

SABERES DE CURA E DE SAÚDE NO ÂMBITO DA GEOGRAFIA: HERANÇA COLONIAL NO BRASIL

LESSONS OF HEALING AND HEALTH ON THE GEOGRAPHY FIELD: COLONIAL HERITAGE AT BRAZIL

Carla Alessandra Melo de Freitas Bastos

Universidade Federal de Sergipe, Programa de Pós-Graduação em Geografia, SE, Brasil
carla.meelo@gmail.com

Josefa Eliane Santana de Siqueira Pinto

Universidade Federal de Sergipe, Programa de Pós-Graduação em Geografia, SE, Brasil
J.eliane@academico.ufs.br

RESUMO

Desde os primórdios, o temor à ocorrência das doenças, bem como a busca de suas possíveis causas e procedimentos curativos, fazem parte das preocupações humanas. Assim, a sociedade passou a construir diferentes interpretações na tentativa de compreender e explicar o processo saúde-doença. A construção e entendimento dos conceitos de saúde e doença dependem de um dado contexto, que leva em consideração diversos elementos que permeiam uma sociedade. Destarte, com intuito de fomentar uma reflexão acerca do cuidado com a saúde, no âmbito da formação do território brasileiro, o presente artigo busca analisar as múltiplas representações e conexões de costumes, saberes, práticas, crenças, partilhadas entre as três culturas – a indígena, a europeia e a africana -, com intuito de compreender, ao longo do tempo, a importância e construção da arte de cura. Realizaram-se pesquisas bibliográficas com intuito de resgatar tais saberes, partindo da herança colonial, tendo em vista que perduram e resistem ao tempo. Os vínculos entre a Geografia e as condições do processo saúde-doença são numerosos, circundando aspectos históricos, sociais, ambientais, biológicos, políticos, comportamentais e culturais. Contudo, nota-se, no âmbito da Geografia da saúde, certa carência quanto se trata de escritos relacionados a alternativas a saúde.

Palavras-chave: Saberes de Cura. Geografia da Saúde. Partilhas Culturais.

ABSTRACT

Since the beginning, the fear of the occurrence of diseases, as well as the search for their possible causes and curative procedures, have been part of human concerns. Thus, society began to build different interpretations in an attempt to understand and explain the health-disease process. The construction and understanding of the concepts of health and disease depend on a given context, which takes into account several elements that permeate a society. Thus, with the aim of promoting a reflection on health care, within the scope of the formation of the Brazilian territory, this article seeks to analyze the multiple representations and connections of customs, knowledge, practices, beliefs, shared between the three cultures - the indigenous, European and African -, with the aim of understanding, over time, the importance and construction of the art of healing. Bibliographical research was carried out with the aim of rescuing such knowledge, from the colonial heritage to the present day, considering that it lasts and resists time. The links between Geography and the conditions of the health-disease process are numerous, encompassing historical, social, environmental, biological, political, behavioral and cultural aspects. However, it is noted, within the scope of Geography of health, a certain lack when it comes to writings related to health alternatives.

Keywords: Healing Knowledge. Health Geography. Cultural Shares.

INTRODUÇÃO

Desde os primórdios da humanidade, o temor à ocorrência das doenças, bem como a busca de suas possíveis causas e procedimentos curativos, fazem parte da realidade e das preocupações humanas.

Recebido em 18/04/2023

Aceito para publicação em: 13/10/2023.

Assim, a sociedade passou a construir, pelos marcos históricos, diferentes interpretações/significados na tentativa de compreender e explicar o processo saúde-doença.

Nota-se que a construção e entendimento dos conceitos de saúde e doença dependem de um dado contexto, que leva em consideração crenças, hábitos, classe social, conhecimentos, cultura, entre outros elementos que permeiam uma sociedade. Ou seja, o processo saúde-doença é uma manifestação, acima de tudo, social e instável. Pontua-se que, a procura pela causa das doenças “[...] tem um caráter instrumental, na medida em que as categorias interpretativas que dela resultam dão suporte a projetos de intervenção sobre a realidade” (Oliveira; Egry, 2000, p. 10).

É importante frisar que, devido o forte enraizamento histórico nas mais diversas culturas, a visão mágico-religiosa “[...] ainda exerce muita influência nas formas de pensar a saúde e a doença na sociedade contemporânea” (Batistella, 2007, p. 30), por meio do “[...] uso disseminado de chás, o recurso às rezas, benzeduras, simpatias, oferendas e os ritos de purificação, presentes nas diversas crenças e religiões” (*Ibidem*, p. 30-31). Os saberes preservados ao longo do tempo estão presentes em muitas práticas destinadas à saúde.

Na Geografia da Saúde, tais saberes são bem expressivos, “[...] pois essa se encarrega de determinar quais causas e fenômenos aliados aos espaços e microespaços são fatores que contribuem ou prejudicam a saúde das populações e de seus lugares” (Dias; Mendonça, 2020, p. 274). Os autores se debruçaram ao estudo de um ‘*Modelo das Alternatividades em Saúde Humana*’, apontando outra racionalidade operacionalizada pela classe mais baixa, em detrimento das teorias construídas (modelo eurocêntrico) para o processo saúde-doença, que se limitavam as classes mais altas.

No Brasil, a integração de conhecimentos entre a Geografia e a Epidemiologia, tem uma narrativa antiga no que se refere às práticas e cuidados com a saúde humana, fato que resultou em ensaios pioneiros da Geografia Médica (Junqueira, 2009). “No Brasil, os estudos de saúde sob a perspectiva do saber geográfico estiveram quase sempre a serviço de interesses colonialistas ou desenvolvimentistas de base capitalista” (Silva, 2018, p. 82). No entanto, esse conhecimento não se restringiu aos estudiosos da elite, estendendo aos sujeitos e saberes alternativos (Dias *et al.*, 2020).

É importante salientar que a Geografia da Saúde se constitui um ramo da Geografia que tem por finalidade compreender as relações saúde-doença na perspectiva social e espacial. É ao mesmo tempo, uma maneira de se estudar a saúde muito antiga e atual. Os vínculos entre a Geografia e as condições do processo saúde-doença são numerosos, circundando aspectos históricos, sociais, ambientais, biológicos, políticos, comportamentais e culturais (Aleixo, 2012; Guimarães, 2015).

No âmbito da Geografia Médica brasileira, os primeiros relatos acerca da espacialização das doenças no território foram feitos por viajantes estrangeiros e naturalistas (Junqueira, 2009), através de expedições para reconhecimento do ‘Novo Mundo’ encontrado. A autora aponta que, em decorrência da criação das “[...] Faculdades de Medicina no país, em 1808, surgiram diversos trabalhos que abordavam questões referentes à geografia das doenças ou patologia geográfica das várias regiões brasileiras” (*Ibidem*, p. 06), sobretudo, de caráter determinista.

O interesse pelas áreas de interiorização do território nacional, como a Amazônia e o Centro-Oeste, na década de 1950, impulsionaram estudos da Geografia Médica, especialmente, para atender aos interesses políticos (Junqueira, 2009). Segundo Perekouski e Benaduce (2007, p. 36), tais estudos eram voltados para regiões planejadas “[...] onde se abriam estradas para implantação de projetos hidrelétricos, agropecuários e de mineração. Os investimentos eram fomentados pelo governo em parceria com o empresariado e [...] atendiam aos interesses da classe dominante”, ou seja, não havia de fato preocupação com a saúde coletiva.

A fundação da Escola Nacional de Geografia Médica, no ano de 1970 “[...] recebeu importante contribuição de Milton Santos para a formação de uma nova abordagem, que priorizava analisar a interação entre o social e o meio ambiente, a partir da contribuição da Geografia Crítica [...]” (Junqueira, 2009, p. 07), especialmente, através da análise social do espaço.

Os anos 1980 e 1990 foram marcados por uma revalorização dos estudos da Geografia da Saúde Brasileira, com a retomada das pesquisas, voltados para as questões de Saúde Coletiva (Perekouski; Benaduce, 2007), fundamentadas na abordagem crítica, as quais procuravam responder e entender as carências coletivas relacionadas à saúde. Os geógrafos passaram a relacionar suas pesquisas aos aspectos preventivos, seguindo à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nota-se que, nas últimas décadas, o ramo da Geografia da Saúde tem conquistado espaço em todo território brasileiro, contribuindo para a produção de alguns trabalhos científicos. Faz-se importante

destacar também a realização, desde 2003, do Simpósio Nacional de Geografia da Saúde. “A primeira edição do evento marcou a retomada do interesse por parte dos geógrafos pela temática em questão, além de fomentar a reflexão e a discussão sobre os aspectos teóricos e metodologias desse campo da geografia” (Barros, 2020, p. 32).

Mendonça *et al.* (2014) chamam atenção para o fato de que, no âmbito da Saúde, ao menos no Brasil, os serviços públicos estão inseridos, praticamente em sua totalidade, na visão biomédica do processo saúde-doença dos indivíduos, ou seja, existe uma distância considerável no que tange as práticas e cuidados com a saúde, na esfera da sociedade (rezas, crenças, etc.). Os autores apontam que esse distanciamento “[...] entre a perspectiva biomédica/saúde pública (Modernidade) e a perspectiva vernacular (Tradição) nos cuidados com a saúde [...]” (*Ibidem*, p. 49) configura um grande desafio, sobretudo para os estudos da Geografia da Saúde no país, visto que ambas as visões poderiam ganhar com a troca de conhecimentos, como tratar-se-á a seguir.

