

**Práticas tradicionais de cura.  
Políticas públicas e intermedicalidade entre os Pitaguary do Ceará.**

João T. Andrade, Programa de Pós-graduação em Sociologia  
Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Carlos Kleber S. de Sousa, Departamento de Ciências Sociais  
Universidade Federal do Ceará, Brasil

**RESUMO**

Em muitos países, agências de saúde e governos têm proposto uma integração entre diferentes sistemas médicos dentro de serviços públicos nacionais. No Brasil, a inclusão das terapias complementares e tradicionais no Sistema único de saúde (SUS) constitui importante marco para a expansão das opções terapêuticas da população. Quais as implicações deste empreendimento? Este trabalho constitui uma reflexão sobre práticas indígenas de cura no Nordeste brasileiro, particularmente no Ceará, como recurso terapêutico aos serviços convencionais de saúde e contribuição ao debate sobre a diversidade dos sistemas médicos na contemporaneidade. Trata-se de exame das políticas públicas e diretrizes de saúde que propõem a integração da biomedicina com as práticas terapêuticas indígenas. O assunto é discutido considerando-se o pluralismo médico e a intermedicalidade, esta entendida como espaço contextualizado de medicinas híbridas. A discussão está baseada em revisão de literatura especializada, pesquisa documental e etnografia do povo Pitaguary na região metropolitana de Fortaleza, Ceará. A intermedicalidade ilustra uma forma particular de cuidados de saúde, tendo em conta crenças culturais e práticas terapêuticas articuladas a interesses e costumes das comunidades indígenas, pondo em interface vários elementos culturais.

**PALAVRAS-CHAVE**

Práticas indígenas de cura, medicina tradicional, políticas públicas, intermedicalidade, pluralismo médico.

**1 INTRODUÇÃO**

Nos últimos anos, a medicina indígena tradicional tem conseguido um reconhecimento internacional como segmento próspero dos sistemas de cuidados em saúde. Sua relevância vem de aspectos factuais de seus métodos, de uma significativa e legítima presença cultural e da cooperação com os serviços biomédicos, especialmente na Atenção primária em saúde (Bodeker e Gemma 2007; Martin-Hill 2009; Garnelo e Pontes 2012). Mais ainda, os processos indígenas em saúde tem tido o apoio de múltiplas agências de saúde (WHO 2005, 2013; Brasil 2007b). Eficácia terapêutica, financiamento, qualificação de terapeutas, políticas

públicas e patenteamento de ingredientes vegetais estão no debate sobre a medicina tradicional indígena relativa ao âmbito da saúde pública, para planejadores em saúde e para os povos indígenas. Neste contexto, porfia-se um progressivo amparo pela integração da medicina tradicional ao conjunto de conhecimentos e serviços da medicina moderna. Como esta empresa, proposta por governos e agências de saúde, considera os povos indígenas e seus curadores? Quais são as características, vantagens e limitações desta integração? Como as comunidades indígenas lidam com esta questão na vida diária? Este estudo sublinha o papel da medicina tradicional indígena junto ao setor de saúde pública no Brasil, analisando as políticas públicas e as diretrizes de saúde direcionadas para os povos indígenas. Esta discussão está fundamentada em uma análise do pluralismo médico e da intermedicalidade, sublinhando a interface entre cuidados em saúde e os saberes ocidentais e indígenas, como constatamos no caso aqui apresentado.

A noção de intermedicalidade apresenta-se inicialmente no trabalho antropológico de Shane Greene (1998) sobre o xamanismo na América do sul. O autor utiliza essa noção para explorar as interseções entre os sistemas de saúde biomédicos e indígenas e para evidenciar a importância do agenciamento dos curadores *Aguarana* no Peru. Greene define intermedicalidade como “um espaço contextualizado de medicinas híbridas e agentes sociomedicalmente conscientes” (Greene 1998: 641)<sup>i</sup> e agrega que os sistemas médicos são inseparáveis dos interesses sócio ideológicos. O destaque em “agentes conscientes” sinaliza para o importante fato de que as pessoas exercem liberdade para manejar diversos recursos e práticas terapêuticas no enfrentamento das enfermidades. Greene deixa sobressair, ainda, a legitimidade do multimodo médico (a diversidade de cuidados em saúde) e os esforços pela integração entre etnomedicina e biomedicina, orientados por gestores das políticas públicas e pela OMS. Mas, ele também realça que a integração significa uma forma de domínio neocolonial sobre a etnomedicina e os saberes indígenas.

Em perspectiva semelhante a de Greene, Maj-lis Follér (2004) refere-se a intermedicalidade enquanto uma “zona de contato” dentro da qual a biomedicina e o conhecimento tradicional indígena existem simultaneamente. O termo “zona de contato”, tomado de Mary Louise Pratt, sublinha o campo de encontros coloniais, em que atuam colonizadores e colonizados, em meio a interações e relações de poder. Considerando estudos sobre os povos indígenas da Amazônia, Follér salienta que o campo da intermedicalidade comporta ambivalências e fusão de conhecimentos, e que os povos indígenas não são sujeitos passivos face ao conhecimento biomédico ocidental. Follér sustenta que o encontro médico entre biomedicina e etnomedicina constrói novas formas de hibridismo, e que as

epistemologias subjacentes a estes sistemas médicos tem se misturado em muitos casos (Follér 2004: 144). Isto acarreta uma forma de medicina híbrida constituída por características tanto da biomedicina quanto da etnomedicina. Adicionalmente, pesquisas conduzidas no Brasil fazem uso do conceito de intermedicalidade para examinar curas xamânicas (Rose 2006) e programas de saúde para populações indígenas (Novo 2011; Ferreira 2013). Estes estudos enfatizam o intrincado intercâmbio entre práticas de saúde de diferentes sistemas médicos, realçando os contextos sociais nos quais tais processos têm lugar.

Neste estudo ponderamos sobre o caso dos índios *Pitaguary*, no estado do Ceará (Brasil) e seus saberes tradicionais de cura, considerando que os cuidados em saúde se revestem de um multifário heterogêneo, sendo conduzidos em um cenário intercultural. Sustentamos que a integração de sistemas médicos configura um empreendimento impositivo e limitado, guiado por agências governamentais de saúde no Brasil, mesmo que tal esforço venha em resposta às lutas indígenas por serviços sanitários e por qualidade de vida.

Noutra direção, a intermedicalidade orienta práticas efetivas e cotidianas em comunidades locais, acontecendo parcialmente independente das políticas públicas de saúde. A intermedicalidade realça várias práticas de saúde com significado étnico para os povos indígenas, e isto ocorre em um contexto de diversidade terapêutica e hibridismo cultural. As práticas indígenas de cura, como assumidas pelos índios *Pitaguary*, atuam com outra maneira de racionalidade, bem distinta daquela da biomedicina. Essa condição destaca não somente uma diferenciação nas condutas diagnóstico-terapêuticas, mas na forma como são consideradas as pessoas, a natureza e a espiritualidade.

Nesta pesquisa contextualizamos a medicina tradicional indígena relativa à saúde pública. Analisamos criticamente o discurso oficial das agências sanitárias sobre a integração de sistemas médicos no Brasil. Sustentamos que as ações das políticas públicas voltadas para a saúde indígena promovem um limitado intercâmbio, ao invés de uma integração, como está instituído pela política nacional indígena. Finalmente, sublinhamos as práticas de cura dos *Pitaguary* com o intuito de compreender o uso de diferentes recursos terapêuticos pela comunidade, sendo exemplo de intermedicalidade na vida diária, constituindo fenômeno diverso do que sugerem os esforços oficiais pela integração.

