada a produção de um Atlas do Corpo Humano, em Tupi, também através da Escola do Povo Caceteiro do Mundo Novo (Figura 86) (APÊNDICE L).

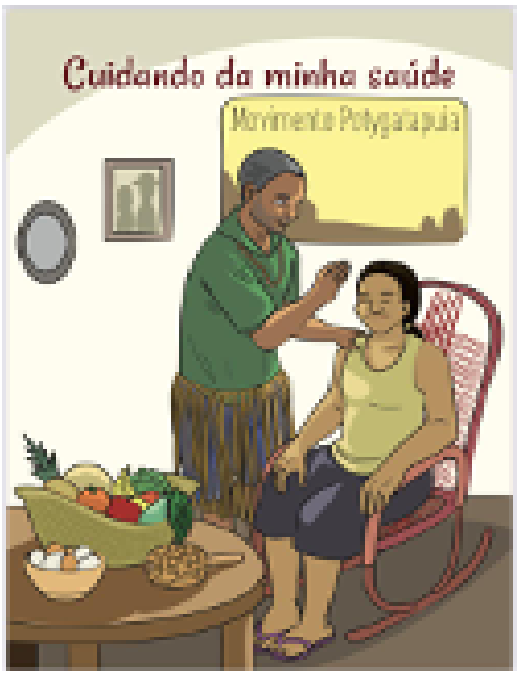
Figura 86 – Atlas do corpo humano, em Tupi



Fonte: Projeto Potyguara, UECE. 2015.

Outra iniciativa junto ao Projeto Potyguara ocorreu com a produção de uma Caderneta de autocuidado, com a inserção de termos populares tradicionais da aldeia, detalhado no Artigo 4 desta tese (Figura 87).

Figura 87 – Capa da caderneta “Cuidando a Minha Saúde”



Fonte: elaborada pela autora.

Presenciamos e descrevemos variados movimentos de demonstração, como danças, orações, cantos, pinturas corporais, desenhos ilustrativos, inclusive com a publicação de livros, de modo a procurar demonstrar para a sociedade envolvente sua identidade, utilizando-se de registros, numa estratégia de ruptura com o pensamento coletivo comum de que os nativos não têm bases documentais, por exemplo (MALINOVSKI, 2018).

O ciclo econômico dos Potyguara

Transitando entre tempo e história, Ricoeur (1983, p. 192) diz que "*o tempo torna-se tempo humano na medida em que ele é articulado na forma narrativa; em contrapartida, a narrativa é significativa na medida em que delineia os traços da experiência temporal*". O calendário econômico-cultural dos Potyguara pode estar representando a relação com esse tempo. Representado no poder do cocar, faz referência ao poder que a economia tem sobre a comunidade (Figura 88.

Figura 88 – Calendário cultural e econômico dos Potyguara



Fonte: acervo Projeto Potyguara. UECE.

A agropecuária é a atividade produtiva de maior expressividade, servindo de base para organização do cotidiano nas aldeias. Organizada de forma cíclica, a agricultura divide-se em três etapas, dependendo da chegada da temporalidade das chuvas (Figuras 89 a 92):

Agricultura entre os Potiguara da Serra das Matas se dá em 3 etapas, conforme demonstrado por Lima (2007):

a) Preparação do roçado. Atividades desenvolvidas: Brocam o roçado, ciscam os aceiros, encoivaram, tocam fogo, aradam a terra, constroem e mantêm cercas. Plantam as sementes, realizam a primeira limpa e a segunda limpa.
b) 2 - Plantação. Atividades desenvolvidas: Brocam o roçado, ciscam os aceiros, encoivaram, tocam fogo, aradam a terra, constroem ou mantêm das cercas. Plantam as sementes, realizam a primeira limpa e a segunda limpa.
c) 3 - Colheita. Atividades desenvolvidas: Realizam a primeira colheita (melancia, milho, feijão verde e jerimum) e depois, a segunda (milho e feijão maduro).

Figura 89 – Plantação em Monsenhor Tabosa, 2019



Fonte: acervo Projeto Potyguara. UECE.

Figura 90 – Plantação em Monsenhor Tabosa, 2019



Fonte: acervo Projeto Potyguara. UECE.

Figura 91 – Jerimum (abóbora), em Monsenhor Tabosa



Fonte: acervo Projeto Potyguara. UECE.

Figura 92 – Feijão, em Monsenhor Tabosa



Fonte: acervo Projeto Potyguara. UECE.

Figura 93– Alimentação na escola, Mundo Novo, Monsenhor Tabosa



Fonte: acervo Projeto Potyguara. UECE.

Lugares Sagrados dos Potyguara

Figura 94 – As Lajes



Fonte: acervo Projeto Potyguara. UECE.

Segundo Prigogine (2002), os lugares sagrados representam a conexão com o bem-viver dos Potyguara. Atribuem a esses lugares as conexões com o sagrado que trazem a saúde da mente e do corpo. Muitas atividades são realizadas nesses locais como retiros e encontros com essa finalidade, como as Lajes, onde há registros históricos de figuras rupestres e todo um ambiente de vigília e serenidade (Figura 94). Os Potyguara demonstram suas relações sociais e de vida numa concepção que transcende a ausência de doença e relaciona a saúde aos processos do bem viver, como tem sido desenvolvido pela epidemiologia do curso da vida, como uma série de experiências que contribuem ou prejudicam a saúde a curto e longo prazo. As interconexões para o envelhecimento dependem das trajetórias de vida e do estado de saúde das pessoas influenciadas pela “seta do tempo” durante o percurso da vida.

O bem viver estaria relacionado às questões da cosmologia, onde variadas culturas atribuem determinado valor ao modo de vida e sua relação com a natureza e a sociedade, num pensamento socialista/estatista contra o colonialismo e ao neoliberalismo. Já a vertente ecologista/pós-desenvolvimentista associa o conceito à Mãe Terra, como alternativa ao modelo de desenvolvimento extrativista e capitalista. Souza *et al.* (2021) relativizam as propostas dos conceitos de Mamani (2010), Acosta, (2016) e De La Cuadra (2015) e apontam que:

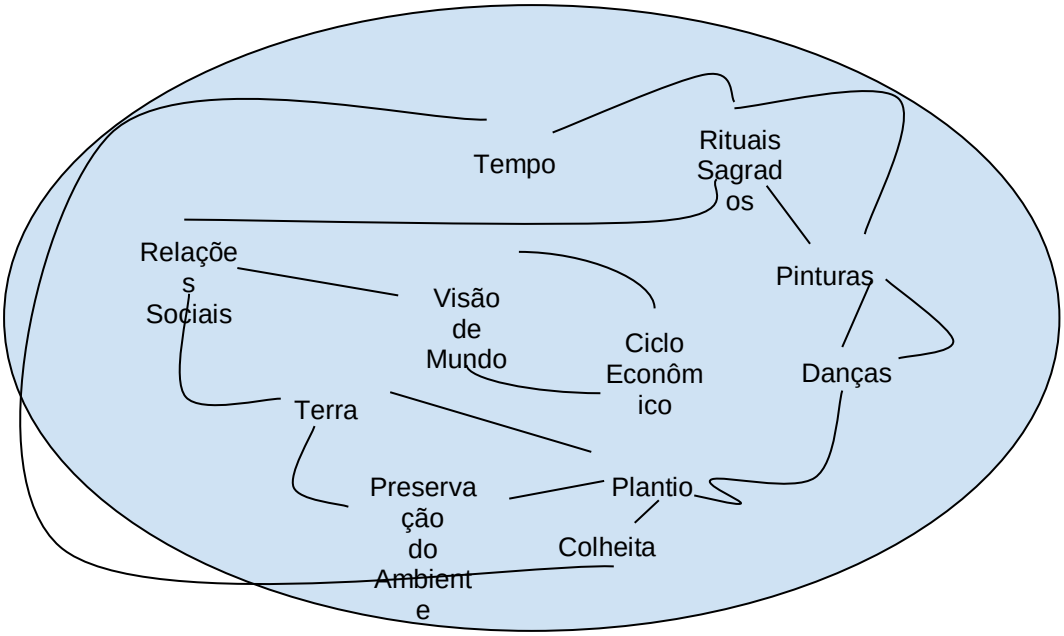
> [...] no bem viver há uma identidade cultural que surge de um processo de relação profunda com o lugar onde se vive, no qual emergem modos de vida e expressão, viver o momento presente a partir de uma memória, de uma ancestralidade, numa perspectiva de futuro que, além de ser vivida, pode ser possível em comunidade e com a natureza harmonia com a natureza, reciprocidade, relacionalidade, complementaridade e solidariedade entre os indivíduos e comunidades, posiciona-se exatamente contrária ao conceito de acumulação perpétua e, assim, se contrapõe que esses modos de vidas não estejam vinculados ao processo de modernidade, distinguindo desenvolvimento de progresso (SOUZA *et al*., 2021, p.).

Kuh *et al*. (2014) consideraram a necessidade de estudos mais aprimorados na análise longitudinal no que tange ao atraso dos efeitos do envelhecimento nas pessoas, levando-se em conta, por exemplo, os determinantes do bem-estar nas pessoas idosas, tais como a realização pessoal, as emoções positivas e seus relacionamentos sociais.

Considerações finais

A visão de mundo aqui apresentada do Povo Potyguara mostra em sua cosmologia a importância dos rituais sagrados, com suas danças e pinturas. Além disso, as representações simbólicas ancoram elementos históricos do processo de colonização e de resistência, ao continuarem existindo e não sendo mais extintos. Destacamos, portanto, a necessidade de seus valores culturais que precisam ser preservados, atrelados ao ciclo econômico que perpassa toda sua vivência em comunidade, em comunhão com a terra, com o meio ambiente, como em esboçado no mapa mental que desenvolvemos, constante na Figura 95.

Figura 95 – Cosmologia dos Potyguara em mapa mental



Fonte: Desenvolvido pela autora, apoio Eliane Henriques.

5.3 Resultado Artigo 3 – O sistema tradicional de saúde indígena Potyguara: perspectivas, práticas e relações[33]

Resumo

Estudo etnográfico, de abordagem qualitativa, que procura identificar e compreender os praticantes e as práticas da medicina tradicional indígena, na perspectiva de interpretação das culturas, em seus diversos saberes e mapear suas especialidades, entre os anos de 2008 a 2022, nas aldeias Mundo Novo e Jacinto, em Monsenhor Tabosa, Ceará. Relacionamos que as práticas de cura tradicionais passam por processos de mudanças ao longo do tempo, especificamente nos índios do nordeste, mas que como parte da cultura, a tradição vai se modificando sem no entanto, perder sua essência, a parte significativa que se revitaliza e se reflete como resultado de diversas relações, quer seja com a sociedade, com a natureza, com o cosmos e o próprio exercício do poder. A identificação dos cuidadores praticantes da medicina tradicional indígena na contemporaneidade apresenta-se como um

[33] Artigo submetido à revista Saúde e Sociedade. Autores: DANTAS, M.S.L.R.; HENRIQUES, E.M.V.; FONTES, M.S.S.; ALEXANDRINO, F.J.R.; PITOMBEIRA, MG.V.; CAPRARA, A.

caminho para viabilizar a compreensão das práticas de saúde e do processo de adoecimento da comunidade indígena.

Palavras-chave: Saúde Indígena, Medicina Tradicional, Medicina Indígena.

Abstract

Ethnographic study, with a qualitative approach, which seeks to identify and understand the practitioners and practices of traditional indigenous medicine, in the perspective of interpretation of cultures, in their different knowledges and to map their specialties, in Mundo Novo and Jacinto villages in Monsenhor Tabosa, Ceará. We relate that traditional healing practices undergo changes throughout time, specifically in the northeastern Indians, but as part of the culture, tradition is changing without losing its essence, the significant part that is revitalized and is reflected as the result of various relations, whether with society, with nature, with the cosmos and with the exercise of power itself. The identification of caregivers practicing indigenous traditional medicine in the contemporary world presents itself as a way to make possible the understanding of health practices and the process of disease of the indigenous community.

Keywords: Health of indigenous peoples. Traditional medicine. Indigenous medicine.

Introdução

A partir da convergência de anseios da comunidade[34], os profissionais e o serviço de saúde indígena com o intuito de encontrar essencialidade do fortalecimento das práticas das medicinas tradicionais no Ceará desenvolveu-se o *Projeto Árvore da Vida*[35]. O referido projeto foi pensado e elaborado pelo Distrito

[34] Utilizaremos os termos aldeia e comunidades de modo associado ou similar, haja vista os termos serem utilizados nas áreas indígenas cearenses de modo indissociado.

[35] Projeto do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Ceará que visa a promoção da Medicina Tradicional Indígena do Ceará, intitulado por seu proponente, Dourado Tapeba, elaborado e executado pelos Conselheiros Distritais e Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, sob apoio institucional da Universidade Estadual do Ceará através do Prof. Andrea Caprara e a Profa. Vera Dantas e pela Universidade Federal do Ceará, com a Prof[a]. Isabelle Braz, coordenado por Socorro Litaiff Dantas, Eliane Henriques e Meire Fontes, do DSEI-CE/SESAI/MS. 2015.

Sanitário Especial Indígena do Ceará (DSEI-CE) e teve como objetivo o fortalecimento do uso das plantas medicinais, além da produção e uso de alimentos nativos nas aldeias indígenas (BRASIL, 2016). Apresentamos neste artigo interpretações obtidas mediante a junção de informações coletadas pelo DSEI, eplo acervo do Projeto Potyguara e pelos registros de campo da autora, acerca da rede de cuidadores tradicionais indígenas no Ceará, numa perspectiva de visualização da rede de cuidadores tradicionais indígenas que se apresenta invisibilizada pela hegemonia biomédica.

A abordagem das práticas médicas tradicionais dos povos indígenas do Nordeste, especificamente no Ceará, procura valorizar as práticas médicas indígenas no intuito de compreender sua lógica de adoecimento e cura, na perspectiva de um trabalho associado à medicina convencional (LANGDON; GARNELO, 2004). Segundo Lima (2016) é necessário identificar o conceito de saúde nesse grupo, como se identificam as práticas tradicionais e como são (e se são) transmitidas e como é seu diálogo com as práticas ocidentais. Destaca-se que é importante o entendimento dessas questões, para compreender os processos que envolvem a transmissão dos conhecimentos sobre as práticas médicas, pois há uma fragilidade nos preceitos da medicina tradicional indígena. Com isso, é necessário apontar caminhos para a continuidade das práticas e praticantes dessa medicina tradicional, bem como, a sustentabilidade de suas plantas nativas, da preservação de seus costumes e de suas práticas de cura, para o fortalecimento das práticas e saberes tradicionais. A noção de medicina tradicional indígena é diversa e constantemente revisada e/ou criada em situações dialógicas concretas, o que lhes confere caráter emergente (FERREIRA, 2013).

Se os discursos oficiais usam o poder de nomear para conceituar as medicinas tradicionais, as falas indígenas remetem a saberes e a práticas de auto atenção inscritos em contextos locais particulares. As práticas de cura tradicionais passam por processos de mudanças ao longo do tempo, e no caso dos índios do nordeste, como parte da cultura, a tradição vai se modificando sem perder sua essência, a parte significativa que se revitaliza e se reflete como resultado de diversas relações, quer seja com a sociedade, com a natureza, com o cosmos.

Embora a etnologia, as antigas tradições e cultura dos povos indígenas no nordeste do Brasil seja por muitos consideradas “aculturada” ou “mestiça” ou até mesmo perdidas, há um consenso entre os pesquisadores, historiadores e

antropólogos que a tradição como um dos elementos da cultura e que as antigas tradições são “reelaboradas” e revitalizadas, num processo onde os sujeitos coletivos transformam sua realidade de modo ativamente participativo, inaugurando um processo chamado de reemergência, revitalização, visibilidade, etnogênese (VALLE, 1993; OLIVEIRA, 2004; SILVA, 2005).

O estado de saúde se reflete como resultado de diversas relações, quer seja com a sociedade, com a natureza, com o cosmos e o próprio exercício do poder. A abordagem das práticas médicas tradicionais dos povos indígenas do Nordeste, procura valorizar as práticas médicas indígenas no sentido de compreender sua lógica de adoecimento e cura, na perspectiva de um trabalho associado à medicina convencional, considerando-se a singularidade do sofrimento (RICOEUR, 1988). Segundo Luciano (2006), o estado de saúde se reflete como resultado de diversas relações, quer seja com a sociedade, com a natureza, com o cosmos e o próprio exercício do poder, o que fortalece o movimento de revitalização e retomada dos processos de conhecimentos tradicionais (LUCIANO, 2006).

Segundo o Projeto “*Árvore da Vida*”, há uma fragilidade nos preceitos da medicina tradicional indígena e por isso se propõe a necessidade de apontar caminhos para a continuidade das práticas e praticantes dessa medicina tradicional, bem como, para a sustentabilidade de suas plantas nativas, da preservação de seus costumes e de suas práticas de cura, para o fortalecimento das práticas e saberes tradicionais (BRASIL, 2016; OLIVEIRA, 1998).

Há diversas características e ditas classificações quanto aos cuidadores tradicionais, detentores de saberes ou, ainda, praticantes tradicionais indígenas, tais como pajé, rezadeiras, parteiras, benzedeiras, com características específicas, onde cada um apresenta e cuida de saberes diferentes entre si (WAKANÃ; GIL, 2007) mas que se complementam, onde a espiritualidade é o seu principal pilar, como destacado por Lagrou (2007) no qual cita que determinada doença pode ser causada pela vingança de um espírito. Por outro lado, Botelho (2006) refere que cuidadores tradicionais são especialistas que trabalham com relações médico-míticas, podendo ou não ser adicionados itens do conhecimento historicamente acumulado, notadamente, os recursos da natureza circundante de origem animal, vegetal e mineral. Faz diferença que os pajés representam uma parcela dessas pessoas. Contudo, eles se destacam ainda mais por duas razões: o exercício de funções que excedem o sagrado, capazes de gerar interferência política nos

respectivos grupos sociais, e a extraordinária capacidade de reconstruir os próprios saberes, como uma história de longa duração, ao longo de quatro séculos (BOTELHO, 2006)[36]. Aos curandeiros tradicionais são investidos um poder, muitas vezes, exorbitantemente superior ao creditado ao médico diplomado. Esse poder estaria relacionado a capacidade de cura pelo quadro familiar (“tocando” em você) e do caráter abrangente da percepção da doença e da terapia (a totalização do homem, da natureza e da cultura, cujo corolário é a hiper-especialização) (LAPLANTINE, 2010).

Os tratamentos referem-se a uma semiologia distinta da ocidental, entre as quais se identificam diversos sinais e sintomas que são tratados de acordo com sua causa, como o *quebranto, o vento-caído, o mau-olhado* (WAKANÃ, GIL, 2007), podendo ser atribuídas causas, a depender do modelo etiológico.

Ainda assim, dentre as práticas e os praticantes tradicionais, pouco temos extraído quanto ao seu papel e suas atividades e especialmente sua determinação num sistema ou numa rede de atenção em saúde “*invisível*”, mas que tem grande credibilidade no meio da comunidade, mas não é valorizada e nem inserida ou articulada com a atenção em saúde convencional. Neste sentido, a identificação desses cuidadores tradicionais indígenas no Ceará além de caracterizar essas práticas e seu sistema na adversidade da contemporaneidade, poderia materializar meios e mecanismos para um trabalho colaborativo entre as duas medicinas, de modo a potencializar saberes e melhorar a qualidade de vida da comunidade (DIEHL; LANGDON, 2015), valorizando-os como meios de aproximação (CAPRARA, 2009) e promover a convivência entre populações de origens culturais e étnicas diferentes (NEVES, 2021), considerando-se que não existe antropologia médica sem comparações, ou seja, sem o estudo das relações recíprocas entre os modelos etiológicos e terapêuticos que devem ser analisados em suas variabilidade (LAPLANTINE, 2010). A existência obstinada de curandeiros em pleno coração da modernidade, incita-nos a não mais ignorarmos, mas de esclarecermos os modos de representação e significação da doença e da cura, segundo Laplantine (2010).

No sentido de dar mais importância a uma análise aprofundada de fenômenos particulares em vez de se tentar identificar generalidades almejamos fundamentação na observação cuidadosa das práticas realizadas, em uma contínua

[36] Utilizaremos os termos pajé e rezador como sinônimos nesta leitura.

tensão entre análise científica e experiência da vida quotidiana (GEERTZ, 2008), procuramos identificar e compreender os praticantes e as práticas da medicina tradicional indígena, em seus diversos saberes e mapear suas especialidades, nas aldeias Mundo Novo e Jacinto, em Monsenhor Tabosa, Ceará.

Metodologia

Estudo qualitativo, de abordagem etnográfica procura compreender as práticas da medicina tradicional indígena de adoecimento e cura e sua articulação com o sistema de saúde biomédico dos índios Potyguara das aldeias Mundo Novo e Jacinto, de Monsenhor Tabosa, Ceará a partir da abordagem de interpretação das culturas de Geertz (2008).

Previamente, através do Projeto "*Árvore da Vida*" (HENRIQUES, 2016), procuramos identificar os cuidadores tradicionais, com a utilização a técnica de amostragem linear "Bola de Neve" (*Snowball Sampling*) (PENROD *et al.,* 2003), por se apresentar apropriada para a situação, uma vez que a técnica qualitativa, voltada para a identificação de grupos específicos, temas específicos com questões polêmicas e de difícil acesso que não se pode quantificar, tendo-se em mente uma quantidade limitada àquela população, de modo a alcançar todas as pessoas com aquele perfil, com o cuidado de verificar se as pessoas apontadas atendiam ao perfil inicial desejado. A técnica consiste em, a partir do reconhecimento de informantes especialistas, localizar os demais informantes-alvos da pesquisa (outros especialistas), que são aquelas pessoas reconhecidas na comunidade por possuir maior experiência ou deter maior conhecimento sobre determinado assunto de interesse da pesquisa. Definimos essas pessoas como as lideranças locais mais idosas que residiam maior tempo nesse local. A partir da indicação dos primeiros são apontados os subsequentes e assim sucessivamente, envolvendo todos os especialistas da comunidade, até que o ciclo se feche e novos especialistas não sejam mais apontados, saturando-se a amostra, no caso, saturando-se as aldeias selecionadas (GOODMAN, 1961; VINUTO, 2014; CAJAIBA; SILVA; PIOVESAN, 2015).

Mediante a seleção dos cuidadores tradicionais identificados nas aldeias por essa abordagem, foram selecionados 10 cuidadores tradicionais indígenas das etnias Potyguara, Tabajara, Tapuia-Kariri e Gavião. Após essa identificação inicial,

passamos a entrevistar esses cuidadores tradicionais, em sequência aleatória, de forma aberta, mediante temário específico, sendo mapeados de acordo com suas especialidades, sendo cinco rezadeiras, três pajés e duas mezinheiras, onde uma delas também é parteira, das aldeias Mundo Novo e Jacinto, Monsenhor Tabosa-Ceará. As informações coletadas do Projeto Potyguara foram do período de 2016 a 2017, acrescidas das anotações de campo da autora, coletadas em 2022. O tratamento dos dados quantitativos extraídos da amostra inicial utilizou uma tabela em Excel® com a inserção das variáveis: aldeia, codinome, idade de todos os cuidadores tradicionais identificados no Ceará e o tipo de tratamento prestado e aldeia (s) de abrangência, no Polo Base de Monsenhor Tabosa, municípios de Monsenhor Tabosa, Tamboril e Boa Viagem, Ceará. Aplicou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C). As entrevistas foram realizadas utilizando um temário específico contendo questões norteadoras (APÊNDICE B) tendo sido gravadas e fotografadas. Utilizamos o programa Word® para a transcrição das entrevistas e procedemos a análise dos conteúdos das entrevistas.

Nesse levantamento amostral há de se destacar que, de início, não se conseguiu identificar essas pessoas que cuidam de seus parentes por esse processo tradicional, quer seja porque estes não se declararam, quer seja pela técnica que solicitava às equipes de saúde indígena a informação de quantos cuidadores tradicionais existiam em sua área de abrangência. Nesta fase, os profissionais de saúde indígena nos apontaram algumas pessoas que de fato, como verificado a posteriori, são cuidadores de destaque que já tinham algum vínculo com a equipe. Ainda assim, a partir desse levantamento inicial partimos para uma aproximação maior nas aldeias, utilizando a técnica de amostragem não probabilística “Bola de Neve” (*snowball sampling*) (VINUTO, 2014), utilizada para populações invisibilizadas socialmente (BOCKORNI; GOMES, 2021), onde cada pessoa identificada como sujeito-chave (cuidadores mais conhecidos) indicava ou informava outras pessoas que conheciam que também prestavam cuidados tradicionais em saúde, de modo exponencial. Esse termo é uma analogia a uma bola de neve que desce uma ladeira, pois à medida que desce, aumenta seu tamanho. Fundamenta-se na utilização da rede social de pessoas de coletivos de baixa incidência e de difícil acesso.

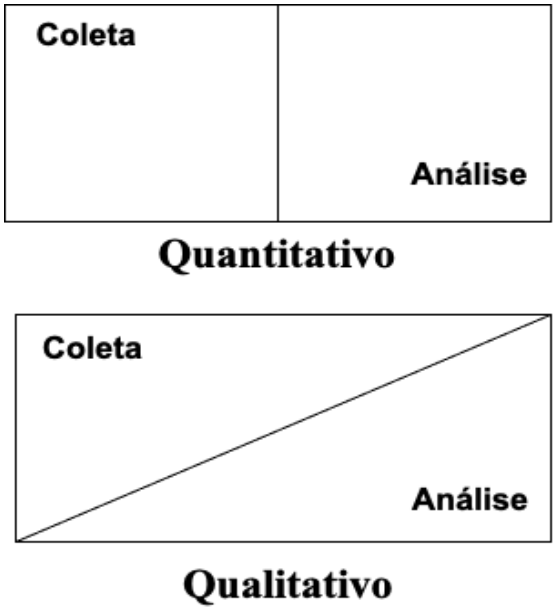
Além dos profissionais das equipes, oportunizamos a inclusão de pesquisadoras da própria pertença para reforçar e aumentar a identificação aos primeiros ou mais conhecidos cuidadores tradicionais. Essa estratégia além de facilitar o acesso com menor custo e incentivar a formação dessas pesquisadoras nativas indígenas, assegurou um elo entre o entrevistado e o entrevistador e maior confiabilidade nos dados obtidos e representatividade qualitativa e quantitativa. Assim, à medida que uma pessoa convidava a outra e essa a mais outras, a amostra de cuidadores tradicionais foi crescendo. Quanto a representatividade a técnica alcançou a plenitude dos cuidadores tradicionais residentes nas aldeias no período, sendo incluídos 100% dos referidos pelos sujeitos-chave iniciais. Ao todo, o projeto Árvore da Vida do DSEI-CE alcançou o total de 234 pessoas. No território do Polo Base de Monsenhor Tabosa, foram identificadas o total de 49 pessoas, segundo os informantes consultados. Destes, entrevistamos 10 pessoas. O controle dos vieses desta técnica quanto a constituição da amostra foi pelo tempo de coleta que foi limitado a 4 meses, com a inclusão daqueles que além de serem indicados por seus pares também, se identificavam como tal, mediante o esclarecimento dos objetivos da pesquisa. Quanto aos “vieses da comunidade”, o chamamento de pessoas dentro do próprio grupo foi controlado pelas delimitações dos territórios das aldeias|comunidades. De acordo com Viveiros de Castro (2002), a limitação do território, por outro lado, constituiu-se no mapeamento e espacialização dos sistemas tradicionais de saúde dentro e entre as aldeias e regiões do território, segundo as categorias que os próprios indígenas denominavam, as categorias nativas.

Da análise do contexto das coletas de dados discorremos algumas características implícitas no processo de aproximação com a população-alvo, os cuidadores tradicionais, e a temática dos saberes tradicionais indígenas. À princípio, como dito, naquele primeiro momento, antes de estabelecermos a técnica da bola de neve, observamos que as pessoas de certa forma mostravam algum temor para se apresentar como pessoas que também cuidavam da saúde, ainda que em tempos de visualização massificada pelas mídias sociais, conforme destacam Bockorni e Gomes (2021). Eles afirmam que esse fator pode ser devido a diversos fatores que ocultam esses conhecimentos que vão desde o temor de serem tratados como charlatões até mesmo às necessidades de resiliência com a finalidade de se manter encoberto os saberes e elementos de cura, por merecimento (ou não) ou

abnegação. Cunha (2018) acrescenta que essa “*força*” (espiritual) lhes é atribuída de modo mágico ou religioso. Por outro lado, a resistência ora imposta às lideranças indígenas para uma “*retomada*” de suas tradições e reaparecimento oportuno, reverberada pelos pesquisadores de campo que são lideranças-nata da comunidade, propiciaram o papel desvelamento da identificação desses atores conhecedores da cultura e praticantes dos conhecimentos tradicionais indígenas cearenses (OLIVEIRA, 2004).

Partimos, então, para as entrevistas abertas dos interlocutores indicados, pouco a pouco, visitadas de modo aleatório, alcançando 10 pessoas, limitados pelo prazo de coleta de dados. O temário utilizado não sugeriu categorias ou os tipos de cuidadores tradicionais, não sugere nenhuma denominação, mas sim, deixava que o entrevistado apresentasse, segundo um temário, com questões como o “Quadro etno-nosológico formas de interpretação das doenças (Quebranto, Espremedeira, Vento caído e outras doenças tradicionais); as práticas médicas indígenas (ex. Pajé curando quebranto; relativo a qual ou quais os cuidados que ele prestava na comunidade); e concepções do corpo que implicam na relação do indivíduo com o grupo (APÊNDICE B) (HELMAN, 1994). Além disso, procuramos esclarecer, ou como ele era conhecido ou como preferia ser chamado pelos nativos ou como ele próprio se denominava. O processo de análise iniciou-se mesmo na própria coleta, como é característico da pesquisa qualitativa, seguindo Pope e Mays (2009), proposto na Figura 96.

Figura 96 – Natureza da pesquisa e o processo de análise

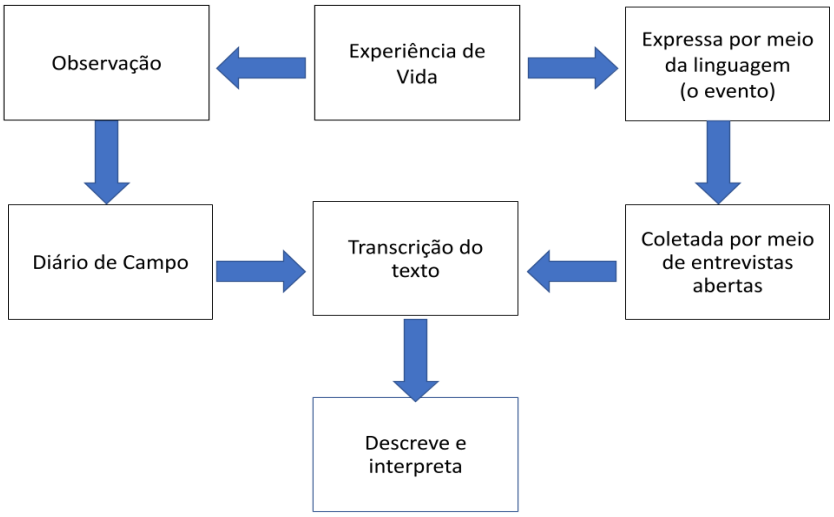


Fonte: Pope; Mays (2009)

Eles propõem que na maioria das pesquisas qualitativas, o processo analítico começa durante a fase da coleta de dados, pois os dados já coletados são analisados e inseridos ou formatam a coleta de dados em andamento. Nessa proposta de análise sequencial ou intercalada (Figura 1) o pesquisador confere e interpreta os dados que está continuamente coletando e já desenvolve hipóteses para investigações subsequentes em coletas adicionais de dados. Comparando com métodos quantitativos, seguem os autores, isso possui a vantagem de permitir ao pesquisador voltar e refinar questões e buscar vias emergentes de indagação em maior profundidade. Também permite procurar por casos desviantes ou negativos. Esse tipo de análise é quase inevitável na pesquisa qualitativa; já que o pesquisador está "no campo" coletando os dados, é impossível não começar a pensar sobre o que está sendo ouvido e visto, concluem (POPE; MAYS, 2009).