Destarte, com intuito de fomentar uma reflexão acerca do cuidado com a saúde, no âmbito da formação do território brasileiro, o presente artigo busca analisar as múltiplas representações e conexões de costumes, saberes, práticas, crenças, partilhadas entre as três culturas – a indígena, a europeia e a africana -, com intuito de compreender, ao longo do tempo, a importância e construção da arte de cura. Realizaram-se pesquisas bibliográficas com intuito de resgatar tais saberes, desde a herança colonial, tendo em vista que perduram e resistem ao tempo.

SAÚDE E DOENÇA NO BRASIL COLONIAL: CONFRONTO ENTRE OS POVOS

Mais ou menos em 1484, Colombo se apresentou a D. João II de Portugal, solicitando navios e gente para atingir a Ásia por uma rota completamente oposta àquela procurada pelos portugueses [...] A sua proposta não foi aceita. [...] diante do sucedido, procurou os reis da Espanha, Fernando e Isabel, aos quais expôs o seu projeto (Souza, 1946, p. 67).

Em 1492, formou-se uma expedição rumo à Índia, financiada pela Coroa Espanhola, com objetivo de ampliar as atividades comerciais. No entanto, um desvio imprevisto do percurso original, permitiu que os navegantes adentrassem o Arquipélago Caribenho, em 12 de outubro de 1492, precisamente à Ilha de Guanaani (Miranda, 2017). As terras recém-descobertas motivaram grandes conflitos entre os reis de Espanha e de Portugal, resultando, em 1494, na assinatura do Tratado de Tordesilhas². “Oito anos depois, no dia 22 de abril de 1500, Pedro Álvares Cabral chegava ao Brasil com uma esquadra fortemente equipada” (*Ibidem*, p. 52). A partir daí, a Coroa Portuguesa passou a dedicar um investimento maior para o Novo Mundo, dando início as explorações. “[...] Embora minúsculo, o grupelho recém-chegado de além-mar era superagressivo e capaz de atuar destrutivamente de múltiplas formas” (Ribeiro, 2014, p. 13).

O europeu destruiu a paisagem intocada que encontrou, impôs suas técnicas de cultivo de solo, implantou uma infinidade de ervas e plantas, modificando o original perfil da natureza selvagem, e simultaneamente a essa aniquilação descobriu segredos valiosos nas entranhas das terras americanas (Ribeiro, 1997, p. 49).

Nesse sentido, uma série de conflitos diretos com os povos indígenas que ocupavam as terras recém-descobertas fora iniciada. Como aponta o autor, diante à invasão europeia, os indígenas lutaram bravamente para defender seu modo de ser e de viver, especialmente, ao perceberem que sua submissão ao invasor representaria desumanização como bestas de carga. Os conflitos ocorreram em vários níveis,

[...] predominantemente no biótico, como uma guerra bacteriológica travada pelas pestes que o branco trazia no corpo e eram mortais para as populações indenes. No ecológico, pela disputa do território, de suas matas e riquezas para outros usos. No econômico e social, pela escravização do índio, pela mercantilização das relações de produção, que articulou os novos mundos ao velho mundo europeu como provedores de gêneros exóticos, cativos e ouros. No plano étnico-cultural, essa transfiguração se dá pela gestação de uma etnia nova, que foi unificando, na língua e nos costumes [...] (Ribeiro, 2014, p. 13).

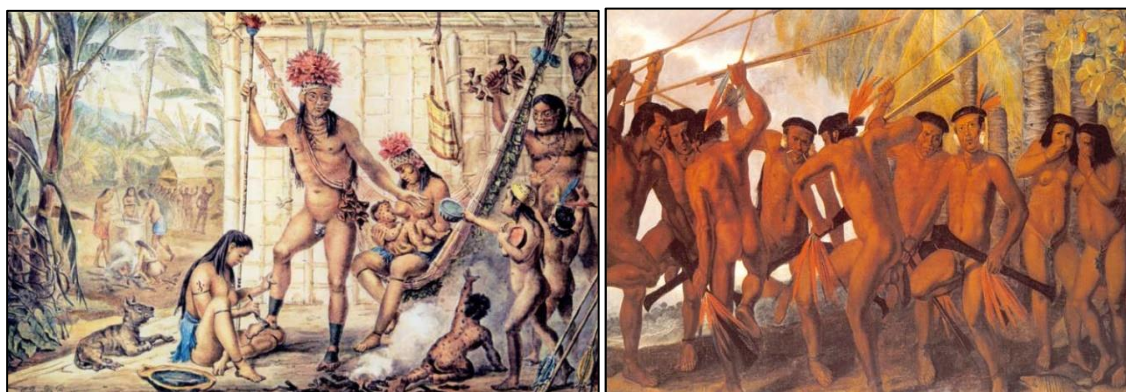
Os indígenas eram vistos pelos colonos como “[...] gado humano, cuja natureza, mais próxima de bicho que de gente, só os recomendava à escravidão” (*Ibidem*, p. 23). Desse modo, passou-se então a considerá-los ‘empecilhos’ à civilização, um “[...] obstáculo al desarrollo económico, político y socio-

² Acordo assinado entre Portugal e Espanha, no qual demarcaram, por meio de uma linha imaginária, as posses de terra no território da América do Sul, nomeado ‘Novo Continente’.

cultural” (wenczenovicz, 2018, p. 19). Assim, “[...] a ocupação dos seus territórios era vista como um ato de defesa à existência da civilização” (Conceição, 2004, p. 03).

Relatos enviados à Europa acerca do estilo de vida dos nativos (Figura 1) expressavam o olhar do colonizador, carregados de preconceitos. Várias conotações foram-lhes atribuídas: “Colonos “heréticos” e “feiticeiros”; índios “imundos” e “incestuosos”, de feições e hábitos “animalescos”, “canibais”, “polígamos”, “pagãos” e “preguiçosos” [...]” (Edler, 2010, p. 25).

Figura 1 – Retratos do estilo de vida indígena no período colonial



Fonte: Direita: Edler (2010); Esquerda: Oliveira; Freire (2006).

O destaque na antropofagia beneficiou aos colonizadores, facilitando a legalização do processo de ocupação e escravidão desses povos (Fujimoto, 2016). Para a autora, “[...] a referencia à prática antropofágica constituía o elemento central dos argumentos que justificavam a inferioridade indígena, [...] alocava o europeu no topo da hierarquia e reservava ao ameríndio um lugar próximo aos animais” (*Ibidem*, p. 12). A Coroa Portuguesa “[...] Quase sempre fez vista grossa à escravidão indígena, que desse modo se tornou inevitável, dado o caráter da própria empresa colonial [...]” (Ribeiro, 2014, p. 23).

A partir de então, “[...] os europeus, de modo cruel, passam a abater os índios americanos dando início a um dos maiores genocídios da história da humanidade. [...] milhões de ameríndios são massacrados, em nome da fé e da civilização” (Miranda, 2017, p. 52). “Um somatório de violência mortal, de intolerância, prepotência e ganância” (Ribeiro, 2014, p. 22).

A justificativa da condição da desumanização, dominação e opressão, se pautava na mistificação ideológica de um modelo inscrito na concepção naturalista da condição de “inferioridade”. Modelo prescrito e legitimador do processo opressivo do domínio imperialista, colonial, em nome de uma ordem social qualificada na materialização da diferença pela intensidade do poder e da Civilização, povos foram e são massacrados, dizimados, em nome do Bem contra o Mal (Conceição, 2004, p. 03).

Para a autora citada, a política de extermínio da população indígena foi intensa no período colonial, no entanto, na atualidade, ainda é notória a existência de conflitos entre esses povos e demais segmentos da sociedade nacional, principalmente, no que tange a posse/demarcação de terras, configurando uma verdadeira luta pela sobrevivência e reconhecimento de seus direitos territoriais, políticos, étnicos e culturais.

Sem entraves, além dos combates, a chegada dos europeus e, posteriormente, dos africanos escravizados no território brasileiro sucedeu no aparecimento de inúmeras enfermidades “[...] resultando em ajustes biológicos dos quais ainda hoje percebemos as consequências” (Souza *et al.*, 1994, p. 28). De um lado estavam os europeus, sobreviventes de pestes e para as quais desenvolveram resistência. Do outro lado, os povos indígenas, desprotegidos, que começavam a morrer aos montes. Em poucas décadas, inúmeras povoações indígenas tinham desaparecido da costa brasileira. (Ribeiro, 2014).

Assim é que a civilização se impõe, primeiro, como uma epidemia de pestes mortais. Depois, pela dizimação através de guerras de extermínio e da escravização. Entretanto, esses eram tão só os passos iniciais de uma escalada do calvário das dores inenarráveis do extermínio genocida e etnocida (*Ibidem*, p. 21).

No contexto da saúde, o contato dos recém-chegados com a população indígena marcou um encontro/confronto cultural, que abarcavam formas/conhecimentos diferenciados em torno do processo saúde-doença (Ribeiro, 1997), “[...] culminando em uma rede múltipla e interligada de saberes, que se complementam, contrapõem-se e compõem parte indelével de nossa identidade cultural” (Barbosa, 2016, p. 66).