Esta reflexão tem por base pesquisa realizada entre 2010 e 2012<sup>ii</sup>, com autorização da FUNAI e de lideranças *Pitaguary*. O estudo combinou exame de políticas públicas e saúde indígena, com acesso a *websites* institucionais (SESAI, FUNAI) e de organizações indígenas, além do levantamento da literatura especializada. O material empírico resulta de etnografia conduzida junto aos *Pitaguary*, com participação em cerimônias e rituais, entrevistas e grupos

focais, e visitas a unidades do PSF e DISEI. Os curadores *Pitaguary* (rezadores, curandeiros, parteiras, raizeiros) são reconhecidos na comunidade, sendo eles a fonte principal das narrativas examinadas neste trabalho. Práticas indígenas de cura é o conceito escolhido neste artigo, contemplando cuidados e ações terapêuticas cotidianas dos povos indígenas em sua manifesta pluralidade (Waldran, Herring e Young 2006; Pappas, Baydala e Smythe 2007).

## **2 ÍNDIOS PITAGUARY.**

Os *Pitaguary* são uma entre as 14 etnias indígenas existentes no estado que, juntas, totalizam aproximadamente 23.000 índios, conforme a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Eles habitam uma área de 1.735 hectares nos municípios de Maracanaú e Pacatuba, distantes 26 km de Fortaleza, capital do Ceará. Os *Pitaguary* reúnem 3.793 pessoas, distribuídas em 6 comunidades. Parte de suas terras inclui a serra da *Aratanha*, área de floresta usada para caça, agricultura e rituais religiosos. Eles também sobrevivem da pesca e do artesanato, vivendo em zona de sertão, mas bem próximo de uma grande área industrial. A comunidade *Monguba*, onde conduzimos a pesquisa de campo, situa-se ao longo da linha férrea, local em que habitam cerca de 900 pessoas.

Após 20 anos de luta os *Pitaguary* conseguiram parcialmente a demarcação de suas terras, organização de escolas indígenas, assistência social e serviços do Programa Saúde da Família (PSF) e do Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena (DISEI). Mas eles ainda enfrentam problemas com discriminação social e com invasões de suas terras. Em 2011, quando da 17ª Conferência dos Povos Indígenas no Ceará, os *Pitaguary* e outras comunidades reivindicaram água potável, obras de saneamento e mais profissionais nas unidades de saúde. Acrescente-se que eles firmaram grande importância à espiritualidade e a seus rituais tradicionais como instrumentos para proteger suas terras e sua cultura.

## **3 PRÁTICAS INDÍGENAS DE CURA.**

A compreensão da medicina tradicional na contemporaneidade, enquanto tema sócio antropológico, não está limitado ao exame de disputas políticas por opções terapêuticas ou à inevitável condição dos pobres para lidar com as doenças e garantir boa saúde e sobrevivência. Mais ainda, ela constitui um cenário onde a diversidade terapêutica – na qual as práticas de saúde têm lugar – traz à luz uma multiplicidade epistemológica. Neste debate, a biomedicina deve ser apreciada no contexto da colonização e do eurocentrismo. Concomitantemente, a medicina tradicional, em sua diversidade de usos e tecnologias,

apresenta-se como saber local e comunitário, marcado por uma complexa diversidade étnica através da pluralidade de formas de saberes tocantes a vida, a morte e a transcendência.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem identificado a medicina tradicional e a medicina complementar/alternativa enquanto maneiras salutares de opções terapêuticas para a saúde pública. Ambas têm históricas raízes culturais, fundamentadas em práticas indígenas e/ou em sistemas como o *Ayurveda* indiano, a Medicina clássica chinesa e vários tipos de Xamanismo. O termo Medicina tradicional refere-se a “práticas, abordagens, saberes e crenças que incorporando medicinas com o uso de várias plantas, animais e/ou minerais, terapias espirituais, técnicas e exercícios manuais” usadas ambas para o diagnóstico e a cura de várias enfermidades (WHO 2002:7) e tendo como importante origem povos indígenas de distintas culturas (WHO, 2013).

Não obstante, o conceito de Medicina tradicional tem sido questionado em virtude do peso colonial que o termo “tradicional” carrega (Martin-Hill 2003, 2009), ou ainda, por sua desatualização ao contexto contemporâneo (Waldram et al. 2006), ou mesmo porque a articulação entre “medicina” e “tradicional” é problemática pois medicina está vinculada ao paradigma científico, contrastando com as práticas de cura indígenas. Ademais os saberes indígenas corporificam uma “ciência sustentável” (Broadhead e Howard 2011) baseada na visão de mundo indígena e na maneira como estes povos exploram o mundo natural. Logo, isto significa uma ciência diversa, distinta do paradigma dominante. Ainda que problemático, o termo tradicional não pode ser evitado neste debate.

Noutra direção, a definição da OMS não inclui substancialmente os aspectos étnicos destes recursos terapêuticos. É relevante notar que os saberes indígenas existem por transmissão oral, tendo forte caráter empírico e uma abordagem holística na qual a intuição e a espiritualidade estão implicadas. Em antropologia o termo etnomedicina responde pelas crenças e práticas terapêuticas em contextos culturais marcados pela etnicidade. Ela envolve conhecimentos locais, incluindo a estrutura de parentesco, o pertencimento à terra e a sistemas linguísticos e mitológicos compartilhados (Greene 1998). Todavia, estes conhecimentos não são estáticos, mas estão em contínuas trocas com o mundo globalizado, por meio da urbanização, dos circuitos econômicos e dos sistemas públicos de saúde e educação.

Considerando estas práticas terapêuticas a OMS lançou, em 2002, a *Estratégia Medicina Tradicional*, seguida por outras duas estratégias (WHO, 2013), que buscam desenvolver políticas nacionais para avaliação e regulação da medicina tradicional; criar forte evidência da segurança, eficácia e qualidade dos produtos e práticas tradicionais; e documentar esta medicina e seus medicamentos. Entretanto, a orientação principal, com

influência política sobre agências de saúde, requer que os saberes indígenas sejam enquadrados pela medicina ocidental, especialmente quando demanda “evidência, segurança e eficácia”. Ao mesmo tempo, a OMS enfatiza a contribuição dos curadores tradicionais e suas práticas terapêuticas na atenção primária em saúde em países americanos, europeus e do oriente.

Em um levantamento realizado em 141 países, a OMS (2005) coletou dados sobre políticas nacionais, legislação e controle de plantas medicinais. Certas formas de medicina alternativa/complementar e tradicional<sup>iii</sup> jogam um crescente e importante papel nos cuidados em saúde, afirma a OMS (2005). O estudo destaca que as medicinas tradicionais são influenciadas por diferentes condições históricas e culturais. Mas insiste que “segurança, controle de qualidade e eficiência” são as maiores preocupações das autoridades sanitárias (WHO 2005, 2013). Esses critérios constituem estágio compulsório ao reconhecimento destes saberes de modo a serem incorporados aos sistemas médicos convencionais, o que indica que as práticas indígenas de cura estão sob pressão para alterar seus métodos terapêuticos e suas bases epistemológicas para o padrão científico.

