

RELATÓRIO DE PESQUISA

Diagnóstico Situacional dos Povos Indígenas e dos Territórios da Serra das Matas

Eusébio - CE
2022



Identities, memories and practices of care in
health: coexistences ancestral and current challenges in
defense of the right to health and life in indigenous
territories in the sertão of Ceará

RELATÓRIO DE PESQUISA

Diagnóstico Situacional dos Povos Indígenas e dos
Territórios da Serra das Matas

Coordenadora: Dra. Vanira Matos Pessoa
Pesquisadora Associada em Saúde Pública
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ CEARÁ

Eusébio - CE

2022



EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Vanira Matos Pessoa Fiocruz Ceará	Coordenação geral da pesquisa, elaboração e revisão final do relatório
Fernando Ferreira Carneiro Fiocruz Ceará	Coordenação adjunta da pesquisa e elaboração do relatório
Maria das Graças Viana Bezerra Fiocruz Ceará	Coleta e análise de dados, elaboração do relatório
Flora Viana Elizeu da Silva Fiocruz Ceará	Coleta de dados e diagramação do relatório
Iara Vanessa Fraga de Santana Fiocruz Ceará	Coleta e sistematização de dados
Teresinha Pereira da Silva Movimento Potygapuia	Coordenação da pesquisa nas aldeias
Elvis de Melo Silva Movimento Tabajara da Serra das Matas	Articulação, comunicação e interlocução nas aldeias

FONTE DE FOMENTO

Programa Inova Fiocruz e VPAAPS/Fiocruz via projeto “Aprimoramento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, através do desenvolvimento de estudos, estudos técnicos, pesquisas científicas e ações estratégicas, essenciais para a diversificação, ampliação e qualidade dos serviços de saúde prestados aos indígenas”.



AGRADECIMENTOS

Ao Ministério da Saúde pelo financiamento do projeto “Aprimoramento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, através do desenvolvimento de estudos, estudos técnicos, pesquisas científicas e ações estratégicas, essenciais para a diversificação, ampliação e qualidade dos serviços de saúde prestados aos indígenas”, via Programa Inova Fiocruz e Vice-presidência de Atenção à Saúde, Promoção e Ambiente da Fiocruz (VPAAPS).

Aos movimentos indígenas Tabajara da Serra das Matas e Potyगतapuia pelo acolhimento e abertura ao diálogo e produção de conhecimentos compartilhados com a Fiocruz Ceará nos territórios indígenas da Serra das Matas, Ceará.

Aos indígenas que participaram e compartilharam seus abrigos, sua alimentação, saberes, práticas de saúde e cuidados ancestrais nos encontros e vivências na pesquisa de campo.

Aos pesquisadores e participantes da equipe de pesquisa "Identidades, memórias e práticas de cuidados em saúde: convivências ancestrais e os desafios atuais na defesa do direito a saúde e da vida em territórios indígenas no sertão do Ceará", pelas reflexões e contribuições na pesquisa de campo e na sistematização dos produtos educacionais e bibliográficos.

À equipe da pesquisa SERPOVOS - Saúde, Cuidado e Ecologia de Saberes (<https://ceara.fiocruz.br/serpovos/>) pelo apoio na disseminação científica dos conhecimentos produzidos nesta trajetória com os povos indígenas.

Ao grupo de pesquisa Saúde do Campo, da Floresta e das Águas no contexto da Ecologia de Saberes, que reúne a teia de saberes e práticas em saúde.

À Fiocruz Ceará pelo incentivo e estímulo às pesquisas participativas, engajadas e que buscam a melhoria da saúde pública no Ceará.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIS – Agente Indígena de Saúde

AISAN – Agente Indígena de Saneamento

APS – Atenção Primária à Saúde

ASB – Auxiliar em Saúde Bucal

CDPDH – Centro de Defesa e Promoção dos Direitos Humanos da Arquidiocese de Fortaleza

CF – Constituição Federal

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNSI – Conferência Nacional de Saúde Indígena

CONDISI – Conselho Distrital de Saúde Indígena

CONLOSI – Conselho Local de Saúde Indígena

DASI – Departamento de Atenção à Saúde Indígena

DEAMB – Departamento de Determinantes Ambientais da Saúde Indígena

DF – Distrito Federal

DSEI – Distrito Sanitário de Saúde Indígena

EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

FPCONDISI – Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde



FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FUNCEME - Fundação Cearense de Meteorologia e Recursos Hídricos

GO – Goiás

IAE-PI – Atenção Especializada aos Povos Indígenas

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMIP – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

IPECE - Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

PASSI – Programa Articulado Saberes em Saúde Indígena

PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

SAA – Sistema de Abastecimento de Água

SASI – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SESA - Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

SEDUC - Secretaria da Educação Básica

SIASI – Sistema de Informações da Saúde Indígena

TSB – Técnico em Saúde Bucal

VAN – Vigilância Alimentar e Nutricional

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Foto da Serra das Matas, Monsenhor Tabosa, CE, 2021.

Figura 2 – Foto da vegetação da aldeia Serra Branca, Monsenhor Tabosa, CE, 2021.

Figura 3 – Mapa Imaginário das aldeias e sua localização, 2021.

Figura 4 – Foto da Escola Povo CaCEteiro, aldeia Mundo Novo, Monsenhor Tabosa, CE, 2021.

Figura 5 -Foto da área externa da Escola Povo CaCEteiro, aldeia Mundo Novo, Monsenhor Tabosa, CE, 2021.