Destarte, no que tange os cuidados com a saúde, no âmbito da formação do território brasileiro, faz-se importante olhar as múltiplas representações e conexões de costumes, saberes, práticas, crenças, concepções, partilhadas entre as três culturas – a indígena, a europeia e a africana -, com intuito de compreender, ao longo do tempo, a importância e construção da arte de cura “[...] marcada pela raridade de médicos, cirurgiões e produtos farmacêuticos, e o sincretismo dos povos, responsável pela formação de uma medicina multifacetada e afeita ao universo da magia” (Ribeiro, 1997, p. 16).

No final dos anos 1970, a OMS introduziu o debate acerca das práticas da Medicina Tradicional (MT), por meio da criação do ‘Programa de Medicina Tradicional’. O planejamento foi utilizado especialmente pelos países em desenvolvimento, com a implementação de projetos voltados para recuperação e oficialização das tradições de cuidado à saúde (Assis *et al.*, 2018). A MT dispõe de uma longa história e compreende,

[...] la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales (OMS, 2013, p. 15).

No documento ‘Estratégia da OMS sobre medicina tradicional, 2014-2023’, a OMS reconhece os benefícios destas práticas e busca auxiliar Estados Membros na ampliação de políticas públicas, realização de planos de ação que fortaleçam o papel da medicina tradicional e complementar (MTC) no cuidado à saúde, bem como orienta demandas referentes à regulamentação, verificação de produtos e qualificação de profissionais (OMS, 2013), visto que, ainda tem-se encontrado, em muitas partes do mundo, problemáticas referentes à disponibilidade, preservação e validação de tais práticas. Por outro lado, aponta que para muitas pessoas “[...] los tratamientos tradicionales y los prácticos de las medicinas tradicionales representan la principal fuente de atención sanitaria, y a veces la única” (*Ibidem*, p. 16), como acontece nos países em desenvolvimento, nos quais, em média, “[...] 80% da população utilizam práticas tradicionais nos seus cuidados básicos de saúde e 85% destes utilizam plantas ou preparações destas” (BRASIL, 2016, p. 16), levando em conta os altos custos dos medicamentos industrializados.

O Brasil foi um dos precursores, no âmbito das Américas, a lutar pela inserção/integração das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICs) nos serviços públicos de saúde, cuja referência culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, na qual “[...] o relatório final [...] propôs ‘a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida’” (Nascimento *et al.*, 2012, p. 3596-3597). Contudo, a oficialização só ocorreu 20 anos depois, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), reconhecida pelas Portarias Ministeriais nº 971/2006 e nº 1.600/2006 (BRASIL, 2006).

A PNPIC introduziu o país na vanguarda das práticas integrativas em sistemas universais de saúde, através “[...] da normatização e da institucionalização das experiências com essas práticas na rede pública e como indutora de políticas, programas e legislação nas três instâncias de governo [...]” (BRASIL, 2018, p. 09). No entanto, ainda há muito caminho a se percorrer, especialmente quando se trata do reconhecimento dos saberes e práticas dos povos originários e dos africanos. É importante mencionar que, ainda não ocorreu de fato o rompimento histórico construído no período colonial e que a política de invisibilidade os acompanha até os dias atuais, como aponta Dias e Mendonça (2020, p. 273),

As práticas e saberes alternativos, majoritariamente pertencentes aos povos tradicionais e minorias da sociedade, não são ainda hoje valorizados em razão do pensamento e *modus operandi* colonial. Com a ocupação colonial e a intensa exploração dos territórios e dos povos tradicionais, uma criminalização foi iniciada ante ao modo de vida e crenças não europeias, sendo necessário um desvelamento e uma revolução epistemológica, que desconstrua todas as raízes que deslegitimam sujeitos e práticas tradicionais e alternativas.

Para os autores, essa revisão epistêmica representa a base para que demandas sejam reformuladas e/ou consolidadas no seio da sociedade brasileira. Destarte, os saberes tradicionais (múltiplo-singular-

integral) dos diversos povos e tradições do território brasileiro, muitas vezes em conflitos, devem e merecem ser respeitados ao ensinar o exercício do cuidado e da cura. Frisa-se que, o estudo em tela não abarcará com tamanha amplitude e profundidade a importância das experiências milenares que envolvem esses povos, no entanto, tratarão, de maneira pontual, historicidades, contribuições e desafios enfrentados no campo da saúde.

ARTES DE CURA - PARTILHA CULTURAL ENTRE INDÍGENAS, EUROPEUS E AFRICANOS

Preservada ao longo de uma jornada além do tempo, ainda que diante de todo ataque cultural sofrido no período colonial e na modernização - a Medicina Tradicional Indígena se encontra “[...] fortemente enraizadas nas culturas locais dos países sul-americanos [...]” (Luz, 2005, p. 155) e se caracteriza,

[...] como sistemas de cura nos quais a integração ou harmonia homem/natureza, e natureza/cultura é um sinônimo do que designaríamos, em nossa cultura, de equilíbrio para os indivíduos, e uma garantia de saúde para a comunidade (*Ibidem*, p. 155).

Os povos indígenas que ocupavam o território nacional, antes da chegada dos europeus, eram compostos por comunidades seminômades e variadas famílias linguísticas - tupi-guarani, jê, karib, aruák, xirianá, tucano, entre outras etnias espalhadas pelo litoral e interior (Oliveira; Freire, 2006).

Para os índios que ali estavam, nus na praia, o mundo era um luxo de se viver, tão rico de aves, de peixes, de raízes, de frutos, de flores, de sementes, que podia dar as alegrias de caçar, de pescar, de plantar e colher a quanta gente aqui viesse ter. Na sua concepção sábia e singela, a vida era dádiva de deuses bons, que lhes doaram esplêndidos corpos, bons de andar, de correr, de nadar, de dançar, de lutar. Olhos bons de ver todas as cores, suas luzes e suas sombras. Ouvidos capazes da alegria de ouvir vozes estridentes ou melódicas, cantos graves e agudos e toda a sorte de sons que há. Narizes competentíssimos para fungar e cheirar catingas e odores. Bocas magníficas de degustar comidas doces e amargas, salgadas e azedas, tirando de cada qual o gozo que podia dar. E, sobretudo, sexos opostos e complementares, feitos para as alegrias do amor (Ribeiro, 2014, p. 20).

Quanto às estimativas referentes ao tamanho da população indígena da época, encontram-se nos escritos números bastante variáveis. Porém, ocorre unanimidade no tocante à drástica redução (demográfica e cultural) desses povos após a chegada dos colonizadores, em decorrência dos intensos massacres, surtos epidêmicos, escravidão, fugas. “As epidemias, devido às infecções de origem viral, responderam pela maior parte das mortes na conquista da nova terra” (Souza *et al.*, 1994, p. 29). Dados recentes tem confirmado um restabelecimento demográfico em alguns grupos indígenas, em contrapartida em outros se observa considerável declínio.

A história reconhece que, antes da colonização, os indígenas eram acometidos por pouquíssimas enfermidades (Oliveira, 2009; Edler, 2010), sendo as mais frequentes “[...] aquelas decorrentes de infecções ocasionadas por machucaduras [...] intoxicações alimentares e problemas respiratórios, derivados, em grande parte, de seus hábitos culturais” (Oliveira, 2009, p. 138). Corroborando com Johann Spix e Carl Martius quando na expedição para o Novo Mundo no século XIX, descreveram as vivências indígenas na obra *Viagem pelo Brasil (1817-1820)*. No entanto, faz-se importante destacar que, ao longo dos escritos (Volume I, II e III), o olhar eurocêntrico dos estrangeiros para os povos nativos é predominantemente negativo, carregado de subjetividades, preconceitos e estranhamentos, principalmente no que tange as práticas e rituais de cura.

Os índios pouco adoecem e, em geral, chegam à idade avançada, a qual muito raras vezes é indicada pelos cabelos brancos. Frequente é morrerem de algum acidente ou violências. São sujeitos comumente a inflamações dos olhos e internas, a doenças de fígado, diarreias, disenteria e malária que se atribuem geralmente ao seu modo de vida nas matas úmidas e brumosas (Spix; Martius, 2017, p. 308-309).

No que tange o cuidado à saúde, os indígenas desfrutavam de saberes próprios, que variavam conforme cada tribo/comunidade. As práticas curativas estavam diretamente associadas à maneira como estes povos compreendiam as doenças e suas causas e os pajés³ desempenhavam importante papel, sendo estes considerados os detentores do saber médico curativo (Ribeiro, 1997; Gurgel, 2009). Menciona-se que, apesar de existir inúmeros escritos que relatam/descrevem os saberes e práticas indígenas, muitas informações permanecem restritas a esses povos, devido à cultura nitidamente oral.

³ A palavra ‘pajé’ foi documentada entre os Tupinambás do litoral do Brasil desde o século XVI, e era usada para descrever os líderes e especialistas religiosos chamados pelos cronistas de ‘feiticeiros’ (Vaz filho, 2016).

Para os indígenas, a doença era encarada como fruto da desarmonia entre os elementos essenciais da vida, e o processo de cura, através da mediação do pajé ou outros agentes, possibilitava a recuperação do equilíbrio. Os indivíduos eram, portanto, “[...] vistos como um todo socioespacial inserido na natureza” (Luz, 2005, p. 155), ou seja, “[...] existe uma interligação orgânica entre o mundo natural, o sobrenatural e a organização social” (Diegues, 2000, p. 30).