Bodeker e colegas (2002, 2007) igualmente confirmam o estabelecimento de diretrizes pelas agências sanitárias para a integração dos serviços de saúde alternativos e tradicionais, tais como pesquisa clínica, viabilidade econômica e fatores sociais e culturais. As plantas medicinais, por exemplo, constituem importante área, na qual o saber indígena tem atuado, mas que interessa também a corporações farmacêuticas. Com relação a isto, os saberes tradicionais, tais como o xamanismo e a medicina das plantas, poderiam – contraditoriamente - contribuir para os empreendimentos médicos e biotecnológicos dominantes. Este fato indica que a indústria farmacêutica vive a expensas da herança natural indígena, como ocorre, por exemplo, com o grande interesse pela biodiversidade na floresta amazônica.

Krippner (Papas, Baydala e Smythe 2007) também destaca um modelo de compatibilidade entre etnomedicina e medicina alopática, tomando por exemplos o sistema de cura dos *Navaho* nos EUA e o xamanismo *Paqokuna* no Peru, mas chama a atenção para o forte poder da biomedicina frente aos sistemas tradicionais de cura. Faith Hill (2003), por sua vez, reconhece a importância da medicina complementar/alternativa (incluídos os saberes indígenas) para a promoção da saúde. Entretanto, assume que um desafio a ser superado é a inclusão dos aspectos espirituais da saúde. Bodeker e colegas (2007) advertem que certos elementos dos cuidados tradicionais são removidos de seus contextos originais e incorporados ao sistema formal de saúde, o que traz problemas sobre como garantir a continuidade dos saberes indígenas. Por sua vez, Greene (1988) realça que, após o reconhecimento do

pluralismo médico pela OMS, a integração da biomedicina com a etnomedicina foi encorajada, mas preservando a ideologia do progresso e o poder biomédico dominante, os quais depreciam as culturas tradicionais.

Todos estes estudos desenham um complexo cenário sobre as práticas de cura indígenas no mundo contemporâneo. Aspecto inevitável neste debate é a perspectiva da pluralidade terapêutica e da interculturalidade. Concordamos com Helman (2007) e Kleinman (1978) de que os sistemas médicos devem ser entendidos como estruturas pluralísticas nas quais a medicina cosmopolita é componente entre outras opções terapêuticas, e a atenção em saúde assume distintas apropriações culturais no diagnóstico e no tratamento. Logo, os elementos socioculturais são incontornáveis, revelando que diferentes formas de medicina ocorrem na presença de diversidade étnica, constrangimentos políticos, conflitos econômicos, impactos sobre o corpo e a saúde e crenças mítico-religiosas. Estes aspectos são relevantes pois os esforços pela integração dos sistemas terapêuticos se fundamentam no reconhecimento das culturas indígenas e em seus métodos de cura (Martin-Hill 2009; Stephens et al. 2006; Brasil 2002). Tal fato repercute nas políticas públicas voltadas para a saúde indígena.

#### **4 SAÚDE INDÍGENA E POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL**

O reconhecimento das práticas indígenas de cura por governos e agências sanitárias é resultado dos movimentos indígenas em diferentes países, que reclamam por direitos e respeito a suas culturas. Esses esforços têm pressionado os governos a desenvolverem políticas públicas, às vezes com poucos resultados, objetivando suplantar as difíceis condições em que vivem esses povos (WHO 2005; Bodeker e Gemma 2007; SESAI 2014). As populações indígenas no Brasil têm sido longamente afetadas por diferentes doenças infecciosas, resultando em grandes impactos demográficos e culturais. Ao longo dos séculos, a ordem colonial foi responsável pela opressão e marginalização dos povos indígenas enquanto construiu conceitos eurocêntricos sobre vida, morte, adoecimento e saúde.

O quadro da saúde dos povos indígenas no país, conforme dados oficiais (Brasil 2007a) e estudos independentes (Ricardo e Ricardo 2011; Garnelo e Pontes 2012) revela situação alarmante. Entre infecções e doenças parasitárias, a tuberculose tem sido responsável por um significativo número de mortes. A incidência de HIV/AIDS constitui outro sério problema no contexto de frágil cobertura em saúde, além de problemas de acessibilidade devido a obstáculos geográficos, econômicos e linguísticos. Langdon (2004) chama atenção para os altos índices de desnutrição, problemas de saúde bucal e alta mortalidade infantil

nestas populações. Organizações indígenas igualmente confirmam altas taxas de alcoolismo, diabetes, pressão arterial, doenças sexuais, falta de condições sanitárias e de suprimentos médicos, além das dificuldades para acesso aos serviços de saúde (Brasil 2007a). Nos últimos 12 anos, diversas conferências indígenas em saúde estiveram reivindicando a melhoria das condições de saúde indígena. Algumas delas demandam programas para tuberculose e controle de HIV, serviços para saúde da mulher e orientações para a saúde de crianças e jovens (Brasil 2001). Uma importante reivindicação é o apoio à saúde indígena mediante o respeito a seus sistemas de cura e a suas concepções culturais sobre corpo, saúde e enfermidades (SESAI 2014).

Na 4ª. Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI) (Brasil 2007a), uma forte preocupação foi direcionada aos curadores, plantas medicinais e rituais indígenas. A Conferência propôs diferentes ações (reuniões, *workshops*, legislação, proteção à biodiversidade) visando garantir uma parceria entre profissionais da saúde e curadores nativos (Brasil 2007a: 130). Já na 5ª. CNSI, realizada em 2013, uma das propostas aprovadas foi “valorizar as práticas da medicina tradicional indígena, reconhecendo e respeitando o conhecimento milenar, além de promover a interação entre a medicina indígena e a ocidental” (SESAI 2014).

De outro lado, por ocasião da Constituição de 1988, o Brasil foi considerado um estado multiétnico no qual as populações indígenas alcançaram maiores direitos de cidadania. O governo brasileiro reconhece o passado colonial destes povos, fortemente marcado por fragmentação social, discriminação cultural e violência. A inclusão dos direitos dos povos indígenas na Constituição preparou o caminho para o estabelecimento de políticas para a saúde indígena. Isto se deu levando-se em conta o pluralismo médico e as particularidades étnicas dos saberes tradicionais. Nesse processo, em 1999 a saúde indígena tornou-se um setor da saúde pública nacional. Por decorrência, as políticas públicas pretendem reverter a situação das minorias excluídas mediante várias ações. Contudo, para as organizações indígenas, as políticas públicas resultam de conquistas sociais pelas comunidades indígenas no sentido de proteger seus direitos (Brasil 2007a). Neste sentido, a política pública pode ser instrumento para estimular as práticas indígenas de cura, em uma necessária articulação com a biomedicina. A Política nacional para os povos indígenas (Brasil 2002) constitui um instrumento central desta estratégia. Este documento representa a proposição de um “modelo diferente” para a saúde indígena no Sistema Único de Saúde (SUS). Tal modelo se propõe a:

“...garantir, aos povos indígenas, o acesso a um completo cuidado em saúde, conforme os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, cobrindo a diversidade social,

cultural, geográfica, histórica e política no sentido de auxiliar a superar os fatores que tornam estas populações vulneráveis aos problemas de saúde (...), reconhecendo a efetividade de sua medicina e o direito destas populações a suas culturas”. (Brasil 2002: 13)