A sistematização e interpretação dos textos dados tomaram como base a proposta de Geanellos (2000), a partir da interpretação hermenêutica de Paul Ricoeur (1988), enquanto método, que se utilizou, ainda de *insights* da filosofia hermenêutica no entendimento de Gadamer (1996), segundo interpretação de Caprara (2004), adaptado pela autora (Figura 97). O caminho do círculo interpretativo aqui foi associado a interpretação hermenêutica simbólica, a partir de Geertz (2008).

Figura 97 – Representação gráfica das etapas de análise pela hermenêutica



Fonte: CAPRARA (2004), adaptado pela autora.

Questões éticas

De acordo com o protocolo exigido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, o projeto inicial "*Saúde Indígena e Multimorbidade: o Processo de Empoderamento dos Potyguara de Monsenhor Tabosa"* foi submetido via Plataforma Brasil, sob CAAE 06957919.4.0000.5534 sendo aprovado e encaminhado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP de acordo com as Diretrizes e Normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos e área de Povos Indígenas (Resolução 466/2012) (BRASIL, 2012). Foi aprovado pelo CONEP sob o Parecer No 5.407.446, sob emenda (1ª), com a adequação do projeto inicial mediante os objetivos desta tese.

Resultados

Do cruzamento dos dados coletados por este projeto e dados secundários do DSEI-CE, do Projeto Árvore da Vida (HENRIQUES, 2017), temos o território dos Potyguara, Tabajara, Gavião e Tubiba-Tapuia, definido pelo Movimento Potiguatapuia.

Identificados e mapeados os cuidadores tradicionais, por especialidade, formam uma rede informal de cuidados, reconhecida e identificada pela comunidade, segundo as categorias nativas por tipo de cuidador, segundo sua especialidade e por tipo

de cura, segundo o problema (VIVEIROS DE CASTRO, 2002). Destes, dez cuidadores tradicionais foram entrevistados e residem nas aldeias de Mundo Novo e Jacinto.

Diversos são os cuidados em saúde em aldeia|comunidade prestados por pessoas da própria aldeias|comunidade, conhecidas como rezadores, rezadeiras e benzedeiras, que cuidam da saúde com rezas, benzimentos e utilizam de meios físicos e espirituais para as curas, caracterizando, assim, os sistemas tradicionais de saúde e não recebem qualquer tipo de pagamento por seus serviços, assim como encontrado em outros estudos (SANTANA, 2020). São pessoas já conhecidas de longa data e confiança da comunidade, podendo ser aquelas do próprio domicílio ou aquelas da própria aldeia|comunidade ou de aldeias|comunidades vizinhas, caracterizando uma rede de cuidados para além ou apesar da rede oficial de saúde. Há uma diversidade na denominação desses cuidadores, que embora pareça sinonímia, são bem distintas com características específicas, caracterizadas tanto pelas pessoas que são cuidadas quanto por seus pares, categorizados pelos próprios nativos (VIVEIROS DE CASTRO, 2002).

Um ponto forte apresentado por todos os cuidadores tradicionais é que estes não oferecem seus serviços, como no mercado capitalista, tampouco recebem qualquer paga pelo governo, assim como referenciado por Ferreira (2013) que entre pajés Katukina, no Alto Juruá (AM) há um sistema de dádiva que envolve o processo de dar-receber-retribuir. E, citando Mauss (1950), embora haja certo descontentamento acerca do valor do trabalho, uma vez que os agentes de saúde são remunerados e isso gera poder econômico na aldeia. Por outro lado, o sentimento e o dom de servir está cravado já desde o processo formativo do cuidador tradicional, por força a ele atribuída como dom, como refere o Rezador 1:

> [...] a minha mãe foi curandeira, mas não aprendi dela, servia muito dela rezar no povo, cura o povo, mas nunca curei, ai um dia, foi que eu tive um sonho, uma voz me perguntando de que é que eu vivia, aí eu falei, do trabalho né? Aí me falou se o trabalho que eu fazia, se eu nunca tinha ajudado a ninguém, se nu servia ninguém. Bom, o que eu faço... eu contei a história, era a foice, o machado que eu trabalhava, aí falou nas palavras de Deus, aí eu disse SIM, nunca fiz não, ai se era bom eu fazer, ai eu fiquei na minha mente, acordei e fiquei naquela mente o que que eu ia fazer, para servir as pessoas, algumas coisa, aí acontece que eu me botei, arrumei uma reza e botando em cima das pessoas para vê se... para ir testando. Comecei a curar as crianças, das crianças o mau olhado né? Deu certo (Rezador 1).

No caso dos Potyguara de Mundo Novo e Jacinto, há uma organização no sentido de gravidade e complexidade dos casos. Nos depoimentos coletados todos

os cuidadores tradicionais se reportavam de modo singular aos demais cuidadores tradicionais, limitando seu papel mediante sua avaliação de cada situação e, inclusive, indicando outros terapeutas especialistas nas mais determinadas situações, tais como casos de "*mau-olhado"* , "vento-caído" ou de "*quebranto*" que são frequentes em crianças, considerados problemas corriqueiros que podem ser tratados pelas rezadeiras ou pelos rezadores, cujos tratamentos exigem conhecimentos de relativo ao domínio. No entanto, nos casos de "*espinhela caída*" ou de "*entrosado"* ou de "*quinzema*" só poderiam ser tratados por outro curador identificado como Pajé que tem mais "*força*" para cuidar daqueles casos. Neste sentido, dependendo do caso, ou a pessoa é cuidada por este ou, ainda, em não conseguindo êxito ou em se avaliando que o caso não poderia ser por ele tratado, encaminha então para o serviço de saúde do sistema oficial. Demonstramos na Figura 1 o significado e a complexidade do cuidado.

Quanto à complexidade, as doenças tratadas nas aldeias são aquelas causadas independente do contato com os não indígenas. As doenças mais conhecidas e tratadas pelos cuidadores tradicionais são por tipo de problema apresentado, e assim organizamos segundo as categorias nativas[37] (BOURDIEU, 2001): *vento-caído, mau-olhado, derreía* (diarréia), *vermelha* (erisipela) e *quebranto*. As doenças que são tratadas nas aldeias são aquelas causadas independente do contato com os não-indígenas (não usam o termo branco devido a intensa miscigenação ocorrida na região nordeste). Além disso, dependendo da complexidade dos casos são categorizados de acordo com o uso de materiais que se utilizam para os tratamentos, tais como aqueles de origem natural, da mata, extraídos de hortos medicinais nos quintais das próprias residências, quando se trata de casos "mais simples" (Figura 98).

No caso de tratamentos mais complexos, os elementos precisam ser retirados da natureza, sob rezas e cantos, quando já se inicia o tratamento. Os preparos são especialmente produzidos pelo próprio rezador-benzedor-curador. Os tratamentos incluem orientações de alimentação e de regras a serem seguidas durante determinado tempo. Os horários dos tratamentos e das rezas devem ser

[37] O termo "categoria nativa" aqui empregado diz respeito à diferenciação proposta por Pierre Bourdieu entre categoria nativa e categoria analítica, sendo a primeira vinculada ao senso comum, ao conhecimento prático que é construído pelos membros de uma sociedade de forma espontânea, e a segunda vinculada ao conhecimento científico, elaborado a partir do trabalho reflexivo, sistemático e submetido às regras da vigilância epistemológica (BOURDIEU, 2001).

rigorosamente seguidos, sendo as curas e rezas do bendito realizadas no início da manhã ou ao final da tarde. Ao meio-dia não se reza para o bem e sim para o mal. Existem também as rezas que não podem ser citadas, só oradas mesmo, a não ser que se trate de um treinamento de outro rezador que deverá aprender tudo. As doenças tratadas são de acordo com sua causa. O tratamento inclui além do uso correto da mistura indicada, a obediência às regras e respeito à natureza e aos costumes, sendo a sua desobediência a punição com a piora da doença.

Figura 98 – Cuidados tradicionais por tipo e complexidade de tratamento, segundo a categoria do cuidador

Cuidados de domínio geral		
Cuidado	Descrição	Cuidador
Quebranto	É quando a criança apresenta com fastio, "espreguiçadeira" (com preguiça), passa o dia abrindo a boca ou dormindo ou acordada demais, ou agitada ou esmorecida, tem fastio, podendo ser acompanhada por diarreia e vômito e fica muito esmorecida.”	Rezador/Rezadeira Menzinheiras Parteiras
Vento Caído	O Vento Caído é um termo popular utilizado para designar doença que se caracteriza principalmente pela presença de diarreia esverdeada e "esfarelada", acompanhada pelos mesmos sintomas do Quebranto. Só cura com reza. Às vezes é causado por susto ou queda.	
Derréia	Diarreia	
Mau-olhado	É o poder de uma pessoa de destruir com olhar tanto os bichos quanto as plantas e é a mesma pessoa que bota quebranto nas crianças. Só cura também com reza.	
Espremedeira	Espécie de cólica intestinal que geralmente acomete o bebê que fica se espremendo, ou seja, ele fica se espremendo fazendo aquele encolhimento e vai puxar tudo que tem dentro (SANTANA, 2020).	
Cuidados de domínio específico		
Cuidado	Descrição	Cuidador
Espinhela Caída	Conhecida por Lumbago é a designação popular de uma doença caracterizada por forte dor no peito, com depressão na altura do apêndice xifóide, nas costas e pernas, além de um cansaço anormal que acomete o indivíduo, ao submeter-se a esforço físico ou variadas causas que não são tratadas com reza (MATOS, 2000).	Rezador/ Pajé
Entrosado	É o mesmo que quinzema	
Quinzema	O mesmo que entrosado. É uma ferida grande que nasce nas pessoas e aí fica aumentando, só mata com reza. Semelhante a erisipela.	
Vermelha	Semelhante a erisipela.	

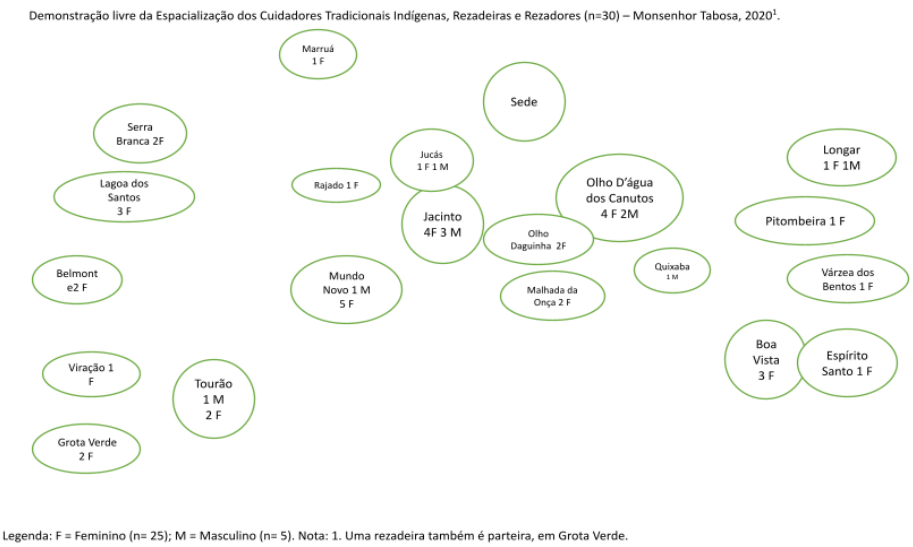
Fonte: Base de dados Projeto Potyguara, UECE, interpretada pela autora. 2022.

Observamos que as pessoas doentes procuram diretamente o cuidador tradicional, passando a interagir com o AIS somente quando indicado por aqueles, de modo diferente do encontrado por Ferreira (2013), onde o AIS é quem previamente seleciona e encaminha os casos para os cuidados tradicionais ou para os cuidados biomédicos. Por outro lado, a procura prévia pelo cuidado tradicional, está assegurada com um dos pilares do tratamento que é a crença, seguido pela perseverança da continuidade das orientações, como o Rezador 1 destaca:

> [...] a pessoa que procura a gente tem o seu querer, acredita que vai ser curada […]. (Rezador 1).

O sistema de referência entre os cuidadores tradicionais foi captado nas variadas vezes que determinados curadores foram referidos por seus pares como aqueles que poderiam resolver os problemas mais complexos, dando visibilidade ao Sistema Tradicional de Saúde Indígena, numa perspectiva de rede, como apresentado no mapa mental representado na Figura 99.

Figura 99 – Esquema Mental das relações de referências entre Cuidadores Tradicionais Indígenas, Rezadeiras e Rezadores (n=49) – Monsenhor Tabosa, 2023[1]



Fonte: Projeto Árvore da Vida, associado aos dados organizados e coletados nesta pesquisa pela autora.
Legenda: F = Feminino (n= 39); M = Masculino (n= 10)
Nota: 1. Uma rezadeira também é parteira, na aldeia Grota Verde.

> Em todas as sociedades o real é transformado em uma rede simbólica de significados, base fundamental de todo processo experiência (JOEL BIRMAN, 1991, p. 924).

Segundo essa afirmativa de Birman, podemos retomar a experimentação proposta por Malinowski (2018) para o etnógrafo, num processo circular, onde os registros empíricos são mapeados e esquematizados com a finalidade de contribuir para suas interpretações. Este esquema propiciou a macro visualização do sistema de referência entre os cuidadores tradicionais dentro de uma determinada área, no caso, o território Potyguatapuia, indo além das aldeias selecionadas para as análises das entrevistas. Há 3 grandes grupos, distribuídos nas áreas das aldeias localizadas em Boa Viagem (aldeias Pitombeira e Longar) e Tamboril (aldeias Viração e Grota Verde), convergindo o fluxo para duas principais aldeias em Monsenhor Tabosa, onde localizam-se os cuidadores tradicionais mais destacados entre os entrevistados, concentrando o cuidado mais complexo, os Rezadores 1 e 2, caracterizando-se encontra uma rede de cuidados tradicionais.

O mau-olhado está no grupo dos cuidados de domínio geral dos cuidadores.

> É a pessoa que tem o poder de destruir com seu olhar tanto os bichos quanto as plantas e é a mesma pessoa que bota quebranto nas crianças. Só cura também com reza. O Z., do Tourão, tem uma oração que cura até bichos. Para as plantas se coloca sal em três cantos do roçado (deixa um canto para o mal sair). O sal é junto com carvão (Rezadeira 2).

Essa definição de quem é responsável por determinado tipo de tratamento é feita entre os próprios cuidadores, conforme sua experiência e força:

> [...] continuei, porque não foi ensinado por ninguém, aí acontece que mudei por quebrante, rezava, (es)tava dando certo, aí mudei pra quizema, rezei e deu certo” (Rezador 1).

Muitos cuidadores tradicionais prestam cuidados nos seus domicílios a seus familiares e até mesmo a pessoas das aldeias vizinhas, sendo conhecidos por suas especialidades. No entanto, são 2 os cuidadores tradicionais mais referidos como responsáveis por atender uma extensa área de abrangência quando os casos são mais complicados, são os Pajé 1 e o Pajé 2 (Figura ?).

Nos depoimentos coletados todos os cuidadores tradicionais se reportavam de modo singular aos demais, limitando seu papel mediante sua avaliação de cada situação e, inclusive, indicando outros terapeutas conhecedores

nas mais diversas situações, além dos casos de "*mau-olhado*" ou de "*quebrante"* que podem ser tratados pelas rezadeiras ou pelos rezadores. Eles realizam curas através de rezas, orientações de cuidados com o corpo e com o espírito com rezas de modo semelhante aos cuidados das rezadeiras, contra o vento caído, a espremedeira e a arca caída; e indicam e, muitas vezes, produzem e aplicam produtos terapêuticos de uso tradicional, tais como garrafadas, lambedor ou xarope, chás (infusões), a partir das folhas, cascas, raízes, o sumo, ou as sementes das plantas medicinais, caracterizando os cuidados de domínio geral, prestados por rezadores em geral, menzinheiras e parteiras. No entanto, nos casos de "*espinhela caída"* ou de "*entrosado*" só poderiam ser tratados por outro curador identificado como Pajé que tem mais "*força*" para cuidar daqueles casos. Neste sentido, dependendo do caso, ou a pessoa é cuidada por este ou, ainda, em não conseguindo êxito ou em se avaliando que o caso não poderia ser por ele tratado, encaminha então para o serviço de saúde do sistema oficial, caracterizando, assim, os cuidados de domínio específico dos rezadores e pajés.

Os pajés se diferenciam porque, além disso, fazem aplicações de cataplasmas[38] e tinturas pelo corpo da pessoa doente, como, por exemplo, a cura da "*vermelha*" (semelhante a erisipela). Nessa temática dos cuidados, foi relatado pelos cuidadores tradicionais que eles se utilizam de orações e de materiais naturais para os tratamentos, como folhas, ervas, pedras, argila, raízes que são preparadas, rezadas e aplicadas no paciente dependendo da causa, da intensidade e da intenção e do cuidado e do sofrimento do próprio paciente de "*ficar bom*", na fala do Rezador 2. Para Ricoeur (1988) o sofrimento, quando se abate sobre alguém, é sempre solitário e inominável, o que faz de cada sofredor um sofrente específico na sua incomunicabilidade.

> Dependendo do problema que a pessoa tem, a gente usa o que for mais certo prá ela [...] eu mesmo tiro da mata e preparo [...] até na hora de tirar os frutos da mãe terra a gente tem que saber a hora certa e fazer a reza certa [...] para poder dar certo e a pessoa ficar boa (Rezador 1).

> Eu sempre digo que não adianta a gente rezar, mesmo de longe, e fazer os tratamentos, se a pessoa não quer ficar boa, se ela não faz a sua parte, se não acredita, se ela não reza e se não segue o que a gente diz, eu não vou me responsabilizar (Rezador 2).

[38] Erva pulverizada ou macerada, aquecida ou não, de uso externo, geralmente indicada para tratamento de infecções (MAGALHÃES, 2020).

Depoimento semelhante foi recolhido por Santana (2020), onde tia Severina orientava seus pacientes acerca do que precisavam fazer para se curar.

Os preparos são especialmente produzidos pelo próprio rezador-benzedor-curador, onde com materiais extraídos de hortos medicinais nos quintais das residências nos casos “simples” ou, nos casos complexos, são retirados da mata, sob rezas e cantos, em determinado dia e horário, quando daí já se inicia o tratamento.

Dentre as orientações de cuidados com o espírito e com o corpo, pode-se citar as rezas, banhos, chás em rituais diários e em horários especiais como o amanhecer, que tem características de trazer a luz, o bem-estar e um novo processo de vida, diariamente, assim como rituais ao anoitecer, quando os espíritos levam os males. O horário do meio-dia é tido como um horário que não se faz reza boa, é um horário negativo para as curas e não são incluídos nestes tratamentos que aqui coletamos. Neste caso, tratar-se-iam de outros informantes para esclarecer as motivações para essa abordagem, assim digamos.

Outro destaque emblemático é a fortaleza do rezador. Todos referiram que é necessário que o curador, rezador, benzedor ou a rezadeira, benzedeira, estejam bem de saúde para que possa curar as pessoas, pois, segundo afirmaram, o processo de cura se dá pela absorção do mal presente na pessoa pelo curador e, para isso, a sua força determinará sua proteção para não adoecer.

Segundo o tipo de cuidador, a organização das informações por tema nos levou a identificação de que cada cuidador tradicional tem uma especialidade e participam de uma rede de cuidadores informais, reconhecida e identificada pela comunidade, especialmente por seus próprios pares, que se apresentam de modo singular.

> Quando a gente vê já sabe que pode ou não pode fazer [...] eu digo logo quando eu não tenho aquela ciência [...] eu digo para ela procurar o XX ou a XX, dependendo do que ela tem (Rezador 1)

A fala dos cuidadores denota a preocupação em destacar seu campo de atuação, delimitando seu papel enquanto prática tradicional.

> Eu quando vejo que a criança tá com outro problema que nem eu outro que conheço sabemos cuidar, eu falo logo prá mãe: mulher, procure o médico no hospital, porque esse daqui eu não posso cuidar não (Rezador 2).

> Eu via minha mãe pegando menino nesta região todinha […] e sempre dizia: “Mãe, como é que a senhora dá prá uma coisa dessas, pegar menino? Minha mãe me dizia: ´Minha filha, eu ainda vou ver você pegando menino!

> […] E a primeira menina que peguei foi da minha irmã mais velha que eu. Esta primeira só peguei porque foi o jeito, minha mãe tinhia saído e era só eu e ela! […] desde aí num parei mais de pegar menino[…]. (Parteira e benzedeira 1).

Ferreira (2013) também encontrou depoimento semelhante:

> Eu também vou deixar a minha participação. Eu nunca peguei criança não, porque nunca teve o momento de ter precisão […]. Aquele curso em 2003 eu tive participando e ouvindo. Agora vim ouvir de novo porque tem momento que a gente que tem filho, tem filha, precisa. Tem dia que não dá tempo de chamar a parteira: às vezes é distante, às vezes é noite. Aí a pessoa se obriga a fazer o parto. Daí tendo aquela orientação a pessoa não fica nervosa, porque já entende um pouco" (mulher kaxinawá).

Segundo Cunha (2018), as "*benzedeiras, rezadeiras ou simplesmente curandeiras, ora atuam com os saberes de uma medicina prática, ora essencialmente com a religiosidade popular, quase sempre integrando ambas".*

Embora nossa pesquisa tenha identificado poucos homens nessa prática, pois não se sabe se foi porque cada mulher indicou mais mulheres numa direção arbitrária, mas possivelmente, numa perspectiva de gênero, devido de cuidado específicos à mulher e ao binômio mãe-filho, considerando-se que a maioria das doenças identificadas por eles, estão relacionadas aos cuidados com o bebê, como o Quebrante, o Vento-Caído e o Mau-olhado e aos cuidados com a mulher, genericamente identificadas como "doença de mulher". Embora os homens benzedores também cuidem daqueles males, eles se diferenciam por não cuidarem das mulheres não por desconhecimento, pois mencionaram que cuidam se for "muita precisão", mas que não se sentem à vontade.

> […] por causa dos maridos que não gostam que peguem nas suas mulheres, mas nem pego mesmo, só rezo, se preciso for (Rezador 1).

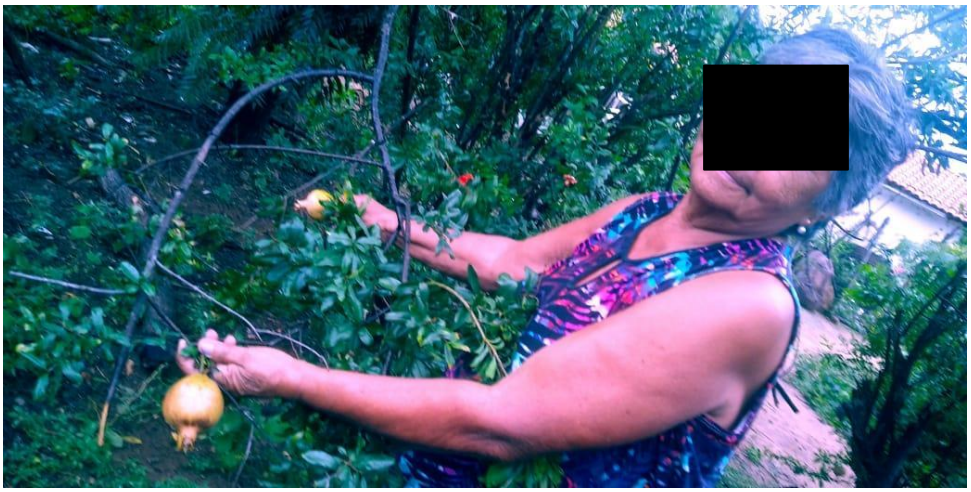
A maioria dos nossos entrevistados foi mulheres (8) e cuida das doenças de mulheres e os homens de outras mazelas. As senhoras rezadeiras, benzedeiras e também a parteira embora não incluam os tratamentos de feridas, curam as doenças femininas que os rezadores e pajés não fazem por questões de gênero ou de especialidades.

Ferreira (2013) relata que entre os Yawanawa, o pajé atua junto à mulher durante a gravidez, para prevenir futuros problemas no parto e logo após o parto, buscando folhas e preparando banhos para estimular o crescimento saudável da criança. Além disso, na distribuição das tarefas de acordo com o gênero do cuidador, aos pajés cabe colher as folhas na mata e entregá-las às parteiras, para que elas sejam preparadas e dadas à mulher na forma de beberagens, banhos e massagens.

Por outro lado, percebemos a necessidade das benzedeiras se apresentarem, agora, numa vocalização afirmativa referida por Dias (2018) acerca das diversidades de escopo das vozes das benzedeiras nas categorias gênero, idade e etnia, na perspectiva da composição e dos envolvidos nessa prática e enquanto elemento de cura. Essas vozes são meios de evocação das curas, e são, por vezes, meditadas ou rezadas em tom de voz baixinha ou até mesmo à distância, utilizando-se também elementos da natureza como raminhos de arruda, uma planta popularmente conhecida como curativa (MATOS, 2000) também utilizada pelos Tapeba no Ceará (MORAIS *et al*., 2008) que, após a aplicação da reza, fica com as folhas murchas, caracterizando que a cura foi feita, pois "*a reza foi forte" (Rezadeira e Benzedeira).*

Na Figura 100, a Rezadeira 1, mostra sua plantação de Romã, utilizada para o tratamento de enfermidades relacionadas às viroses gripais. Os depoimentos remontam a preparação da casca da romã como infusão para gargarejo, dentre outros modos de preparo, como indicado por Matos (2000).

Figura 100 – Rezadeira 1, cuidando do pé de romã



Fonte: acervo Projeto Potyguara. UECE.

Além disso, a predominância feminina é prática ensinada de geração em geração, da mãe para a filha para que ela se proteja e proteja sua família, caracterizando os cuidados intradomiciliares. E quando passam a cuidar dos vizinhos por relações parentais, também são chamadas a cuidar de outros próximos, numa rede de cuidados dentro das aldeias. Essa colaboração se extrapola quando são identificados males que são tratados por outros especialistas, tendo os dois pajés (assim por eles denominados), que embora cuidem de todos os males, somente são procurados quando aquelas não têm o conhecimento para aquela cura, como no caso do tratamento das "*vermelhas*" (erisipela), que são feridas nas pernas da pessoa caracterizada por lesões avermelhadas e, por vezes, purulenta, segundo esclareceu o Rezador 1. Observamos também, que esse sistema de referência não se aplica ou quando o caso "*não tem reza que cure*" (Pajé 1) ou quando o caso se complica, encaminhando-se o doente para o sistema oficial de saúde, orientando que procure o posto de saúde ou o hospital, conforme referenciado anteriormente.

Nas características de longevidade do grupo vimos que a maior parte tem menos de 60 anos de idade. Há, ainda, outras senhoras mais idosas, mas elas não praticam mais pois estão adoentadas e temem que, ao exercer a atividade, possam adoecer, haja vista que parte do processo indica que a doença é assimilada pelo rezados: "[...] *a gente reza para a pessoa até de longe, mas a gente fica se sentindo fraca se forçar muito* [...]*"* (Rezadeira 1).

No campo da espiritualidade, os cuidados são prestados àqueles que procuram o tratamento e tem fé na cura e segue as orientações e as orações descritas que podem ser proferidas através de falas ou cantos e até mesmo sob pensamentos à distância, dependendo do caso. Uma das rezadeiras menciona que muitas vezes recebe um bilhete para rezar para alguém em outro lugar que está doente e ela o faz com muita presteza. Os tratamentos também incluem orientações de alimentação e de regras a serem seguidas durante determinado tempo. Os horários das curas e rezas devem ser rigorosamente seguidos, sendo as curas e rezas do bendito pela manhã ou final da tarde. Meio-dia não se reza para o bem, mas para o mal. Há rezas que não podem ser citadas, só oradas mesmo, a não ser que se trate de um treinamento de outro rezador. As doenças tratadas são de acordo com sua causa. Laplantine (2010) diz que medicina e religião se relacionam com o social através dos rituais.

Quanto à relação com a biomedicina, dos relatos analisados observou-se que há um descontentamento por parte dos cuidadores tradicionais quanto a sua aceitação e ao trabalho com as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), os quais percebem certo distanciamento e pouca valorização do conhecimento e a propõem a necessidade de discussão dos casos para melhor compreensão da doença e como poderia melhorar. Percebem que alguns profissionais conversam e procuram seguir um tratamento conjuntamente, mas outros menos sensíveis não se apresentam com a mesma disponibilidade.

Considerações finais

Os cuidadores tradicionais indígenas caracterizam meios inter-relacionais entre a medicina tradicional indígena e a medicina ocidental, são pessoas da própria comunidade que tem dons específicos de cura sobre as doenças tradicionais nas aldeias indígenas, especializados por categoria de cuidados, formando um sistema em rede de saúde que atua de modo dissociado da biomedicina. Em seus diversos saberes, estão distribuídos por todo o território, oferecendo cobertura, segundo suas espécies de tratamentos, em todas as aldeias, prestando cuidados, mediante seus conhecimentos acumulados.

A SESAI, através do DSEI-CE incentiva a prática da interculturalidade, na perspectiva da Política Nacional de Educação Permanente, tendo como um dos indicadores o total de trabalhadores da EMSI/DIASI qualificados para o trabalho em contexto intercultural.

No entanto, observa-se a necessidade de um trabalho colaborativo mais intensificado com as equipes da biomedicina. A depender da percepção tanto dos pacientes quanto dos profissionais de saúde, observa-se falhas nessa parceria, necessitando maiores intervenções para a promoção acerca da importância do trabalho numa abordagem de perspectiva intercultural que pode influenciar nas práticas em saúde na aldeia.

5.4 Resultado Artigo 4 – Práticas em Saúde Indígena: um olhar sob a perspectiva do empoderamento no autocuidado de muitas doenças num corpo só junto aos Potyguara da Serra das Matas[39]

Resumo

A transição epidemiológica entre os indígenas é um desafio à compreensão das doenças na percepção da comunidade e à construção de medidas de prevenção para fortalecer o empoderamento na questão do autocuidado. Nesse sentido, este estudo de abordagem interpretativa dos Potyguara tem por objetivo analisar esse tema na perspectiva do grupo indígena. Trata-se de um estudo qualitativo, interpretativo, com base na percepção do autocuidado dos indígenas residentes em Monsenhor Tabosa-CE. Desenvolveu-se a confecção de uma cartilha ilustrada com base na cultura local, trabalhada na comunidade pelas agentes indígenas de saúde, abordando em sua amplitude o conviver com “muitas doenças num corpo só”. O viver extrapola o perceptível, sugerindo concepções sofisticadas de saúde que integram a ideia de equilíbrio com a vida espiritual, de convivência comunitária e ecológica, determinantes no curso da vida. A abordagem a partir da experiência da pessoa, da inter-relação entre os sistemas médicos, no que diz respeito ao fortalecimento, à valorização, manutenção e atualização dos saberes e práticas tradicionais de cuidado com a saúde possibilita caminhos para a compreensão do processo de empoderamento e gestão do autocuidado.