“[...] a arte da cura pelos pajés é considerada a tradição mais antiga entre os povos originários [...]” (Assis *et al.*, 2018, p. 25). Bastante conhecido e respeitado dentro das comunidades, os pajés eram procurados para aconselhar, descobrir e/ou solucionar a cura dos males do corpo e da alma. Desse modo, utilizavam seus conhecimentos para tratamentos e prevenção das enfermidades por meio de rituais sagrados, rezas, banhos, interpretações de sonhos, chás e medicamentos, pautados na utilização de plantas medicinais⁴, minerais e animais, ou seja, encontravam na natureza os meios necessários para reconstituição da cura (Luz, 2005). Costumavam usar “[...] colares de dentes caninos de onças, de macacos, de certas raízes, frutas, conchas e pedras [...]” (Spix; Martius, 2017, p. 305), para se defender das doenças e de ataques de animais ferozes. No exercício de suas atividades,

[...] o pajé iniciava sua “consulta” com as mesmas ferramentas de um médico moderno: interrogava o doente sobre seus hábitos urinários e intestinais, banhos e por onde andara. Ele principiava o tratamento com rituais para satisfazer o sobrenatural, mas não descartava medidas terrenas. O armamentário indígena incluía o sangue humano ou de animais, considerados revigorantes e a saliva como cicatrizante [...]. Quando necessário, o pajé realizava manipulações cirúrgicas simples e reduções de fraturas – como “tala” ele utilizava a bainha das folhas de palmeiras. A sangria era realizada para fins preventivos e no tratamento de afecções localizadas ou gerais (Gurgel, 2009, p. 62-63).

O médico e botânico Carl Friedrich Phillip Von Martius, na obra *Natureza, doenças, medicina e remédios dos índios brasileiros (1844)*⁵ também relatou, a partir de sua visão eurocêntrica, a maneira como os indígenas, em especial os pajés, compreendiam e lidavam com o processo saúde-doença. Para o naturalista,

O médico, chamado pagé na língua tupi, é sempre um indivíduo de ascendência, de influência na tribo, e as possui talvez maiores do que, actualmente, costuma ter um professor, entre os médicos europeus. Não faz parte de corporação nem de grémio particular; não é doutor nem mesmo mestre, não recebe, por diploma, o direito de curar; entretanto, lhe assiste em grande e ilimitado poder. [...] Faz-se ouvido nos assumptos mais heterogêneos, aconselhando, auxiliando; e, quanto mais a idade, a experiência e a dignidade da aparência lhe favorecem as atitudes, tanto mais alta confiança gosa entre os doentes. Comumente, é também zelador das cousas sagradas, sacerdote, profeta, adivinho e, mais ainda, magico e feiticeiro (Martius, 1939, p. 187-188).

Em seus escritos, descreveu também várias ações/prescrições desenvolvidas pelos pajés na arte da cura. Carvalho (2017), por meio do estudo detalhado da obra em questão, agrupou as funções conferidas ao pajé, as quais podem ser visualizadas no quadro 1. A autora chama atenção para a posição de inferioridade atribuída, por Martius, ao saber indígena, “Como ele não consegue abandonar o seu “modo de ver”, atribui a crença nas capacidades do pajé a uma estupidez e ignorâncias generalizadas [...]” (*Ibidem*, p. 118), criando, assim, uma hierarquização entre os saberes, no qual “O saber do médico europeu, ancorado nas bases do fazer científico, legitimado pela formação acadêmica e pela participação em agremiações, estaria em um nível superior ao saber do pajé [...]” (Idem).

Quadro 1 – Funções nas artes médicas atribuídas ao Pajé, descritas por Carl Martius

PRÁTICAS E PRESCRIÇÕES
Indicar banhos frios
Provocar o vômito
Provocar suores
Sugar o ferimento para retirar veneno
Vigiar o jejum

⁴ Qualquer vegetal produtor de drogas ou de substâncias bioativas utilizadas, direta ou indiretamente, como medicamento (Bragança, 1996).

⁵ Versão em português, publicada em 1939 pela Companhia Editora Nacional, tradução de Pirajá da Silva.

Vigiar o silêncio
Vigiar interdição de luz e ar
Realizar massagens e fricções
Escarrar
Fumigar com charuto
Friccionar com plantas odoríferas e com sangue
Realizar escarificações e sangria
Realizar exorcismo
INTERVENÇÕES
Realizar punção da gengiva em casos de dores de dente
Imobilizar de membros fraturados com palmas do açaí
Preparar curativo para ferimentos
Tratar feridas com fogo
Realizar aborto
EMPREGO DE MEDICAMENTOS
Administrar infusões quentes ou decocção de ervas, raízes, madeiras
Administrar de substâncias feculentas como remédio
Administrar cataplasmas de ervas escaldadas, pomadas e bálsamos
Administrar remédios preparados com plantas medicinais frescas
Administrar beberagens quentes

Fonte: Carvalho (2017).

Diante dos relatos, nota-se que, os pajés desempenhavam um papel extremamente essencial na arte da cura. As enfermidades habituais eram tratadas com os itens adquiridos na natureza, ao passo que as avaliadas como mais graves demandavam a influência de ordem sobrenatural. Existia, desse modo, “[...] uma concepção mística da origem de todas as doenças sem causa externa identificável” (Bragança, 1996, p. 35). Cabiam ao pajé fazer a conexão direta entre os espíritos e os enfermos, por meio da incorporação durante os rituais de cura, que envolviam canto, orações, maracá, fumo, bebidas, defumação dos enfermos e sucção para retirada do objeto causador da doença (Vaz filho, 2016). Os rituais aconteciam nas matas ou em lugares consagrados.

Quanto aos itens vegetais, os indígenas valiam-se de suas virtudes para a cura dos doentes (Santos, 2009), aproveitando o “[...] vasto “arsenal” de ervas, raízes, cipós, cascas, sementes e outras substâncias vegetais encontradas na abundante e rica floresta” (*Ibidem*, p. 23). Possuíam grande conhecimento e domínio da flora nativa e delas retiravam os benefícios que seriam utilizados para o cuidado do bem-estar físico e mental – medicamentos, fumos, banhos, chás, amuletos, alimentação, entre outros, os quais se associavam aos espíritos, rituais, cantos, tratamentos, onde existia uma interação completa entre o natural e sobrenatural (Pereira *et al.*, 2012).

Exemplos de vegetais utilizados pelos indígenas na cura das doenças “[...] eram: a copaíba, a capeba, as quinas brasileiras, o jaborandi, a ipecacuanha e a umbaúba [...]” (Ferreira, 2017, p. 36). A autora menciona que além das plantas medicinais, os nativos manipulavam outras substâncias “[...] como o sangue, tanto o humano quanto de animais, saliva, urina, gordura de animais, ossos, cabelos, chifres, bicos, garras” pautados na concepção de que “[...] o sangue era um reconstituente, a saliva considerada como cicatrizante, a urina era excitante e vomitiva” (Idem).

No entanto, como já mencionado, o contato com outros povos e a mudança forçada no estilo de vida, “[...] impostas pela colonização e cristianização (como escravidão, trabalho forçado, maus tratos, confinamento e sedentarização compulsória em aldeamentos e internatos)” (BRASIL, 2002, p. 07), desencadeou surtos epidêmicos entre os indígenas, culminando milhares de mortes. Ribeiro (1997, p. 22) aponta que, “[...] o conquistador foi o maior responsável pela disseminação de doenças no Brasil. Aqui aportando, espargia os germes de suas doenças entre os indígenas que, quase sempre indefeso, padeceu aos milhares”.

As numerosas enfermidades “[...] redistribuíram-se geograficamente, sofreram mudanças no padrão de endemicidade, ou eclodiram sob forma epidêmica” (Souza *et al.*, 1994, p. 29). Corroborando com os relatos que mostram diversos surtos epidêmicos datados da época (varíola, gripe, sarampo, catapora, malária, pneumonia, escarlatina, febre tifoide, boubas, maculo, lepra), que conceberam um dos mais trágicos capítulos da história dos descobrimentos (Calainho, 2005; Gurgel, 2009; Edler, 2010; Miranda, 2017).

No contexto, Black (1994, p. 63) menciona que as razões para tamanho impacto estariam relacionadas “[...] à ausência de genes específicos relacionados à capacidade de resposta imune”, bem como “[...] ao fato também das populações ameríndias serem biologicamente muito homogêneas do ponto de vista genético”. Conforme o autor,

[...] o *pool* genético dos indígenas sulamericanos é ainda mais restrito que aquele dos indígenas norte-americanos. [...] a maioria das populações humanas apresenta polimorfismo no locus ABO; os indígenas sulamericanos, por sua vez, apresentam somente o alelo "O" (Black, 1994, p. 77).