Na diretriz sobre os sistemas tradicionais indígenas de saúde, o documento destaca que estes sistemas continuam sendo o recurso principal de atenção à saúde destes povos, mesmo convivendo com estruturas de saúde ocidentais (Brasil 2002). Esta garantia legal é importante para os direitos indígenas, pois se reconhece a diversidade étnica, o respeito às culturas indígenas e a efetividade de sua medicina. Mas a garantia formal contrasta com as lutas indígenas atuais. No Brasil, os grupos indígenas clamam pela redução da mortalidade e da desnutrição, e denunciam a falta de unidades de saúde e o baixo número de profissionais de saúde (Folha SP 2012). Em negociações com autoridades brasileiras, os povos indígenas têm reivindicado suprimentos médicos, transporte, alimentos saudáveis e o fortalecimento de sua medicina tradicional (FUNAI 2012). Ao longo dos últimos anos, verifica-se uma incongruência da política de saúde indígena. Ao invés de se aprofundar a atenção diferenciada, o que predomina é o enfoque na doença, a medicalização e a desarticulação dos cuidados tradicionais dos povos indígenas (Ricardo e Ricardo 2011).

Mesmo assim, o reconhecimento da medicina indígena pela política pública é aspecto central do pluralismo terapêutico e pode conduzir de algum modo à cooperação entre os sistemas médicos. Por que? Primeiramente, porque a efetividade das práticas indígenas de cura é oficialmente aceita; segundo, porque a “articulação da saúde indígena” constitui diretriz da política nacional (Brasil 2002: 17). Ademais, o Ministério da saúde indica que o incremento do *status* sanitário dos povos indígenas pode não ocorrer simplesmente pela transferência de conhecimento e de tecnologia médica para as comunidades (Brasil 2001: 17), uma vez que os povos indígenas não seriam “receptores passivos” das políticas públicas. Esta posição favorece a prática da medicina indígena, mas de outro lado indica que o poder biomédico pode comandar os esforços pela integração em seus próprios termos.

Neste cenário, outro aspecto de discussão é a política nacional que propõe o uso das práticas integrativas e complementares no SUS (Brasil 2008). Esta ação é estratégica porque abre os serviços públicos para as terapias alternativas (acupuntura, homeopatia, fitoterapia, medicina antroposófica e hidroterapia). Este encaminhamento está alinhado às orientações da OMS (WHO 2002, 2013) as quais, junto à medicina tradicional, favorecem os métodos complementares em saúde. Mas é relevante notar que apenas estes métodos terapêuticos foram aceitos no SUS até o momento, sendo “reconhecidos” pelo sistema biomédico dominante. Cabe entender que as práticas de cura indígena não foram incorporadas ao SUS

porque estes métodos não são ainda cientificamente aprovados pelas autoridades sanitárias. Isto tem a ver com o fato de que na medicina indígena a eficácia terapêutica inclui elementos étnicos (língua, crenças religiosas, rituais mágicos) frequentemente não aceitos pela biomedicina.

Em acréscimo, experimentos e projetos em saúde indígena têm sido desenvolvidos, dentro da atenção primária em saúde, com parteiras tradicionais (Brasil 2007b; Ferreira 2013), plantas medicinais (Brasil 2008) e rezadores (Andrade 2010; Galindo 2005) em diversas regiões do Brasil. Mas alguns aspectos desta integração sociomédica permanecem controversos. Langdon (2007) expressa preocupação quanto à centralização das autoridades sanitárias, hipermedicalização das comunidades tradicionais com medicamentos industrializados e desrespeito às particularidades étnicas dos povos indígenas. De modo semelhante, Ferreira (2007, 2013) critica as diretrizes da OMS porque elas requerem validação “científica” para as práticas indígenas de cura, observando que a integração constitui discurso normativo que se propõe, por meio da racionalidade biomédica, a controlar os saberes terapêuticos tradicionais. Ela ainda enfatiza que os povos indígenas deveriam ter a liberdade para escolher e exercer sua lógica sociocultural nos espaços intermédicos.

Do ponto de vista do pluralismo médico, a inclusão dos métodos complementares nos serviços públicos constitui avanço para se expandir as opções terapêuticas do povo brasileiro (Andrade e Farias 2010; Tesser e Barros 2008). Considerando estas mudanças institucionais, uma estratégia em interseção ganha crescente importância. É estimulada a cooperação entre conhecimentos não-biomédicos e a medicina convencional, através dos serviços do SUS e do DISEI; outra orientação visa estimular articulações em múltiplos níveis da atenção em saúde, buscando uma abordagem holística do processo terapêutico. Neste esforço, a Secretaria especial da Saúde Indígena promoveu em 2011 o *workshop* nacional *Construindo as linhas do cuidado completo na rede de saúde indígena*, objetivando articular práticas indígenas tradicionais com os serviços convencionais de saúde, o que é também uma reivindicação indígena (Brasil 2007a). Este tipo de ação se propõe a garantir mais espaço para a medicina indígena como um instrumento para as políticas públicas no SUS, seguindo os exemplos da acupuntura e da homeopatia.

Conforme estabelecido pelas autoridades de saúde, as práticas indígenas de cura respondem “a uma lógica interna de cada comunidade”, caracterizada pelo relacionamento com o meio ambiente e com o mundo espiritual. Este entendimento considera a diversidade de “visões e valores relativos ao processo saúde/doença específicos de cada sociedade indígena” (Brasil 2001:18). Isto marca a particularidade étnica como também a

intermedicalidade. De acordo com Greene (1988), a intermedicalidade cobre “um espaço contextualizado de medicinas híbridas e de agentes sociomedicalmente conscientes”. Este espaço configura o contexto comunitário no qual enfermidades e seus processos de cura tem lugar (Ferreira 2007). Ele emerge de um *ethos* através de opções terapêuticas protagonizadas pela comunidade. No Brasil, este espaço dos sistemas híbridos de saúde é reconhecido como aspecto relevante para se entender as práticas indígenas de cura e seu relacionamento com as políticas públicas (Follér 2001, 2004; Rose 2006; Novo 2011). Um olhar endereçado às comunidades indígenas, onde as políticas de saúde atuam, pode esclarecer esta discussão.

## **5 SAÚDE E INTERMEDICALIDADE ENTRE OS ÍNDIOS PITAGUARY.**

Muitos povos indígenas no Nordeste brasileiro tem recebido apoio das redes PSF e DISEI. No Ceará, o modo como os *Pitaguary* lidam com problemas de saúde, o relacionamento com serviços biomédicos e a presença de seus curadores tradicionais trazem luz a esta reflexão.