Palavras – chave: Saúde Indígena, Multimorbidade, Empoderamento, Autocuidado.

Introdução

O conceito de bem-estar pode ser entendido como ausência de doença e direito humano tem sido superado na atualidade (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978). No campo da saúde das populações indígenas o significado guarda uma

[39] Artigo publicado em: Vozes indígenas na produção do conhecimento : para um diálogo com a saúde coletiva / Coletivo Vozes Indígenas na Saúde Coletiva. - 1. ed. - São Paulo : Hucitec, 2022. p. 65-80. Autores: SILVA, T. P.; SAMPAIO, M.S.; DANTAS, M.S.L.R.; ALEXANDRINO, F.J.R.; HENRIQUES, E.M.V.H.; PITOMBEIRA, M.G.V.; CAPRARA, A.

harmoniosa relação da tríade corpo, alma e ambiente. Ainda que em menor número, discute-se as potencialidades do pensamento indígena sobre saúde, notadamente no caso de pesquisadores da área de Antropologia e da História que trabalham com temáticas referentes à territorialização, etnicidade e/ou espiritualidade, segundo Langdon e Garnelo (2004). A compreensão da natureza interna do conteúdo das expressões humanas – e isto inclui a experiência individual e social –, impõe-se como primeira condição à aproximação de um contexto vivido do cuidado de si e do cuidado com o outro e a produção de valores e práticas. Esses valores podem ser captados como elementos positivos que contribuem para a reversão do modelo biomédico para o modelo tradicional indígena (CAPRARA, 2008).

Assim, uma abordagem intercultural da relação saúde-doença não pode se abster da perspectiva e experiência do paciente (EISENBERG, 1977; KLEINMAN, 1978) devendo distinguir a doença diagnosticada pela biomedicina (disease) da experiência subjetiva da doença vivenciada pelo paciente (illness). Nesse sentido, pesquisas baseadas em métodos qualitativos que exigem trabalho de campo e, de modo especial, aquelas cujo eixo central repousa sobre a relação pesquisador-informante, têm na descrição e análise desta relação o potencial de trazer para o meio acadêmico e profissional informações e discussões tão importantes quanto os resultados da própria investigação (MINAYO, 1998).

Métodos qualitativos se referem a uma ampla bagagem de métodos de pesquisa voltados à coleta de dados sobre o “universo social” (POPE; MAYS, 2000) que demandam, por parte do pesquisador, um percurso de exploração e interpretação de dados provenientes de diversas fontes. A lógica da pesquisa qualitativa, muitas vezes, é mais do tipo indutivo que dedutivo, e consiste na descrição de pessoas e grupos em situações particulares visando entender significados e experiências, numa perspectiva flexível e dinâmica. Também a análise e interpretação dos dados mudam com o tempo na medida em que o pesquisador acrescenta novos elementos e conhece melhor o contexto estudado (ROSALDO, 1993).

Nobre (2002) descreve que no Ceará, a maioria das pesquisas em saúde junto a populações indígenas foi direcionada a estudos quantitativos e seus resultados prescindiram de uma análise acerca da base social e suas influências sobre as situações pesquisadas, segundo o preconizado por Geertz (2008).

Em contrapartida, o desenvolvimento de pesquisas de cunho qualitativo trouxe a compreensão da situação de saúde e seu processo na perspectiva dos

cuidadores tradicionais, descrevendo aspectos relativos à biomedicina, identificados no percurso da pesquisa, articulados a práticas etnomédicas e de educação intercultural permanente dos profissionais de saúde (NOBRE, 2002; DANTAS e CAPRARA, 2021).

Assim, a abordagem do tema da medicina tradicional entre os Potyguara[40], localizados no município de Monsenhor Tabosa, Ceará – objeto do presente artigo –, procura identificar experiências, significados e práticas ligadas à saúde e à doença (LANGDON; GARNELO, 2004). Nesse sentido, o artigo descreve um estudo realizado por pesquisadores indígenas Potyguara que busca compreender, a partir de uma perspectiva intercultural, sua lógica de tratamento para casos de muitas doenças num corpo só. Tendo como referência as noções de participação social e empoderamento, o estudo busca apreender a percepção das pessoas adoecidas ao passo em que analisa a aplicação de instrumentos e ferramentas educativas junto à referida comunidade indígena, com foco nas ações de promoção da saúde, prevenção e cuidados, e, mais detidamente, de estímulo ao autocuidado. Nesse percurso, valoriza as práticas médicas indígenas e, finalmente, propõe qualificações específicas para os profissionais de saúde indígena.

Cenário, período e sujeitos da pesquisa

Essa pesquisa a qual deriva este artigo - denominada “Saúde indígena e multimorbidade: o processo de empoderamento dos Potyguara de Monsenhor Tabosa (CE)[41]- adota, dentre outros, aspectos interculturais do processo de proatividade e/ou emancipação de pacientes indígenas na sua relação com as equipes de saúde, especialmente com o desenvolvimento de ferramentas tecnológicas de baixo custo para o fortalecimento do autocuidado na Atenção Primária nas aldeias, na perspectiva da saúde quanto bem-estar. A pesquisa

[40] Em consonância com a comunidade indígena local, a grafia do nome Potyguara está com a letra “y”, pois é assim que os Potyguara da Serra das Matas se reconhecem.

[41] Projeto financiado pelo CNPQ (processo 405368/2016-0) e teve apoio técnico e logístico do Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará, Secretaria Especial de Saúde Indígena/Ministério da Saúde. Este projeto encontra-se aprovado pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) sob o Parecer N. 3.822.071, estando de acordo com as Diretrizes e Normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos e área de Povos. Indígenas (Resolução 466/2012) (BRASIL, 2012). e contando com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos seus participantes (BRASIL, 2012).

abrangeu o período de 2016 a 2018. Contudo, o desenvolvimento de um instrumento específico de autocuidado ocorreu no ano de 2018.

A pesquisa foi realizada nas comunidades do povo indígena Potyguara, situadas na zona rural dos municípios de Monsenhor Tabosa, Tamboril e Boa Viagem, na Serra das Matas, no centro-oeste do Ceará, a 293 km de Fortaleza, capital cearense. A população geral era de 16.760, 26.199 e 54.680 pessoas, respectivamente (IBGE, 2021), sendo a indígena de aproximadamente 4 mil pessoas, distribuídas em 35 aldeias predominantemente localizadas na região rural (BRASIL, 2017). Além dos Potyguara, há também outras etnias, como os Tabajara, Tubiba-Tapuia e Gavião. Todos estes indígenas são atendidos pelo Polo Base de Monsenhor Tabosa, ligado ao DSEI Ceará. Juntos formam o Movimento Potiguatapuia.

Os sujeitos do presente estudo foram pessoas com multimorbidades; cuidadores tradicionais indígenas; e profissionais e gestores de saúde. A seleção das pessoas com multimorbidades se deu a partir dos 885 Potyguara com 50 anos ou mais, residentes no município de Monsenhor Tabosa, Ceará, segundo a população cadastrada no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena-SIASI (BRASIL, 2017), sendo, destas, 98 pessoas com diagnóstico de diabetes, 646 pessoas com diagnóstico de hipertensão e 43 pessoas com as duas morbidades e sob acompanhamento na atenção primária pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena-EMSI entre os anos de 2017 a 2018.

Já a amostra de cuidadores tradicionais indígenas foi composta por aqueles referidos como terapeutas das pessoas com multimorbidades selecionadas no estudo, aqueles apontados por seus pares e, ainda, aqueles reconhecidos por lideranças tradicionais da comunidade, obtida através da técnica de “bola de neve” (*snowball sampling*) (GOODMAN, 1961).

No processo de elaboração do material, foram realizadas oficinas com os profissionais de saúde e a própria comunidade indígena, principalmente lideranças, cuidadores tradicionais como pajés e benzedeiras, no sentido de elencar os aspectos necessários para a compreensão da referida cartilha pelos interlocutores. Após essa validação, o instrumento foi reproduzido e distribuído para 100% das Equipes de profissionais de saúde atuantes nas aldeias indígenas que, por sua vez, foram aplicando-o paulatinamente junto às pessoas com multimorbidade atendidas no ano de 2018.

O instrumento foi utilizado por 90 pessoas com diabetes e/ou hipertensão, obtendo êxito por retorno de 72 pessoas (80%), além de captação de pelo menos 19 pessoas com sequelas ocasionadas por complicações dessas multimorbidades. Além disso, o instrumento fortaleceu grupos de idosos e adolescentes, em encontros periódicos, nos quais foram abordados diversos temas (DANTAS *et al.*, 2018).

Resultados

Apresentamos aqui parte dos resultados, como a construção da cartilha. A proposta de elaboração de uma cartilha específica para o cuidado dos pacientes Potyguara com multimorbidade na forma da caderneta "Cuidando da Minha Saúde" (Figura 101) – surgiu a partir da concepção da comunidade indígena acerca da situação de incremento de doenças, em especial das crônicas, junto a essa etnia. Levando-se em consideração não apenas os pacientes com multimorbidade, mas também aqueles que apresentavam apenas uma doença crônica, propôs-se a elaboração de um instrumento para acompanhamento e prevenção desses quadros.

Figura 101 – Capa da caderneta "Cuidando a Minha Saúde"



Fonte: elaborada pela autora.

A demanda da comunidade indígena manifestou-se a partir de um diálogo previamente estabelecido junto a pesquisadores da Universidade Estadual do Ceará (Uece) que vinham desenvolvendo pesquisas junto aos Potyguara da Serra das

Matas, em especial, relativas a práticas tradicionais de saúde indígena. Sob tais bases, ao perceberem a questão do aumento das doenças crônicas e degenerativas e, ao mesmo tempo, reconhecerem a ausência de instrumentos próprios para lidar com tais doenças, as pesquisadoras indígenas recorreram aos demais pesquisadores. A partir daí, foram sendo elaboradas conjuntamente propostas no sentido de contemplar a situação, favorecendo-se não apenas medidas preventivas para se prevenir os problemas ocasionados a longo prazo por essas doenças, seus riscos à saúde e suas sequelas, como também estratégias para promover hábitos de vida saudável e medidas de controle.

A caderneta “Cuidando da Minha Saúde” – mais conhecida nas aldeias como a caderneta para pessoas com “muitas doenças num corpo só” – surgiu justamente nesse contexto. O instrumento de tecnologia educativa foi proposto como um meio para viabilizar a autogestão do cuidado através da compreensão de ações que influenciam a condição de saúde do paciente. Whittemore *et al*. (2019) indicam que o uso correto de medicações, mudança de estilo de vida, melhora da alimentação e prática de exercícios físicos permitem a promoção do autocuidado.

A caderneta encontra-se estruturada a partir da identificação do usuário, contendo anotações acerca dos medicamentos diários utilizados e seus respectivos horários; consultas agendadas; controle dos índices pressórico, glicêmico, de colesterol e peso; registro de atividade física; recomendações sobre alimentação (o que é bom comer x o que se deve evitar); diário; dieta (“o meu de comer”); e saúde bucal, além de um espaço para registro de dúvidas e explanações sobre fatores de risco para aquisição de multimorbidade. No processo de elaboração da caderneta, os indígenas foram incluindo informações específicas próprias, além da aldeia de residência, etnia, identificação do Agente de Saúde responsável, nome da rezadeira/benzedeira ou pajé da área como promotores das práticas tradicionais de cura dos Potyguara, numa proposta de reconhecimento da eficácia da biomedicina e da possibilidade de atuação numa perspectiva de complementaridade com as práticas de saúde indígenas (LANGDON; CARDOSO, 2015).

As práticas tradicionais de cura Potyguara aqui destacadas são todas aquelas relacionadas à promoção e recuperação da saúde com origem na tradição dos antepassados. Incluem conhecimento sobre as plantas medicinais, tratamento natural com a utilização de meios espirituais e físicos para as curas (água, terra,

animais, ervas, barro, pedra, fumaça), atuação do pajé, curadores, rezadores e parteiras, cuidados com as crianças, com os velhos e com o ambiente.

Há uma diversidade de denominações desses chamados “cuidadores tradicionais”, que, embora pareçam sinonímias dos profissionais da rede oficial de saúde, são bem distintas, com características específicas. Os cuidadores tradicionais são identificados tanto pelas pessoas que são cuidadas quanto por seus próprios pares, já conhecidos de longa data e confiança, podendo ser do próprio domicílio, da própria aldeia/comunidade ou de aldeias/comunidades vizinhas, caracterizando uma rede de cuidados para além – ou apesar – da rede oficial de saúde. A doença para o Potyguara está ligada à dimensão física assim como à espiritual. Tudo é atribuído ao que é tocado, cheirado, à cor, à dimensão emocional, aos comportamentos, assim como à maneira de viver e ver o mundo (LEITÃO *et al*., 2015).

É válido notar que o desenvolvimento da referida caderneta e a valorização das práticas tradicionais de tratamento de doenças convergiram em um movimento de reapropriação de diversas práticas tradicionais como estratégia para dar visibilidade à existência e resistência dos povos indígenas do Nordeste, como referido por Oliveira (2004). Esse processo de reivindicação étnica acompanhou um processo mais amplo de reivindicação por direitos, inclusive no âmbito da saúde.

O processo de construção da caderneta propiciou uma maior troca e conhecimento entre os próprios Potyguara, que passaram a se conhecer e compreender melhor seus parentes, identificando dificuldades similares e comuns. Isso possibilitou o fortalecimento de uma rede de cuidado, incorporando inclusive outras pessoas a ela, levando os indígenas a partilharem cuidados de saúde e bem viver no seu dia a dia. O reconhecimento desse material como instrumento próprio, específico dos Potyguara, exaltou também a etnia, o meio ambiente, as plantas medicinais e o modo de vida, reafirmando a relação do homem com a natureza, a visão de mundo Potyguara, seus princípios de organização social e sua identidade cultural.

As professoras indígenas e pesquisadoras de campo, Teka Potyguara e Marluce Potyguara, a equipe multidisciplinar e os agentes indígenas de saúde atuaram na linha de frente junto à comunidade no desenvolvimento deste trabalho por meio da elaboração conjunta e aplicação da caderneta para o acompanhamento de pacientes indígenas com multimorbidade, durante o ano de 2018. No processo de

elaboração do material, foram realizadas oficinas com os profissionais de saúde e a própria comunidade indígena, principalmente lideranças, pajés e benzedeiras, no sentido de elencar os aspectos necessários para a compreensão da referida caderneta pelos usuários. Ademais, as próprias pesquisadoras indígenas apresentaram elementos figurativos e termos coloquiais que auxiliaram na sua construção. Constam na caderneta, além dos registros de atendimentos realizados pelos profissionais da Emsi, as práticas da medicina tradicional indígena empregadas nos tratamentos. Com isso, houve o registro dos dois tipos de terapias.

Ao longo das oficinas realizadas na elaboração e apresentação da cartilha, ficou bem caracterizada a preocupação da comunidade em demonstrar seus conhecimentos, enfatizados e representados no material desenvolvido. A escuta dessas informações e o registro ocorreu sob o olhar cuidadoso dos profissionais de saúde indígena, respeitando o cenário do paciente acerca de suas práticas tradicionais de cura como elemento favorável ao seu tratamento. Na perspectiva interpretativa de Geertz (2008), essa abordagem intercultural mediada pela análise da cultura permite um elo de fortalecimento entre pacientes indígenas e profissionais de saúde.

Os Potyguara afirmam, a partir da sua crença, que viver extrapola o domínio do perceptível. Nesse sentido, alegam operar com outros regimes de visibilidade, estabelecendo uma relação diferenciada entre o visível e o invisível. Assim, as coisas não se esgotam no que é visto ou no que dizem ser possível ver a olho nu. Em termos de saúde, é pelas maneiras de olhar que se produzem doenças, como o mau-olhado, mas também é por essas maneiras que são canalizadas as curas. Assim, a visão não se restringe ao conhecimento do que é visível, mas acomoda experimentações e relações entre questões visíveis e invisíveis que produzem transformações (Figura 102).

Figura 102 – Teka, professora Potyguara, mostrando a pesquisa do olhar



Fonte: Andrea Caprara, Laboratório EBSIH, 2008.

Na comunidade, a maioria das rezadeiras é de mulheres que cuidam das “doenças de mulheres” (ginecológicas/materno-infantil), ocupando-se de questões mais generalistas, enquanto os homens se ocupam dos cuidados mais especializados. Além de rezadeiras e benzedeiras, as mulheres são também parteiras, como já apontava o farmacêutico Dr. Matos (2000), embora não se ocupem do tratamento de feridas – estas são curadas pelos pajés (DANTAS *et al*., 2015).

As práticas tradicionais do cuidado são ensinadas de geração a geração, de mãe para filha para que haja a proteção dela e de sua família, caracterizando os cuidados intradomiciliares. Essas práticas incluem o conhecimento sobre as plantas medicinais, os tratamentos naturais (com águas, terra e animais), o cuidado com as crianças, os idosos e o ambiente, mas também, especialmente, sobre a relação com a espiritualidade, a maneira de viver e de ver o mundo, segundo Leitão e colaboradores (2015). Nesta experiência pode-se observar que esses cuidados uns com os outros formam uma rede de solidariedade dentro das aldeias.

Essa colaboração se extrapola quando são identificados males que são tratados apenas por cuidadores especialistas de outras aldeias. Embora estes cuidem de variados males, somente são procurados quando as rezadeiras e benzedeiras não têm o conhecimento para determinada cura. No entanto, quando o cuidador tradicional identifica que determinado mal não pode ser curado com os conhecimentos/métodos tradicionais, encaminha o doente para o sistema oficial de saúde, orientando-o para que procure o posto de saúde ou o hospital.

Quanto aos cuidadores, muitos prestam cuidados nos seus domicílios a seus familiares e até mesmo a pessoas das aldeias vizinhas, sendo conhecidos por suas especialidades. São duas as pessoas mais referidas como responsáveis por atender uma extensa área de abrangência quando os casos são mais complicados: os pajés conhecidos como Astrogildo e Antônio Vermelho. Eles realizam curas através de rezas e orientações de cuidados com o corpo e com o espírito de modo semelhante àqueles métodos aplicados pelas rezadeiras contra uma série de males, a exemplo de "quebrante"[42] "vento caído/espremedeira"[43] "olho gordo"[44] e "arca caída"[45] (CAPRARA *et al*., 2020). Ademais, indicam e, muitas vezes, produzem e aplicam produtos terapêuticos de uso tradicional, tais como garrafadas, lambedor ou xarope, chás (infusões) etc., produzidos a partir das folhas, cascas, raízes, sumo ou sementes das plantas medicinais. Os pajés se diferenciam por aplicações de cataplasmas[46] e tinturas pelo corpo da pessoa doente, a exemplo da cura da "vermelha", infecção cutânea semelhante à erisipela.

Por outro lado, os cuidadores não oferecem seus serviços como no mercado capitalista. Eles são procurados e, a partir daí, está assegurado um dos pilares do tratamento, que é a crença, seguido pela perseverança no prosseguimento das orientações de cuidados com o espírito e com o corpo, com rezas, banhos, chás, em rituais diários e em horários especiais. Os rituais realizados ao amanhecer têm o objetivo de trazer a luz, o bem-estar e um novo processo de vida diariamente, enquanto nos rituais realizados ao anoitecer espera-se que os espíritos levem consigo os males. O horário do meio-dia é tido como um horário negativo para as curas, quando, portanto, não se faz "reza boa", logo não incluído nos tratamentos.

---

[42] É causado por mau-olhado e só cura com reza. A criança com quebrante também tem diarreia e vômito e fica muito esmorecida. Mau-olhado: qualidade atribuída a pessoas de provocarem desgraças ou doenças apenas com o olhar (MATOS, 2000).

[43] O "vento caído" causa na criança vômito e diarreia e só é curado com reza. Às vezes é causado por susto ou queda, segundo interlocutores da pesquisa.

[44] É a pessoa que tem o poder de destruir com seu olhar tanto os bichos quanto as plantas e é a mesma pessoa que bota quebranto nas crianças. Só cura com reza, segundo interlocutores da pesquisa

[45] Para saber se a pessoa está com a "arca caída" é preciso medir com um cordão de um ombro para o outro, do umbigo até o pescoço e dar a volta do braço até chegar à mão. Se estiver passando o cordão, é sinal de que a pessoa está com a "arca caída". Acomete não apenas as crianças como também gente grande. A reza ocorre pendurando-se os braços para cima, segundo interlocutores da pesquisa.

[46] Erva pulverizada ou macerada, aquecida ou não, de uso externo, geralmente indicada para tratamento de infecções (MAGALHÃES, 2020).

Outro destaque emblemático mencionado pelos pacientes é a “fortaleza do rezador”, ou seja, a necessidade de o curador, o rezador, rezadeira ou o benzedor, benzedeira estarem bem de saúde para poderem curar as pessoas, pois, segundo afirmaram os Potyguara, o processo de cura se dá pela absorção feita pelo curador do mal presente na pessoa adoecida e, para isso, a força dele determinará o alcance da proteção ofertada.

Do ponto de vista das interpretações alcançadas pelo estudo, tem-se que os Potyguara demonstram suas relações sociais e de vida numa concepção que transcende a ausência de doença e relaciona a saúde aos processos do bem viver, como tem sido desenvolvido pela epidemiologia do curso da vida, como uma série de experiências que contribuem ou prejudicam a saúde a curto e longo prazo. As interconexões para o envelhecimento dependem das trajetórias de vida e do estado de saúde das pessoas influenciadas pela “seta do tempo” durante o percurso da vida (PRIGOGINE, 2002), levando-se em conta desde a vida intrauterina até uma série de processos influenciados por fatores biológicos, psicológicos e sociais que atuam desde a infância, num processo denominado “programação biológica” – “processo por meio de um estímulo ou insulto, em um sensível ou período ‘crítico’ de desenvolvimento, [que] tem duração ou significado para toda a vida” (BEN-SHLOMO; KUH, 2002). Quanto ao tema, Kuh *et al*. (2014) consideraram a necessidade de estudos mais aprimorados na análise longitudinal no que tange ao atraso dos efeitos do envelhecimento nas pessoas, levando-se em conta, por exemplo, os determinantes do bem-estar nas pessoas idosas, tais como a realização pessoal, as emoções positivas e seus relacionamentos sociais.

Considerações finais

A compreensão da saúde na comunidade indígena Potyguara perpassa distintos olhares, incluindo de dentro para fora, assim como do íntimo para o pessoal e para o coletivo. O empoderamento dos Potyguara no acompanhamento da multimorbidade por meio da caderneta “Cuidando da Minha Saúde” foi marcado pela convivência cultura-vida-saúde. A cartilha, contendo uma série de representações gráficas e ilustrações dos indígenas, sua alimentação, vocabulário, proporcionou o autocuidado de pessoas com uma ou mais morbidade, levando a um empoderamento do cuidado de si e do outro e contribuindo para o bem viver em

comunidade, de modo indissociável. A relação desse povo com o ambiente e a espiritualidade desvela caminhos para a promoção da sua saúde para além das curas e da noção de adoecimento numa perspectiva biomédica. Nesse sentido, requerem-se a constante interpretação do simbolismo presente em seu cotidiano assim como uma abordagem pautada numa perspectiva interdisciplinar que inclua o "percurso da vida".

5.5 Resultado Artigo 5 – A pandemia por Covid-19 no contexto da saúde indígena no Ceará[47]

Resumo

A pandemia por Covid-19 ocasionou mais de 600 milhões de casos confirmados, tendo 6.475.346 pessoas. A vigilância epidemiológica contribui para a identificação precoce e tomada de decisões para a proteção de populações que convivem em situações de vulnerabilidade social. Estudo ecológico, transversal, com mapeamento do perfil epidemiológico da Covid-19 no contexto indígena no Ceará após um ano de pandemia. Identificados até 2.105 casos por Covid-19 na população indígena no Ceará, com 21 óbitos. A dissonância entre as fontes de dados dificulta a análise e inferências, no entanto, apontam para a necessidade de uniformização dos procedimentos metodológicos de identificação da população-alvo para uso em planejamento, implementação e avaliação dos programas de saúde pública.

Palavras-chave: Covid-19, Saúde Indígena, Vigilância Epidemiológica.

Introdução

O Ministério da Saúde, através da Secretaria Especial de Saúde indígena, em avaliação de seu Relatório Anual de Gestão do ano de 2017 já apontava que apesar dos avanços e resultados obtidos, o exercício de 2017 caracterizou-se por

[47] Artigo adaptado, publicado sob título "A Pandemia por Covid-19 a População Indígena: o Caso das Etnias Cearenses", em MISSIAS-MOREIRA, R.; MESQUITA, C. C. (2021); Resumo publicado no 13º. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2022. Autores: DANTAS, M. S. L. R.;HENRIQUES, E. M. V.; LEMOS, I. V. F.; CAPRARA, A.

grandes desafios e dificuldades encontradas pelas unidades da SESAI na execução do seu objetivo estratégico, destacam-se alimentação deficitária dos registros referentes à produção de saúde no sistema SIASI, dificultando a elaboração de uma análise situacional mais consistente acerca das condições de saúde da população bem como a produção de informações para o planejamento mais eficaz da assistência e da resolutividade das ações de saúde. Acesso dificultado às aldeias, especialmente as localizadas na região norte, provocado por fatores hidrológicos (sazonalidade do volume dos rios da região amazônica); e fatores logísticos, relacionados a transportes (frota terrestre e fluvial, combustíveis e contratos de hora voo insuficientes) e a equipamentos (aquisições insuficientes e inadequadas para a realidade local e a falta de contrato de manutenção dos equipamentos existentes). Quadros insuficientes de recursos humanos e de profissionais capacitados em decorrência da alta rotatividade profissional e vínculo precário dos trabalhadores. Falta de estrutura em municípios de referência para a realização de exames de alta e média complexidade; e descontinuidade das ações de saúde em função da alta rotatividade de gestores (BRASIL, 2017). Todos esses fatores corroboram a insegurança quanto à representatividade do registro de casos em todo o território nacional.

Tem-se que vigilância epidemiológica como um conjunto de ações que permite reunir a informação indispensável para conhecer o comportamento ou a história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinados doenças e agravos, segundo a Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990).

A Covid-19 é uma doença causada por um vírus recentemente identificado, de alta transmissibilidade que apresenta alta letalidade quando não prevenida por meio de imunização (COELHO *et al*, 2020). A doença determinou uma pandemia declarada em 21 de março de 2020 que atingiu 184 países que se iniciou no final de 2019 e se estendeu até meados de 2023 e ocasionou a morte de mais de 600 milhões de casos confirmados, tendo 6.475.346 óbitos até 2 de setembro de 2022 (OMS, 2022).

A identificação precoce, associada à imunização são as principais formas de prevenção de altos índices de mortalidade, especialmente considerando-se populações que convivem em situações de vulnerabilidade social (COELHO *et al.*, 2020; BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012). A análise comparativa entre os dados fornecidos pelas instituições de saúde poderia contribuir para a identificação de possíveis deficiências apontadas como causas do problema pela SESAI (PAIM, 2009; TEIXEIRA, 2016).

Metodologia

Estudo ecológico, transversal, com mapeamento do perfil epidemiológico da Covid-19 no contexto indígena no Ceará após um ano de pandemia. Utilizou-se dados públicos do Ministério da Saúde. Foram coletados o número de casos e de óbitos acumulados por Covid-19, por raça/cor indígena, por município, sexo e faixa etária nos Distritos, Ceará e no Brasil, desde o início da pandemia até 23-04-2021, segundo o site do Ministério da Saúde e segundo a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, através do sistema IntegraSUS. Utilizou-se a população indígena aldeada informada pelo Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena-SIASI. Extraiu-se gráficos do IntegraSUS. Calculou-se a incidência acumulada (/100.000 habitantes) dos casos, a mediana dos casos e dos óbitos, assim como a Letalidade (%) até a 15a Semana Epidemiológica (SE) de 2021. Os dados foram tratados em planilhas eletrônicas. Seguiu-se os normativos do Conselho Nacional de Saúde quanto às questões éticas. Foram excluídos 79.980 casos, por incompletude de dados (IntegraSUS).

Resultados

Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil foram confirmados 13.943.071 casos e 373.335 óbitos por Covid-19, com letalidade de 2,68%. Destes, segundo a plataforma, 47.164, 653 e 2,1%, respectivamente, foram de indígenas com cobertura de atenção básica especificamente prestada pelo Ministério da Saúde, sendo a mediana de casos 1.218 e óbitos 12, por Distrito (Tabelas 9 e 10).

Tabela 9 – Número de casos de óbitos acumulados, incidência e mortalidade[1] e letalidade (%), segundo a região, Brasil, 2021

Região	Casos	Óbitos	Incidência	Mortalidade	etalidade
Sudeste	5.146.001	168.635	5.823,1	190,8	3,28
Centro-Oeste	1.468.620	35.005	9.011,6	241,8	2,38
Norte	1.444.164	35.742	835,5	193,9	2,47
Sul	2.684.704	56.123	8.956,2	187,2	2,09
Nordeste	3.199.582	77.830	5.606,3	136,4	2,43
Brasil	**13.943.071**	**373.335**	**6.634,9**	**177,7**	**2,68**

Fonte: Ministério da Saúde.[1] por 100.000 hab. Dados em 19 abr. 2021.

Tabela 10 – Número de casos de Covid-19, segundo o DSEI, Brasil. 2021

(continua)

Cód. DSEI	DSEI	Confirmados	Óbitos
1	Alagoas e Sergipe	348	6
2	Altamira	1832	2
3	Alto Rio Juruá	897	11
4	Alto Rio Negro	2318	25
5	Alto Rio Purus	643	7
6	Alto Rio Solimões	2274	50
7	Amapá e Norte do Pará	980	5
8	Araguaia	346	7
9	Bahia	1051	8
10	Ceará	1245	8
11	Cuiabá	1303	24
12	Guamá-Tocantins	1529	19
13	Interior Sul	2986	48
14	Kaiapó do Mato Grosso	1273	5
15	Kaiapó do Pará	1218	9
16	Leste de Roraima	4095	65
17	Litoral Sul	1425	19
18	Manaus	1220	22

Tabela 10 – Número de casos de Covid-19, segundo o DSEI, Brasil. 2021

(conclusão)

Cód. DSEI	DSEI	Confirmados	Óbitos
19	Maranhão	1717	31
20	Mato Grosso do Sul	4349	88
21	Médio Rio Purus	551	6
22	Médio Rio Solimões e Afluentes	772	11
23	Minas Gerais e Espírito Santo	677	9
24	Parintins	596	12
25	Pernambuco	692	12
26	Porto Velho	1514	14
27	Potiguara	809	4
28	Rio Tapajós	2113	17
29	Tocantins	1202	10
30	Vale do Javari	827	3
31	Vilhena	1062	17
32	Xavante	930	56
33	Xingu	1142	18
34	Yanomami	1640	13
	Total	**47.576**	**661**

Fonte: Ministério da Saúde. Boletim Covid-19.
Disponível em: https://saudeindigena.saude.gov.br/corona .Acesso em 03-05-2021.