Destarte, os resultados decorrentes da limitação nos níveis de polimorfismo dos ameríndios são particularmente significativos no momento em que a mutabilidade dos patógenos é levada em consideração, uma vez que “O processo de replicação dos vírus RNA está associado [...] a um considerável potencial mutacional” (*Ibidem*, p. 79). Assim, “A falta de um alelo específico resulta em maior suscetibilidade, de modo que, quanto mais alelos uma população dispor, mais amplo será seu sistema de defesa” (Op. cit., p. 80). O autor ainda afirma que os indicadores imunológicos e genéticos revelam que a homogeneidade biológica dos indígenas brasileiros desempenha ação negativa em relação à habilidade de resposta às doenças apresentados após o referido contato. Corroborando com Gurgel (2009, p. 29) quando aponta,

[...] o tipo sanguíneo O é predominante na Meso-América e América do Sul, sugerindo que em algum momento existiu no continente um fator seletivo desconhecido, contrário a A e B e favorável ao grupo O. Esta uniformidade genética relacionada ao grupo sanguíneo não é isolada, mas estende-se para a resposta imune. De fato, via de regra, os ameríndios apresentam a mesma incapacidade de combater infecções estranhas ao seu meio, que causaram – e causam – verdadeiras tragédias demográficas entre eles.

A autora também mencionou outros fatores que teriam contribuído para o agravamento quanto à incapacidade de resposta imune dos ameríndios – ausência de animais domésticos e seu isolamento geográfico, justificando respectivamente que:

A falta de animais domésticos resultou, em termos de diversidade, em um menor estresse biológico para os nativos (Gurgel, 2009, p. 30).

O relacionamento com povos de outros continentes, que possibilitaria o intercâmbio gradual e progressivo de micro-organismos e seu conseqüente estímulo imunológico, esteve forçosamente ausente por milhares de anos. Incapazes de desenvolver uma resposta imune, os indígenas ficaram à mercê da agressão quando em contato repentino com agentes infecciosos estranhos (*Ibidem*, p. 31).

“O tempo e a história mostraram as trágicas conseqüências destes eventos” (Gurgel, 2009, p. 31). Ou seja, “Um número significativo, porém, até hoje não contabilizado, de indígenas morreu vitimado por moléstias até então desconhecidas em seu meio” (Almeida; Notzold, 2010, p. 08). No entanto, conforme Ribeiro (1997, p. 23), paralelamente à propagação das enfermidades,

[...] os dois continentes divulgaram os fundamentos de sua arte médica de origem. Sem perder seus alicerces básicos, ao saber médico indígena acrescentou-se a experiência dos europeus e africanos. Noções e práticas muito familiares ao silvícola, outras absolutamente alheias, combinaram-se, dando origem à medicina dos tempos coloniais que nada mais é que o conjunto de conhecimentos, hábitos e práticas nascido a partir do convívio assíduo entre as três culturas. O saber oriundo do reino português atrelou-se à cultura indígena e africana ao sabor das circunstâncias oferecidas pela terra conquistada [...].

No contexto, as práticas de cura empregadas pelos colonizadores constituíam-se “[...] pelas técnicas da medicina instituída na Europa e pelos medicamentos indicados por seus eclesiásticos, médicos e boticários, assim como pelos saberes dos povos ameríndios e dos africanos” (Barbosa *et*

al., 2016, p. 70). Diversos autores destacam a figura dos Jesuítas⁶, personagens que fizeram parte do cenário das práticas medicinais no país, sobretudo, nos primeiros séculos da colonização.

A escassez de médicos na colônia possibilitou que os religiosos, além da função educacional e missionária, se tornassem os principais responsáveis pela assistência médica no país (Calainho, 2005). Os primeiros jesuítas apontaram no Brasil em 1549, em companhia da frota do primeiro governador da Província - Tomé de Sousa. Integravam a equipe: o padre Manuel da Nóbrega, Leonardo Nunes, Antônio Pires, João Aspilcueta Navarro e os irmãos Vicente Rodrigues e Diogo Jácome (Lima, 2010).

Faz-se importante pontuar que alguns religiosos possuíam formação “[...] nas artes médicas, mas a maioria acabou por atuar informalmente como físicos, sangradores e até cirurgiões, aprendendo, na prática, o ofício na colônia, como José de Anchieta [...]” (Calainho, 2005, p. 64), os quais foram no decorrer do tempo, “[...] aperfeiçoando seus conhecimentos mediante contatos com os profissionais leigos residentes na colônia, e ainda pela leitura de importantes obras de medicina, encontradas em muitas das bibliotecas de seus colégios” (*Ibidem*, p. 64-65).

O modo de vida dos religiosos diferia bastante do contexto da nova colônia, e desse modo, os rituais, as crenças e os costumes dos nativos causavam-lhe assombramento e olhares negativos. “[...] não conseguiam ver nos nativos nenhuma forma de cultura, de religiosidade, era uma sociedade que não vivia nos moldes, dos costumes europeus” (Zanini, 2014, p. 44). Na visão jesuítica, “[...] todos os valores pagãos estavam errados e deveriam ser convertidos ao que os católicos europeus consideravam como correto” (Lima, 2010, p. 24). Nessa lógica, os indígenas eram vistos como pecadores ferozes, quase animais, fato que justificava como emergencial “[...] os propósitos jesuíticos de resgatá-los desta espúria condição” (Calainho, 2005, p. 71). Diante dessa leitura, surgia a necessidade de intervenção dos jesuítas para mostra-los que a esperança de uma nova vida estava atrelada ao catolicismo, por meio da conversão (Lima, 2010).

Na convivência com os nativos, os religiosos “[...] encenavam peças religiosas e batizavam grandes levadas de índios, explorando habilmente seu encantamento com os cultos da igreja católica [...]” (Gurgel, 2009, p. 113). Aplicavam também “Castigos corporais, a indução ao terror brasilíndio frente ao Juízo Final, assim como a arregimentação de crianças, eram práticas usadas sem um crivo aparente”, as quais serviam como olheiros “[...] informando aos religiosos sobre reincidências em antigos costumes por parte dos mais velhos da tribo” (Idem).

No campo da saúde, se reconheciam como médicos espirituais e corporais, atuando “[...] no tratamento de doenças e epidemias, fundando hospitais, estudando as plantas curativas da região e mantendo eficientes boticas e enfermarias em seus colégios na Europa, na África, no Oriente e no Brasil” (Calainho, 2005, p. 62). Conferiam o processo de cura à conversão da fé cristã, ou seja, “[...] o batismo era o signo por excelência de um novo e verdadeiro nascimento, que não é físico, mas espiritual” (*Ibidem*, p. 74), no qual sua rejeição poderia levar à morte. Desse modo, o rito cristão certificaria a salvação eterna dos nativos e também a vitória dos padres missionários.

“Para os jesuítas, os índios, nos hábitos alimentares, em sua forma de morar, de se vestir, em suas crenças e gestos, eram um povo do demônio, que não possuía razão por não conhecer Deus” (Edler, 2010, p. 25). Assim, suas práticas de cura também foram associadas à visão demoníaca, especialmente as realizadas pelos pajés, vistos como “[...] agentes do espaço do sagrado, mas também agentes satânicos” (Calainho, 2005, p. 72), sendo “[...] preciso desmascará-lo, mostrá-lo nos seus embustes e falsidades, apresentá-lo como instrumento demoníaco e também convertê-lo, abrindo espaço para o verdadeiro e único saber, que era do Deus cristão” (*Ibidem*, p. 73).

“[...] A visão que se tinha do indígena os delegava sempre a um conhecimento subalterno. Os saberes dos segredos da medicina encontrada na natureza eram para os colonizadores “obscuros”” (Badinelli, 2014, p. 23). Destarte, os pajés foram considerados os principais alvos da missão e com intuito de alcançar tal feito, os religiosos se juntaram a esses líderes na tentativa de obter o máximo do conhecimento de suas práticas, especialmente, no manuseio das plantas medicinais, passando a assumir aos poucos o comando principal no tratamento das enfermidades (Bragança, 1996). Os religiosos tomaram “[...] a responsabilidade do cuidado aos doentes e para todos os efeitos tornaram-se, para as comunidades indígenas sob sua guarda, o que jamais imaginaram: os seus novos...pajés” (Gurgel, 2009, p. 114).

⁶ Padres que pertenciam à Companhia de Jesus, que tinha como objetivo a pregação do evangelho pelo mundo. A Companhia se configurou como uma ordem-modelo de um novo momento da cristandade na Europa (Calainho, 2005).

Diante deste cenário, faz-se importante ressaltar que, “Quando a medicina alternativa não é praticada com os devidos preceitos, presentes na gênese dos povos tradicionais, [...] acontece uma apropriação cultural e deslegitimação dos sujeitos [...]” (Dias; Mendonça, 2020, p. 274), na qual, segundo os autores, pode ampliar-se para uma atividade criminosa. Porém, no período da colonização, os estrangeiros eram considerados ‘superiores’ aos povos nativos, fato que permitiu e legitimou essa ‘apropriação’ do saber ancestral. E como resultado, têm-se uma grande quantidade de escritos que lhe são atribuídos e que culminaram nos primeiros estudos farmacopeicos desenvolvidos no território nacional (Ribeiro, 1997).

Calainho (2005) aponta que dentre os escritos medicinais dos inacianos, uma obra lhe chamou atenção: ‘Coleção de várias receitas e segredos particulares das principais boticas da nossa companhia de Portugal, da Índia, de Macau e do Brasil, compostas e experimentadas pelos melhores médicos e boticários mais célebres que tem havido nessas partes. Aumentada com alguns índices e notícias muito curiosas e necessárias para a boa direção e acerto contra as enfermidades’, datada de 1766 e de autoria desconhecida, carrega em seu interior mais de duzentas fórmulas com o respectivo colégio, dose, ingredientes, indicação e modo de preparo.