Os *Pitaguary* da *Monguba* assumem distintos percursos terapêuticos no dia-a-dia. Estas práticas não se encontram desvinculadas, mas frequentemente estão em interface, dependendo dos problemas de saúde e das decisões para enfrentá-los. “Medicina do homem branco” é a expressão utilizada por curadores e lideranças *Pitaguary* para se referirem aos serviços públicos de saúde. O termo apresenta uma dimensão étnica e política dentro da luta indígena. Os *Pitaguary* têm uma unidade de saúde da família, o PSF (para a população de não índios), e uma unidade de saúde indígena, o DISEI. Essas agências incluem equipes multidisciplinares envolvendo: médico, dentista, enfermeira, assistente de enfermagem, agentes de saúde e de fiscalização sanitária. Mas frequentemente essas equipes não estão completas. Os serviços incluem: consultas clínicas, campanhas educativas, visitas domiciliares e vacinações cobrindo uma variedade de enfermidades (hipertensão, diabetes, gripe, alcoolismo, diarreia, febre amarela, pneumonia, hepatite e câncer). Problemas de maior complexidade médica são encaminhados para hospitais fora da comunidade. Através do DISEI os índios conseguem “atenção especial”, o que pressupõe que eles obtenham transporte, medicamentos e tratamentos para toda a comunidade, conforme estabelece a política nacional. Entretanto, estes serviços apresentam problemas de gestão, de financiamento e de falta de profissionais, como ocorre na rede SUS. A unidade do DISEI na *Monguba* está aberta todos os dias da semana, combinando atendimentos no local e visitas domiciliares da equipe aos casos mais delicados, como idosos, crianças e hipertensos. Os *Pitaguary* buscam estes serviços, mas no cotidiano persistem no uso terapêutico das plantas,

na consulta a rezadores e na participação de rituais. Em torno destes cuidados o Pajé tem presença marcante, seja para providenciar curas e rezas, seja para o aconselhamento espiritual.

Alguns curadores afirmam que após a chegada da rede pública de saúde muitas pessoas pararam de procurá-los, preferindo os serviços biomédicos. Eles também relatam que o consumo de medicamentos industrializados tem crescido, substituindo os medicamentos caseiros a base de plantas medicinais, especialmente entre os jovens.

Atualmente, as pessoas estão usando mais remédios artificiais. Eles esquecem a medicina da natureza que é sagrada para nós. Eles não preparam sequer um chá. Somente no caso de uma leve dor de cabeça ou de dente, é que eles preparam um chá. Mas no dia seguinte eles vão ao doutor, buscando uma consulta ou conseguindo um remédio artificial. (Curador 6)

Isto acontece porque a medicina indígena soluciona certas enfermidades, de modo diferente da medicina convencional. Mas, o uso de ambas as medicinas ocorre de modo combinado:

É necessário utilizar a medicina do homem branco. Existem muitas plantas e chás que não podem curar certas doenças. Existem muitas doenças, e a cada dia outras novas aparecem. Nestes casos, se consegue um efetivo apoio da medicina do homem branco, como no caso da hepatite e da tuberculose. Nossa medicina pode ajudar alguns problemas, mas não todos. (Agente indígena de saúde)

Hoje a farmácia aconselha que nós combinemos nossa medicina com a deles. Semana passada eu curei meu filho, meu neto e eu mesmo. Eu usei remédio de farmácia e o doutor disse: faça seu lambedor e misture. Tudo deu certo. (Curador 3)

De outro lado, tendo em conta as práticas indígenas de cura, uma universidade local desenvolveu anos atrás um treinamento sobre ervas medicinais. Os curadores participaram do curso e relataram que o acharam de algum modo útil. Mas outros não o consideraram proveitoso. O projeto pretendia inaugurar um horto de plantas medicinais, mas isto ainda não havia acontecido até 2011. Esta foi uma das poucas iniciativas institucionais tomadas para reunir os curadores. Outro dado importante, relativo à criação da SESAI, é revelado por uma agente indígena de saúde que afirma: “A saúde indígena da SESAI não anda paralelo com a saúde tradicional do povo *Pitaguary*. Ela nem conhece”. A isto se some a falta de treinamento para os agentes de saúde atuarem em território indígena e a ausência de valorização da medicina indígena por parte do DISEI local.

### **5.1 Medicina e natureza**

Os *Pitaguary* consideram os serviços biomédicos constituintes do que eles nomeiam “medicina do homem branco”. Contudo, esses índios apresentam uma atenção substantiva às atividades e instrumentos tradicionais que os auxiliam a retirar da flora nativa raízes, cascas e

folhas de plantas que constituem a matéria prima para solução de determinadas enfermidades (envenenamento, anemia, dor de cabeça, constipação, inflamações, cansaço, caxumba e úlcera). Sobre o assunto nos relata um curador:

Eu tomo as pílulas que eles me dão, mas eu confio mais nas plantas medicinais do que em remédio de farmácia. Eu confio na mãe Natureza...quando agente fica doente nós usamos nossas plantas medicinais. Eu tenho uma grande fé em nossas plantas. (Curador 5).

Essa demasiada confiança na “Mãe natureza” não evidencia uma valorização unilateral das curas tradicionais, em detrimento das ações ordinárias da biomedicina em suas aldeias. Para os *Pitaguary* a associação de soluções distintas para enfermidades semelhantes não diminui ou sobressai uma ou outra ação de cura. A associação de saberes nativos de sua flora com os conhecimentos da medicina convencional produz um incremento em suas possibilidades de sanar certas dores físicas.

A medicina indígena é diferenciada. Você pode ver diversos tipos de medicina. Nós podemos usar nossos chás contra vírus, e podemos misturar com um analgésico. Isto dá uma boa infusão. Chá verde, como também erva doce e erva cidreira, podem ser tomados com qualquer remédio da medicina branca e não vai causar nenhum problema. (Curador 1)

Nesses termos, das plantas locais (Malvarisco, Hortelã, Alecrim, Jenipapo, Babosa, Mulungu, Carrapateira, Juá) que crescem nos quintais das casas e nas redondezas, os índios da *Monguba* preparam chás, lambedores, banhos e infusões, seguindo a orientação de parentes, vizinhos, antigas parteiras e ancestrais. Mães, tias e avós são as primeiras guardiãs deste conhecimento, ao lado dos curadores nativos. O uso das plantas medicinais é, neste caso, extensivo à manipulação de animais (banha, pele, penas, vísceras etc.), tais como sapo, urubu, cobra, cágado, tijaçu, naturais do território *Pitaguary*, com os quais os índios têm familiaridade, servindo de ingredientes a seus cuidados terapêuticos.

## **5.2 Ritual do Toré: uma forma de cura espiritual**

O ritual do *Toré* constitui cerimônia central dos *Pitaguary* e de outros povos do Nordeste. Ele consiste em uma dança organizada com índios de pé-no-chão a formar um grande círculo dentro do qual é disposta uma roda menor, onde certas lideranças vultosas como o Pajé, um professor indígena destacado, uma reconhecida curadora e o Cacique, por exemplo, entoam cânticos e apelos. Esses líderes tem o papel principal de orientar os tons e espiritualidades da performance ritual por meio do anúncio de letras em sons graves, agudos e altos a fim de que todos na grande roda possam escutar as canções, avolumar o coro em uníssono e assemelhar seus estados de espírito.