Ainda segundo a plataforma do MS, conforme Boletim da 15a. Semana Epidemiológica de 2021, a incidência por Covid-19 foi de 636,2/100.000 habitantes, com Taxa de Mortalidade 13,2/100.000 habitantes e Letalidade: 2,1%, de 26-04-2021 (BRASIL, 2021).

Assim, ainda que a magnitude em número de casos não seja elevada do mesmo modo em todas os municípios, a Covid-19 representa um risco para a saúde pública, considerando as condições socioeconômicas associadas às condições clínicas de risco para desenvolvimento de complicações (CEARÁ, 2020; BRASIL, 2020).

Dos dados disponíveis da Plataforma IntegraSUS, do governo do estado do Ceará, acerca do componente raça-cor, tem-se que dentre o total de casos confirmados de 716.868, sendo 2.112 indígenas autodeclarados[48], apesar de 79.980 com o campo raça-cor não informado. Dentre os casos confirmados de indígenas a plataforma não informa qual etnia indígena pertencem, embora o IntegraSUS capte dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN que contempla esse campo. O fato pode ocorrer ou porque a informação não foi coletada, ocasionando a incompletude dos dados ou porque a etnia autodeclarada não consta na lista.

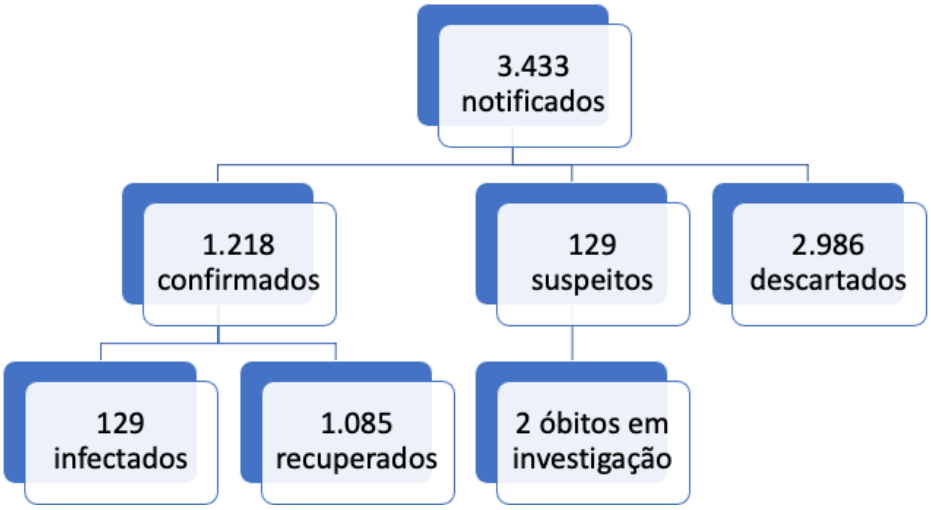
Por outro lado, o Ministério da Saúde em suas informações específicas acerca da Covid-19 na população indígena, conforme Tabelas 2 e 3, apresentando valores aquém dos apresentados pela SESA, apontando apenas 1.218 casos confirmados para os 2.112 identificados por esta.

Destaca-se que os dados do Ministério da Saúde, segundo o DSEI-CE são referentes aos registros de casos de indígenas autodeclarados, detectados pelas equipes de atenção primária nas aldeias da área de abrangência do DSEI-CE, postados em rede social em 23/04/2021 através de Boletim Epidemiológico, conforme dados transcritos e adaptados constantes na Figura 1 e Tabela 3.

Em relação aos dados quanto ao número de óbitos, a SESA informa a ocorrência de 21 casos, enquanto o MS aponta apenas 8 casos de óbito por Covid-19 no período analisado (Tabela 10, Figura 103).

[48] Autodeclarado, autoidentificado: atribuição de uma categoria étnico-racial escolhida pela própria pessoa. Também chamada processo de identificação ou de classificação (PETRUCCELLI, 2013).

Figura 103 – Vigilância de Casos de Covid-19 notificados em indígenas aldeados do Ceará, 2021



Fonte: MS/DSEI-CE. Dados referentes a 23/04/2021

Em relação aos municípios, o MS apontou as maiores ocorrências de casos confirmados em Caucaia (317), Maracanaú (216), Crateús (208), Itarema (198) e Monsenhor Tabosa (78). Embora os valores sejam diferentes, se aproximam e mantêm a sequência decrescente, exceto Monsenhor Tabosa (Tabelas 3 e 4).

Da mesma forma, nos dados informados pela SESA-CE observa-se a maior ocorrência de casos nos municípios mais populosos, tendo Fortaleza (101), Caucaia (335), Maracanaú (299), Crateús (240), conglomerados urbanos e, ainda, Itarema (231) e Monsenhor Tabosa (142) (Tabela 11).

Por outro lado, a incidência varia muito, especialmente nos municípios com menor densidade populacional, mas que ocorreu pelo menos um caso confirmado pela Covid-19, estando as maiores incidência em Monsenhor Tabosa (824), Itarema (552,3) e Aratuba (552,3)/100.000 habitantes, segundo a SESA-CE (Tabela 4, Figura 3), enquanto para o MS, as maiores incidências foram em Tamboril (144,3), Acaraú (99,6) e Crateús (73,8)/100.000 habitantes (Tabela 12).

Tabela 11 – Municípios com informação de óbito por Covid-19, segundo raça/cor indígena, por município, Ceará, 2021

Unidade	Nº Casos	Taxa de Incidência	Nº Óbitos	Taxa de Mortalidade	Taxa de Letalidade (%)
Crateús	208	73,8	2	0	1,0
Caucaia	317	36,1	2	0	0,6
Itarema	198	77	0	0	0
Pacatuba	48	45,6	0	0	0
Tamboril	29	144,3	0	0	0
Acaraú	4	10,2	0	0	0
Boa Viagem	4	10,2	0	0	0
Maracanaú	216	67,6	2	67,6	1,0
Monsenhor Tabosa	78	36,2	2	40,4	1,8
Total Ceará	**1.218**	**47,7**	**8**	**2,0**	**0,7**

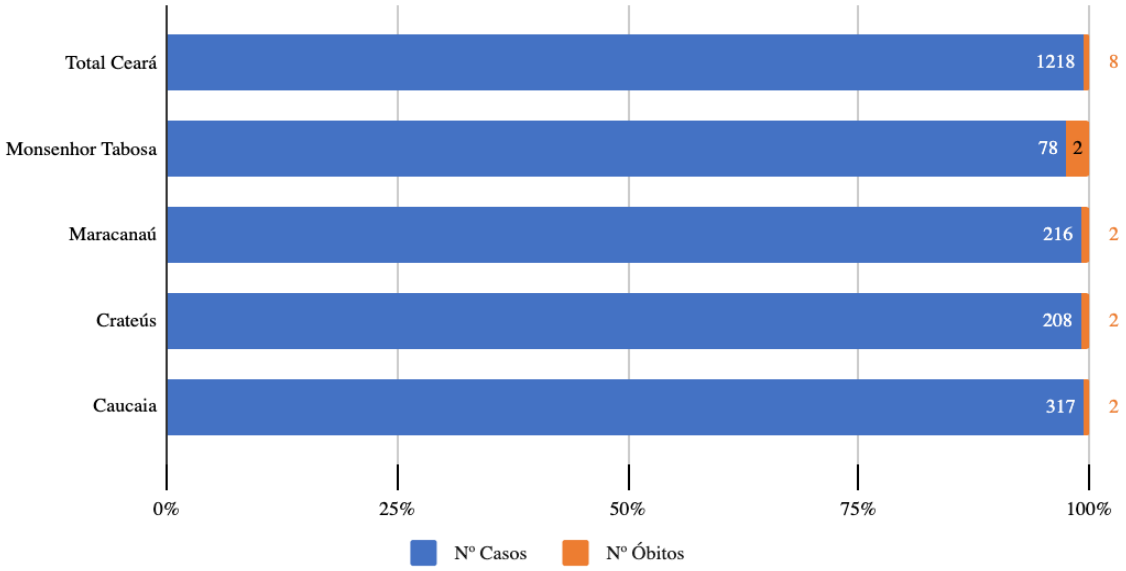
Fonte: IntegraSUS. Acesso em 09/05/2021. Nota: (1) Listados municípios com número de casos confirmados a partir de 10; Inclui todos os municípios; Taxa de Incidência e Mortalidade não informado. Nota:(2) Inclui somente municípios com cobertura de AB específica para população indígena.

Tabela 12 – Municípios com ocorrência de óbito por Covid-19, segundo o Ministério da Saúde, na população indígena com cobertura de AB, Ceará, 2021

Unidade	Nº Casos	Taxa de Incidência	Nº Óbitos	Taxa de Mortalidade	Taxa de Letalidade (%)
Caucaia	317	36,1	2	22,8	0,6
Crateús	208	73,8	2	71,0	1,0
Maracanaú	216	67,6	2	62,6	1,0
Monsenhor Tabosa	78	36,2	2	92,9	1,8
Total Ceará	**1.218**	**47,7**	**8**	**2,0**	**0,7**

Fonte: MS-SESAI-DSEI-CE, 23/04/2021. Nota: Listados municípios com ocorrência de óbitos; Total de casos inclui somente municípios com Atenção Básica específica.

Figura 104 – Número de casos e óbitos por Covid-19 (n=1.218), segundo o Ministério da Saúde, na população indígena com cobertura de AB, Ceará, 2021



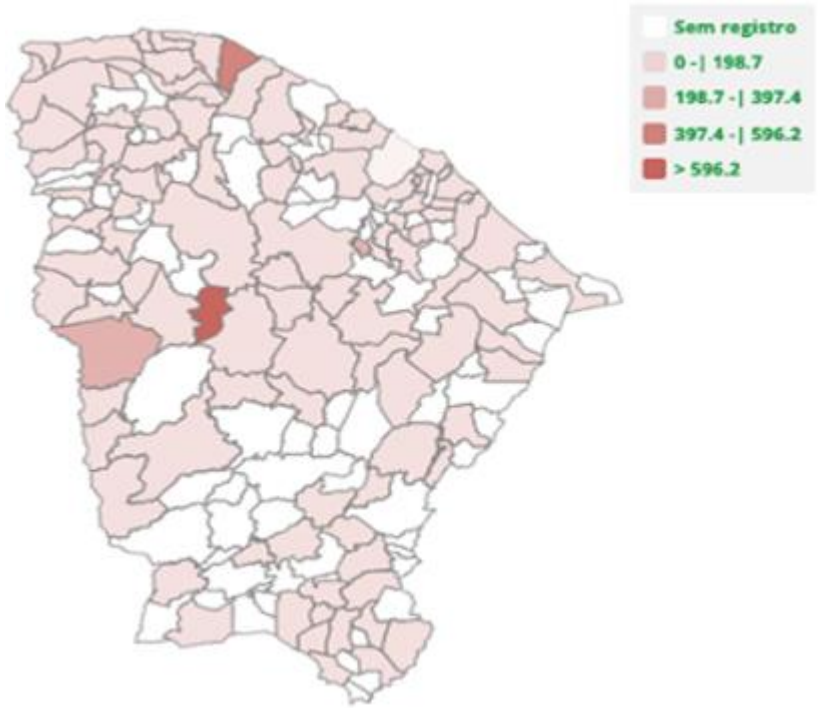
Fonte: MS-SESAI-DSEI-CE, 23/04/2021. Nota: Listados municípios com ocorrência de óbitos; O total de casos inclui somente municípios com Atenção Básica específica.

Tabela 13 – Municípios com ocorrência de óbito por Covid-19 na população indígena, segundo a SESA-CE, Ceará, 2021

Unidade	Nº Casos	Taxa de Incidência	Nº Óbitos	Taxa de Mortalidade	Taxa de Letalidade (%)
Acaraú	29	46,30	1	1,6	3,45
Boa Viagem	9	25,70	1	16,5	11,11
Caucaia	319	88,30	1	0,3	0,31
Crateús	217	289,00	2	2,7	0,92
Forquilha	1	4,10	1	4,1	100,00
Fortaleza	90	3,40	5	0,2	5,56
Iguatu	4	3,90	1	1	25,00
Juazeiro do Norte	82	29,90	1	0,4	1,22
Maracanaú	281	123,00	1	0,4	0,36
Pacajus	6	8,30	1	1,4	16,67
Pacatuba	67	80,30	2	2,4	2,99
Sobral	5	2,40	1	0,5	20,00
Tamboril	31	118,10	1	3,8	3,23
Tauá	2	3,40	1	0,7	50,00
Tianguá	5	6,60	1	1,3	20,00
Total Ceará	**1.829**	**-**	**21**	**-**	1,15

Fonte: IntegraSUS. Acesso em 09/05/2021, atualizados em 01/11/2022.
Nota: (1) Listados municípios com ocorrência de óbito; Total de casos inclui todos os municípios.

Figura 105 – Incidência de casos confirmados de Covid-19, segundo a raça/cor indígena, por 100.000 habitantes segundo município de residência, Ceará, 2021

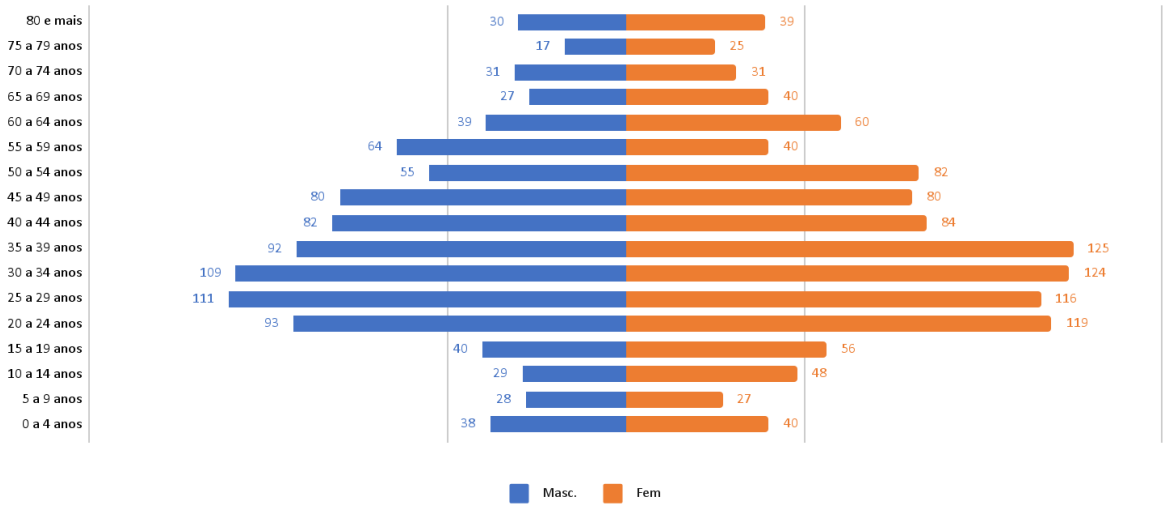


Fonte: IntegraSUS. Acesso em 03/05/2021. Nota: a categoria “indígena” adotada pela SESA é a utilizada pelo IBGE

Destaca-se ainda que a SESA não distingue a etnia identificada, tampouco o DSEI-CE. Ainda que se relacione as etnias predominantes naqueles municípios as informações se tornam inconsistentes quanto a esse aspecto, ressalvando-se os municípios de Aquiraz, Caucaia, Itarema e Maracanaú, onde as etnias predominantes são Jenipapo-Kanindé, Tapeba, Tremembé e Pitaguary, respectivamente (BRASIL, 2021). Por outro lado, ao se identificar a etnia, deve-se considerar o risco de perda da proteção da anonimização dos dados em se tratando de minorias.

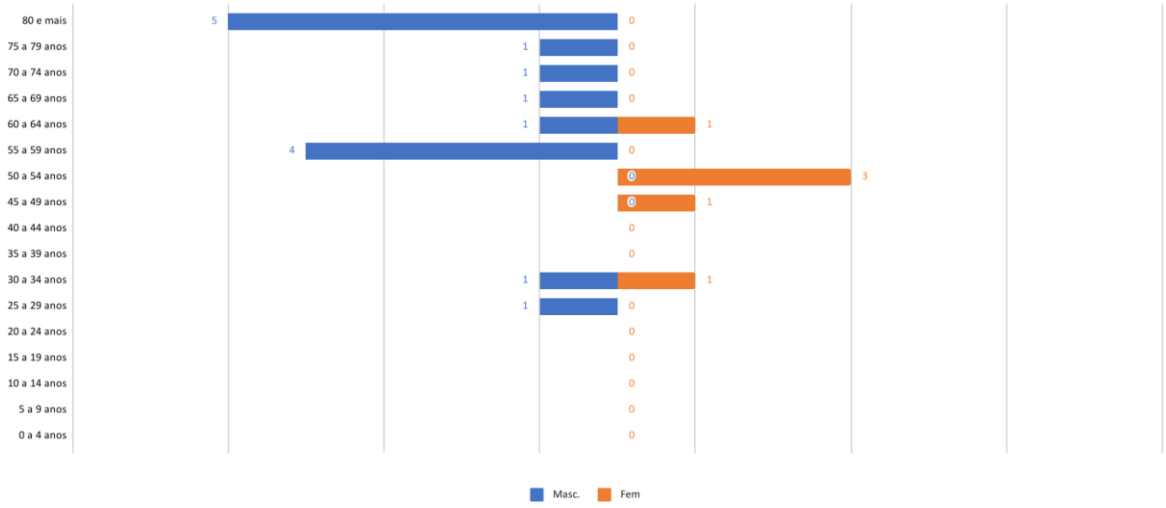
Em relação ao sexo, somente a SESA disponibiliza a informação, conforme Figura 4, onde predomina os casos em mulheres, especialmente naquelas em idade fértil, alcançando o maior valor na faixa entre 30 a 34 anos, com 126 casos notificados (Figura 4).

Figura 106 – Número de casos confirmados de Covid-19 (n=2.105), segundo a raça/cor: indígena, Ceará, 2021



Fonte: IntegraSUS. Acesso em 09/05/2021.

Figura 107 – Número de óbitos por Covid-19 (n=21), segundo a raça/cor indígena, por faixa etária e sexo. Ceará, 2021



Fonte: IntegraSUS. Acesso em 09/05/2021.

Assim, no cruzamento dos municípios da SESA e do MS, observa-se que os dados informados em ambos os serviços guardam certa congruência nas informações. Por outro lado, as informações apresentadas em variados municípios, ressalvados possíveis “erros” de digitação de diversos locais com um caso da doença, há vários municípios com mais de um caso registrado, tais como Tianguá, Russas, Capistrano, Sobral e até mesmo Fortaleza.

Em Fortaleza houve três óbitos registrados, o que aponta para a necessidade do serviço de saúde indígena atualizar seu território de abrangência, ainda que se trate de indígenas em área urbana, assim como, no mínimo, incluir Juazeiro do Norte, onde foram registrados 89 casos.

Identifica-se que os dados fornecidos pelas instituições de saúde se apresentam de diferentes formas, considerando-se que a base populacional utilizada toma diferentes critérios para sua composição, o que determina a identificação, o registro e análise de dados e informações. No caso do Ceará, a SESA-CE utiliza como critério de identificação da população indígena a autoidentificação, conforme utiliza o IBGE a partir do último censo populacional. Por outro lado, o MS utiliza como base populacional a identificação daqueles indígenas residentes em aldeias sob cobertura de equipes de atenção primária, ainda que autoidentificados.

Considerações Finais

Ao comparar os dados fornecidos pelas instituições de saúde com o objetivo de contribuir para a identificação de possíveis deficiências apontadas como causas do problema pela SESAI, embora sejam necessários mais estudos para se detalhar a situação da pandemia por Covid-19 entre a população indígena, observa-se a necessidade de cuidados específicos a este grupo e de maiores detalhamentos, como sexo, etnia e aldeia. Apesar da fragilidade na heterogeneidade do quantitativo populacional entre a própria população indígena tanto em nível nacional quanto regional, umas com valores extremamente baixos e outras altos, a quantidade de casos no Ceará apresentou valor acima da mediana nacional. Adicionalmente, por se tratar de quantitativo de dimensões incomparáveis com a população nacional, dada sua minoria, a sistematização dos dados através de sistema informatizado acessível e atualizado poderia minimizar as dificuldades para o mapeamento da situação de saúde dessa população e contribuir para visibilidade de dados e a priorização de estratégias planejadas pela SESAI-MS, especialmente em se tratando da prevenção e controle de doenças de alta transmissibilidade que exigem ações imediatas, como é o caso da Covid-19.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao procurar desvelar lacunas de conhecimentos acerca da etnomedicina dos Potyguara de Monsenhor Tabosa, Ceará, percebemos um intenso processo de reemergência da população indígena, passando de tutelado a protagonista, num processo contínuo de crescimento e de retomada de seus direitos, ao longo do tempo, fundamentando e ou fundamentado na reformulação de políticas mais equitativas. Entre as principais conquistas está a retomada das práticas médicas tradicionais como eixo estruturante da cultura dos Potyguara, fazendo parte das relações sociais e de poder entre a natureza e a produção a partir da terra, dos alimentos e da sustentabilidade de plantas nativas.

Neste percurso, ao mapearmos os detentores dos conhecimentos tradicionais indígenas, os cuidadores tradicionais indígenas, abriu-se um grande e rico mapa sinótico do sistema médico Potyguara que organizamos como representantes generalistas e especialistas que configuram um sistema próprio de referência médica que se utiliza de especialistas dentro e próximo às aldeias, invisibilizados pelo sistema de saúde biomédico e que pode contribuir para um trabalho colaborativo entre os sistemas médicos tradicionais e biomédico. Nesta riqueza de informações obteve-se a percepção que o significado de saúde para os Potyguara sustenta-se no equilíbrio entre o respeito aos cuidados e rituais com o espírito e com o corpo, o que leva ao cuidador tradicional a não cobrar nenhum benefício por sua intermediação. Ao contrário, é imperiosamente necessário o bem-estar do próprio cuidador para um efetivo tratamento, sob pena de reversão sobre si próprio e, por isso, todo um cuidado ao receber e ao orientar cada pessoa, em sua espiritualidade.

A aplicação de instrumentos e ferramentas educativas, com foco nas ações de promoção da saúde, prevenção e cuidados e de estímulo ao autocuidado, propiciou a vivência e a valorização das práticas médicas indígenas. Além disso, promoveu uma proposta de qualificação específica para atuação de profissionais em contexto culturalmente diferenciado em saúde indígena.

Finalmente, ao sermos atravessados em nosso percurso desta tese pela pandemia por Covid-19 e ao sofrermos com sua avassaladora chegada, passamos a descrever o perfil epidemiológico da Covid-19 no contexto indígena no Ceará, utilizando-se de dados abertos do SUS com a finalidade de avaliar seus impactos na

saúde da população indígena. Apontamos com os resultados a fragilidade das informações e a necessidade e importância da uniformização dos procedimentos metodológicos de identificação da população-alvo para qualificação do planejamento, implementação e avaliação dos programas de saúde pública voltados para a população indígena para minimização das perdas e dores de vidas.

Assim, podemos relacionar que a procura dos significados da teia simbólica que expressam a cultura dos povos indígenas e, per si, da compreensão das concepções e dos processos de saúde e doença frente ao seu processo semiótico, podem contribuir para o mapeamento da compreensão de equilíbrio com a vida espiritual e de convergência dos determinantes sociais na saúde dos indígenas. A interpretação do processo de reelaboração das práticas tradicionais de saúde dos Potyguara na contemporaneidade se propõe a contribuir para o fortalecimento dessa reconstrução, frente ao seu caráter emergente, especialmente mediante um sistema médico oficial biomedicamente hegemônico.

Propomos que a compreensão dos processos e dos conhecimentos tradicionais acerca das curas e sua visão de mundo, frente às transformações sociais e a reelaboração cultural que vivem, poderá contribuir para um trabalho compartilhado entre os cuidadores das práticas tradicionais de saúde indígena e os profissionais (da biomedicina), concentrando-se nas concepções e na experiência dos processos de adoecimento e cura, a partir do meio sociocultural, entrelaçando etnomedicina e a antropologia simbólica para o alcance de uma atenção realmente diferenciada ao povo indígena, considerando-se especialmente as transformações sociais e a reelaboração cultural que vivem, associada ao crescimento populacional e as reivindicações político-sociais.

A percepção da importância das práticas tradicionais de saúde indígena enquanto elementos positivos da cultura, sob domínio dos próprios grupos indígenas, das comunidades quanto de seus praticantes, fortalecem a relação entre os sistemas médicos indígenas e o sistema oficial de saúde, levando à valorização, manutenção e atualização dos saberes e práticas tradicionais de cuidado com a saúde. Finalmente, essa relação mostra-se como uma ideia de saúde, num processo semiótico de equilíbrio espiritual, num bem-viver.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. **O bem viver**: uma oportunidade para imaginar outros mundos. São Paulo: Editora Elefante, 2016.

AGUIAR, R. L. S. **Antropologia sociocultural**. Dourados, MS: Ed. UFGD, 2015. 84 p. (Coleção Cadernos Acadêmicos).

ALEGRE, S. P. Etnicidade e mudança cultural. **Revista de Ciências Sociais**, Fortaleza, v. 27, n.1/2, p.136-142, dez. 1996. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/10301. Acesso em: 23 maio 2021.

ALEGRE. S. P. De ignorados a reconhecidos: a “virada” dos povos indígenas no Ceará. *In*: PINHEIRO, J. P. *et al*. (Orgs.). **Ceará terra da luz, terra dos índios**: história, presença, perspectiva. Fortaleza: Ministério Público Federal, 2002.

ALMEIDA FILHO, N.; JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 879-889, out. 2002. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400019. Acesso em: 5 maio 2021.

ALVES, A. O.; PONTES, A. L. M.; SOUSA, I. C. F. Interculturalidade e formação profissional de agentes indígenas de saúde na egião do alto rio Purus, Brasil. **Abatirá - Revista de Ciências Humanas e Linguagens**, *[S. l.]*, v. 1, n. 2, p. 205-232, dez. 2020. Disponível em: https://www.revistas.uneb.br/index.php/abatira/article/view/9620. Acesso em: 30 maio. 2022.

ANDRADE, J. T.; SOUSA, C. K. S. Práticas indígenas de cura no Nordeste brasileiro: discutindo políticas públicas e intermedicalidade. **Anuário Antropológico**, *[S.l.]*, v. 41, n. 2, p. 179-202, out. 2016. 2023. Disponível em: http://journals.openedition.org/aa/2581. Acesso em: em: 16 abr. 2021.

ARARIPE, T. A. F. **“Quem deu esse nó não soube dar”**: a demarcação territorial do povo indígena Tapeba no Ceará e as interpretações de direitos no judiciário brasileiro. 2020. 107 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Programa de Pós-graduação em Direito, Faculdade de Direito, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2020. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/51042/1/2020_dis_tafararipe.pdf. Acesso em: 17 maio 2021.

ARMSTRONG, A. D.; LADEIA, A. M.; MARQUES, J.; ARMSTRONG, D. M.; SILVA, A. M.; MORAIS JUNIOR, J. C.; BARRAL, A.; CORREIA, L. C. L.; BARRAL-NETTO, M.; LIMA, J. A. C. Urbanization is associated with increased trends in cardiovascular mortality among indigenous populations: the PAI study. **Arq Bras Cardiol**., São Paulo, v. 110, n. 3, p. 240-245, mar. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-

782X2018000300240#:~:text=Our%20 findings%20 indicate%20that%20the,to%20CV%20 risk%20 beyond%20 ethnicity. Acesso em: 7 maio 2021.

ARRUTI, J. M. Etnogêneses indígenas. *In*: RICARDO, B.; RICARDO, F. (Orgs.). **Povos indígenas no Brasil 2001/2005**. São Paulo: Instituto socioambiental. 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA. **Notas**. Yanomami: tragédia humanitária anunciada. 2023. Disponível em: http://www.portal.abant.org.br/2023/01/24/yanomami-tragedia-humanitaria-anunciada/#_ftn4. Acesso em: 18 maio 2023.

ATHIAS, R. Medicina indígena no Rio Negro – Experiência de um projeto. *In*: MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA EM CONTEXTOS, 2007, Brasília. **Anais [...]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

ATHIAS, R.; MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um dialogo interdisciplinar. **Cad. Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 425-431, mar. 2001. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000200017&lng=en&nrm=iso. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000200017. Acesso em: 30 maio 2021.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR. I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde** – conceitos, desafios, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

AZEVEDO, M. Povos indígenas na América Latina estão em processo de crescimento. *In*: RICARDO, C. A.; RICARDO, F. (Orgs.). **Povos indígenas no Brasil, 2001/2005**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2005. p. 55-58.

BACHELARD, G. **A epistemologia**. Lisboa: Edições 70, 2000.

BAÉZ, F. A **história da destruição cultural da América Latina**: da conquista à globalização. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2010.

BALBI, F. A. Moral, ética y codificación en la antropología sociocultural argentina. **Avá**, Posadas, n. 28, p. 43-71, jun. 2016.

BARBOSA, J. M. V. **Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada no povo indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira - PE.** 2010. 102f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

BARBOZA, E. H. L.; MARIZ, S. F. No Ceará não tem disso não? Negacionismos e povos indígenas e negros na formação social do Ceará. **Rev. Bras. Hist**., São Paulo, v. 41, n. 87, maio/ago. 2021.

BARRETO FILHO, H. T. **Tapebas, tapebans e pernas**: etnogênese como processo social de luta simbólica. 1993. 32 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

BARRETO, I. C. H. C.; ANDRADE, L. O. M.; MOREIRA. A. E. M. M.; COSTA, E. D.; GONÇALVES, F. L., MAIA, L. A.; NOGUEIRA, M. S. L.; IRINEU, R. A. Reforma sanitária no Ceará: lutas e conquistas em um cenário adverso. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 90, p. 387-395, jul./set. 2011. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341766006.pdf Acessado em: 8 maio 2021.

BARRETO, J. P. L. Bahserikowi - Centro de medicina indígena da Amazônia: concepções e práticas de saúde. **Rev. Antropol**., Manaus, v. 9, n. 2, p. 594-612, jun. 2017. Disponível em: https://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/5665/4679. Acesso em: 12 dez. 2022.

BARROS, P. S. **Confrontos invisíveis**: colonialismo e resistência indígena no Ceará. São Paulo: Annablume, 2002.

BASTA, P. C.; ORELLANA, J. D. Y.; ARANTES, R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. *In*: GARNELO, L.; LIMA, A. C. (Orgs.). **Saúde Indígena**: novos trajetos. Brasilia: MEC, 2012

BATALLA, G. B. El etnodesarrollo: sus premisas jurídicas, políticas y de organización. *In*. ARAVENA, F. R. (Org.). **América Latina**: etnodesarrollo y etnocidio. San José: Ediciones FLACSO, 1982.

BEN-SHLOMO, Y. KUH, D. A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives, **International Journal of Epidemiology**, *[S.l.],* v. 31, n. 2, p. 285-293, abr. 2002. Disponível em: https://doi.org/10.1093/ije/31.2.285. Acesso em: 14 ago. 2022.