Dos Colégios no Brasil, por exemplo, constavam trinta e oito receitas da Bahia, sete do Recife e duas do Rio de Janeiro, a partir das quais é possível levantar alguns dos problemas que assolavam a população colonial: doenças de pele; males venéreos, como a sífilis; verminoses variadas; problemas oculares; anemia; febres; chagas; tumores; dores de cabeça; paralisias; cólicas; males do estômago, do coração e dos ossos; mordidas de cobra; insônias, sem contar, é claro, as enfermidades epidêmicas, como varíola e outras (Calainho, 2005, p. 67).

Frisa-se também que, ao longo de todo processo catequético “[...] a cultura diferente dos ameríndios seria desprezada em sua peculiaridade, pois, o que importava era convencê-los de que estavam errados e de que o que faziam teria que mudar” (Lima, 2010, p. 26). Ou seja, a história de luta dos ameríndios começa “[...] por la negación de su cultura, transita a lo largo del tiempo por la negación de la trayectoria histórica y llega a los días de hoy marcado por el límite al ejercicio de derechos y, consecuentemente, de ciudadanía” (Wenczenovicz, 2018, p. 18). Assim, conforme o autor, estes povos experimentaram,

[...] un proceso de aculturación tan significativo que difícilmente podemos hablar hoy de etnias y culturas indígenas auténticas. Mucho se perdió de su identidad con la eliminación de tribus enteras y con la asimilación de la cultura del colonizador (*Ibidem*, p. 19).

No percurso, conquistas também foram alcançadas pela população indígena, por meio de suas lutas, no que se refere à contribuição cultural para formação da nacionalidade brasileira, bem o reconhecimento de suas práticas e saberes ancestral. No entanto, sabe-se que ainda há muito a evoluir e conquistar, quando se trata de questões relativas aos nativos no Brasil. Diante de tais conquistas,

[...] la diversidad cultural y el proceso de demarcación de tierras pasan a ser reconocida como constitutiva del Estado Brasileiro. Con este reconocimiento viene el derecho de los pueblos indígenas a su organización social, costumbres, lenguas, creencias y tradiciones, así como la tierra que tradicionalmente ocupan (Wenczenovicz, 2018, p. 26).

No âmbito da saúde, essa conquista possibilitou a inclusão dos povos indígenas no cerne das mudanças do Sistema Nacional de Saúde com a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, por meio da Lei nº. 9.836/1999, vinculado ao SUS. O Subsistema foi criado com o intuito de proporcionar atenção diferenciada à saúde das populações indígenas aldeadas no país, levando em conta o modelo de organização, a geografia e as formas como cada povo/comunidade lida com as doenças, à saúde e o corpo (BRASIL, 2007). No fim da década de 1990, a FUNASA, associada ao Ministério da Saúde, recebe a missão de promover a atenção básica de saúde aos povos indígenas, e cria-se 34 Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena (DSEI).

Os DSEIs contemplam conjuntos de ações de saúde essencial à atenção básica. A delimitação destas unidades pautou-se, não somente em critérios técnico-operacionais e geográficos, mas, sobretudo, em princípios culturais e no arranjo demográfico tradicional das comunidades indígenas, fato que não corresponde exatamente aos limites estaduais e/ou municipais (BRASIL, 2001). A organização de atendimento conta com unidades básicas de saúde indígenas, polos base e as Casas de Apoio a Saúde Indígena (CASAI).

Contudo, autores apontam para o fato de que “[...] o ‘subsistema de atenção à saúde indígena’ ainda não se encontra plenamente consolidado no país” (Cardoso, 2015, p. 91). Entre os fatores para justificar

sua afirmação, a autora destaca a centralidade dos serviços prestados na concepção biomédica; os impasses na questão organizacional e autonomia gestora; ausência da participação efetiva dos indígenas nos Conselhos; e, especialmente, a falta de,

[...] reconhecimento das práticas terapêuticas indígenas, promovendo a “articulação” dessas práticas com aquelas da biomedicina, assim como a capacitação de membros dessas populações como técnicos gestores ou profissionais de saúde [...] (Cardoso, 2015, p. 95).

Desse modo, nota-se que, o fornecimento de serviços médicos não se configura como suficiente para garantir um sistema de saúde efetivo caso não sejam avaliadas as divergências que permeiam entre as questões ocidentais e indígenas de saúde e doença. Como aponta a autora, o tão esperado reconhecimento garantiria à população indígena a especificidade do subsistema de atenção à saúde, concedendo-lhe a legalidade devida para se organizar como tal, desenvolvendo as práticas adequadas que vão amparar suas demandas (Cardoso, 2015).

Mendonça (2019) aponta que, nas décadas recentes, a medicina tradicional indígena tem conquistado espaço como componente dos sistemas de cuidados à saúde, sobretudo internacionalmente. Um exemplo importante desse reconhecimento no Brasil encontra-se na cidade de Manaus com a construção do Centro de Medicina Indígena, no qual,

[...] trata-se de uma casa que funciona como um anexo de tratamentos hospitalares. Nela os indígenas que não conseguiram resolver seus problemas de saúde no âmbito da oca ou da floresta ficam hospedados durante o período que fazem o tratamento médico hospitalar: durante a estadia nessa casa eles continuam realizando suas práticas comuns ao conhecimento indígena, ao tempo que são assistidos ou atendidos no âmbito da medicina científica (*Ibidem*, p. 135).

O autor salienta que exemplos como esses conduzem a academia a olhar e pensar “[...] sobre uma outra lógica da concepção acerca da análise dos problemas de saúde ou doença” (Mendonça, 2019, 135-136), por meio de uma matriz teórica, ainda pouco presente nesses espaços, denominada ‘decolonização do saber’ ou da ciência, ou ‘saber pós-colonial’. Reforça também que não se refere a negar o eurocentrismo, “[...] trata-se de uma luta de valorização e de reconhecimento dos saberes cuja gênese esta diretamente ligada às peculiaridades naturais e culturais dos lugares” (*Ibidem*, p. 136).

O pensamento decolonial está enraizado “[...] nas mentes e nos corpos indígenas, assim como nos afrodescendentes e das populações miscigenadas” (Mendonça, 2019, p. 138). Essa nova abordagem favorece a autonomia do conhecimento das populações tradicionais que convivem com o marco da modernidade, os quais, mesmo fundamentados no modelo eurocêntrico, são essenciais, visto que nos dias atuais integram “[...] mais de 70% das ações acerca das práticas e cuidados com a saúde humana no mundo como um todo [...]” (Mendonça, 2019, p. 138).

A medicina tradicional indígena fundamenta o conhecimento de saúde holística, levando em consideração que as causas das enfermidades estão diretamente associadas às condições de desequilíbrio material e espiritual, sendo, portanto, necessário o cuidado com corpo-mente-alma. É importante salientar que os saberes e práticas, preservados ao longo do tempo, tiveram/tem contribuições significativas para o cuidado com a saúde humana, sobretudo, para as grandes pesquisas na área médica e afins, por meio do conhecimento dos elementos de cura que existem e persistem na natureza, bem como o modo de utilizá-los. Apesar de ausente ou pouco presente, estes povos carregam no âmago as virtudes e sabedoria necessária ao bem viver, um conhecimento hegemonicamente negligenciado que, no entanto, se apresenta como descolonizador, sugerindo rotas de liberdade (Mendonça, 2019).

A Medicina Tradicional Africana chega ao território nacional a partir da colonização portuguesa, na qual muitos africanos foram trazidos à força de seus locais de origem para serem escravizados nas colônias portuguesas. Esses povos eram transportados nos porões dos navios, submetidos às precárias condições higiênicas, sanitárias e de alimentação, que culminaram no aparecimento de várias enfermidades, condicionando casos graves de saúde que resultaram em inúmeras mortes. “No instante em que partiam da terra natal e durante o percurso de viagem, a saúde dos escravos era prejudicada pela privação de necessidades fundamentais, como comida, bebida, vestimenta e banho” (Ferreira, 2017, p. 42).

Os negros do Brasil foram trazidos principalmente da costa ocidental africana. Arthur Ramos (1940, 1942, 1946), prosseguindo os estudos de Nina Rodrigues (1939, 1945), distingue, quanto aos tipos culturais, três grandes grupos. O primeiro, das culturas sudanesas, é representado, principalmente, pelos grupos Yoruba – chamados *nagô* –

, pelos Dahomey – designados geralmente como *gegê* – e pelos Fanti-Ashanti – conhecidos como *minas* –, além de muitos representantes de grupos menores da Gâmbia, Serra Leoa, Costa da Malagueta e Costa do Marfim. O segundo grupo trouxe ao Brasil culturas africanas islamizadas, principalmente os Peuhl, os Mandinga e os Haussa, do Norte da Nigéria, identificados na Bahia como negros *malé* e no Rio de Janeiro como negros *alufá*. O terceiro grupo cultural africano era integrado por tribos Bantu, do grupo congo-angolês, provenientes da área hoje compreendida pela Angola e a “Contra Costa”, que corresponde ao atual território de Moçambique (Ribeiro, 2014, p. 49, grifo do autor).