Passados alguns instantes da entonação solitária de alguma das lideranças no círculo menor, esse arredondado inicia um movimento encíclico acompanhado por todos que participam da cerimônia. Os corpos movimentam-se com os arrastados dos pés descalços, os balanços das mãos, as inclinações de cabeça e o abrir e fechar dos olhos. Toda essa viva animação é, habitualmente, realizada em sentido anti-horário e ritmada ao som de tambor, maracás e vozes de crianças, jovens e adultos. Seus corpos são ornados com desenhos de cores e formas representativas de paisagens naturais, pelejas políticas, elementos espiritualistas, acompanhados de adornos tradicionais como cocares de penas de aves, pulseiras, brincos e colares confeccionados com sementes da flora nativa. As sessões envolvendo o *Toré* possuem intervalos de tempo distintos, podendo incidir em alguns minutos ou se alongar por horas. Mesmo apresentando variações de participação nesta dança ritual, há um propósito que perpassa todas as suas manifestações performáticas. Trata-se da dimensão sagrada presente no *Toré* que proporciona aos indígenas o abrandamento ou solução definitiva de certos males (encosto, possessão, perturbação mental) que acometem o seu bem estar espiritual.

Este aspecto do ritual encontra abrigo nas ponderações de Greene (1998) sobre intermedicalidade. As curas tradicionais que têm lugar na cerimônia do *Toré* constituem parte de um “espaço contextualizado” no qual diversas respostas ao enfrentamento das enfermidades são postas em uso, incluindo os aconselhamentos e tratamentos médicos da parte do DISEI. Modo semelhante de pensar é apresentado por Follér (2004) quando identifica uma “zona de contato” na qual são estabelecidas relações legítimas entre as práticas de curas indígenas e aquelas realizadas pela medicina convencional.

Nestes termos, a dimensão sagrada do *Toré* proporciona a elaboração de demandas indígenas por serenamento ou mesmo pondo termo final em debilidades de várias ordens. As solicitações dos índios aos parentes desencarnados, denominados *encantados*, são realizadas em voz alta ou em recluso pensar ao longo da manifestação cerimonial e podem ser ordenadas em dois grupos: as requisições *individuais* e *coletivas*. No caso das primeiras, as rogas intentam alcançar decisões espirituais que solucionem demandas por saúde espiritual ou orgânica daqueles que propagam as requisições na roda do *Toré* ou para indivíduos que não se encontram presentes no ritual, mas que carecem de ajuda incorpórea de determinada qualidade. No tocante às solicitações *coletivas*, os direcionamentos dos apelos recaem sobre a totalidade da etnia local ou são conduzidos para índios pertencentes a outros grupos étnicos que necessitam de amparo. Do modo *individual* ou da maneira *coletiva* é recorrente entre os curadores indígenas a afirmação que evidencia a presença de uma energia dos encantados,

imersa no ritual do *Toré*, manifestando-se frequentemente em corpos que tremem e entram em transe.

Nós cantamos o *Toré*, nós dançamos o *Toré* e damos oportunidade para que as entidades venham para a roda, para transmitir energia e força. Às vezes as pessoas tremem e às vezes podem entrar em transe quando dançam o *Toré*. (Curador 1)

Nestas situações cerimoniais, os caminhos para as curas são percorridos deliberadamente por índios que objetivam construir um elo com os encantados, uma vez que para a solicitação ser alcançada é necessário que a súplica seja voluntária para o espírito ou o corpo que requer o término das dores. Outro curador afirma:

As pessoas se curam porque o *Toré* é uma coisa que nós fazemos como ritual particular...nós fazemos para fortalecer a espiritualidade de cada um. Sobre a cura do corpo depende de cada pessoa...Eu quero ser curado, eu sei que aquelas rezas não fortes e podem me aliviar...a cura não é apenas física, mas também espiritual. (Curador 2)

Com o encerramento da cerimônia, os indígenas que apelaram com mais intensidade aos encantados presentes na roda do *Toré*, sentem-se acalmados e percebem melhora na sua condição espiritual. Já os índios que não alcançaram seus propósitos de curas se sentem enfatiados e com sinais de tremor, frio e medo, conforme relata um curador.

O *Toré* significa purificação e ritual sagrado. Se alguém não consegue uma melhora, sente arrepios e fica mole, o vento limpa ele. Quando o *Toré* acaba, todos voltam calmos para casa, com sono e acordam bem no dia seguinte. (Curador 7)

Importa sublinhar que ao longo da realização do *Toré*, alguns *Pitiguary* ingerem uma bebida produzida com base em raízes e/ou cascas da planta nominada *Jurema*, que possui qualidades sagradas e pode acarretar efeitos alucinógenos. Segundo os curadores, a ingestão desse composto aperfeiçoa o encontro espiritual com os encantados e esmera as possibilidades de se encontrar as curas requeridas.

### 5.3 Procedimentos espirituais

Em alguns casos os curadores diferenciam doenças físicas e espirituais. Na comunidade *Pitiguary*, problemas espirituais (como feitiçaria) são tratados com certas práticas de cura: rezas, rituais de *umbanda* e cerimônias em igrejas cristãs. A reza consiste em rito com influência do catolicismo popular, da *umbanda* e de igrejas evangélicas. Ele consiste em procedimento no qual o rezador calcula as medidas corporais, reza com imposição de mãos e ramos de plantas sobre o corpo do paciente, fazendo uso de rezas específicas para cada tipo de enfermidade (mau olhado, susto, inveja, dores de coluna, cobreiro)<sup>iv</sup>. Em certas ocasiões, incluem-se ainda rezas para tratar de animais (gatos, cães, vacas). De maneira especial, as curas por meio de rezas fazem com que a doença que impregna a pessoa seja extraída das camadas que compõem o corpo até que o curador possa enviá-la ao oceano sagrado.

Às vezes é alguma coisa nos ossos. Ele reza, é uma bonita reza. Ele faz a dor ir embora, nós sentimos isto. Ele tira a dor do tutano para os ossos, dos ossos para a carne, da carne para a pele, e então manda para as sete ondas do mar sagrado. (Curador 9)

Noutras situações, a relação entre a biomedicina e as curas tradicionais torna-se convergente quando ambas intentam sanar mazelas que acometem as crianças. Nesses casos, os índios procuram médicos considerando que os remédios industrializados receitados por esses especialistas possam findar os males que abatem certas crianças. Todavia, quando essas prescrições médicas não funcionam, os indígenas procuram imediatamente um curador da aldeia a fim de que ele possa curar os enfermos conforme esclarece um curador:

Quando uma criança para de comer e não quer o leite da mãe, os pais levam para o médico. Então ele recomenda um remédio para abrir o apetite. Quando isto não funciona, eles procuram um rezador. Nosso povo diz que a vida de uma criança está nas mãos de um curador. (Curador 10)

As curas indígenas são cerimoniais por agentes da espiritualidade que remetem com clareza à prática da *umbanda*. Trata-se de um complexo ritual baseado no sincretismo religioso envolvendo o candomblé africano, o catolicismo popular e os rituais indígenas. Na comunidade *Pitaguary* existem três terreiros de *umbanda*. Um dos grupos, liderado pelo Pajé da comunidade, está localizado na *Monguba*. Índios evangélicos, católicos e não-índios buscam o Pajé para rezas, sessões de *umbanda* e cerimônias de cura. Entre os instrumentos que esse curador lança mão na intenção de transmitir ensinamentos e de findar males espirituais, estão as incorporações de encantados. O Pajé cerimonializa a vinda de espíritos desencarnados com a missão de fazer uso do corpo desse curador a fim de produzir o bem estar espiritual ou corporal daquelas pessoas presentes no ritual e que solicitam o término de dores que os acompanham. Assim nos fala um curador:

O céu dos índios é o mundo encantado. Nosso céu é a mata. Os encantados são índios que permanecem na floresta, em muitas tribos. Então, o presente do Pajé é exatamente doar seu corpo para aquelas entidades para trazer ensinamentos e experiências...assim nossa igreja é a serra e a mata. (Curador 1)

A participação recorrente desses índios em cerimônias tradicionais de cura não implica afirmar que eles não pratiquem outras formas de espiritualidade. As igrejas evangélicas como Comunidade Bíblica da Graça, Assembleia de Deus, Igreja Universal e Deus é Amor, além da Católica, apresentam número considerável de seguidores entre os *Pitaguary*. Esse hibridismo de espiritualidades e religiões, contudo, não recai em formas determinadas de preconceito. Contrariamente, essa diversidade de ritos e sentidos espirituais é respeitada.