BIBEAU, G.; CORIN, E. **Beyond textuality**: asceticism and violence in anthropological interpretation. Berlin: Mouton de Gruyter, 1995. p. 3-54.

BIRMAN, J. **Freud e a interpretação psicanalítica**: a constituição da psicanálise. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1991.

BITTENCOURT, L. A **fotografia como instrumento etnográfico**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

BOARETO, J. D. *et al.* Estado nutricional de indígenas Kaingang e Guarani no estado do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2323-2338, mar. 2015.

BOAS, F. **A mente do ser humano primitivo**. Petrópolis, Vozes, 2010.

BOCKORNI, B. R. S.; GOMES, A. F. A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. **Revista de Ciências Empresariais da UNIPAR**, Umuarama, v. 22, n. 1, p. 105-117, jan./jun. 2021.

BOSELEY, S "**Austerity blamed for life expectancy stalling for first time in century**". [*S.l.*]: [s.n.], 2020.

BOTELHO, J. B.; COSTA, H. L. Pajé: reconstrução e sobrevivência. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 927-956, dez. 2006.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

BRACKEN-ROCHE, D.; BELL, E.; MACDONALD, M. E.; RACINE, E. The concept of 'vulnerability' in research ethics: an in-depth analysis of policies and guidelines. Health Res PolicySyst., [*S.l*], v. 15, n. 1, p. 1-18, fev. 2017.

BRASIL. Conselho de Gestão do Patrimônio. Resolução nº 5, de 20 de março de 2018. Aprova o modelo de Termo de Transferência de Material – TTM. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, p. 47, 11 abr. 2018. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará. IFCE desenvolve projeto de fortalecimento da língua Tupi-Nheengatu. **Notícias**, Fortaleza, 23 fev. 2022. Disponível em https://ifce.edu.br/crateus/noticias/instituto-federal-do-ceara-desenvolve-projeto-de-fortalecimento-da-lingua-tupi-nheengatu. Acesso em: 18 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Justiça. Fundação Nacional do Índio. **Índios do Brasil**. Brasília: Ministério da Justiça, 2013. Disponível em: http://.www.funai.gov.br. Acesso em: 20 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Cultural do Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Linha do tempo da saúde indígena**. Disponível em: http://www.ccms.saude.gov.br/saudeindigena/jpg/background/cobraLinhadotempo3.jpg. 2010. Acesso em: 30 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução No. 466. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 1, 13 dez. 2012a. Seção 1. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 18 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Histórico 1a a 5a Conferência Nacional de Saúde Indígena**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/HISTORICO_1_A_5CNSI.pdf. Acesso em: 14 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus COVID 19**. O que você precisa saber. Brasília. 2020. Disponível em: http://.www.saude.gov.br. Acesso em: 11 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Superintendência Regional do Ceará. Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará. **Plano distrital de saúde indígena**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 20 anos de Saúde Indígena no SUS. **Um retrato do subsistema de atenção à saúde indígena criado pela Lei Arouca em 1999**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/20-anos-de-saude-indigena-no-sus. Acesso em: 16 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 254, de 31 de janeiro de 2002**. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da III Conferência Nacional Proteção a Saúde do Índio**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS atenção básica**: manual do sistema com coleta de dados simplificada: CDS – Versão 3.0 Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria 1.317, de 13 de agosto de 2017**. Adequa o registro das informações relativas a estabelecimentos que realizam ações de Atenção à Saúde para populações indígenas no CNES, Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Agente indígena de saúde e agente indígena de saneamento**: diretrizes e orientações para a qualificação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 140 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agente_indigena_saude_saneamento.pdf. Acesso: 16 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Analise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações **Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará**. Fortaleza: Área Técnica de Vigilância em Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena**. Boletim Covid-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://saudeindigena.saude.gov.br/corona. Acesso em: 3 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Boletim Epidemiológico da SESAI**. Disponível em: http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/mapaEp.php. Acesso em: 6 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena. **Mapa de localização**. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/estrutura/dsei. Acesso em: 18 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará. **Plano distrital de saúde indígena**. 2012-2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará. **Plano distrital de saúde indígena**. 2016-2019. Monitoramento. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará. **Plano distrital de saúde indígena**. 2020-2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Relatório Anual de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/09/Relatorio-de-Gestao-2017-versao-sistema-TCU.pdf. Acesso em: 17 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará. Conselho Distrital de Saúde Indígena do Ceará. Grupo de Trabalho para a Medicina Tradicional. **Projeto de intervenção para a medicina tradicional indígena**: árvore da vida: práticas de medicinas tradicionais indígenas nas comunidades adscritas do Ceará. Projeto. Fortaleza, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará. **Vigilância de Casos de Covid-19 notificados em indígenas aldeados do Ceará.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Boletim Covid-19**. 2019. Disponível em: https://saudeindigena.saude.gov.br/corona. Acesso em: 3 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Boletim Epidemiológico da SESAI**. 2020. Disponível em: http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/mapaEp.php. Acesso em: 6 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará. Fortaleza. 2022. **Vigilância de casos de Covid-19 notificados em indígenas aldeados do Ceará**, 2021. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará. **Área Técnica de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará. **Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena-SIASI.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Informe Epidemiológico da SESAI**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/pdf/Informe%20Epidemiol%C3%B3gico%20SE%2015_2022_SESAI_COVID-19.pdf. Acesso em: 3 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Relatório Anual de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/09/Relatorio-de-Gestao-2017-versao-sistema-TCU.pdf. Acesso em: 17 maio 2021.

BRASIL. Ministério Público Federal. 6ª Câmara - Populações Indígenas e Comunidades Tradicionais. Grupo de Trabalho Prevenção de Atrocidades Contra Povos Indígenas e Formas de Reparação. **Relatório Figueiredo**. Brasília: MPF, s.d. Disponível em: https://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/grupos-de-trabalho/violacao-dos-direitos-dos-povos-indigenas-e-registro-militar/relatorio-figueiredo Acesso em: 18 mar. 2023.

BRASIL. Ministério Público Federal. 6ª Câmara, Populações Indígenas e Comunidades Tradicionais. Ministério Público em Defesa das Terras Indígenas. **Fases do Processo de Demarcação de Terras Indígenas**. Brasília: MPF, 2022.

BRASIL. Ministério Público Federal. Câmara de Coordenação e Revisão. **Manual de jurisprudência dos direitos indígenas, 6ª Câmara de Coordenação e Revisão, Populações Indígenas e Comunidades Tradicionais**. Brasília: MPF, 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto No 3.156, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nºs 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, Edição Extra, p. 37, 28 ago. 1999, Seção 1. (Publicação Original).

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto No 1.141, de 5 de maio de 1994. Dispõe sobre as ações de proteção ambiental, saúde e apoio às atividades produtivas para as comunidades indígenas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Seção 1, 20 maio 1994, p. 7443 (Publicação Original).

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei no 601, de 18 de setembro de 1850**. Dispõe sobre as terras devolutas do Império. Publicada na Secretaria de Estado dos Negócios do Império em 20 de setembro de 1850. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/leimp/1824-1899/lei-601-18-setembro-1850-559842-publicacaooriginal-82254-pl.html. Acesso em: 28 out. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei 9.836, de 23 de set. de 1999**. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Brasília: Casa Civil, 1999.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto Nº 10.088, de 5 de novembro de 2019. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo Federal que dispõem sobre a promulgação de convenções e recomendações da Organização Internacional do Trabalho - OIT ratificadas pela República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 nov. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto Nº 11.358, de 1º de janeiro de 2023. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão e funções de confiança. **Diário Oficial da União.** Edição Especial, Brasília, DF, 1 jan. 2023.

BRASIL. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Perfil epidemiológico dos indígenas assistidos pelo SasiSUS e panorama dos serviços de atenção primária**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3649/13/Perfil%20epidemiologico.pdf. Acesso em: 7 maio 2021.

BRESSAN, D.; BASTOS, J. L.; LEITE.; M. S Epidemiologia da hipertensão arterial em indígenas Kaingang, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil, 2013. **Cad. Saúde Pública**, [*S.l*], v. 31, n. 2, p. 1-14, fev. 2015.

BRITO, C.A.G. “Convívio e contaminação”: uma análise sócio-histórica sobre epidemias, demografia e povos indígenas na obra de Darcy Ribeiro. *In*: SANTOS, R. V.; GUIMARÃES, B. N.; BUCHILLET, D. (Orgs.). **A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde**. Em medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia. Belém: MPEG, 1991. p. 21-44. Disponível em: https://doi.org/10.7476/9786557080139.0010. Acesso em: 17 maio 2021.

BUCHILLET, D. **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia**. Belém: MPEG, 1991.

BUSGAIB, R. P. S. **Qualidade da assistência pré-natal e desfechos das gestações de mulheres indígenas do Ceará**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010. Disponível em: http://siduece.uece.br/siduece/trabalhoAcademicoPublico.jsf?id=66987. Acesso em: 23 maio 2021.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, jan./abr. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf . Acesso em: 20 maio 2021.

CAJAÍBA, R. L., SILVA, W. B., PIOVESAN, P. R. R. Animais silvestres utilizados como recurso alimentar em assentamentos rurais no município de Uruará, Pará, Brasil. **Desenvolv. Meio Ambiente**, [*S.l*],v. 34, p. 157-168, ago. 2015.

CAMPOS, M. Sinal de alerta para os povos da floresta: Demarcação de Terras Indígenas pelo Ministério da Agricultura é grave ameaça à Amazônia. 2019. Greenpeace. Disponível em: https://www.greenpeace.org/brasil. Acesso em: 15 mar. 2023.

CAPRARA, A. La Relación médico-paciente: un enfoque intercultural. *In*: CITARELLA, L; ZANFARI, A. (Orgs.). **Reflexiones sobre la interculturalidad en salud**. YACHAY TINKUY Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina. 2. ed. Colômbia: PROHISABA. p. 201. 2009.

CAPRARA, A. **Práticas etnomédicas e educação permanente intercultural dos profissionais de saúde**: uma pesquisa com os índios Potiguara de Monsenhor Tabosa, Ceará. Relatório, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico Técnico. Grupo de pesquisa: cultura, saberes e práticas em saúde. Centro de Ciências da Saúde. Fortaleza: UECE, 2015.

CAPRARA, A. **Saúde Indígena e multimorbidade: o processo de empoderamento dos potyguara de Monsenhor Tabosa**. Relatório, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico Técnico. Grupo de pesquisa: cultura, saberes e práticas em saúde. Centro de Ciências da Saúde. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2020.

CAPRARA, A.; DANTAS, M. S. L.; FONTES, M. S. S., SILVA, T. P.; SAMPAIO, M. S.; HENRIQUES, E. M. V.; SOUZA, M. L. T. **Saúde indígena e multimorbidade: o processo de empoderamento dos Potyguara de Monsenhor Tabosa**. Fortaleza: UECE, 2020. (Relatório Técnico).

CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Etnografía: Uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. **Interface** (UNI/UNESP), São Paulo, v. 12, n. 25, p. 361-74, abr./jun. 2008.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. V. A ética da palavra na relação profissionais de saúde-pacientes. **Ideias**, [*S.l*], v. 4, n. 1, p. 59-76, jul. 2013. Disponível em: https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ideias/article/view/8649398. Acesso em: 30 abr. 2023.

CAPRARA, A.; VERAS, M. S. C. Hermenêutica e narrativa: a experiência de mães de crianças com epidermólise bolhosa congênita. **Interface Comunicação. Saúde, Educação**, [*S.l*], . 9, n. 16, 131-146, set. 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/znZgB3NxyvpJFQcxvnGGJ3N/?format=pdf&lang=pt Acesso em: 30 maio 2021.

CEARÁ (Estado). Coordenadoria Regional de Desenvolvimento da Educação. **Cred 13**. Município de Monsenhor Tabosa. 2011. Disponível em https://www.crede13.seduc.ce.gov.br/2011/12/15/monsenhor-tabosa/. Acesso em: 15 maio 2023.

CEARÁ (Estado). IPECE, IPECE DATA. **Sistema de informações geo socioeconômicas do Ceará**. Perfil municipal. Fortaleza: IPECE, 2021. Disponível em: http://ipecedata.ipece.ce.gov.br/ipece-data-web/module/perfil-municipal.xhtml . Acesso em: 24 maio 2021.

CEARÁ (Estado). IPECE. **Marco referencial dos povos indígenas do Estado do Ceará**. 2006. Disponível em: http://www2.ipece.ce.gov.br/SWAP/swapii/salvaguardas/marco_logico_indigenas.pdf. Acesso em: 24 maio 2021.

CEARÁ (Estado). Secretaria da Saúde. **Novo coronavírus (Covid-19)**. O que você precisa saber. Fortaleza: SESA, 2020. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2020/02/novo_corona_o_que_vc_deve_saber_v2.pdf. Acesso em: 23 mar. 2021.

CEARÁ (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. **IntegraSUS**. Fortaleza: SESA, 2021. Disponível em: https://integrasus.saude.ce.gov.br/#/indicadores/indicadores-coronavirus/indice-transparencia&gt. Acesso em: 11 fev. 2021.

CEARÁ. Conselho Estadual de Saúde. Resolução Nº 05/99, de 03 de novembro de 1999. **Diário Oficial do Estado**, Série 2 Ano II, nº 455, Fortaleza, 7 dez. 1999. p. 16.

COELHO, F. C. *et al*. Assessing the potential impact of COVID-19 in Brazil: Mobility, Morbidity and the burden on the Health Care System. **PLoS One,** [*S.l*], v. 15, n. 9, e0238214, set. 2020.

COELHO-DE-SOUZA, G.; KUBO, R. R. Etnodesenvolvimento: a inserção da diversidade étnica no debate sobre desenvolvimento. *In*: CONTERATO, M.; RADOMSKY, G.; SCHNEIDER, S. (Orgs.). **Pesquisa em desenvolvimento rural**: aportes teóricos e proposições metodológicas, Porto Alegre: UFRGS, 2014. v. 1, p. 153-165.

COIMBRA JR, C. E. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I inquérito nacional de saúde e nutrição indígena. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 855-859, 2014.

COIMBRA JR, C. E. A.; SANTOS, R. V.; CARDOSO, A. M. Processo saúde-doença. *In*: BARROS, D. C.; SILVA, D. O.; GUGELMIN, S. Â. (Orgs.). **Vigilância alimentar e nutricional para a saúde indígena Rio de Janeiro**: Editora Fiocruz, 2007. v. 1.

COIMBRA JR, C.E.A. O sarampo entre sociedades indígenas brasileiras e algumas considerações sobre a prática da saúde pública entre estas populações. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 22-37, 1987.

COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. *et al.* **The xavante in transion**: health, ecology, and bioantropology in central Brazil. Michigan, EUA: The University of Michigan Press, 2002.

COIMBRA JÚNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003.

COIMBRA JÚNIOR. *et al.* The first national survey of indigenous people's health and nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. **BMC Public Health**, [*S.l*], v. 13, p. 52, 2013.

CONFALONIERI, U. E. C. O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 441-450, out./dez. 1989. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1989000400008. Acesso em: 7 maio 2021.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Professor Matos a transcendência do gênio**. Editorial. Pharmacia Brasileira. 2009. Disponível em: https://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/69/043a046.pdf. Acesso em: 28 fev. 2023.

CONVENÇÃO PARA A GRAFIA DOS NOMES TRIBAIS. Associação Brasileira de Antropologia. **Rev de Antropologia**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 150-152, maio1954. Disponível em: http://www.juliomelatti.pro.br/notas/n-cgnt.pdf. Acesso em: 15 out. 2022.

COORDENAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES INDÍGENAS DA AMAZÔNIA BRASILEIRA. **A devastadora e irreparável morte de Aruká Juma**. 2021. Disponível em: https://apiboficial.org/2021/02/17/a-devastadora-e-irreparavel-morte-de-aruka-juma. Acesso em: 21 fev. 2021.

CORREA JÚNIOR, A. J. S.; PARAIZO-HORVATH, C. M. S.; TELES, A. A. S.; SANTANA, M. E.; SONOBE, H. M. Aspectos metodológicos da etnografia focada sobre os sentidos: debatendo o uso de pequenas narrativas e fatos sociais de Durkheim. **Revista Pesquisa Qualitativa**, [*S.l*], v. 11, n. 26, p. 1-27, jan./abr. 2023.

CORREA, F. S. Signos, símbolos y significados de género como organizadores del proceso de trabajo entre edecanes. **Contextualizaciones Latinoamericanas**, [*S.l*], ano 16, n. 28, jan./jun. 2023.

COSTA, G. M. C.; GUALDA, D. M. R. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença. **História, Ciências, Saúde,** Manguinhos, v. 17, n. 4, p. 925-937, dez. 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-59702010000400005. Acesso em: 24 maio 2021.

COTÁN FERNÁNDEZ, A. El método etnográfico como construcción de conocimiento: un análisis descriptivo sobre su uso y conceptualización en ciencias sociales. **Márgenes Revista de Educación de la Universidad de Málaga**, Málaga, v. 1, n. 1, p. 83-103, jan. 2020.

COUTINHO, M. P. L. A Técnica de associação livre de palavras sobre o prisma do software tri-deux-mots (Versão 5.2). **Revista Campo do Saber**, [*S.l.*], v. 3, n. 1, p. 219-243, jan./jun. 2017. Disponível em: file:///Users/mariaslrdanta/Downloads/72-257-1-PB%20(1).pdf. Acesso em: 27 maio 2021.

CUNHA, L. A. **Abençoada cura**: poéticas da voz e saberes de benzedeiras. 2018. 204 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Centro de Ciências Humanas, Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

CUNHA, M. C. **A antropologia do Brasil**: mito, história, etnicidade. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

CUNHA, M. C. **Índios no Brasil**: história, direitos e cidadania. São Paulo: Claro Enigma, 2012. p. 12. Disponível em: https://www.companhiadasletras.com.br/trechos/35025.pdf. Acesso em: 7 maio 2021.

CUNHA, M. C. Secretaria Municipal de Cultura. **História dos índios no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

CUTOLO, L. R. A. Modelo biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **ACM Arq Catarin Med**., [*S.l.*], v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006. Disponível em: http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/392.pdf. Acesso em: 2021.

DAHLGREN, G., WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity and health**. Copenhagen: World Health Organization, 1992.

DANTAS, M. S. L. R., ALEXANDRINO, F. J. R, PITOMBEIRA, M. G. V., HENRIQUES, E. M. V., LEMOS, I. V., PINHEIRO, M. D., SÁTIRO, T. M. G., CAPRARA, A. Ações e serviços de saúde indígena: sua relação com as diretrizes nacionais. NACIONAIS. **Revista Contemporânea**, [*S.l.*], v. 3, n. 3, p. 1508-1524, fev. 2023. Disponível em: https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/480. Acesso em: 20 abr. 2023.

DANTAS, M. S. L. R., ALMEIDA, M. **Implantação de estratégia de intervenção educativa para qualificar a assistência ao pré-natal realizada pelos profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena, DSEI-CE**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso. (Especialização em Saúde Indígena Região Mata Atlântica) – Universidade Federal de São Paulo, Universidade Aberta do SUS, São Paulo, 2017.

DANTAS, M. S. L. R.; HENRIQUES, E. M. V. **Descrição da metodologia utilizada para o levantamento de cuidadores tradicionais**. Projeto Árvore da Vida. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena Ceará. Fortaleza: [s.n.], 2018.

DANTAS, M. S. L. R.; HENRIQUES, E. M. V.; CAPRARA, A. SILVA, T. P., SAMPAIO, M. SAMPAIO, F. I. B., COELHO, J. P., FONTES, M. S. S. Diabetes e hipertensão: indicadores e ações estratégicas em populações indígenas. *In*: CAPRARA, A., MACÊDO, S., MATOS, J. O. (Orgs.). **Tempo de saúde**: empoderamento e cuidados de pessoas com doenças crônicas. Fortaleza. Escola de Saúde Pública do Ceará. 2018. p. 2115-236.

DANTAS, M. S. L. R.; HENRIQUES, E. M. V.; LEMOS, T. V. F., CAPRARA, A. A Pandemia por Covid-19 na população indígena: o caso das etnias cearenses. *In*: MISSIAS-MOREIRA, R.; MESQUITA, C. C. (Orgs.). **International handbook for the advancement of public health policies** – Health policy, planning and management. Porto, PT: Publicações ESS, 2021. 586p. p. 321-337.

DANTAS, M. S. L. R; CAPRARA, A. Saúde Indígena Potiguara. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO DA SAÚDE, 4., 2021, Rio de Janeiro. **Anais [...].** Campinas: Galoá, 2021. Disponível em: https://proceedings.science/cbppgs-2021/papers/saude-indigena-potiguara. Acesso em: 15 set. 2021.

DANTAS, M. S. L. R; HENRIQUES, E. M. V; CAPRARA, Etnomedicina Potyguara: Inter-olhares e práticas Tradicionais indigenas. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE, 1., 2016, Fortaleza. **Anais [...].** Fortaleza: EdUECE, 2016.

DANTAS, M.S.L.R.; CAPRARA, A.; SOUSA, M. L. T. de; POTYGUARA, T.; POTYGUARA, M. Práticas etnomédicas e educação permanente intercultural dos profissionais de saúde: uma pesquisa com os índios Potiguara de Monsenhor Tabosa – Ceará. *In*: LEITÃO, I. M. T. A.; FLORÊNCIO, R. S.; JORGE, M. S. B.; SILVA, M. G. C. (Orgs.). **Inovações transdisciplinares na saúde coletiva**: estratégias para o alcance de resultados positivos na saúde. Fortaleza: EdUECE, 2015.

DE LA CUADRA, F. **Buen vivir**: ¿Una auténtica alternativa post-capitalista? **Polis**, v. 14, n. 40, 2015. http://journals.openedition.org/polis/10893. Acesso em: 14 set. 2022.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. *In*: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 15.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. **DeCS**. São Paulo: BIREME, 2017. Disponível em: http://decs.bvsalud.org. Acesso em: 22 jun. 2017.

DI BELLA, G. **Indígenas recorrem à medicina tradicional no tratamento contra a covid-19**. National Geographic Society. 2020. Disponível em: https://www.nationalgeographicbrasil.com/cultura/2020/07/indigenas-recorrem-a-medicina-tradicional-no-tratamento-contra-a-covid-19. Acesso em: 7 mar. 2023.

DIAS, J.; NASCIMENTO, L. C.; MENDES, I. J. M.; ROCHA, M. M. Promoção de saúde das famílias de docentes de enfermagem: apoio, rede social e papéis na família. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 688-695, out./dez. 2007.

DIAS, L. G. **Poéticas das benzeduras da Ilha do Desterro**: um gênero. 2018. 193p. Tese (Doutorado em Filosofia e Antropologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-graduação em Filosofia e Antropologia, Florianópolis, 2018.

DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J. Transformações na atenção à saúde indígena: tensões e negociações em um contexto indígena brasileiro. Universitas Humanística, Bogotá, [*S.l.*], n. 80, p. 213-236, dez. 2015.

DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J.; DIAS-SCOPEL, R. P. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, maio 2012.

DILTHEY, W. **Introduction to the human sciences**. Princeton: Princeton University Press, 1991. http://www.marxists.org/reference/subject/philosophy/works/ge/dilthey1.htm. Acesso em 14 set. 2022.

DURHAM, E. R. **Argonautas do pacífico ocidental**. Apresentação. São Paulo: Abril Cultural, 2018.

ECKHOUT, A. BUVELOT, Q. **Albert Eckhout**: een Hollandse kunstenaar in Brazilië, Haia: Koninklijk Kabinet van Schilderijen Mauritshuis, 2004. p. 159.

EISENBERG, L. "Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness ". **Culture Medicine and Psychiatry**, [*S.l.*], v. 1, p. 9-23, abr. 1977.

FERREIRA, L. O. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 203-219, jan./mar., 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-59702013000100011. Acesso em: 11 dez. 2022.

FERREIRA, L. O. Limites e possibilidades da articulação entre as medicinas tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde. *In*: REUNIÃO DE MONITORAMENTO, 1., 2007, Brasília. **Anais [...].** Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 166-174.

FERREIRA, L. O. O desenvolvimento participativo da área de medicina tradicional indígena, Projeto Vigisus II/Funasa. **Saude soc**., São Paulo, v. 21, p. 265-277, maio 2012. Supl. 1. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500023. Acesso em: 12 dez. 2022.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Revista Interface Comunicação, Saúde, Educação**, [*S.l.*]*,* v. 9, n. 18, p. 489-506, dez. 2005.

FIGUEREDO, C. A.; GURGEL, I. G. D.; GURGEL JUNIOR, G. D. A política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 381-400, abr. 2014.

FONSECA, C. R. GEERTZ, C. **The interpretation of cultures**: selected essays. New York: Basic Books, 1973. 476 p.

FONTENELE, M. A., DINIZ, A. S. A disputa territorial entre posseiros e índios Tapuya Kariri: uma ontologia entre o pertencer e o lidar com a terra. *In*: ENCONTRO NACIONAL DOS GEÓGRAFOS,19., João Pessoa. **Anais [...].** João Pessoa: Associação dos Geógrafos Brasileiros. Disponível em: http://www.eng2018.agb.org.br. Acesso em: 14 abr. 2022.

FOUCAULT, M. **A Hermenêutica do Sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FREITAS, G. A., SOUZA, M. C. C., LIMA, R. C. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados em mulheres indígenas do Município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, e00023915, ago, 2016.

FREUD, S. **Totem and Taboo**. London: WW Norton. 1989. p. 59.

FRITH, U. **Fast lane to slow science, trends in cognitive sciences**. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.tics.2019.1. Acesso em: 22 nov. 2022.

FUNDAÇÃO AMAZÔNIA SUSTENTÁVEL. **Caderno indígenas na Amazônia**: juventudes indígenas do baixo Rio Negro. Manaus: Fundação Amazonas Sustentável, 2020.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Coordenação Regional do Ceará. Distrito Sanitário Especial Indígena. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. **Consolidado 2002**. Fortaleza: FUNASA, 2002.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Coordenação Regional do Ceará. Distrito Sanitário Especial Indígena. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. **Planilhas de monitoramento local**. Fortaleza: FUNASA, 2010b.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Coordenação Regional do Ceará. Distrito. Sanitário Especial Indígena. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. **Relatório do Biênio 2006-2007**. Fortaleza: FUNASA, 2007.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Coordenação Regional do Ceará. Distrito Sanitário Especial Indígena. **Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena, módulo local**. Fortaleza: FUNASA, 2010a.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Coordenação Regional do Ceará. Equipe de Saúde do Índio. **Análise de dados em 1998**. Fortaleza; FUNASA, 1998.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Departamento de Saúde Indígena. **Boletim informativo número 01/2006** – Indicadores de Saúde Indígena 2000 a 2005. Brasília: FUNASA, 2006.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Departamento de Saúde Indígena. Brasília: FUNASA, 2010c.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Superintendência Estadual do Ceará. **Relatório de Gestão 2010**. Fortaleza: FUNASA. 2010d. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/uploads/2011/10/ce.pdf. Acesso em: 18 fev. 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Agentes indígenas de saúde**. Notícias. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Disponível em: https://www.epsjv.fiocruz.br/educacao-profissional-em-saude/profissoes/agente-indigena-de-saude. Acesso em: 18 fev. 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Mapa de conflitos envolvendo injustiça ambiental e saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2023. Disponível em: http://mapadeconflitos.ensp.fiocruz.br. Acesso em: 17 abr. 2023.

GADAMER, H. G. **Verdad y método**: fundamentos de uma hermenêutica filosófica. Salamanca: Sigueme, 1996.

GALLEGOS, R. R. Socialismo del sumak kawsay o biosocialismo republicano. *In*: SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO-SENPLADES. **Los nuevos retos de América Latina.** Senplades: Socialismo y sumak kawsay, 2010.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, [*S.l.*], v. 41, n. 112 p. 63-76, jan./mar. 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206. Acesso em: 7 maio 2021.

GARNELO, L. *et al*. 2004. Medicina tradicional Baniwa: uma experiência de intervenção social em busca de uma teoria. *In*: LANGDON; GARNELO. (Org.). **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p. 171-194.

GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. *In*: GARNELO, L. (Org.). **Saúde Indígena**: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012. p. 18-59. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf. Acesso em: 7 maio 2021.

GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L. C. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.

GASPAR NETO, V. V. Possibilidades de interlocução entre a antropologia biológica, a antropologia sociocultural e outras frentes disciplinares: alguns breves relatos. **Tessituras**, Pelotas, v. 8, n. 2, jul./dez. 2020.

GEANELLOS, R. Exploring ricoeur's hermeneutic theory of interpretation as a method of analyzing research texts. **Nurs. Inq. Melbourne**, [*S.l.*], v. 7, p. 112-119, 2000.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. 13. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GEERTZ, C. A Interpretação das culturas: festejando os 35 anos. **Cadernos de Campo**, São Paulo, v. 16, n. 16, p. 1-304, mar. 2007.

GIUMBELLI, E. Para além do "trabalho de campo": reflexões supostamente malinowskianas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, [*S.l.*], v. 17, n. 48, p. 91-107, fev. 2002. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-69092002000100007. 2003. ISSN 1806-9053. https://doi.org/10.1590/S0102-69092002000100007. Acesso 4 mar. 2023.

GONÇALVES, R. P.; LIMA, E. C.; LIMA, J. W. O.; SILVA, M. G. C.; CAPRARA, A. Contribuições recentes sobre conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira acerca da dengue. **Saúde e Sociedade**, [*S.l.*], v. 24, n. 2, p. 578-593, abr./jun. 2015.

GONÇALVES, S. P.; GONÇALVES, J. P.; MARQUES, C. G. **Manual de investigação qualitativa**. 2021. Disponível em: https://static.fnac-static.com/multimedia/PT/pdf/9789896931148.pdf. Acesso em: 24 maio 2021.

GOODMAN, L. A. "Snowball sampling". **Annals of Mathematical Statistics,** Chicago, v. 32, n. 1, p. 148-170, mar. 1961.

HELMAN, C. G. **Saúde, cultura e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HENRIQUES, E. M. V. *et al*. Práticas e saberes da medicina tradicional indígena na perspectiva de sustentabilidade e melhoria da saúde: construindo um projeto piloto. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE REDES, 2., 2017, Fortaleza. **Anais [...]**. Fortaleza: [s.n], 2017.

HUGHES, H. D. **The settlement of disputes in the public service**. Disponível em: https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1968.tb01350.x. Acesso em: 24 maio 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Brasil**. Cidades e estados. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Brasil**: 500 anos de povoamento. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf. Acesso em: 10 abr. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indígenas, 2021**. Povos indígenas no Alto Rio Negro. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: https://indigenas.ibge.gov.br/graficos-e-tabelas-2.htmlb . Acesso em: 10 abr. 2021.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. **Povos Indígenas no Alto Rio Negro**. 2021. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Etnias_do_Rio_Negro#Fontes_de_informa.C3.A7.C3.A3o. Acesso em: 24 maio 2021.

JOHNSON, A. G. **Dicionário de sociologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

KAGAN, C. M. C. E quando a cura vem da mata? Em forma de planta e em forma de bicho! Um olhar antropológico sobre a Medicina tradicional dos Pitaguary de Monguba, suas técnicas e seus rituais. *In*: ANDRADE, J. T.; MELLO, M. L.; Holanda, V. M. S. (Orgs.). **Saúde e cultura**: diversidades terapéuticas e religiosas. Fortaleza: EdUECE, 2015. p. 233-252.