Em território nacional, o cenário precário e exploratório, o qual a população negra fora submetida, continuava a condicionar quadros graves de saúde e uma drástica redução da qualidade e expectativa de vidas (Barbosa *et al.*, 2016). “[...] os negros que prestavam serviço na terra trabalhavam quase sem descanso, sempre mantidos com muito açoite e, em geral, mal alimentados” (Edler, 2010, p. 31). Corroborando com Ferreira (2017, p. 19) quando indica que, além do árduo esforço, “[...] a alimentação não era suficiente para suprir as necessidades nutricionais, [...], favorecendo ainda mais o surgimento de enfermidades”. No tocante a moradia dos escravizados, a autora menciona que,

A senzala era uma morada precária e não oferecia proteção suficiente. Os alojamentos eram frios, úmidos, pouco ventilados, sem janelas e apertados, o que facilitava o contágio de doenças por meio de agentes transmissores, alastrando enfermidades infectocontagiosas, podendo mesmo contaminar toda a população escrava que dividia a mesma senzala (Ier, 2010, p. 44).

Diversos autores apontaram a bexiga, atualmente conhecida como varíola, como a doença de maior letalidade entre os africanos e indígenas. Barbosa *et al.* (2016, p. 36) menciona que em várias regiões do Brasil, sobretudo na Amazônia, foram identificados “[...] vários surtos epidêmicos de bexiga e relacionados diretamente com o desenvolvimento do comércio de escravos africanos”. Segundo Almeida e Nötzold (2010, p. 06), o “[...] “mal das bexigas”, atingiu aldeamentos de catequese indígena na Bahia, tendo falecido mais 30 mil pessoas, entre índios e escravos dos portugueses”.

Diante do contexto exploratório, Luz (2005, p. 157) afirma que, a medicina africana chega ao Brasil “Pertencendo a uma cultura de resistência, originária das culturas das tribos africanas [...]”, cujas práticas de cura envolviam conhecimentos e propriedades que abrangiam os cuidados com a tríade corpo-alma-mente. Assim como a medicina tradicional indígena, também encontravam um alicerce terapêutico fortemente sustentado na fitoterapia, ou seja, a natureza sendo empregada como meio principal para intervenção de cura (Luz, 2005). Para a autora,

[...] tal sistema de cura se encarrega do tratamento de “doenças espirituais” ou de origem espiritual (mau-olhado, feitiço etc.), [...] além dos “passes espirituais”, [...] oferendas de preces e alimentos, ou doações materiais às divindades (“orixás”, no caso do Brasil), no sentido de propiciar o restabelecimento do paciente (Luz, 2005, p. 157).

Para restabelecer a saúde do corpo enfermo, os africanos também praticavam rezas, benzeduras e rituais sagrados (Edler, 2010). “A técnica de benzer consiste em fazer orações e simpatias para curar doenças ou aflições” (Ferreira, 2017, p. 112). Os rituais tinham, por intermédio, a figura do curador (pai ou mãe de santo), o qual estabelecia comunicação com as entidades espirituais. É importante mencionar que entre os povos *Bantu*, os primeiros curandeiros que chegaram ao Brasil foram chamados de *Kimbanda*, que significa “[...] adivinho, necromante, exorcista, curandeiro e feiticeiro. Durante um tratamento ou na direção de um ritual é chamado pai ou mãe de umbanda” (Giroto, 1999, p. 182).

A medicina originada do continente africano era pautada na feitiçaria, os negros acreditavam que deuses maus provocavam as enfermidades e os bons as curavam. Entre os escravos trazidos pelo tráfico para o Brasil, se encontravam os feiticieros-curadores, eles eram os intermediários entre os espíritos superiores e os mortais, a terapêutica se baseava no desaparecimento dos sintomas e se resumia em raizadas, feitiços e remédios considerados mágicos, como amuletos e talismãs (Ferreira, 2017, p. 37).

Conforme a autora, “[...] podiam curar doenças como a tuberculose, a varíola e a lepra usando a farmacopeia tradicional, além de interferiam em distúrbios mentais, por meio de tratamentos combinados e complexos” (Idem). “Essas curas eram feitas utilizando em grande parte ervas medicinais, que eram incorporadas ao processo de cura juntamente com benzeduras e orações das mais variadas” (Badinelli, 2014, p. 26). Os diversos grupos de negros escravizados iniciaram às casas de Candomblé no Brasil.

Faz-se importante mencionar que, a medicina africana também foi condenada pelos europeus, compreendendo-a também como demoníaca. “Quando eram os escravos que realizavam a cura estes era constantemente objeto de perseguição por parte das autoridades ligadas ao Santo Ofício da Igreja Católica” (Badinelli, 2014, p. 26). Contudo, muitos destes procuravam de modo sigilosos os saberes africanos (Barbosa *et al.*, 2016). Corroborando com Ribeiro (1997, p. 44) quando afirma,

[...] benzedeiros, feiticeiros e curandeiros eram procurados por indivíduos de posses. A concepção da doença e conseqüentemente da cura como elemento sujeito à ação de forças sobrenaturais fazia parte do universo das elites e dos estratos populares [pois] o pequeno número de cirurgiões, médicos e boticários no período colonial forçava os doentes a procurar ajuda dos africanos.

Frisa-se que, dada à escassez de médicos nas colônias e também a sua religiosidade, negros e mestiços, predominantemente libertos, passaram a desenvolver práticas análogas às profissões médicas - os chamados barbeiros ou cirurgiões negros (Barbosa *et al.*, 2016). Alguns escravizados também podiam desempenhar tais funções, no entanto, transferiam parte do ganho para os seus senhores (Ferreira, 2017).

Os barbeiros, além de atuar com cortes de cabelos e barbas, “[...] praticavam sangrias, aplicavam ventosas, sanguessugas e clisteres, faziam curativos, arrancavam dentes etc..” (Edler, 2010, p. 37). Assim como os boticários, estes também “[...] necessitavam da carta de examinação para habilitá-los ao exercício de seu ofício”.

O autor aponta a ocorrência de diversas mudanças, no âmbito médico, após a Independência: “Em 1826, o corpo docente das escolas médico-cirúrgicas passou a controlar a emissão de diplomas para o exercício da medicina” (*Ibidem*, p. 43), além da criação da Faculdade de Medicina e da Junta Central de Higiene Pública. Ou seja, “[...] Sangradores e curandeiros foram definitivamente postos na ilegalidade”. A partir de 1870, a perseguição aos curandeiros, nos centros urbanos, foi intensificada, cominando penas de prisão e multa (Edler, 2010).

O Código Penal de 1890, associado à nova ordem jurídica da nascente República, embora garantisse a liberdade de consciência e culto, sancionava a perseguição aos terapeutas populares, criminalizando as práticas do espiritismo, da magia e seus sortilégios, do uso de talismãs e das cartomancias, desde que empregadas para inculcar cura de moléstias curáveis e incuráveis. [...] As associações médicas de grande prestígio, como a Academia Nacional de Medicina e a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, influíram na produção desses dispositivos legais, ao reivindicarem o monopólio da assistência médica aos doutores diplomados e associarem as práticas terapêuticas populares à ideia de fraude e charlatanismo (Edler, 2010, p. 45).

Contudo, mesmo mediante a todo confronto existente, o autor menciona que a fusão das diferenças “[...] amalgamaram-se numa complexa fusão de crenças e práticas que resultou num catolicismo popular repleto de manifestações de sincretismo religioso, ora toleradas, ora incentivadas [...]” (p. 25). Já para Mendonça (2019, p. 129), em alguns casos, “Trata-se de um conjunto de práticas e cuidados que não são reconhecidos ou cancelados pelos sistemas públicos de saúde”, como já mencionado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do cenário colonial e na perspectiva do processo saúde-doença, é possível aferir que, as diversas visões/concepções partilhadas entre os povos indígenas, africanos e europeus, resultaram numa gama de práticas e cuidados que foram sendo desenvolvidos por todo território brasileiro, possibilitando diferentes saberes de cura, sobretudo, com a utilização de itens naturais de origem vegetal, animal e mineral, os quais permeiam até os dias atuais e compõem a identidade cultural dos brasileiros.

Pontua-se também que essas práticas resultaram em confrontos entre esses povos, visto que, a visão eurocêntrica era marcada pelo sentimento de superioridade em relação aos demais. Nesse contexto, os europeus buscavam resgatar indígenas e africanos para conversão ao catolicismo, pautados num discurso de salvação desses povos, visto que o processo de cura encontrava-se diretamente ligado ao aspecto religioso.

Contudo, a resistência das práticas indígenas e africanas, configura quebra de paradigmas ocidentais. É importante salientar que os saberes e práticas, preservados ao longo do tempo, tiveram/tem contribuições significativas para o cuidado com a saúde humana, sobretudo, para as grandes pesquisas na área médica e afins, por meio do conhecimento dos elementos de cura que existem e persistem na

natureza, bem como o modo de utilizá-los. Apesar de ausente ou pouco presente, estes povos carregam no âmago as virtudes e sabedoria necessária ao bem viver, um conhecimento hegemonicamente negligenciado que, no entanto, se apresenta como descolonizador, sugerindo rotas de liberdade (Mendonça, 2019).