Hoje nós temos uma quantidade de seitas em nossa aldeia e nós respeitamos cada uma delas. Qualquer índio pode seguir sua seita e agente não interfere. Eu prefiro uma diversidade de seitas, que é bem melhor do que uma diversidade de forró<sup>v</sup>. (Curador 1)

De modo particular, os rituais organizados pelas igrejas evangélicas são apreendidos por esses índios enquanto cerimônias que se aproximam, em termos dos seus propósitos, daqueles que são tradicionalmente praticados pelos *Pitaguary*. Entre as diferenças indicadas por eles está o fato de os rituais evangélicos não laçarem mão de plantas medicinais. Todavia, o problema espiritual estando presente, as igrejas evangélicas procuram afastar as doenças espirituais, assim como as cerimônias indígenas de cura o fazem.

As igrejas evangélicas vieram para nossa aldeia. Entre eles, ficar curado não é muito usando plantas medicinais, mas é uma questão espiritual. Qualquer um que enfrente problemas espirituais vai para uma igreja evangélica. (Curador 8)

Sobre estas igrejas, existem algumas pessoas que afirmam existir uma pressão da parte dos evangélicos para que os índios deixem suas práticas tradicionais e espiritualidade em favor dos ritos cristãos, o que traz desconforto entre eles.

De outro lado, conforme as lideranças *Pitaguary*, desordens físicas e espirituais estão, em muitos casos, misturadas. Mas há ocasiões em que o curador diagnostica que a enfermidade tem origem espiritual. Porém, quando não é o caso, o paciente é encaminhado para o posto de saúde. Mas o contrário igualmente acontece. Integrantes da equipe de saúde (médicos e assistentes) por vezes aconselham que os pacientes façam uso de chás e rezas em associação com os tratamentos convencionais. Finalmente os curadores, como também os pacientes, partilham crenças populares sobre plantas, animais, a floresta e as entidades espirituais, o que é relativamente comum em comunidades rurais do Ceará e do Nordeste.

Para lidar com a saúde, as estratégias utilizadas pelos *Pitaguary* confirmam o pluralismo terapêutico, incluindo a biomedicina, representada pelo PSF e DISEI. Isto ocorre no interior da comunidade, na vida diária das pessoas. Curas de doenças físicas e espirituais são obtidas na roda de *Toré*, nas rezas, em rituais evangélicos, em sessões de *umbanda*. Por sua vez, os serviços biomédicos são bem-vindos, porque fortalecem a saúde dos *Pitaguary*, mas eles estão combinados a crenças indígenas e práticas nativas assumidas por livre iniciativa das pessoas. A maneira como os índios manejam sua saúde não constitui um recurso terapêutico em um sentido restrito, mas é característica da identidade étnica. Os *Pitaguary* se reconhecem como índios por causa de seus ancestrais, da relação com a terra, de suas festas e cerimônias. Mas também por conta de seus tratamentos de cura e rituais, em uma variedade de crenças, como ocorre com outros povos (Martin-Hill 2009; Novo 2011).

No contexto comunitário, observamos que a diversidade de opções de saúde entre os *Pitaguary* persiste nas trocas locais de conhecimentos e cuidados terapêuticos, em formas criativas, atendendo dimensões plurais da condição humana. A intermedicalidade não apenas ilumina as transações entre biomedicina e etnomedicina, protagonizadas pelos índios. Ela

também revela que o espaço das “medicinas híbridas” é assumido pela comunidade, conforme costumes familiares, crenças religiosas e tradições indígenas, com acordos e disputas.

Este “espaço contextualizado” (Greene 1998) configura o lugar onde habitam os *Pitaguary*. Constitui a zona de contato (Follér 2004) entre saberes e práticas heterogêneas. Trata-se de um espaço múltiplo, rico e contraditório, no qual seus sujeitos não são “receptores passivos” das políticas públicas, mas agentes criativos de sua saúde, mesmo que enfrentando a pobreza e os recursos escassos. A comunidade constrói itinerários terapêuticos e se apropria de opções médicas em um cenário intercultural onde atuam profissionais e unidades de saúde, igrejas e curadores.

## 6 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Neste artigo, abordamos as práticas indígenas de cura em uma perspectiva antropológica como recurso terapêutico aos serviços de saúde. Pelo exame de agências sanitárias e do discurso oficial dos órgãos de saúde, analisamos a questão da integração de sistemas médicos, assunto incluído em políticas públicas e recomendações técnicas. No Brasil, a criação do setor de saúde indígena configura importante passo ao reconhecimento das práticas tradicionais de cura. Isto ocorre como resultado da luta indígena ao longo de muitos anos buscando proteger sua cultura, com o apoio de movimentos sociais e de parceiros diversos. Neste contexto, as políticas públicas estão sob pressão de forças políticas, e a biomedicina opera como modelo sanitário colonizador dentro dos serviços de saúde.

Assumimos que as ações públicas em saúde voltadas para as comunidades indígenas promovem um intercâmbio limitado, ao invés de uma integração de sistemas médicos. A este respeito, um ponto central é que a diversidade terapêutica está fundamentada em forças sociais e culturais, o que acontece em distintas sociedades. O setor popular dos cuidados em saúde constitui exemplo significativo, com grande capilaridade na sociedade brasileira.

No caso dos *Pitaguary*, exploramos estes elementos étnicos em uma variedade de usos. A intermedialidade, ao invés da integração, apresenta um quadro mais realista de como a comunidade local lida com seus recursos de saúde. Claro que, por muitas razões (pobreza, exclusão social, qualidade de vida), os *Pitaguary* aceitam os serviços biomédicos como direito legítimo de cidadania. Mas por motivos políticos e étnicos, eles necessitam preservar as práticas nativas de cura. Então, o que ocorre é uma espécie de estratégia mista, onde as medicinas híbridas tem lugar e, certamente com disputas e diferenças, a diversidade terapêutica segue em frente. Assim, a intermedialidade realça o contexto de culturas híbridas, o qual opera em diferentes níveis e modos, a partir de distintas epistemologias. Trata-se,

portanto, não de integração mas de convívio entre saberes de cura. Julgamos que esta reflexão possa lançar luzes contributivas para se compreender com mais densidade a rica relação entre as curas indígenas tradicionais e a medicina convencional.