KIETZMAN, D. Indians and culture areas of twentieth century Brazil. *In*: HOPPER, J. (Org.). **Indians of Brazil in the twentieth century**. Washington: Institute for Cross-Cultural Research, 1967.

KLEINMAN, A. Concepts and models for the comparison of medical systems as cultural systems. **Soc Sci Med**., [*S.l.*], v. 12, n. 2, p. 85-93, abr. 1978.

KLEINMAN, A.; GOOD, B. **Culture and depression**: studies in anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder. Berkeley: University of California Press, 1985.

KRIEGER, N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. **Int J Epidemiol**., [*S.l.*], v. 30, n. 4, p. 668-677, ago. 2001.

KUH, D.; COOPER, R.; HARDY, R.; RICHARDS, M.; BEN-SHLOMO, Y. **A Life Course Approach to Healthy Ageing.** Oxford, UK, Oxford University Press, 2014.

KUPER, A. **À sombra do discípulo:** uma biografia de Charles Seligman. In Bérose - Encyclopédie internationale des histoires de l'anthropologie. Paris. 2018. Disponível em: https://www.berose.fr/article1603.html?lang=fr. Acesso em: 28 jan. 2023.

LAGROU, E. **A fluidez da forma**: arte, alteridade e agência em uma sociedade amazônica (Kaxinawá, Acre). Rio de Janeiro: Topbooks. 2007.

LANGDON, E. J. A Construção Sociocultural da Doença e seu Desafio para a Prática Médica. *In*: BARUZZI, R. G.; JUNQUEIRA, C. (Orgs.). **Parque Indígena do Xingu**: saúde, cultura e história. São Paulo: Terra Virgem Brasil, 2005. p. 115-133. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/90915/mod_resource/content/1/11031001.PDF. Acesso em: 30 maio 2021.

LANGDON, E. J. Saúde indígena: a lógica do processo de tratamento. **SAÚDE em Debate**, jan. 1988. Disponível em: https://www.academia.edu/20233740/Sa%C3%BAde_ind%C3%ADgena_a_l%C3%B3gica_do_processo_de_tratamento. Acesso em: 20 abr. 2021.

LANGDON, E. J.; GARNELO, L. Articulación entre servicios de salud y “medicina indígena”: reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil. **Salud Colectiva**, [*S.l.*], v. 13, n. 3, p. 457-470, abr. 2017. Disponível em: https://doi.org/10.18294/sc.2017.1117. Acesso 12 jan. 2023.

LANGDON, E. J.; GARNELO, L. **Saúde dos povos indígenas**. Reflexões sobre antropologia participativa. ABA, Associação Brasileira de Antropologia. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria Ltda, 2004.

LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. D. **Saúde indígena:** políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Ed. UFSC, 2015.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. 4ª ed. São Paulo. WMF Martins Fontes. 2010.

LAURENTI, R. Comentário: quantificação do indicador de Nelson de Moraes (Curva de Mortalidade Proporcional). **Revista de Saúde Pública**, [*S.l.*], v. 40, n. 6, p. 962-963, dez. 2006.

LEITÃO, I. M. T.A.; FLORÊNCIO, R. S.; JORGE, M. S. B.; SILVA, M. G. C. **Inovações transdisciplinares na saúde coletiva**: estratégias para o alcance de resultados positivos na saúde. Fortaleza: EdUECE, 2015.

LESCURA, Carolina *et al*. A dinâmica família-empresa: uma aplicação do método historiográfico e da técnica do genograma. **Organizações & Sociedade**, *[S.l.],* v. 19, n. 60, p. 67-86, jun. 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1984-92302012000100005. Acesso em: 20 abr. 2021.

LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. 1967.

LICIO, J. S. A.; HIDALGO, A. F. **Guia de saúde ribeirinha** - SUS na floresta. Fundação Amazônia Sustentável (FAS). Up Comunicação Inteligente. 2021. Disponível em: https://fas-amazonia.org/novosite/wp-content/uploads/2022/02/saude-medicina-tradicional.pdf. Acesso em: 20 abr. 2021.

LIMA, A. C. S. "A 'identificação' como categoria histórica". *In*: Oliveira, J. P. (Org.). **Indigenismo e territorialização**: poderes e saberes coloniais no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1998. 171-220.

LIMA, C. L. S. **Trajetórias entre contexto e mediações**. A construção da etnicidade Potiguara da Serra das Matas. 2007. 160p. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Centro de Humanidades, Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.

LIMA, E. C. **Análise e manejo geoambiental das nascentes do Alto Rio Acaraú**: Serra das Matas – CE. 2004. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Centro de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2004. Disponível em: http://uece.br/mag/dmdocuments/ernane_cortez_dissertacao.pdf. Acesso em: 12 ago. 2021.

LIMA, P. C. **Saberes e práticas tradicionais de cura**: estudo sobre a transmissão das terapêuticas entre os Kapinawá. 2018. 116 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018.

LUCIANO, G. S. **O índio brasileiro**: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. [*S.l*]: Edições MEC, 2006.

LUSTOSA, I. M. C. **Os povos indígenas, o turismo e o território**. Orientadora: Profa. Dra. Maria Geralda de Almeida. 2012. 281 f. Tese (Doutorado em Estudos Socioambientais) – Instituto de Estudos Socioambientais, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2012.

MACHADO, M. M. T.; LEITE, A. J. M; CUNHA, A. J. L. A.; LINDSAY, A.C; SILVA, A. C; URSINO, L. S.; ALMEIDA, N. M. G. S. **Práticas alimentares de crianças indígenas 0 a 5 anos da comunidade Tapeba, Ceará.** [S.l.]: [s.n.], 2005.

MAGALHÃES, É. O balanço da aldeia Pitaguary no giro da maracá. *In*: PALITOT, Estevão Martins (Org.). **Na mata do sabiá**: contribuições sobre a presença indígena no Ceará. Fortaleza: SECULT, 2009.

MAGALHÃES, K. N.; BANDEIRA, M. A.; MONTEIRO, M. P. **Plantas medicinais da caatinga do Nordeste Brasileiro**: etnofarmacopeia do professor Francisco José de Abreu Matos. E-book. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2020.

MAIA, L. J. O. **Serra da Ibiapaba.** De aldeia à Vila de Índios: vassalagem e identidade no Ceará Colonial – século XVIII. 2010. Tese (Doutorado em história) – Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2010.

MALINOWSKI, B. **Argonautas do pacífico ocidental**. São Paulo: Ebu Editora. 2018. 175 p.

MAMANI, F. H. **Buen vivir/vivir bien**. Filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales andinas. Lima-Perú: Oxfam América, 2010.

MARMOT, M. G.; SMITH, G. D.; STANSFELD, S; PATEL, C; NORTH, F; HEAD, J; WHITE, I; BRUNNER, E; FEENEY, A. Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II study. **Lancet**, [*S.l.*], v. 337, n. 8754, p. 1387-1893, jun. 1991.

MARTELLI, A.; ANDRADE, T. A. M.; SANTOS, G. M. Perspectivas na utilização de fitoterápicos na cicatrização tecidual: revisão sistemática. **Archives of health investigation**, [*S.l.*], v. 7, n. 8, p. 344-350, set. 2018.

MATOS, F. J. A. **Plantas medicinais**: guia de seleção e emprego de plantas usadas em fitoterapia no nordeste do Brasil. 2. ed. Fortaleza: UFC Edições, 2000.

MAUSS, M. **Ensaio sobre a dádiva**. Portugal: Edições 70, 1950.

MENDENHALL, E. Syndemics: a new path for global health research. **The Lancet**, v. 389, n. 10072, p. 889-891, mar. 2017.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 8 maio 2021.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MENÉNDEZ, E. Modelos, saberes e formas de atenção ao padecimento: exclusões ideológicas e articulações práticas. *In*: MENÉNDEZ, E. (Org.). **Sujeitos, saberes e estruturas**: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 17-70.

MICHAELIS moderno dicionário da língua portuguesa. **Depopulação**. São Paulo. Melhoramentos. 2021. Disponível em: https://michaelis.uol.com.br/busca?id=V4bVe. Acesso em: 8 maio 2021.

MIGUÉLEZ, M. l. M. El método etnográfico de investigación. **Etnografía miguelez**, [*S.l.*], v. 16, p. 1-3, dez. 2005.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

MINTZ, S. W. Cultura: uma visão antropológica. **Tempo**, [*S.l.*], v. 14, n. 28, p. 223-237, jun. 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-77042010000100010. Acesso em: 31 maio 2022.

MIRANDA, C. A. C. **A arte de curar nos tempos da colônia**: limites e espaços da cura. 3. ed. Recife: Ed. UFPE, 2017.

MORAES, V. C. Refletindo sobre as concepções de revitalização linguística e língua morta a partir do contexto kiriri. Policromias. **Revista de Estudos do Discurso, Imagem e Som**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 485-513, jun. 2021.

MORAIS, J. B. **Análise da implementação da rede de atenção às urgências e emergências na região de saúde de Fortaleza**. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2018.

MORAIS, S. M. *et al.* Plantas medicinais usadas pelos índios Tapebas do Ceará. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, [*S.l.*], v. 15, n. 2, p. 169-177, jun. 2005. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-695X2005000200017. Acesso em: 2 mar. 2023.

MOTA, S. E. C.; NUNES, M. Por uma atenção diferenciada e menos desigual: o caso do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia. **Saúde Soc**., São Paulo, v. 27, n. 1, p. 11-25, jan./mar. 2018.

MUCHAIL, S. T. **Foucault, mestre do cuidado**. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

NAVARRO, E. A. **Método moderno de tupi antigo**. 3. ed. São Paulo: Global, 2005. p. 33.

NEGREIROS, A. P. **Uso de recursos vegetais pelo povo Indígena Jenipapo Aquiraz, Ceará, Nordeste do Brasil**. 2017. Dissertação (Mestrado em Meio Ambiente) – Programa Desenvolvimento e Meio Ambiente, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

NEVES, R. C. M. Itinerário terapêutico, biomedicina e atuação das equipes multidisciplinares. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, Juiz de Fora, [*S.l.*], n. 33, p. 19-39, out. 2021.

NOBRE, L. L. L. **A etnomedicina dos índios Pitaguary**: do enfoque da biomedicina à subjetividade cultural para promover o bem viver. 2002. Dissertação. (Mestrado em Educação em Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Fortaleza, Fortaleza. 2002.

OLIVEIRA G. F.; OLIVEIRA T. R.; IKEJIRI A.T.; ANDRAUS M. P.; GALVÃO, T. F.; SILVA M. Prevalence of hypertension and associated factors in an indigenous community of Central Brazil: a population-based study. **PloS One**, [*S.l.*], v. 9, n. 1, p. 862-878, jan. 2014.

OLIVEIRA, A. L. **O instituto histórico, geográfico e antropológico do Ceará** – memória, representações e pensamento social (1887-1914). 2001. Tese (Doutorado em Antropologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

OLIVEIRA, G. F.; OLIVEIRA, T. R. R.; RODRIGUES, F. F.; CORRÊA, L. F.; IKEJIRI, A. T.; CASULARI, L. A. Prevalência de diabetes melito e tolerância à glicose diminuída nos indígenas da Aldeia Jaguapiru, Brasil. **Rev Panam Salud Pública**, [*S.l.*], v. 29, p. 315-321, nov. 2011.

OLIVEIRA, J. P. A viagem da volta: reelaboração cultural e horizonte político dos povos indígenas do Nordeste. *In*: **ATLAS das terras indígenas/Nordeste**. Rio de Janeiro: Peti, 1994.

OLIVEIRA, J. P. **O nascimento do Brasil e outros ensaios**: “pacificação”, regime tutelar e formação de alteridades. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2016. 384 p. Disponível Em: http://jpoantropologia.com.br/pt/wp-content/uploads/2018/02/JPO-O-Nascimento-do-Brasil-livro-em-portugu%C3%AAs-10-MG.pdf. Acesso em: 7 maio 2021.

OLIVEIRA, J. P. Pluralizando tradições etnográficas: sobre um certo mal-estar na antropologia, p. 9-32. *In*: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Orgs.). **Saúde dos povos indígenas**. Reflexões sobre antropologia participativa, Rio de Janeiro: Capa Livraria Ltda, 2004b.

OLIVEIRA, J. P. Uma etnologia dos "índios misturados"? Situação colonial, territorialização e fluxos culturais. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, abr. 1998.

OLIVEIRA, J. P.. **A viagem da volta**: etnicidade, política e reelaboração cultural no Nordeste indígena. Rio de Janeiro: Contracapa, 2004a.

OLLAIK, L. G., ZILLER, H. M. Concepções de validade em pesquisas qualitativas. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 229-241, mar. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Comissão Nacional Sobre os Determinantes Sociais da Saúde. A**s causas sociais das Iniquidades em saúde no Brasil**. Brasília: CNDSS. Abril, 2008. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf . Acesso em: 24 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Sobre o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde**. Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde. 2000. Disponível em: https://www.paho.org/pt/bireme/sobre-centro-latino-americano-e-do-caribe-informacao-em-ciencias-da-saude. Acesso em: 22 maio 2022.

ORLANDI, E. P. **Análise do discurso** - princípios e procedimentos. Campinas, Pontes, 1999. 100p.

PAGLIARO, H.; AZEVEDO, M. M.; SANTOS, R. V. **Demografia dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 192 p. Disponível em: http://books.scielo.org/id/qdgqt/pdf/pagliaro-9788575412541-02.pdf. Acesso em: 22 maio 2021.

PAIM, J. S. **Organização em serviços de saúde**: modelos assistenciais e práticas de saúde. Salvador. 1996.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política e gestão em saúde. **Rev Saúde Pública**, [*S.l.*], v. 40, n. 1, p. 73-8, abr. 2006.

PEIRANO, M. Prefácio. *In*: MALINOWSKI, B. **Argonautas do pacífico ocidental**. São Paulo: Ebu Editora, 2018. 175 p.

PENROD, J.; PRESTON, D.B., CAIN, R. & STARKS, M.T. A discussion of chain referral as a method of sampling hard-to-reach populations. **Journal of Transcultural nursing**, [*S.l.*], v. 4, n. 2, p. 100-107, abr. 2003.

PEREIRA, N. O. M., SANTOS, R. V., AZEVEDO, M. M. **Perfil demográfico socioeconômico das pessoas que se autodeclararam 'Indígenas' nos censos demográficos de 1991 e 2000**. Demografia dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 154-166. Disponível em: http://books.scielo.org/id/qdgqt/pdf/pagliaro-9788575412541-09.pdf. Acesso em: 7 maio 2021.

PERES, S. C. Antropologia, ciência e política: situação de perícia e etnologia indígena na Amazônia e no Nordeste. **Maloca: Revista de Estudos Indígenas**, Campinas, v. 4, n. 1, e 021013, ago. 2021. Disponível em: https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/maloca/article/view/15120. Acesso em: 30 abr. 2023.

PETRUCCELLI, J. L. Autoidentificação, identidade étnico-racial e heteroclassificação. *In*: PETRUCCELLI, J. L.; SABOIA, A. L. (Orgs.). **Características étnico-raciais da população**: classificações e identidades. Rio de Janeiro: IBGE, 2013a. (Série Estudos e Análises: Informação Demográfica e Socioeconômica

número 2). Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv63405.pdf. Acesso em: 21 maio 2021.

PETRUCCELLI, J. L. Raça, identidade, identificação: abordagem histórica conceitual. *In*: PETRUCCELLI, J. L.; SABOIA, A. L. (Orgs.). **Características étnico-raciais da população**: classificações e identidades. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro, 2013b. Série Estudos e Análises: Informação Demográfica e Socioeconômica número 2. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv63405.pdf. Acesso em: 21 maio 2021.

PINHEIRO, F. J. **Formação social do Ceará (1680-1820)** – O papel do Estado no processo de subordinação da população livre e pobre. 2006. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2006.

PINHEIRO, F. J. Mundos em confronto: povos nativos e europeus na disputa pelo território. *In*: SOUZA, S. (Org.). **Uma nova história do Ceará**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2000. p. 17-55.

PINHEIRO, F. J. **Notas sobre a formação social do Ceará (1680-1820)**. Fortaleza: Fundação Ana Lima. 2008.

PINHEIRO, J. D. **Índios Pitaguary**: um estudo sobre história, cultura e igualdade. 1999. 146f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Sociais) - Centro de Humanidades, Curso de Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 1999. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/44644. Acesso em: 21 maio 2021.

POPE, C.; M, N. **Qualitative research in health care**. London: BMJ Books, 2000.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PORTO ALEGRE, M. S. **Fontes inéditas para a história indígena no Ceará.** Fortaleza: NEPS, 1992. (Cadernos de Ciências Sociais, Série Estudos e Pesquisas).

POTYGUARA, T. *et al.* **Povo caceteiro da serra das matas**: a força que vem da terra. Crateús: Seduc, 2001. 87 p.

PRIGOGINE, I. **As leis do caos**. São Paulo: Editora UNESP, 2002.

RAGGIO, A., PINTO, N., MORAIS, P., OLLIER, L. **Modelo de gestão da saúde indígena**. [*S.l.*]: Consórcio IDS-SSL-Cebrap, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modelo_gestao_saude_indigena.pdf Acesso em: 12 dez. 2022.

RIBEIRO, D. Convívio e contaminação: efeitos dissociativos da depopulação provocada por epidemias em grupos indígenas. **Sociologia**, [*S.l.*], v. 18, n. 1, p. 3-50, 1956.

RIBEIRO, D. **Culturas e línguas indígenas do Brasil**. Rio de Janeiro: Educação e Ciências Sociais, 1957. v. 1, n. 6.

RIBEIRO, D. **Os índios e a civilização**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 1970.

RICARDO, C. A. A sociodiversidade nativa contemporânea no Brasil. *In*: RICARDO, C. A. (Org.). **Povos indígenas no Brasil, 1991/1995**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 1996.

RICOEUR, P. **O Conflito das interpretações**: ensaios de hermenêutica. Sá Correia. Porto: RÉS - Editora, 1988.

RICOEUR, P. **Temps et Récit.** Paris: Le Seuil, 1983. v. 1, p. 17.

RIGOTTO, R. l. M.; AGUIAR, A. C. P.; RIBEIRO, L. A. D. **Tramas para a justiça ambiental**: diálogo de saberes e práxis emancipatórias. Fortaleza: Edições UFC, 2018. Disponível em: http://www.tramas.ufc.br/wp-content/uploads/2018/07/Tramas-para-a-Justi%C3%A7a-Ambiental-E-BOOK.pdf. Acesso em: 17 dez. 2021.

RIGOTTO, R. M., BRAGA, L. Q. V. **Indígenas Tremembé e trabalho escravo na monocultura do coco**: relatório de um estudo sobre o conflito e as suas repercussões na saúde. e-cadernos CES 17, 2012. @cetera: 194-204. Disponível em: http://www.tramas.ufc.br/wp-content/uploads/2019/12/CES-RaquelRigotto_LaraBraga.pdf. Acesso em: 17 maio 2021.

RODRIGUES, A. As línguas indígenas no Brasil. *In:* RICARDO, B. RICARDO, F. (Org.). **Povos indígenas no Brasil, 2001/2005**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006.

ROSALDO, R. **Culture & truth**: the remaking of social analysis. Boston: Beacon Press, 1993.

SAMPAIO, H. A. C.; SABRY, M. O. D. **Diagnóstico Nutricional de grupos populacionais da cidade de Fortaleza – Ceará**. Fortaleza: Editora INESP, 2002. 193 p. Disponível em: https://www.al.ce.gov.br/index.php/publicacoes/category/110-saude?download=969:2002---diagn%C3%93stico-nutricional-de-grupos-populacionais-da-cidade-de-fortaleza---cear%C3%81-cole%C3%87%C3%83o-sa%C3%9Ade. Acesso em: 23 maio 2021.

SAMUELS, A; SHORTER, B; PLAUT, F. **Dicionário crítico de análise junguiana**. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

SANTANA, D. M. **Entre ramos e cartas**: a benzeção e a cartomancia como ofício, um estudo de caso. 2020. 34 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação Ciências das Religiões) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020.

SANTIAGO, A. M. C. **Perfil nutricional e condições de saúde das crianças Tremembé entre 1994 e 2001**. 2002. 209 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Fortaleza, 2002. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/6556. Acesso em: 23 maio 2022.

SANTOS, G. Do multilinguismo generalizado ao multilinguismo localizado: políticas de redução da diversidade linguística no Brasil. **Macabeá**. **Revista Eletrônica do Netlli**. Salvador, [*S.l.*], v. 8, n. 2, p. 237-254, jun. 2019.

SANTOS, R. V., COIMBRA JR., C. E A., CARDOSO, A. Povos indígenas no Brasil. *In*: BARROS, D. C., SILVA, D. O, GUGELMIN, S. A. (Orgs.). **Vigilância alimentar e nutricional para a saúde indígena**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ. 2007. p. 21 a 46.

SANTOS, R. V.; GUIMARÃES, B. N.; CAMPOS, M. B.; AZEVEDO, M. M. A. **Entre demografia e antropologia**: povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41342#:~:text=Oitavo%20livro%20da%20cole%C3%A7%C3%A3o%20Sa%C3%BAde,sobre%20as%20din%C3%A2micas%20populacionais%20ind%C3%ADgenas.&text=Segundo%20ela%2C%20t%C3%A3o%20estrat%C3%A9gico%20quanto,formar%2021.20dem%C3%B3grafos%20ind%C3%ADgenas%20no%20pa%C3%ADs. Acesso em: 14 set.

SANTOS-LIMA, T. M.; SANTOS, D. R. V.; SOUZA, R. M.; BASTOS, N. G.; VANNIER-SANTOS, M. A.; NUNES, E. S.; DIAS-LIMA, A. G. Plantas medicinais com ação antiparasitária: conhecimento tradicional na etnia Kantaruré, aldeia Baixa das Pedras, Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Pl. Med**., Campinas, v. 18, n. 1, p. 240-247, dez. 2016.

SARAIVA, S. R. G. L. *et al*. A implantação do programa de plantas medicinais e fitoterápicos no sistema público de saúde no brasil: uma revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar de Pesquisa e Inovação**, [*S.l.*], v. 1, n. 1, set. 2015.

SILVA, I. B. P. **Vilas de Índios no Ceará grande: dinâmicas locais sob o diretório pombalino**. 2003. 294 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/21287. Acesso em: 14 jun. 2022.

SILVA, I. B. P. **O Relatório provincial de 1863 e a expropriação das terras indígenas**. *In*: OLIVEIRA, J. P. (Org.). A presença indígena no Nordeste: processos de territorialização, modos de reconhecimento e regimes de memória. Rio de Janeiro: Contracapa, 2011.

SILVA, T. P.; SAMPAIO, M. S.; DANTAS, M. S. L. R.; ALEXANDRINO, F. J. R.; HENRIQUES, E. M. V.; PITOMBEIRA, M. G. V.; CAPRARA, A. Práticas em Saúde Indígena: um olhar sob a perspectiva do empoderamento no autocuidado de multimorbidades junto aos Potyguara da Serra das Matas. *In*: COLETIVO VOZES INDÍGENAS NA SAÚDE COLETIVA. (Org.). **Vozes indígenas na produção do conhecimento**: para um diálogo com a saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2022. p. 65-80.

SILVA. I. B. P. **Vilas de índios no Ceará grande**. Campinas. Pontes, 2005.

SOARES, L. P.; DAL FABBRO, A. L.; SILVA, A. S.; SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. F.; KUHN, P. C.; MOISES, R. S.; VIEIRA-FILHO, J. P.; FRANCO, L. J. Prevalence of metabolic syndrome in the Brazilian Xavante indigenous population. **Diabetol Metab Syndr**, [*S.l.*], v. 7, p.105, nov. 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/284277448_Prevalence_of_metabolic_syndrome_in_the_Brazilian_Xavante_indigenous_population. Acesso em: 20 mar. 2022.

SOBRAL, A.; FREITAS, C. M. Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde. **Saúde soc**., São Paulo, v. 19, n. 1, p. 35-47, mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 maio 2021.

SOUSA, C. K. S.; ANDRADE, J. T. Curas indígenas e praticas terapéuticas entre os Pitaguary do Ceará. *In*: ANDRADE, J. T.; MELLO, M. L.; HOLANDA, V. M. S. (Orgs.). **Saúde e cultura**: diversidades terapéuticas e religiosas. Fortaleza: EdUECE, 2015. p. 203-232.

SOUSA, M. L. **Tributino de saúde indígena Potyguara**: travessias entre terras e territórios. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2018.

SOUZA FILHO, Z. A.; FERREIRA, A. A.; SANTOS, B.; PIERIN, A. M. G. Prevalência de hipertensão arterial em indígenas do Brasil: uma revisão sistemática com meta-análise. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 1016-102, dez. 2015.

SOUZA, F. C.; QUIQUETO, A. M. B.; LENA, M. B. A., SANTI Junior, V. C.; MORAES, N. R. Etnodesenvolvimento e bem viver: concepções e implicações para políticas públicas. **Research, Society and Development**, [*S.l.*], v. 10, n. 2, e48910212860, jun. 2021. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/12860/11520/168518. Acesso em: 7 maio 2021.

STAVENHAGEN, R. **Etnodesenvolvimento**: uma dimensão ignorada do pensamento desenvolvimentista. Anuário Antropológico 84. Rio de janeiro: Tempo Brasileiro, 1985. p. 13-56.

STEIN, A. T. Doenças cardiovasculares nas populações indígenas: um indicador de iniquidade. **Arq. Bras. Cardiol.,** São Paulo, v. 110, n. 3, p. 246-247, mar. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2018000300246&script=sci_arttext&tlng=pt . Acesso em: 7 maio 2021.

STUDART FILHO, C. **Os aborígenes do Ceará**. Fortaleza: Instituto do Ceará, 1965. v. 6. (Coleção História e Cultura Dirigida pelo Instituto do Ceará). Disponível em: http://etnolinguistica.wdfiles.com/local--files/biblio%3Astudart-1965-aborigines/Studart_1965_AboriginesDoCeara.pdf. Acesso em: 30 maio 2021.

TADDEO, P. S. *et al*. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, nov. 2012.

TAYLOR, A. C. L'américanisme tropical: une frontière fossile de l'ethnologie? *In*: RUPP-EISENREICH, B. (Org.) **Histoires de l'anthropologie**: XVI-XIX. Siècles. Paris: Klincksieck, 1984. p. 213-33.

TEIXEIRA, C. F. **Observatório de análise política em saúde**: abordagens, objetos e investigações. Salvador: EDUFBA, 2016. 510 p.

TRICCO, A. C. *et al.* Uma revisão de escopo sobre a condução e relatório de revisões de escopo. **BMC Med Res Methodol**, [*S.l.*], v. 16, n. 15, jul. 2016.

TURNER, V. **Revelation and divination in ndembu ritual**. Ithaca: Cornell University Press, 1975.

UNIVERSIDADE DO AMAZONAS. **Manual de doenças tradicionais baniwa**. Manaus: Universidade do Amazonas. 2001. 39 p. Disponível em: https://acervo.socioambiental.org/sites/default/files/documents/BWD00033.pdf Acesso em: 13 dez. 2022.

VALLE, C. G. O. **Terra, tradição e etnicidade**: os Tremembé do Ceará. 1993. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

VARGAS, C. P. *et al*. Condutas dos enfermeiros da Atenção Primária no cuidado a pessoas com pé – diabético. **Rev. Enferm UFPE**, Recife, v. 11, p. 4535-4545, nov. 2017. Supl.11.

VASCONCELOS, M. G. F. **Família e atenção à saúde mental**: sentidos, práticas e itinerários terapêuticos. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014.

VERAS, D. C., LACERDA, G. M., FORTE, F. D. S. Grupo de idosos como dispositivo de empoderamento em saúde: uma pesquisa-ação. **Interface (Botucatu**), Botucatu, v. 26, e210528, out. 2022. Supl 1.

VERDUM, R. Etnodesenvolvimento e mecanismos de fomento do desenvolvimento dos povos indígenas. A contribuição do subprograma projetos demonstrativos (PDA). *In*: LIMA, A. C. S.; BARROSO-HOFFMANN, M. (Orgs.). **Etnodesenvolvimento e políticas públicas**: bases para uma nova política indigenista. [*S.l.*]*:* Contracapa, 2002.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago./dez. 2014.

VIVEIROS DE CASTRO, E. O nativo relativo. **Mana**, [*S.l.*], v. 8, n. 1, abr. 2002.

WAKANÃ, G. S.; GIL, L. P. Caracterização dos Sistemas de parto tradicionais entre os povos indígenas de Alagoas e Pernambuco: resultados da primeira etapa. *In*: FERREIRA, L. O.; OSÓRIO, P. S. (Orgs.). **Projeto Vigisus II**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2007. p. 37-47.

WEBER, M. **Relações comunitárias étnicas**. 5 ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1994.

WHITTEMORE, R.; VILAR-COMPTE, M.; DE LA CERDA, S.; MARRON, D.; CONOVER, R.; DELVY, R; LOZANO-MARRUFO, A; PÉREZ-ESCAMILLA, R. Challenges to diabetes self-management for adults with type 2 diabetes in low- -resource settings in Mexico City: a qualitative descriptive study. **International Journal for Equity in Health**, [*S.l.*], v. 18, n. 1, p. 133, dez. 2019.

WIKIMEDIA. **Mapa de Monsenhor Tabosa, Ceará**. 2023. Disponível em: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/8/81/Ceara_Municip_MonsenhorTabosa.svg/250px-Ceara_Municip_MonsenhorTabosa.svg.png. Acesso em: 18 fev. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus disease (COVID-19) pandemic**. [*S.l.*]: WHO, 2022. Disponível em: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019. Acesso em: 12 dez. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Public health. **Innovation and Intellectual property rights**. Report of the commission on intellectual property rights, innovation and public health. Genebra: WHO, 2006.

WRIGHT, R. **The history and religion of the Baniwa peoples of the upper Rio Negro valley**. University Microfilms, Ann Arbor. 1981. Disponível em https://www.google.com.br/books/edition/History_and_Religion_of_the_Baniwa_Peopl/2spEAQAAIAAJ?hl=pt-

BR&gbpv=1&bsq=inauthor:%22Robin+Michael+Wright%22&dq=inauthor:%22Robin+Michael+Wright%22&printsec=frontcover. Acesso em: 23 ago. 2022.

ZANK, S. 2015. **Saúde eco cultural e resiliência: conhecimentos e práticas da medicina tradicional em comunidades rurais da Chapada do Araripe no Ceará e em comunidades quilombolas do litoral de Santa Catarina**. 2015. Tese (Doutorado em Ciências Biológicas) – Programa de Pós-Graduação em Ecologia, Centro de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

ZANONI, C.; BARROS, M. M. S. Uma possível chave de leitura dos mitos. In: ZANNONI, C.; BARROS, M. M. S.; RUFFALDI, N. (Orgs.). **E Tonantzin veio morar conosco**. Belém: CIMI, 2003, v. 2, p. 23-44.