No contexto, nota-se que os vínculos entre a Geografia e as condições do processo saúde-doença são numerosos, circundando aspectos históricos, sociais, ambientais, biológicos, políticos, comportamentais e culturais. Nas últimas décadas, o ramo da Geografia da Saúde tem conquistado espaço em todo território brasileiro, contribuindo para a produção de alguns trabalhos científicos. Contudo, observa-se certa carência quanto se trata de escritos relacionados a alternativas a saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.S.; NÖTZOLD, A.L.V. O impacto da colonização e imigração no Brasil Meridional: contágios, doenças e ecologia humana dos povos indígenas. **Revista Tempos Acadêmicos**, 2010.

ASSIS, J.T.; CONCEIÇÃO, M.I.G.; LICENÇA, I.G.; CAMPOS, N.; REIS, M.; FIALHO, L.A.; BRAMBATTI, L.P. Medicina tradicional no Brasil e em Moçambique: definições, apropriações e debates em saúde pública. **O público e o privado** - Revista do PPG em Sociologia/UECE, 2018.

BARBOSA, B.C.C. O comércio de africanos e o flagelo das bexigas na Amazônia colonial (1707-1750). IN: PIMENTA, T.S.; GOMES, F. (Org.) **Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil**. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2016.

BARBOSA, M.O.; LEMOS, I.C.S.; KERNTOPF, M.R.; FERNANDES, G.P. A Prática da Medicina Tradicional no Brasil: um resgate histórico dos Tempos Coloniais. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**. Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP), Caçador, v.5, nº 1, 2016.

BARROS, J.R. Abordagens teórico-metodológicas sobre a relação entre clima e saúde na geografia. IN: MURARA, P. G. dos S; ALEIXO, N. C. R. (Orgs.) **Clima e Saúde no Brasil**. Jundiaí/SP: Paco Editorial, 2020.

BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. IN: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

BLACK, F.L. Infecção, Mortalidade e Populações Indígenas: Homogeneidade Biológica como Possível Razão para Tantas Mortes. IN: SANTOS, R.V.; COIMBRA JR., C.E.A. (orgs.) **Saúde e povos indígenas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

BRAGANÇA, F. C. R. Considerações sobre o histórico dos medicamentos e plantas medicinais. IN: BRAGANÇA, L. A. R. (Org.) **Plantas medicinais antidiabéticas: uma abordagem multidisciplinar**. Niterói: EDUFF, 1996. <https://doi.org/10.5533/85-228-0168-1-1996>

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política e Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CALAINHO, D.B. Jesuítas e Medicina no Brasil Colonial. **Tempo**, Rio de Janeiro, nº 19, 2005. <https://doi.org/10.1590/S1413-77042005000200005>

CARDOSO, M.D. Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. IN: LANGDON, E.J.; CARDOSO, M.D. (Orgs) **Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2015.

CARVALHO, N.T. **O olhar estrangeiro para as doenças, os remédios e as práticas de cura indígenas: uma análise da obra Natureza, doenças, medicina e remédios dos índios brasileiros (1844) de Karl Friedrich Phillip von Martius**. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 2017.

CONCEIÇÃO, A.L. **A Insustentabilidade do Desenvolvimento Sustentável**. (Texto elaborado a partir de uma Conferência proferida no dia 14 de outubro de 2004 no III Encontro Nacional do Meio

- Ambiente - Salvador/BA). Disponível em: <https://gpect.files.wordpress.com/2013/11/a-insustentabilidade-do-desenvolvimento-sustentc3a1vel.pdf>. Acesso em: 10 dez 2022.
- DIAS, M. A.; MENDONÇA, F. Alternativas em saúde humana e a Geografia da Saúde. **Hygeia – Revista Brasileira de geografia Médica e da Saúde**, 2020. <https://doi.org/10.14393/Hygeia16056781>
- DIEGUES, A.C. (Org.). **Os saberes tradicionais e a biodiversidade no Brasil**. São Paulo: MMA/COBIO/NUPAUB/USP, 2000.
- EDLER, F.C. Saber médico e poder profissional: do contexto luso-brasileiro ao Brasil Imperial. IN: FIDÉLIS, C.; FALLEIROS, I. (orgs.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.
- FERREIRA, P.A. **Memórias de Males e Curas: escravidão, doença e envelhecimento no Sertão da Bahia no século XIX**. Tese (Doutorado em Memória: Linguagem e Sociedade). Vitória da Conquista: UESB, 2017.
- FUJIMOTO, J. **A guerra indígena como guerra colonial – as representações e o lugar da belicosidade indígena e da antropofagia no Brasil colonial (séculos XVI e XVII)**. Tese (Doutorado em História Social) – Universidade de São Paulo (USP), 2016.
- GIROTO, I. **O universo mágico-religioso negro-africano e afro-brasileiro: Bantu e Nàgó**. Tese (Doutorado em antropologia) – Universidade de São Paulo (USP), 1999.
- GURGEL, C.B.F.M. **Índios, jesuítas e bandeirantes: Medicinas e doenças no Brasil dos séculos XVI e XVII**. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2009.
- JUNQUEIRA, R.D. Geografia Médica e Geografia da Saúde. **Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 5, n. 8, p. 57-91, 2009. <https://doi.org/10.14393/Hygeia516931>
- LIMA, E.C. **A correspondência Jesuítica na construção de um novo mundo: evangelizar, classificar, informar (1553-1596)**. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, 2010.
- LUZ, M.T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2005. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312005000300008>
- MARTIUS, K.F.P **Natureza, doenças, medicina e remédios dos índios brasileiros (1844)**. 1ª ed. Trad. Pirajá da Silva. São Paulo; Rio de Janeiro: Cia. Editora Nacional, 1939. Disponível em: <http://www.brasiliana.com.br/obras/natureza-doencas-medicina-e-remedios-dos-indios-brasileiros-1844/preambulo/6/texto>. Acesso em: 10 dez 2022.
- MENDONÇA, F. Tradição e Modernidade nos cuidados com a Saúde Humana – Desafios e Potencialidade à Geografia da Saúde. In: GURGEL, Helen; BELLE, Nayara (orgs.). **Geografia e saúde: teoria e método na atualidade**. Brasília: Universidade de Brasília, 2019.
- MENDONÇA, F.; ARAÚJO, W. M. de; FOGAÇA, T. K. A Geografia da saúde no Brasil: estado da arte e alguns desafios. **Revista Investigação Geográficas**. Chile, 2014. <https://doi.org/10.5354/0719-5370.2014.36675>
- MIRANDA, C. A. C. **A arte de curar nos tempos da colônia: limites e espaços da cura**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2017.
- NASCIMENTO, M.C.; BARROS, N.F.; NOGUEIRA, M.I.; LUZ, M.T. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Cien Saude Colet [periódico na internet]**, 2012. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-categoria-racionalidade-medica-e-uma-nova-epistemologia-em-saude/10939?id=10939>.
- OLIVEIRA, M. A. C.; EGRY, E. Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Revista Esc. Enf. USP**, 2000. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342000000100002>
- OMS, Organización Mundial de la Salud. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023**. 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf;jsessionid=6A2DBA34FAB7818D19BB1375331782D7?sequence=1. Acesso em: 15 junho 2022.

- PEREHOUSKEI, N.A.; BENADUCE, G.M.C Geografia da Saúde e as concepções sobre o Território. **Gestão & Regionalidade**, 2007.
- SANTOS, F.S. **As plantas brasileiras, os jesuítas e os indígenas do Brasil**: história e ciência na Triaga Brasília (séc. XVII-XVIII). Casa do Novo Autor Editora. São Paulo, 2009.
- SILVA, M. M. B. L. **Áreas vulneráveis e fatores de risco a ocorrência da esquistossomose em Sergipe**. Tese (Doutorado em Geografia). São Cristóvão, SE, 2018.
- SOUZA, T.O.M. **O descobrimento do Brasil**: estudo crítico. Companhia Editora Nacional, São Paulo, 1946.
- SOUZA, S.M.; ARAÚJO, A.J.G.; FERREIRA, L.F. Saúde e Doença em Grupos Indígenas Pré-Históricos do Brasil: Paleopatologia e Paleoparasitologia. IN: SANTOS, Ricardo V.; COIMBRA JR., Carlos E. A. (orgs.) **Saúde e povos indígenas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.
- SPIX, J.B.; MARTIUS, K.F.P. **Viagem pelo Brasil (1817-1820)**. Volume I. Tradução de Lúcia Furquim Lahmeyer. Brasília: Senado Federal, Conselho Editorial, 2017.
- RIBEIRO, D. **O povo brasileiro**: a formação e o sentido do Brasil. 1ª edição digital, Global Editora, São Paulo, 2014.
- RIBEIRO, M. M. **A Ciência dos trópicos**: a arte médica no Brasil do século XVIII. São Paulo: Hucitec, 1997.
- VAZ FILHO, F.A. **Pájes, benzedores, puxadores e parteiras**: os imprescindíveis sacerdotes do povo na Amazônia. Editora:UFOPA, 2016.
- WENCZENOVICZ, T.J. **Pueblos indígenas**: reflexiones decoloniais. Joaçaba: Editora Unoesc, 2018.
- ZANINI, F.E. **O Olhar dos Jesuítas sobre a Cultura Indígena – Século XVI**. Dissertação - Programa de Pós-Graduação em Educação da UNIMEP. Piracicaba, São Paulo, 2014.