### Referências bibliográficas

- ANDRADE, João T., e FARIAS, Liduína, 2010, Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. *Saúde e Sociedade*. V. 19, n.3, p. 497 – 508.
- ANDRADE, João T., 2010, *Ritos terapêuticos entre rezadores no Grande Bom Jardim, em Fortaleza: persistência dos saberes comunitários em saúde*. Anais da 27ª. RBA. Brasília: ABA.
- BODEKER, Gerard, and GEMMA, Burford (Editors), 2007, *Traditional, complementary and alternative medicine: policy and public health perspective*. London: Imperial College Press.
- BODEKER, Gerard, and KRONENBERG, Fredi, 2002, 'A Public health agenda for traditional, complementary, and alternative medicine'. *American Journal of Public Health*. Vol 92, No. 10.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. 3ª. *Conferência Nacional de Saúde Indígena*. Luziânia, GO, 2001. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/geral/3cnsi.pdf>
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde, 2002, *Política Nacional de Atenção à saúde dos povos indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. 4º *Conferência Nacional de Saúde Indígena*. Brasília, DF, 2007a. Disponível em: [conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relat\\_final\\_4CNSI.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relat_final_4CNSI.pdf)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2007b, *Medicina Tradicional Indígena em Contextos – Anais da I Reunião de Monitoramento*. Luciane O. Ferreira e Patrícia S. Osório (org.). Projeto Vigisus II/Funasa. Brasília.
- BRAZIL. Ministry of Health of Brazil, 2008, *PNPIC: National Policy on Integrative and Complementary Practices of the SUS: access expansion initiative / Ministry of Health of Brazil, Secretary of Health Care, Department of Primary Care*. Brasília.
- BROADHEAD, Lee-Anne, and HOWARD, Sean, 2011, Deepening the debate over 'sustainable science': Indigenous perspectives as a guide on the journey. *Sustainable Development*, 19 (5), 301-311.
- FAITH J., Hill, 2003, 'Complementary and alternative medicine: the next generation of health promotion?' *Health promotion international*. Vol. 18, Nº. 3.
- FERREIRA, Luciane O., 2007, Limites e possibilidades da articulação entre as medicinas tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde. In Brasil. Ministério da Saúde. *Medicina Tradicional Indígena em Contextos – Anais da I Reunião de Monitoramento*. Luciane O. Ferreira e Patrícia S. Osório (org.). Projeto Vigisus II/Funasa. Brasília.
- FERREIRA, Luciane O., 2013, *Medicinas indígenas e as políticas da tradição: entre discursos oficiais e vozes indígenas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- FOLHA DE SÃO PAULO, 2012, *Índios ocupam prédios e boqueiam rodovias para cobrar atenção à saúde*, 29 de maio, Disponível em: <http://www.folha.uol.com.br/>
- FOLLÉR, Maj-lis, 2001, Interactions between global processes and local health problems. A human ecology approach to health among indigenous groups in the Amazon. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17 (Suplemento): 115-126.
- FOLLÉR, Maj-lis, 2004, Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J. & GARNELO, L. (orgs.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia.

- FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO (FUNAI). *Saúde indígena foi tema predominante no encerramento da CNPI*. 8 de junho, 2012. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/>
- GALINDO, Daniel, 2005, A inclusão das rezadoras de Maranguape na promoção da saúde pública. *Revista Acadêmica do Grupo comunicacional de São Bernardo*. Ano 02, número 03. São Paulo, jan/jun.
- GARNELO, Luiza, e PONTES, Ana L. (orgs.), 2012, *Saúde indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: Ministério da Educação; Unesco.
- GREENE, Shane, 1998, The Shaman's Needle: Development, Shamanic Agency, and Intermediality in Aguaruna Lands, Peru. *American Ethnologist*, Vol. 25, No. 4, pp. 634-658.
- HELMAN, Cecil G., 2007, *Culture, Health and Illness*. London: Hodder Arnold.
- KLEINMAN, Arthur, 1978, 'Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems'. *Social Science and Medicine*, New York, v. 01, n. 12, p. 85-93.
- LANGDON, Esther J., 2007, Problematizando os Projetos de Medicina Tradicional Indígena. In Brasil. Ministério da Saúde. *Medicina Tradicional Indígena em Contextos – Anais da I Reunião de Monitoramento*. Luciane O. Ferreira e Patrícia S. Osório (org.). Projeto Vigisus II/Funasa. Brasília.
- LANGDON, Esther J., 2004, Políticas Públicas de Saúde Indígena: implicações para minorias e saúde reprodutiva. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (orgs.) *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- MARTIN-HILL, Dawn, 2003, *Traditional Medicine in Contemporary Contexts: Protecting and Respecting Indigenous Knowledge and Medicine*. Ottawa: National Aboriginal Health Organization.
- MARTIN-HILL, Dawn, 2009, 'Traditional Medicine and Restoration of Wellness Strategies'. *Journal of Aboriginal Health*. Vol. 5, Issue 1, 26 – 42.
- MONTENEGRO, Raul A., and STEPHENS, Carolyn, 2006, 'Indigenous health in Latin America and the Caribbean'. *Lancet*. Vol. 367: 1859–69.
- NOVO, Marina P., 2011, *Política e intermedialidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(7): 1362-1370, julho.
- OBOMSAWIN, Raymond, 2007, *Traditional medicine for Canada's first peoples*. Report.
- PAPPAS, James D., SMYTHE, William E., and BAYDALA, Angelina (Eds.), 2007, *Cultural healing and belief systems*. Calgary: Detselig.
- ROSE, Isabel S., 2006, Cura espiritual, biomedicina e intermedialidade no Santo Daime. 25a. *Reunião Brasileira de Antropologia*. Goiania: ABA.
- RICARDO, Beto, e RICARDO, Fany (editores), 2011, *Povos indígenas no Brasil 2006/2010*. São Paulo: Instituto Socioambiental.
- SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA (SESAI), 2014, Relatório da 5ª Conferência nacional de saúde indígena. Ministério da Saúde.
- STEPHENS, Carolyn, PORTER, John, NETTLETON, Clive, and WILLIS, Ruth, 2006, 'Disappearing, displaced, and undervalued: a call to action for Indigenous health worldwide'. *Lancet*. Vol. 367: 2019-28.
- TESSER, Charles D., e BARROS, Nelson F., 2008, Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Revista Saúde Pública*. 42(5): 914-20.
- WALDRAM, James B., HERRING, Ann D., and YOUNG, T. Kue., 2006, *Aboriginal health in Canada: historical, cultural, and epidemiological perspectives*. Toronto, Buffalo, London: University of Toronto Press.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2002, *Who Traditional Medicine Strategy 2002–2005*. Geneva.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2005, *National policy on traditional medicine and regulation of herbal medicines*. Geneva.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2013, *Traditional medicine strategy: 2014-2023*. Geneva.

---

<sup>i</sup> No original em inglês: “a contextualized space of hybrid medicines and sociomedically conscious agents”.

<sup>ii</sup> Projeto *Saúde indígena no Ceará: especialistas e práticas tradicionais em culturas diferenciadas*, financiado pelo CNPq, Edital MCT/CNPq/MEC/CAPES No. 02/2010.

<sup>iii</sup> Tradicional refere-se a práticas e saberes médicos alicerçados na cultura local, enquanto alternativo/complementar diz respeito a cuidados terapêuticos oriundos de outras sociedades.

<sup>iv</sup> Termos populares para enfermidades orgânicas, psíquicas e espirituais.

<sup>v</sup> Dança e estilo musical popular do Nordeste brasileiro