GLOSSÁRIO

A

Abá Nheengatu: Título atribuído pela comunidade a estrutura física do Polo Base de Monsenhor Tabosa, cuja etnia está a retomar|reelaborar sua cultura. Significa língua do homem, traduzido do Nheengatu, segundo o Dicionário Pindorama Digital. Disponível em: https://www.pindoramadigital.com.br/2013/05/dicionario-nheengatu-tupy-e-guarany.html.

Aldeia/Comunidade: Nesta leitura utilizamos os termos aldeia e comunidades de modo associado, haja vista sua os termos serem utilizados nas áreas indígenas cearenses indissociadamente.

B

Benzedeira/rezadeira: Nesta leitura utilizaremos os termos benzedeira e rezadeira como sinônimos. O termo "*Cuidador tradicional ou popular*" denomina os especialistas populares ou tradicionais não profissionalizados, com práticas de diferentes curadores populares (parteiras, benzedeiras, raizeiros) ou curadores que fazem parte de povos ou comunidades tradicionais (indígenas, populações ribeirinhas amazônicas etc.), com teorias, aspectos culturais, sociais e visão de mundo convergente ou divergente entre si, cujos saberes e práticas baseiam-se em uma abordagem holística, herdada de familiares, de um "*dom*" ou aprendizado com outro curador, sendo parte da relação com o usuário a criação de vínculo (BRASIL, 2018 p.29, citando Menéndez, 2009).

Biologicismo: *"*pressupõe o reconhecimento da natureza biológica das doenças; se justifica na compreensão que a doença é causada por agentes biológicos (químicos e físicos estão incluídos), em corpos biológicos, com repercussões biológicas. No primeiro caso, associa-se à unicausalidade; no segundo, confere dimensão estritamente biológica ao ser humano, descontextualizando sua posição biográfica, familiar e social; e por último, ocupa-se da valorização da entidade estrutural patológica*"* (CUTOLO, 2006 *apud* MENDES, 1996).

C

Cacique: liderança de maior autoridade na aldeia.

Cataplasma: Erva pulverizada ou macerada, aquecida ou não, de uso externo, geralmente indicada para tratamento de infecções (MAGALHÃES, 2020).

Comunidade: Aldeia - Utilizaremos os termos aldeia e comunidades de modo associado, haja vista sua os termos serem utilizados nas áreas indígenas cearenses indissociadamente.

Comunidades: Os povos e as nações indígenas são aqueles que, contando com uma continuidade histórica das sociedades anteriores à invasão e à colonização que foi desenvolvida em seus territórios, consideram a si mesmos distintos de outros setores da sociedade e estão decididos a conservar, a desenvolver e a transmitir às gerações futuras seus territórios ancestrais e sua identidade étnica, como base de sua existência continuada como povos, em conformidade com seus próprios padrões culturais, instituições sociais e sistemas jurídicos (LUCIANO, 2006).

Cuidadores Tradicionais: Detentores de saberes ou, ainda, praticantes tradicionais indígenas, tais como pajé, rezadeiras, parteiras, benzedeiras, com características específicas, onde cada um apresenta e cuida de saberes diferentes entre si (WAKANÃ & GIL, 2007) mas que se complementam, onde a espiritualidade é o seu principal pilar, como destacado por Lagrou (2007). Pajés e curadores tradicionais são os principais sujeitos que garantem a preservação de saberes de cuidados em saúde, em suas culturas diferenciadas, nos diversos grupos étnicos do país (SOUSA; ANDRADE, 2015).

Curumim: Menino, criança. No Tupi original era *kunumim* (NAVARRO, 2005).

D

Depopulação: Ação de depopular; Redução populacional em função de maior quantidade de óbitos que de nascimentos (Dicionário Michaelis, 2021).

Desintrusão: Refere-se a retirada do que é intruso. Ato ou efeito de retirar de um imóvel quem dele se apossou ilegalmente ou sem autorização do proprietário. Frequentemente, o termo se refere à retirada de ocupantes ilegais de áreas reconhecidas e regularizadas como sendo terras indígenas, reservas ambientais, territórios quilombolas ou de outros povos e populações tradicionais (BRASIL, 2019). Artigo 18 do Anexo LXXII – Convenção 169, da Organização Internacional do Trabalho sobre Povos Indígenas e Tribais, do Decreto 10.088, de 05/11/2019: “A lei deverá prever sanções apropriadas contra toda intrusão não autorizada nas terras dos povos interessados ou contra todo uso não autorizado das mesmas por pessoas alheias a eles, e os governos deverão adotar medidas para impedirem tais infrações” (BRASIL, 2019).

E

Entrosado: (ver quinzema).

Espinhela (ou arca) caída: Conhecida por Lumbago é a designação popular de uma doença caracterizada por forte dor no peito, com depressão na altura do apêndice xifóide, nas costas e pernas, além de um cansaço anormal que acomete o indivíduo, ao submeter-se a esforço físico ou variadas causas que não são tratadas com reza (MATOS, 2000).

Espremedeira: Espécie de cólica intestinal que geralmente acomete o bebê que fica se espremendo, ou seja, ele fica se espremendo fazendo aquele encolhimento e vai puxar tudo que tem dentro (SANTANA, 2020).

Etnodesenvolvimento: Conceito surgido como uma alternativa crítica ao desenvolvimentismo etnocida cujo entendimento sobre os povos indígenas e tradicionais era o de que obstaculizam o progresso (VERDUM, 2002); “É o exercício da capacidade social de um povo para construir seu futuro, aproveitando para isso os ensinamentos de sua experiência histórica e os recursos reais e potenciais de sua cultura, de acordo com um projeto que se define segundo seus próprios valores e aspirações” (BATALLA, 1982).

Etnogênese – Fato social que nos últimos vinte anos vem se impondo como característico do lado indígena do Nordeste que abrange tanto a emergência de novas identidades quanto a reinvenção de etnias já reconhecidas; pode ser tomado como base para distinguir os povos e as culturas indígenas do Nordeste daqueles da Amazônia (OLIVEIRA, 1994). É a construção de uma autoconsciência e de uma identidade coletiva contra uma ação de desrespeito (em geral produzida pelo Estado nacional), com vistas ao reconhecimento e à conquista de objetivos coletivos (ARRUTI, 2006).

I

Indígena: a categoria 'indígena' do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) não é tomada como sinônimo ou substituta de 'povos indígenas', de 'grupos indígenas' ou de 'população indígena', nos moldes que predomina na literatura antropológica especializada. Isso porque, por meio de seu sistema de coleta de informações, os censos vêm captando diferentes categorias sociológicas, duas das quais são as seguintes: povos indígenas enquanto totalidades sociológicas distintas, definidos pela convenção 169 da OIT (Organização Internacional do Trabalho), ou seja, povos que se diferenciam da coletividade nacional por seus usos, costumes e tradições; e, por outro lado, conjuntos de pessoas que se reconhecem como descendentes de índios (ou índio-descendente), mas que não sabem a que povo ou etnia pertenciam seus ancestrais indígenas. Ao traçar um perfil dos que se autodeclararam 'indígenas' nos censos, o intuito é contribuir para sistematizar e divulgar o que se constitui em uma importante base de dados pertinente a essa população, até agora muito pouco conhecida do ponto de vista demográfico, com objetivo de inclusive aprimorar a formulação do quesito cor/raça/etnia nos próximos censos e em outros levantamentos demográficos (PEREIRA, SANTOS, AZEVEDO, 2005).

Lambedor: Preparação caseira de xarope medicinal, em geral à base de folhas, raízes, sumidades floridas, etc. de plantas (MATOS, 2000).

Lumbago: (ver espinhela caída)

M

Mau-Olhado: É o poder de uma pessoa de destruir com olhar tanto os bichos quanto as plantas e é a mesma pessoa que bota quebranto nas crianças. Só cura também com reza.

P

Pajé: Nesta leitura utilizaremos de modo associado ao Rezador. Pajés e curadores tradicionais são os principais sujeitos que garantem a preservação de saberes de cuidados em saúde, em suas culturas diferenciadas, nos diversos grupos étnicos do país (SOUSA & ANDRADE, 2015).

Pílulas de Matos: medicamento criado por Francisco José de Mattos, na composição, o princípio ativo de duas plantas medicinais típicas cearenses: as conhecidas popularmente como Cabacinha e Batata de Purga. As pílulas eram usadas como laxante e remédio depurativo, que se propunha a limpar e afinar o sangue.

Q

Quebrante(o): É quando a criança (em geral, acomete crianças ou pessoas fragilizadas) apresenta com fastio, "espreguiçadeira" (com preguiça), passa o dia abrindo a boca ou dormindo ou acordada demais, agitada, tem fastio.

Quinzena: O mesmo que entrosado. Corruptela (talvez) de eczema. É uma ferida grande que nasce como bolinhas de água nas pessoas e aí fica aumentando, só cura com reza. Semelhante a erisipela (informação colhida nesta pesquisa).

R

Reima: (ou reuma) Aquele alimento que se ingerido poderá impurificar o sangue, tornando-o “carregado”, fazendo piorar as inflamações existentes ou propiciando o aparecimento de inflamações (MATOS, 2000).

S

Sebo de Holanda: Indicado para auxiliar no tratamento de Reumatismo, frieza nas pernas e pés, inflamações osteoarticulares (ossos e juntas) e artrite reumatóide. É muito utilizado no tratamento de acne, espinhas e cravos. Pode também ser utilizado em massagens antes e depois de prática esportiva, também auxilia no aquecimento muscular.

Sequidão: termo comumente utilizado pelo interior, referindo-se a intensidade do assolamento pela seca, especialmente no nordeste.

Símbolos: símbolo é toda a estrutura de significação no qual um "*sentido direto, primário, literal, designa por acréscimo um outro sentido indireto, secundário, figurado, que apenas pode ser apreendido através do primeiro. Esta circunscrição das expressões com sentido duplo constitui precisamente o campo hermenêutico*" (RICOEUR, 1988).

T

Terras desintrusadas: Refere-se ao processo de retirada de não-indígenas das terras indígenas tradicionais.

V

Vento caído: O Vento Caído é um termo popular utilizado para designar doença que se caracteriza principalmente pela presença de diarreia esverdeada e "esfareada", acompanhada pelos mesmos sintomas do Quebranto.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

ASPECTOS A SEREM ANALISADOS DURANTE A OBSERVAÇÃO

1. Percepções sobre saúde e doença
2. Mitos
3. A relação dos pajés com os pacientes
4. Causalidade
    a) Causas místicas
    b) Causas naturais relacionadas ao corpo, nutrição
    c) Ataques de espíritos
    d) Quebra de tabus

e) Susto, raiva, inveja

5.Processos de cura

6.Relação com os seres vivos, seres animados e inanimados.

7.Saúde e meio ambiente

APÊNDICE B – TEMÁRIO DE ENTREVISTAS COM CUIDADORES TRADICIONAIS

1. Quadro etno-nosológico formas de interpretação das doenças (Quebranto, Espremedeira, Vento caído)
2. As práticas médicas indígenas (ex. Pajé curando quebranto);
3. Concepções do corpo que implicam na relação do indivíduo com o grupo.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS CUIDADORES TRADICIONAIS

O (a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **"Saúde Indígena: a etnomedicina dos Potyguara de Monsenhor Tabosa**" que tem como objetivo descrever como os Potyguara das comunidades de Mundo Novo e Jacinto, reelaboram suas práticas tradicionais de adoecimento e cura, e como ocorre sua articulação com o sistema de saúde biomédico. Assim, pedimos a sua colaboração neste estudo para responder uma entrevista sobre sua prática na cuidados aos índios Potyguara. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo na sua rotina de trabalho ou vínculo com o serviço independente da sua opinião sobre o assunto. Solicitamos sua autorização para gravar as conversas geradas durante as entrevistas a serem realizadas na sua residência e nas reuniões dos grupos focais e oficinas, realizadas, conforme temário de entrevista apensado ao projeto e a este termo. Cada entrevista dura, em média, meia hora, podendo participar uma ou mais vezes, a depender do caso. Os grupos poderão durar até 3 horas nos dias previamente agendados, até o esgotamento do tema, tendo o limite de 5 encontros. As oficinas deverão durar 8 horas, em três ou mais momentos, até 5 encontros. Garantimos que todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes, assegurando-se sua identidade, sigilo e privacidade. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o(a) Sr.(a) e lhe garantimos plena liberdade de participar da pesquisa e de se recusar a participar ou de retirar seu consentimento, em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo, danos ou penalização ao senhor(a). Todas as despesas serão custeadas pelo projeto, estando o participante totalmente isento de qualquer custo na pesquisa. Os riscos desta pesquisa estão relacionados ao constrangimento em responder às entrevistas, mas os pesquisadores estão preparados para adequar ou suspender o estudo em curso quando identificarem que o risco será superior ao benefício. Quaisquer danos porventura decorrentes desta pesquisa lhe dará o direito de buscar indenização junto à coordenação do projeto. Como benefícios, a investigação se propõe em oferecer subsídios para melhoria do vínculo e da assistência à saúde estabelecido entre equipe multidisciplinar e a comunidade indígena. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Outrossim, comprometemo-nos em fazer a devolutiva dos dados a comunidade, aos cuidadores tradicionais, ao serviço, coordenadores, gestores e aos pacientes e profissionais quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa. Para maiores informações, contatos com o coordenador da pesquisa, Dr. Andrea Caprara, pelo telefone (085) 3101.9914, no endereço: Av. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza, Ceará. O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel.: (085) 3101.9890. Endereço: Av. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Fortaleza – CE. Horário de funcionamento: das 8 às 12h e das 14 às 18h, de segunda a sexta-feira. Este documento foi elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada (s), devendo as páginas de assinaturas estar na mesma folha. Em ambas as vias deverão constar o endereço e contato telefônico ou outro, dos responsáveis pela pesquisa e do CEP local e da CONEP, quando pertinente, conforme Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.5.d.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outra para o arquivo do pesquisador.

_____, ____/____/20__.

_____ _____

Cuidador Tradicional Indígena Pesquisador

APÊNDICE D – CODIFICAÇÃO DOS REGISTROS DE COLETAS

LEGENDA

00 - Sequência numérica das entrevistas.
AA – Iniciais do entrevistador:
- TK = Teka
- MA = Marluce
- SO = Socorro

A – Inicial do tipo de texto:
- D = Diário de Campo
- E = Entrevista
- C = Contos Orais
- M = Mitos
- F = Fotos

AA – Curadores/Cuidadores:
- PJ = Pajé
- PT = Parteira
- BZ = Benzedeira

AA – Curas/Doenças tratadas
- VC = Vento Caído
- EE = Entrosado

XX XX XXXX – Dia, Mês e Ano da entrevista.

Exemplo: **ENTREVISTA: 01-TK-E-PT-15-03-2019**

APÊNDICE E – FOTOTECA

I - FOTOS DE RITUAIS DE CURAS TRADICIONAIS

Foto. Rezador A. V. curando uma criança com quebranto



Foto. Rezador A.V. cuidando de uma pessoa com o pé entrosado



Fonte: acervo Projeto Potyguara.

Foto. Rezador A. fazendo tratamento para Espinhela ou arca caída



Foto. Benzimento coletivo, em atividade na aldeia



Fonte: acervo Projeto Potyguara.

Foto. Casamento tradicional Potyguara



Fonte. Acervo Movimento Potigatapuia.

II - REZADEIRAS

Foto. Mãe e filha, parteiras e rezadeiras. M. e Z. Mundo Novo – Monsenhor Tabosa



Fonte: acervo Projeto Potyguara. UECE.

Foto: Rezadeiras, conversando com entrevistador



Fonte. Acervo Movimento Potigatapuia.

Foto. Equipe de Saúde Indígena e pesquisadores Projeto Potyguara. UECE



Fonte. Acervo Movimento Potigatapuia.

Foto. Exposição de materiais utilizados para curas tradicionais



Fonte: produção por Luisa Canuto, Tabajara. Movimento Potigatapuia.

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: PROJETO PRINCIPAL: SAÚDE INDÍGENA E MULTIMORBIDADE: O PROCESSO DE EMPODERAMENTO DOS POTYGUARA DE MONSENHOR TABOSA
SUBPROJETO: Saúde Indígena e Práticas Etnomédicas dos Potyguara das Serras das Matas de Monsenhor Tabosa: articulação entre saberes.

Pesquisador: Andrea Caprara

Área Temática: Estudos com populações indígenas;

Versão: 5

CAAE: 06957919.4.0000.5534

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARA FUNECE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.407.446

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram obtidas das Informações Básicas do Projeto (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1525993_E1.pdf, gerado em 14/01/2022).

INTRODUÇÃO

Os aldeamentos indígenas cearenses localizam-se, em sua maior parte, nas periferias da região metropolitana de Fortaleza, espaços físicos extremamente pequenos que ocasionam a exposição das comunidades às mesmas situações da população marginalizada. No contexto de modificações de subsistência, de alimentação e do tipo de atividade física com mudanças socioculturais e econômicas, identifica-se um perfil de morbidade com características de transição epidemiológica, transitando entre aquelas infecciosas e parasitárias e as crônico-degenerativas. De acordo com os dados de morbidade retirados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena de 2015 no município de Monsenhor Tabosa, foram registrados 05 pacientes com multimorbidade (dentre os presentes estavam Hipertensão e carcinoma; câncer de Mama e Parkinson; Hipertensão, epilepsia e dispepsia; coxartorse e carcinoma; Hipertensão e gastrite). Dessa forma, torna-se fundamental um mapeamento mais sistemático das pessoas com essas morbidades e a forma de tratamento nessas

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA COMUNIDADE INDÍGENA

AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE INDÍGENA POTYGUATAPUIA

A Sr. Terezinha Pereira da Silva, Presidente do Conselho Local de Saúde Indígena POTYGUATAPUIA, se compromete de comunicar ao Conselho Distrital de Saúde Indígena, sem prejuízo do consentimento individual, está de ACORDO com a participação da comunidade indígena POTYGUATAPUIA, em Monsenhor Tabosa, Ceará, para a realização da pesquisa **"Saúde Indígena e Multimorbidade: o Processo de Empoderamento dos Potyguara de Monsenhor Tabosa"** que tem como objetivo descrever como os índios das comunidades Potyguara do Mundo Novo e Jacinto, reelaboraram suas práticas tradicionais de adoecimento e cura, e como ocorre sua articulação com o sistema de saúde biomédico, através da análise dos casos de multimorbidade e a organização da atenção à saúde às pessoas com multimorbidade e o seu processo de empoderamento na construção do bem viver consigo e junto à comunidade indígena; Objetivos específicos mapear as redes sociais de apoio às pessoas com multimorbidade na comunidade indígena, identificar os cuidadores tradicionais indígenas que lidam com pessoas acometidas por multimorbidade nas aldeias; analisar os cuidados prestados pelos cuidadores tradicionais indígenas as pessoas acometidas por multimorbidade nas aldeias; identificar como são realizadas as intervenções educativas na atenção primária nos aspectos promocionais, preventivos e curativos com foco a estimular o autocuidado; compreender a percepção das pessoas com multimorbidade a respeito do seu adoecimento, desenvolver instrumentos e ferramentas com a comunidade indígena e com os profissionais da atenção primária em saúde para fortalecer o empoderamento e o autocuidado das pessoas com multimorbidade; capacitar os profissionais para atuarem em contextos culturais diferenciados na perspectiva do empoderamento das pessoas com multimorbidade. O estudo com duração de dois anos, entre 2020 a 2021.

Assim, a senhora presidente concorda com o estudo, nos termos do Termo de Consentimento Livre Esclarecido e do item 2.4 da Resolução 304 do Conselho Nacional de Saúde, de acordo com a Resolução 196/96.

Fortaleza, 11/12/2019

Terezinha Pereira da Silva

Presidente do CLSI Potiguatapuia

ANEXO C – TERMO DE ANUÊNCIA DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DO CEARÁ

ANEXO I – ITEM 12 – 2 – B (NOVO)

ANEXO III (DA NOTA TÉCNICA Nº 16/2020-COGASI/DASI/SESAI/MS)

TERMO DE ANUÊNCIA DO COORDENADOR DO DSEI CEARÁ

O Sr. Armando Cardoso Chaves do DSEI-CE está de acordo com a realização, neste local da pesquisa SAÚDE INDÍGENA E MULTIMORBIDADE: O PROCESSO DE EMPODERAMENTO DOS POTYGUARA DE MONSENHOR TABOSA, de responsabilidade do pesquisador ANDREA CAPRARA, para Analisar os casos de multimorbidade e a organização da atenção à saúde às pessoas com multimorbidade e o seu processo de empoderamento construção do bem viver consigo e junto à comunidade indígena Potyguara de Monsenhor Tabosa-Ceará, após a aprovação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

O estudo envolve (marque com um x):

X	Realização de entrevista / aplicação de questionário
	Procedimentos clínicos ou cirúrgicos
X	Pesquisa em prontuário
X	Acesso a dados nominais
	Administração de medicamentos
	Realização de exames laboratoriais ou de imagem
	Utilização de qualquer material biológico humano
	Outro: (especifique)

O pesquisador informa que a pesquisa será analisada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da instituição proponente, bem como será submetida à aprovação da CONEP, e está ciente de que as etapas do estudo envolvendo visita ou coleta de dados com a população indígena somente poderão ser iniciadas após a apresentação da aprovação pelo Sistema CEP/CONEP ao DSEI e ao Conselho Distrital de Saúde Indígena – CONDISI e/ou comunidades onde serão realizadas as atividades.

Fortaleza, 17 de setembro de 2020.

Andrea Caprara -
Identidade nº RNE: V218657-9

Armando Cardoso Chaves
Coordenador do DSEI CEARÁ

ANEXO D – NOTA TÉCNICA NOTA TÉCNICA Nº 16/2020-COGASI/DASI/SESAI/MS

Ministério da Saúde
Secretaria Especial de Saúde Indígena
Departamento de Atenção à Saúde Indígena
Coordenação de Gestão da Atenção da Saúde Indígena

NOTA TÉCNICA Nº 16/2020-COGASI/DASI/SESAI/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Esta Nota trata da realização de investigação, pesquisa científica e acadêmica no âmbito da Área Temática Especial - Estudos com populações indígenas.

2. **CONTEXTUALIZAÇÃO**

2.1. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas estabelece, por meio da Diretriz 4.7 e em consonância com as normativas que regulamentam a Ética em Pesquisa no Brasil, a adoção de medidas para a proteção ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde em contextos de alta diversidade sociocultural e linguística.

2.2. Visando proteger a integridade dos Povos Indígenas e instituir uma orientação ética para as ações de pesquisa realizadas no contexto dos territórios assistidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SASISUS, a Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI entende que, para a realização de pesquisa científica e acadêmica empreendida, seja por pessoa física ou em parceria com outras instituições, determinados requisitos devem ser observados visando a formalização e a prévia aprovação da pesquisa.

2.3. As normativas que regulamentam a Ética em Pesquisa no Brasil instituídas pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP que devem ser observadas são as seguintes:

I - Resolução CNS nº 466/2012, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Ela orienta que os projetos propostos deverão ponderar sobre a relação risco e benefício, tanto ainais como potenciais, individuais e coletivos, apresentados pelo projeto (beneficência); garantir que os danos previsíveis sejam evitados (não maleficência); e ser socialmente relevante para a população estudada (justiça e equidade).

II - Resolução CNS nº 304/2000, que aprova as Normas para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos – Área de Povos Indígenas e determina que toda e qualquer pesquisa junto aos Povos Indígenas deve respeitar os direitos destes povos à vida, aos territórios, às culturas e aos recursos naturais. Ela está em consonância com as normativas internacionais, entre elas a Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho, reconhecendo ainda o direito de participação dos índios nas decisões que os afetem.

III - Norma Operacional 001/2013, que dispõe sobre a organização e funcionamento do Sistema de Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/CONEP, e sobre os procedimentos para submissão, avaliação e acompanhamento da pesquisa e de desenvolvimento envolvendo seres humanos no Brasil, nos termos do item 5, do Capítulo XIII, da Resolução CNS nº 466/2012.

IV - Resolução CNS nº 510/2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana.

2.4. Além das Resoluções do CNS, devem ainda ser observadas:

I - Lei nº 13.123/2015, que dispõe sobre o acesso ao patrimônio genético, sobre a proteção e o acesso ao conhecimento tradicional associado e sobre a repartição de benefícios para conservação e uso sustentável da biodiversidade, no caso da pesquisa que prevê o acesso ao Conhecimento Tradicional Associado à Biodiversidade.

Os projetos de pesquisa que acessam esse tipo de conhecimento devem ser submetidos à análise e aprovação pelo Conselho de Gestão do Patrimônio Genético – CGEN, do Ministério do Meio Ambiente.

II - Instrução Normativa FUNAI nº 01/PRES/1995, que aprova as normas que disciplinam o ingresso em Terras Indígenas com finalidade de desenvolver Pesquisa Científica.

Os projetos de pesquisa que preveem entrada em terras indígenas para o desenvolvimento de atividades, deverão ser encaminhados à FUNAI para análise e aprovação nos termos da referida Instrução Normativa.

III - Portaria FUNAI nº 177/PRES/2006, que protege os direitos autorais dos Povos Indígenas e seus direitos de imagem.

2.5. Em relação às imagens visuais produzidas nos contextos das aldeias e Terras Indígenas, informa-se que as mesmas não devem ser publicadas sem que haja expressa autorização dos sujeitos e Povos Indígenas diretamente envolvidos. Essa orientação se aplica também à divulgação das imagens em redes sociais, sites, blogs ou qualquer outro meio de divulgação, virtual ou impresso. Especial cuidado deve ser observado para com o direito das crianças e jovens indígenas à privacidade, conforme previstos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. No que se refere à legislação, ainda convém observar o exposto na Lei nº 9.610/1998, que altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências; a Lei nº 12.853/2013, que dispõe sobre a gestão coletiva dos direitos autorais; e a legislação específica que protege os direitos de imagem (Artigo 5, Inciso X da Constituição Federal; Artigo 20 do Código Civil e Lei nº 10.406/2002).

3. **OBJETIVO**

3.1. Esta Nota destina-se a orientar os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI em relação às análises e procedimentos para anuência necessários no caso de projetos de pesquisa (das ciências biomédicas, das ciências da natureza ou das ciências humanas) que preveem (I) acesso à população indígena, e/ou (II) acesso a bancos de dados nominais, prontuários e outros documentos que permitam a identificação dos participantes indígenas ou que gerem registros audiovisuais. É importante destacar que, de acordo com as supracitadas legislações, somente após o pesquisador submeter seu projeto de pesquisa à CONEP, via Plataforma Brasil, e aprovar o Parecer de aprovação da CONEP, que as atividades previstas no projeto podem ser iniciadas.

4. **PESQUISAS COM DADOS SECUNDÁRIOS E PESQUISAS COM TRABALHADORES DA SAÚDE INDÍGENA**

4.1. No caso de pesquisas ou quais envolvam somente a utilização de dados de saúde secundários desidentificados, os trâmites e documentos previstos nesta Nota Técnica e seus anexos não se aplicam. Recomenda-se preferencialmente a formalização, por parte do pesquisador, da solicitação dos dados e informações pelo Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão – e-SIC.

4.2. Quando se tratar de pesquisas onde os participantes são trabalhadores da saúde indígena da SESAI, os trâmites e documentos previstos nesta Nota Técnica e seus anexos não se aplicam. No entanto, cabe a observância das legislações pertinentes sobre pesquisas com seres humanos.

5. **ORIENTAÇÕES GERAIS E FLUXO DE TRAMITAÇÃO DE PESQUISAS NO ÂMBITO DOS DSEI/SESAI**

5.1. Para submeter o projeto à avaliação ética junto ao Sistema CEP/CONEP, o pesquisador deverá providenciar os documentos necessários conforme Anexo I (0013968484).

5.2. Em relação à obtenção de Termo de anuência dos locais onde será realizada a pesquisa (item 12 do Anexo I), que é um dos requisitos para a submissão do projeto à CONEP, informa-se que há dois tipos de anuência que o pesquisador necessita colher: (I) anuência dos indígenas nos termos da Resolução CNS nº 304/2000, "Aspectos éticos da pesquisa envolvendo povos indígenas"e (II) anuência do gestor da unidade onde acontecerá a pesquisa, no caso o coordenador do DSEI

, conforme Anexo III (0013968687). A anuência do gestor está condicionada à anuência e concordância prévias dos indígenas em relação à realização da pesquisa, tendo em vista seu direito de participação nas decisões que os afetem bem como em atendimento aos requisitos éticos estabelecidos pelas normativas que regulamentam a Ética em Pesquisa com Seres Humanos no Brasil.

5.3. Informa-se que cabe ao DSEI conhecer o teor do projeto, realizar análise técnica e avaliar a viabilidade de realização da pesquisa nos locais previstos, assinando, caso o projeto seja pertinente, Termo de Anuência (Anexo III) informando conhecimento e autorizando a execução da pesquisa. Caso a pesquisa seja desenvolvida em mais de um DSEI, é necessário o pesquisador colher a anuência junto a todos os gestores, bem como realizar a discussão do projeto e colher o "de acordo" junto às comunidades indígenas participantes. Nessas situações, não se faz necessário o envio do projeto de pesquisa para anuência da SESAI Central.

5.4. No caso da pesquisa abranger os 34 DSEI, os documentos abaixo elencados deverão ser tramitados via SEI ao Departamento de Atenção à Saúde Indígena – DASI/SESAI para análise técnica e anuência do(a) Secretário(a) Especial de Saúde Indígena.

5.5. Para a análise técnica e anuência do DSEI, o Pesquisador deverá encaminhar os seguintes documentos, os quais constam em anuncio no Anexo I (0013968484):

a) Projeto completo em português contendo antecedentes, objetivos, justificativa, hipóteses, metodologia, critérios de amostragem, critérios de inclusão e exclusão de participantes, métodos e instrumentos de coleta de dados, local do estudo, fonte de dados primários e secundários, resultados esperados, riscos e benefícios, divulgação dos resultados, equipe de pesquisa e cronograma contendo uma etapa de apresentação dos resultados do estudo/pesquisa às comunidades indígenas participantes, Conselho Distrital de Saúde Indígena - CONDISI e DSEI - item 5 do Anexo I

b) Termo de Responsabilidade para pesquisas na Área Temática Especial - Estudos com populações indígenas - item 4 do Anexo I, formalizado a partir da assinatura do Anexo II (0013968595)

c) Anuência do(s) comunidade(s) indígena(s) onde será realizada a pesquisa, que oportunamente poderá ser composta pela ata de reunião do Controle Social onde consta que o projeto de pesquisa foi apresentado, discutido e aprovado pelo CONDISI, e/ou pelos Conselheiros Locais de Saúde Indígena, e/ou pelas Lideranças Indígenas, e/ou representantes da comunidade. - Anuência 1, item 12 do Anexo I

d) Protocolo de encaminhamento do projeto à FUNAI, considerando Instrução Normativa nº 01/95 - item 14 do Anexo I.

5.6. Para que os participantes da pesquisa possam ser amplamente esclarecidos sobre os benefícios e os riscos implicados no processo de participação da pesquisa, o pesquisador responsável precisa garantir o entendimento e compreensão integrais dos termos do projeto de pesquisa e, quando necessário, traduzi-los na língua indígena, utilizando ainda adaptações e adequações de linguagem de modo que o proposta da pesquisa seja compreendida e aceita pelos sujeitos e comunidades indígenas.

5.7. As pesquisas propostas por trabalhadores da saúde indígena devem observar com maior cautela os aspectos éticos, uma vez que a relação já estabelecida entre o profissional de saúde e usuários pode influenciar na decisão do indígena em participar da pesquisa. Nesse sentido, trabalhadores da saúde indígena devem analisar se a realização da pesquisa pode gerar conflitos ou mal-estar nas comunidades. Para isso, deve-se considerar os interesses envolvidos e a vulnerabilidade dos grupos em questão.

5.8. Tendo em vista o acesso facilitado às comunidades indígenas bem como o acesso privilegiado aos dados e informações dos sistemas de informação e prontuários, informa-se que os trabalhadores da saúde indígena que pretendam realizar suas investigações e coletarem dados sobre os Povos Indígenas deverão submeter-se às normativas que regulamentam a Ética em Pesquisa no Brasil supracitadas e aos trâmites previstos nesta Nota Técnica antes da realização de suas pesquisas individuais e/ou institucionais.

5.9. Pesquisas que demandem apoio institucional da SESAI devem ser formalizadas junto a esta Secretaria por meio de Termo de Cooperação Técnica, preferencialmente antes da submissão do projeto ao Sistema CEP/CONEP, para que sejam definidas as respectivas responsabilidades entre as instituições. Neste caso a SESAI demarcará termo de concordância da instituição coparticipante (item 13 Anexo I).

5.10. Caso o DSEI necessite de apoio da SESAI Nível Central para realização da análise técnica do projeto de pesquisa antes da assinatura do Termo de Anuência - Anexo IIII (0013968687), o Distrito pode encaminhar, via SEI, os quatro documentos acima indicados (a, b, c, d), os quais constam no Anexo I (0013968484) marcados em amarelo, para análise técnica do DASI/SESAI. No entanto, a anuência para realização da pesquisa, emitida por meio do Anexo III, continua a ser de competência do Coordenador do DSEI.

6. **CONCLUSÃO**

6.1. A pesquisa científica e tecnológica em saúde é considerada componente indispensável à formulação e implementação de políticas e programas de saúde baseados em evidências científicas que objetivem promover a melhoria das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

6.2. A SESAI trabalha com vistas a viabilizar e fortalecer a produção de conhecimento no campo da saúde indígena, em consonância com os princípios que visam proteger a integridade e os direitos dos Povos Indígenas. Nesta acepção, esta Nota Técnica visa fornecer orientações de forma que os projetos de pesquisa propostos e as atividades e protocolos desenvolvidos no contexto dos Povos Indígenas estejam em conformidade com as legislações vigentes.

6.3. Revogam-se a Nota Técnica Nº 2/2018-DIASI/CGAPSI/DASI/SESAI/MS (2585451) e o Termo DIASI (2586959), os quais constam no SEI 25000.025969/2018-29.

Documento assinado eletronicamente por **Larissa de Andrade Gonçalves**, **Analista Técnico de Políticas Sociais**, em 02/04/2020, às 12:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Zaira Zambelli Taveira**, **Coordenador(a) de Gestão da Atenção da Saúde Indígena, Substituto(a)**, em 02/04/2020, às 13:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **André Luiz Martins**, **Diretor(a) do Departamento de Atenção à Saúde Indígena**, em 03/04/2020, às 08:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0013965124** e o código CRC **B95AD672**.

Referência: Processo nº 25000.035032/2020-09 — SEI nº 0013965124

ANEXO E – AUTORIZAÇÃO FUNAI PARA ACESSO A TERRA INDÍGENA

4260964 08620.008921/2020-87

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO

ASSESSORIA DE ACOMPANHAMENTO AOS ESTUDOS E PESQUISA

Autorização de Ingresso em Terra Indígena nº 25/AAEP/2022

IDENTIFICAÇÃO			
NOME:	ANDREA CAPRARA	PROCESSO Nº:	08620.008921/2020-87
NACIONALIDADE:	ITALIANA	IDENTIDADE:	RNE : V218657-9
INSTITUIÇÃO/ENTIDADE:	UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE		
PATROCINADOR:			

OBJETIVO DO INGRESSO
ANALISAR OS CASOS DE MULTIMORBIDADE E O PROCESSO DE EMPODERAMENTO JUNTO À COMUNIDADE INDÍGENA POTYGUARA DE MONSENHOR TABOSA-CEARÁ A PARTIR DOS DADOS SECUNDÁRIOS PRODUZIDOS PELAS EQUIPES DE SAÚDE INDÍGENA; X MAPEAR AS REDES SOCIAIS DE APOIO ÀS PESSOAS COM MULTIMORBIDADE NA COMUNIDADE INDÍGENA; X IDENTIFICAR OS CUIDADORES TRADICIONAIS INDÍGENAS QUE LIDAM COM PESSOAS ACOMETIDAS POR MULTIMORBIDADE NAS ALDEIAS; X ANALISAR OS CUIDADOS PRESTADOS PELOS CUIDADORES TRADICIONAIS INDÍGENAS AS PESSOAS ACOMETIDAS POR MULTIMORBIDADE NAS ALDEIAS; X IDENTIFICAR COMO SÃO REALIZADAS AS INTERVENÇÕES EDUCATIVAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NOS ASPECTOS PROMOCIONAIS, PREVENTIVOS E CURATIVOS COM FOCO A ESTIMULAR O AUTOCUIDADO; X COMPREENDER A PERCEPÇÃO DAS PESSOAS COM MULTIMORBIDADE À RESPEITO DO SEU ADOECIMENTO; X DESENVOLVER INSTRUMENTOS E FERRAMENTAS COM A COMUNIDADE INDÍGENA E COM OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA FORTALECER O EMPODERAMENTO E O AUTOCUIDADO DAS PESSOAS COM MULTIMORBIDADE; X CAPACITAR OS PROFISSIONAIS PARA ATUAREM EM CONTEXTOS CULTURAIS DIFERENCIADOS NA PERSPECTIVA DO EMPODERAMENTO DAS PESSOAS COM MULTIMORBIDADE.

EQUIPE DE TRABALHO		
NOME	NACIONALIDADE	DOCUMENTO
MARIA DO SOCORRO LITAIFF RODRIGUES DANTAS	BRASILEIRA	10422811
FRANCISCA JAMILA RICARTE ALEXANDRINO	BRASILEIRA	2000010470388

LOCALIZAÇÃO			
TERRA INDÍGENA:	POTIGUARA	POVO INDÍGENA:	GAVIÃO, POTIGUARA DOI CEARÁ, TABAJARA E TUBIBA-TAPUIA
COORDENAÇÃO REGIONAL:	NORDESTE II	CTL:	

VIGÊNCIA DA AUTORIZAÇÃO			
INÍCIO:	Julho de 2022	TÉRMINO:	Dezembro de 2022

Autorizo o Ingresso em Terra Indígena.

Brasília-DF, 30 de junho de 2022.

RESSALVAS:

- Esta autorização inclui licença para uso de imagem, som e som de voz dos indígenas, para além do objeto desta autorização;
- Esta autorização não inclui acesso ao conhecimento tradicional associado à biodiversidade;
- Esta autorização não inclui acesso ao patrimônio genético;
- Remeter à Assessoria de Acompanhamento aos Estudos e Pesquisas – AAEP/Presidência/Funai, mídia digital contendo: relatórios, artigos, livros, gravações audiovisuais, imagens, sons, outras produções oriundas do trabalho realizado e informações sobre o acesso na internet.

Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Augusto Xavier da Silva**, **Presidente**, em 30/06/2022, às 16:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: http://sei.funai.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4260964** e o código CRC **A2450FFE**.

Referência: Processo nº 08620.008921/2020-87 SEI nº 4260964

ANEXO G – TABELAS POPULACIONAIS - IBGE

Tabela 1 – Comparativo entre estimativas da população indígena moderna e da existente no Século XVI Grupos indígenas selecionados, segundo o IBGE, 2000

Grupos indígenas selecionados e localização	População indígena moderna [(1)]	Século XVI
Acre (Rio Purús) Não menos de 16 grupos	3 000-5 000	30000
Amazonas (Rio Branco) 9 grupos	11 000-16 000	33000
Tocantins 19 grupos	5 000-5 600	101000
Nordeste - litoral 7 grupos	1 000	208000
Nordeste – interior- Não menos de 13 grupos	-	85000
Maranhão 14 grupos	2 000-6 000	109000
Bahia 8 grupos	-	149000
Minas Gerais 11 grupos	0-200	91000
Espírito Santo (Ilhéus) 9 grupos	-	160000
Rio de Janeiro 7 grupos	-	97000
São Paulo 8 grupos	-	146000
Paraná e Santa Catarina 9 grupos	3 200-4 200	152000
Rio Grande do Sul 5 grupos	-	95000
Mato Grosso do Sul 7 grupos	6 200-8 200	118000
Mato Grosso Central Não menos de 13 grupos	1 900-2 900	71000
Outros	...	786000
Total Geral	**...**	**2431000**

Fonte: IBGE (2000).
(1) O termo “moderna” está se referindo ao século XX. As estimativas são apresentadas em RIBEIRO (1957) e KIETZMAN (1967).

Tabela 2 – População estimada, no século XVI, de grupos indígenas, selecionados, segundo o IBGE, 2000

Grupos indígenas extintos	População original
Aimoré (Botocudo) (Ilhéus, Espírito Santo)	30000
Caeté (Costa Nordeste)	50000
Caeté (Minas Gerais)	30000
Canindé, Genipapo	20000
Carijó (São Paulo)	25000
Carijó (Paraná)	6000
Carijó (Rio Grande do Sul)	25000
Cariri, Caratiú, Icó, Panati, etc. (Interior Nordeste)	25000
Charrua (Rio Grande do Sul)	35000
Guarani (Mato Grosso do Sul)	25000
Omágua (rio Solimões)	20000
Potiguar (Costa Nordeste)	90000
Tamoio (Rio de Janeiro)	25000
Tamoio (Cabo Frio)	35000
Tucujú (Amapá)	0
Tupinambá de Cumá (Maranhão)	25000
Tupinambá do Recôncavo	85000
Tupiniquim (Ilhéus, Espírito Santo)	55000
Tupiniquim (São Paulo)	35000

Fonte: IBGE. Brasil: 500 anos de povoamento. Rio de Janeiro: 2000.

ANEXO H – TABELAS POPULACIONAIS

Tabela 1 – Número absoluto de indígenas, por município, segundo o MS (aldeados: n = 25.977 e geral: n = 33.695), e segundo o IBGE (n = 15454), Ceará, 2017

	MS		IBGE
Município	Aldeados	Total Geral	
Caucaia	9146	11107	2703
Maracanaú	3210	3730	2200
Itarema	2960	3346	2258
Monsenhor Tabosa	2757	4060	1934
Crateús	1833	3172	613
Poranga	999	1568	1173
Aratuba	939	1106	0
São Benedito	824	926	0
Pacatuba	599	1107	744
Itapipoca	478	621	403
Quiterianópolis	454	635	0
Acaraú	389	426	0
Boa Viagem	362	450	0
Aquiraz	310	410	0
Novo Oriente	297	410	0
Tamboril	256	320	0
Canindé	92	112	0
São Gonçalo do Amarante	72	189	0
Juazeiro do Norte	0	0	355
Fortaleza	0	0	3071
Total Geral	**25977**	**33695**	**15454**

Fonte: BRASIL, 2017; IBGE, 2011.

Tabela 2 – Número absoluto (n=25977) e relativo de pessoas, por etnia, Ceará. 2017

Etnia	No. de pessoas	%
Tapeba	7568	29,13
Pitaguary	4319	16,62
Tremembé	3390	13,05
Potyguara	1861	7,17
Tabajara	1759	6,77
Potyguara	1730	6,66
Tabajara	1502	5,78
Anacé	1358	5,23
Kanindé	908	3,49
Tapuia-Kariri	388	1,49
Jenipapo-Kanindé	372	1,43
Kalabaça	198	0,76
Kariri	169	0,65
Tubiba-Tapuia	151	0,58
Potyguara	109	0,42
Gavião	62	0,24
Tubiba-Tapuia	55	0,21
Kalabaça	54	0,21
Tupinambá	23	0,09
TOTAL	**25.977**	**100**

Fonte: BRASIL, 2017.

Tabela 3 – Número absoluto de indígenas aldeados, ausentes e geral, segundo o Pólo Base, Município e Etnia, MS, 2019

Polo Base-Município-Aldeia-Etnia	Aldeada	Ausente	Total
Monsenhor Tabosa	**1457**	**3336**	**4793**
Boa Viagem	**88**	**362**	**450**
1.Arara Dos Francos	20	40	60
Não Indígena		2	2
Potyguara	1		1
Tubiba-Tapuia	19	38	57
2.Arara Dos Marianos	12	45	57
Potyguara	3	7	10
Tubiba-Tapuia	9	38	47
3.Gameleira - Boa Viagem	4	66	70
Não Indígena		3	3
Tubiba-Tapuia	4	63	67
4.Longar	41	182	223
Não Indígena		2	2
Potyguara	41	179	220
Tubiba-Tapuia		1	1
5.Pitombeira Dos Beneditos	11	29	40
Não Indígena		1	1
Potyguara	11	28	39
Monsenhor Tabosa	**1305**	**2726**	**4031**
1.Baixa Fria	21	58	79
Tabajara	21	58	79
2.Belmonte	26	109	135
Tabajara	26	109	135
3.Boa Vista	26	84	110
Gavião	12	72	84
Potyguara	9	12	21
Tabajara	5		5
4.Chupador	10	29	39
Potyguara	9	25	34
Tabajara	1	4	5
5.Espírito Santo	28	140	168
Não Indígena		3	3
Potyguara	28	137	165
6.Jacinto	32	134	166
Não Indígena		1	1
Potyguara	32	133	165
7.Jucás	523	281	804
Gavião		1	1
Não Indígena	4	9	13
Potyguara	463	235	698

Tabajara	52	32	84	
Tubiba-Tapuia	4	4	8	
8.Lagoa Dos Santos	38	196	234	
Não Indígena	1		1	
Tabajara	37	196	233	
9.Malhada Da Onça	5	73	78	
Não Indígena		1	1	
Tabajara	5	72	77	
10.Marruá	160	121	281	
Potyguara	8	5	13	
Tabajara	152	116	268	
11.Merejo	13	22	35	
Potyguara	13	22	35	
12.Mundo Novo	8	99	107	
Gavião		1	1	
Não Indígena	1	2	3	
Potyguara	7	96	103	
13.Olho D'água Dos Canutos	61	62	123	
Não Indígena	1	2	3	
Tabajara	60	60	120	
14.Olho Daguinha	33	143	176	
Não Indígena		3	3	
Potyguara		15	15	
Tabajara	33	125	158	
15.Passagem	46	110	156	
Não Indígena	1		1	
Potyguara	45	109	154	
Tubiba-Tapuia		1	1	
16.Passarinho		9	9	
Potyguara		6	6	
Tabajara		3	3	
17.Pau Ferro	20	37	57	
Não Indígena		1	1	
Tubiba-Tapuia	20	36	56	
18.Pelada	12	55	67	
Potyguara	12	55	67	
19.Pitombeira	69	338	407	
Não Indígena		5	5	
Potyguara	66	327	393	
Tubiba-Tapuia	3	6	9	
20.Queimadas - Monsenhor Tabosa	11	44	55	
Potyguara	11	44	55	
21.Quixaba	44	65	109	
Não Indígena		1	1	

Potyguara	44	64	108
22.Rajado	42	119	161
Não Indígena	1		1
Tabajara	41	119	160
23.Salgado	6	29	35
Potyguara	6	29	35
24.Serra Branca	11	51	62
Tabajara	11	51	62
25.Sítio De Sousa	1	29	30
Tabajara	1	29	30
26.Taboa	6	54	60
Potyguara		1	1
Tabajara	6	53	59
27.Tourão	17	71	88
Potyguara	17	68	85
Tabajara		3	3
28.Várzea	36	164	200
Não Indígena		6	6
Potyguara	36	158	194
Tamboril	**64**	**248**	**312**
1.Grota Verde	55	152	207
Potyguara		6	6
Tabajara	55	146	201
2.Viração	9	96	105
Potyguara	9	96	105

Fonte: BRASIL, 2019.

Tabela 4 – Número absoluto de casos, incidência, número de óbitos e Taxa de Mortalidade (/100.000 habitantes) por Covid-19, segundo a raça/cor indígena, por município, Ceará, 2021

Município	No. de Casos	Incidência	No. de Óbitos	Tx de Mortalidade
Fortaleza	101	3,8	3	0,1
Crateús	240	319,7	2	2,7
Acaraú	27	43,1	1	1,6
Acopiara	1	1,8	1	1,8
Boa Viagem	14	25,7	1	1,8
Capistrano	9	50,7	1	5,6
Caucaia	335	92,7	1	0,3
Itarema	231	552,3	1	2,4
Juazeiro do Norte	89	32,5	1	0,4
Limoeiro do Norte	4	6,7	1	1,7
Mauriti	2	4,2	1	2,1
Pacatuba	81	97,1	1	1,2
Russas	9	11,5	1	1,3
Senador Pompeu	2	7,8	1	3,9
Sobral	13	6,2	1	0,5
Tamboril	31	118,1	1	3,8
Tauá	3	5,1	1	1,7
Tianguá	6	7,9	1	1,3
Acarape	0	0	0	0
Aiuaba	0	0	0	0
Alcântaras	0	0	0	0
Amontada	6	13,8	0	0
Aquiraz	18	22,4	0	0
Aracati	8	10,7	0	0
Aracoiaba	2	7,6	0	0
Araripe	2	9,3	0	0
Aratuba	43	363	0	0
Assare	0	0	0	0
Aurora	3	12,2	0	0
Baixio	0	0	0	0
Banabuiú	1	5,5	0	0
Barbalha	4	6,7	0	0
Barreira	1	4,5	0	0
Barro	0	0	0	0
Barroquinha	12	79,9	0	0
Baturité	3	8,4	0	0
Beberibe	4	7,5	0	0
Bela Cruz	14	43	0	0
Brejo Santo	3	6,1	0	0
Camocim	9	14,1	0	0

Campos Sales	6	21,9	0	0
Canindé	9	11,7	0	0
Caridade	1	4,4	0	0
Cariré	1	5,4	0	0
Caririacu	1	3,7	0	0
Cariús	1	5,3	0	0
Carnaubal	0	0	0	0
Cascavel	1	1,4	0	0
Catarina	0	0	0	0
Catunda	0	0	0	0
Cedro	1	3,9	0	0
Chaval	1	7,7	0	0
Chorozinho	0	0	0	0
Choró	1	7,4	0	0
Coreaú	1	4,3	0	0
Crato	6	4,5	0	0
Croata	0	0	0	0
Cruz	1	4	0	0
Eusébio	7	13,1	0	0
Farias Brito	0	0	0	0
Fortim	0	0	0	0
Frecheirinha	1	7,1	0	0
Graça	0	0	0	0
Granja	2	3,7	0	0
Granjeiro	0	0	0	0
Groaíras	2	18,1	0	0
Guaiúba	1	3,8	0	0
Guaraciaba do Norte	1	2,5	0	0
Hidrolândia	1	5	0	0
Horizonte	20	29,7	0	0
Ico	0	0	0	0
Iguatu	5	4,9	0	0
Independência	0	0	0	0
Ipaporanga	5	43,1	0	0
Ipu	5	11,9	0	0
Ipueiras	3	7,9	0	0
Iracema	2	14	0	0
Iraucuba	0	0	0	0
Itaitinga	0	0	0	0
Itapajé	1	1,9	0	0
Itapipoca	33	25,5	0	0
Itapiúna	0	0	0	0
Itatira	1	4,6	0	0
Jaguaretama	2	11	0	0

Jaguaribara	0	0	0	0
Jaguaribe	3	8,7	0	0
Jaguaruana	0	0	0	0
Jardim	1	3,7	0	0
Jijoca de Jericoacoara	3	15,1	0	0
Lavras da Mangabeira	3	9,5	0	0
Madalena	6	30,5	0	0
Maracanaú	299	131,2	0	0
Maranguape	6	4,7	0	0
Marco	1	3,7	0	0
Martinópole	2	17,8	0	0
Massapê	7	18,1	0	0
Meruoca	0	0	0	0
Milagres	5	18,2	0	0
Milha	0	0	0	0
Miraíma	0	0	0	0
Missão Velha	3	8,2	0	0
Mombaca	0	0	0	0
Monsenhor Tabosa	142	824	0	0
Morada Nova	3	4,8	0	0
Moraújo	6	68,8	0	0
Morrinhos	1	4,4	0	0
Mucambo	1	6,9	0	0
Nova Olinda	0	0	0	0
Nova Russas	3	9,3	0	0
Novo Oriente	6	21	0	0
Ocara	0	0	0	0
Orós	1	4,7	0	0
Pacajus	19	26,3	0	0
Pacoti	0	0	0	0
Palmácia	0	0	0	0
Paracuru	2	5,7	0	0
Paraipaba	3	9,2	0	0
Parambu	3	9,5	0	0
Pedra Branca	0	0	0	0
Penaforte	0	0	0	0
Pentecoste	15	39,7	0	0
Pereiro	3	18,4	0	0
Pindoretama	5	24,3	0	0
Piquet Carneiro	0	0	0	0
Poranga	20	162,1	0	0
Quiterianópolis	16	75,9	0	0
Quixadá	3	3,4	0	0
Quixeramobim	24	29,6	0	0

Redencao	3	10,3	0	0
Reriutaba	1	5,4	0	0
Saboeiro	0	0	0	0
Salitre	0	0	0	0
Santa Quitéria	3	6,9	0	0
Santana do Acaraú	4	12,3	0	0
São Benedito	17	35,5	0	0
São Gonçalo do Amarante	5	10,3	0	0
São João do Jaguaribe	0	0	0	0
Solonópole	0	0	0	0
Tabuleiro do Norte	2	6,5	0	0
Tarrafas	1	11,6	0	0
Tejucuoca	2	10,4	0	0
Trairi	0	0	0	0
Tururu	2	12,3	0	0
Ubajara	0	0	0	0
Uruburetama	0	0	0	0
Vicosa do Ceara	3	4,9	0	0
Total	**2.112**	**-**	**21**	**-**

Fonte: IntegraSUS, 2021. Data da coleta: 09 de maio de 2021.

ANEXO I – TABELAS MORTALIDADE - MS/SESAI/DSEI-CE

Mortalidade geral

Número absoluto de óbitos indígenas, por faixa etária, DSEI Ceará, 2012 a 2015

Idade (anos)	2012-2015
<1	16
1 a 4	6
5 a 19	16
20 a 49	86
>=50	299

Número absoluto de óbitos indígenas, por faixa etária e sexo, DSEI Ceará, 2014 a 2015

	2014		2015	
Idade (anos)	M	F	M	F
<1	1	0	2	4
1 a 4	1	1	0	0
5 a 9	0	0	0	0
10 a 19	1	1	7	2
20 a 49	20	4	25	9
>=50	47	37	47	49
Total	70	43	81	64

Óbitos por Grupo de Causas mais frequentes CAP CID, DSEI-CE , 2012 a 2015

CID-10	2012	2013	2014	2015
Causas ext de mortalidade	10	8	17	25
Sintomas, sinais e achados anormais	18	18	19	14
Doenças do apar respiratório	12	5	16	11
Doenças do apar circulatório	18	20	32	42
Neoplasias	10	13	16	21

Fonte: DSEI-CE/SESAI/MS, 2016.

Tabela 2 – Número absoluto de óbitos infantis e nascidos mortos indígenas, DSEI Ceará, entre Janeiro de 2012 a Junho de 2016*

Óbitos/Ano	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Neonatal precoce	1	1	1	4	4	11
Neonatal tardia	0	2	0	0	1	3
Pós-neonatal	0	5	0	2	1	8
NM (fetal)	1	7	4	5	2	19
Total	2	15	5	11	8	41

Fonte:*SIASI/DSEI-CE/SESAI/MS, 2016.

Tabela 3 – Número absoluto de nascimentos indígenas, DSEI Ceará, entre Janeiro de 2012 a Junho de 2016*

Nascimentos/Ano	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Nascidos vivos	374	348	443	467	232	1165
Nascidos mortos	1	7	4	5	2	19
Total	375	355	447	472	234	1184

Fonte:*SIASI/DSEI-CE/SESAI/MS, 2016.

Tabela 4 – Indicadores de Mortalidade no período perinatal indígena, DSEI-CE, entre Janeiro de 2012 a Junho de 2016*

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	Média
Coeficiente Mortalidade Infantil	2,67	22,99	2,26	12,85	25,86	18,88
Coeficiente Mortalidade Neonatal	2,67	8,62	2,26	8,57	21,55	12,02
Coeficiente Mortalidade Neonatal Precoce	2,67	2,87	2,26	8,57	17,24	9,44
Coeficiente Mortalidade Neonatal Tardio	-	5,75	-	-	4,31	2,58
Coeficiente Mortalidade Pós-Neonatal	-	14,37	-	4,28	4,31	6,87
Taxa Natimortalidade	2,67	19,72	8,95	10,59	8,55	16,05
Taxa Mortalidade Perinatal	5,33	42,25	11,19	23,31	34,19	34,63

Fonte:*SIASI/DSEI-CE/SESAI/MS, 2016.

Tabela 5 – Coeficientes de Mortalidade Infantil 2012 a 2016*

Coeficiente de Mortalidade Infantil	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**Média**
Ceará Indígena*	2,67	22,99	2,26	12,85	25,86	**18,9**
Ceará**	13,6	12,7	13,8	12,3	12	**12,9**
Brasil Indígena***	31,9	37,78	31,34	33,87	31,28	**33,2**
Brasil****	16,43	15,69	15,02	14,4	13,82	**15,1**

Fonte: DANTAS; ALMEIDA, 2017 (*SIASI/DSEI-CE/SESAI/MS, 2016. ** Informe Epidemiológico SESA-CE, de 22 08 2016. SESA/Coprom/Nuias. ***Fonte: Sesai/MS. **** IBGE, 2017).

ANEXO J – PROJETO ÁRVORE D(Á) VIDA - METODOLOGIA DE LEVANTAMENTO DE CUIDADORES TRADICIONAIS

PROJETO ÁRVORE D(Á) VIDA

Descrição da Metodologia utilizada para o Levantamento de Cuidadores Tradicionais [(1)]

Descrição do levantamento realizado pelo Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará, atividade do Projeto Árvore da Vida, tendo como método a aplicação da técnica de *Snowball Sampling* (Bola de Neve), entre os anos 2017 e 2018.

Definiu-se a utilização a técnica de amostragem linear “Bola de Neve” (*Snowball Sampling*), por se apresentar apropriada para a situação, uma vez que a técnica qualitativa, voltada para a identificação de grupos específicos, temas específicos com questões polêmicas e de difícil acesso que não se pode quantificar, tendo-se em mente uma quantidade limitada àquela população, de modo a alcançar todas as pessoas com aquele perfil, com o cuidado de verificar se as pessoas apontadas atendiam ao perfil inicial desejado. A técnica consiste em a partir do reconhecimento de informantes especialistas, localizar os demais informantes-alvos da pesquisa (outros especialistas), a partir da indicação dos primeiros e assim sucessivamente, envolvendo todos os especialistas da comunidade, até que o ciclo se feche e novos especialistas não sejam mais apontados, saturando-se a amostra (GOODMAN, 1961); (VINUTO, 2014). O ponto de partida se deu quando foram privilegiados os informantes nativos idosos devido ao fato de que nestas faixas etárias encontram-se pessoas informadas acerca da medicina de tradição do grupo, ou dito de outro modo, os informantes-chave tais como o pajé, as rezadeiras e as parteiras das comunidades. Devido ao fato de se identificar os idosos como tendo mais experiência e serem detentores de notório saber acerca dos cuidados tradicionais. Os idosos identificados apresentarem seus pares que, no entanto, ao serem procurados, se apresentavam de modo tímido, mas ao ser informado quanto a sua indicação por aquele, então, se identificavam como cuidadores tradicionais nas aldeias, usualmente conhecidos como rezadores, benzedores, mezinheiros. A coleta das informações foi realizada por lideranças locais que participavam do Projeto Árvore da Vida e pelos Agentes Indígenas de Saúde, com apoio de toda a equipe multidisciplinar de cada Pólo Base. O levantamento se deu no período entre os anos 2017 e 2018, por desencadeamento da similitude entre as diversas aldeias

da área do DSEI-CE, segundo o Pólo Base. Foi utilizada uma planilha para coleta de dados, contendo os campos abertos: Polo Base; Aldeia; Nome; Idade; Data Nascimento; Cuidado Tradicional Que Faz (que detém); Aldeias que atende; Data Cadastro e responsável pela coleta da informação. Resultados: identificados 234 cuidadores tradicionais, conforme tabela abaixo. Os cuidados identificados foram: Rezadeira/Rezadeira, Curandeiro/Curandeira, Faz garrafada, Faz lambedor, Cultiva plantas medicinais, Parteira, Pajé, Mezinheiro.

Tabela 2 – Óbitos de mulher em idade fértil por município e causa, DSEI-CE, 2012 a julho de 2014

POLO	Nº DE PESSOAS	MÉDIA IDADE
Pitaguary	17	44
Crateús	28	61
Tremembé	67	60
São Benedito	4	78
Poranga	23	62
Monsenhor Tabosa	42	55
Quiterianópolis	10	60
Aratuba	12	56
Caucaia	31	53
TOTAL DSEI-CE	234	59

(1) Resumo simplificado elaborado por Maria do Socorro Litaiff Rodrigues Dantas e Eliane Mara Viana Henriques que coordenaram a atividade à época. Dados coletados pelas lideranças locais e por Agentes Indígenas de Saúde. Informações nominais sob guarda do DSEI-CE. Fortaleza, CE. 2018.

ANEXO L – ATLAS DO CORPO HUMANO, EM TUPI, VERSÃO PRELIMINAR, 2015







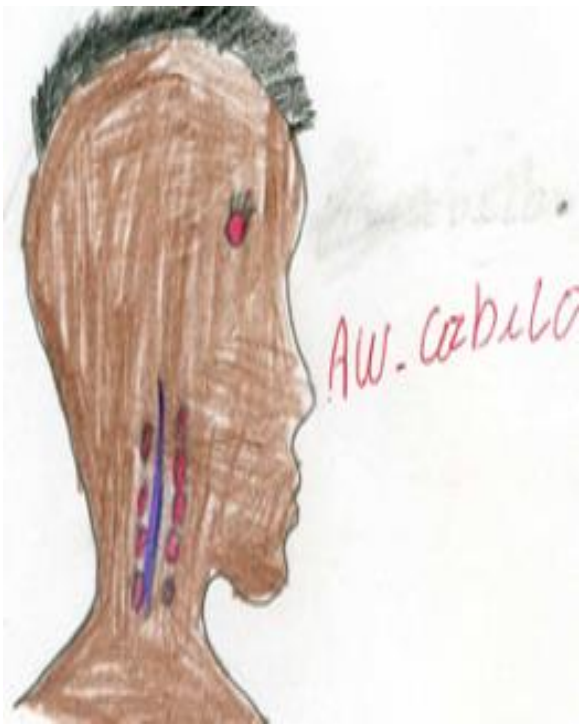

PIR-Pele.


Kom-Sexo.




Maria







Valda


Cabeça - AIPIN
Cabelo - AW
olho - EHA
Nariz - TY
Dentes
Boca
Pescoço
Garganta - AI
SUZU