Figura 6 – Extensão da Escola Povo CaCEteiro, aldeia Quixaba, Santa Quitéria, CE, 2021.

Figura 7 – Foto das Mangueiras Sagradas, aldeia Jacinto, Monsenhor Tabosa, CE, 2021.

Figura 8 – Foto de local sagrado, aldeia Olho D'Água dos Canutos, Monsenhor Tabosa, CE, 2021.

Figura 9 – Foto de local sagrado, aldeia Olho D'Água dos Canutos, Monsenhor Tabosa, CE, 2021.

Figura 10 – Foto da Escola indígena Tabajara ainda em sede temporária, aldeia Olho D'Água dos Canutos, Monsenhor Tabosa, CE, 2021.

Figura 11 – Foto do Anexo da Escola indígena Tabajara utilizado para reuniões ou outras atividades, aldeia Olho D'Água dos Canutos, Monsenhor Tabosa, CE, 2021

Figura 12 – Foto do Anexo da Escola indígena Tabajara utilizado para reuniões ou outras atividades, aldeia Olho D'Água dos Canutos, Monsenhor Tabosa, CE, 2021.

Figura 13 – Foto do Museu Indígena Tabajara, aldeia Olho D'Água dos Canutos, Monsenhor Tabosa, CE, 2021.

Figura 14 – Foto da Casa do Cacique Zé Canuto (encantado), aldeia Olho D’Água dos Canutos, Monsenhor Tabosa, CE, 2021.

Figura 15 – Foto da Extensão da Escola Indígena Povo Caceteiro, Aldeia Boa Vista, Monsenhor Tabosa, CE, 2021.

Figura 16 – Foto de Arnaldo, liderança indígena, Cacique da etnia Gavião na aldeia Boa Vista, Monsenhor Tabosa, CE, 2021.

Figura 17 – Foto de Artefatos indígenas do povo Gavião, aldeia Boa Vista, Monsenhor Tabosa, CE, 2021.

Figura 18 – Foto de Toinho Gavião, músico, poeta e cordelista, Agente Indígena de Saúde - AIS, da aldeia Boa Vista, Monsenhor Tabosa, CE, 2021.

Figura 19 – Foto do Museu do Povo Tubiba-Tapuia, aldeia Passagem, Monsenhor Tabosa, CE, 2021.

Figura 20 – Foto da Anita, liderança indígena do povo Tubiba-Tapuia, aldeia Passagem, Monsenhor Tabosa, CE, 2021.

Figura 21 – Foto do Polo Base de Monsenhor Tabosa, CE, situado na aldeia Olho D’Aguinha, 2021.

Figura 22 – Foto da Unidade Básica de Saúde Indígena situada na aldeia Espírito Santo, Monsenhor Tabosa, CE, 2021.

Figura 23 – Foto da Unidade Básica de Saúde Indígena situada na aldeia Espírito Santo, Monsenhor Tabosa, CE, 2021

Figura 24 – Foto da Ana Alves, liderança indígena e AISAN das aldeias Pitombeira (Monsenhor Tabosa), e Pitombeira dos Beneditos (Boa Viagem) CE, 2021

Figura 25 – Foto do Francisco (Chiquinho), AISAN das aldeias Olho D’aguinha, Malhada da Onça e Sítio Sousa, Monsenhor Tabosa, CE, 2021.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 – Aldeias presentes na Serra das Matas, sua localização e etnia, 2021.
- Quadro 2 – Competências da Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI BRASIL, 2021.
- Quadro 3 – Competências do Departamento de Atenção à Saúde Indígena, BRASIL, 2021.
- Quadro 4 – Competências do Departamento de Determinantes Ambientais da Saúde Indígena, BRASIL, 2021.
- Quadro 5 – Competências dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, BRASIL, 2021.
- Quadro 6 - Caracterização do DSEI, CEARÁ, 2021.
- Quadro 7 – Relação das categorias profissionais conforme Unidade de Saúde Indígena, vinculação e carga horária do Polo Base em Monsenhor Tabosa, Ceará, 2021.
- Quadro 8 – Datas e instrumentos legais do histórico da divisão e formação administrativa do município de Boa Viagem – CE.
- Quadro 9 – Datas e instrumentos legais do histórico da divisão e formação administrativa do município de Monsenhor Tabosa – CE.
- Quadro 10 – Datas e instrumentos legais do histórico da divisão e formação administrativa do município de Santa Quitéria – CE.
- Quadro 11 – Datas e instrumentos legais do histórico da divisão e formação administrativa do município de Tamboril – CE.
- Quadro 12 – Síntese dos Aspectos Gerais dos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, Ceará, Brasil.
- Quadro 13 – Situação Geográfica dos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, Ceará.
- Quadro 14 – Municípios limítrofes aos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, Ceará.

Quadro 15 – Medidas Territoriais dos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, Ceará.

Quadro 16 – Aspectos Climáticos dos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, Ceará.

Quadro 17 – Componentes ambientais dos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, Ceará.

Quadro 18 – Aspectos territoriais e ambientais dos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, Ceará, em 2016.

Quadro 19 – Divisão Territorial dos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, Ceará.

Quadro 20 – Regionalização dos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, Ceará.

Quadro 21 – População residente – 1991, 2000, 2010 nos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, Ceará.

Quadro 22 – População estimada para o ano de 2021 e densidade demográfica do ano 2010 dos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, Ceará.

Quadro 23 – Principais Indicadores de Saúde nos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, 2016.

Quadro 24 - Unidades de saúde ligadas ao SUS por tipo de prestador nos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, Ceará, 2016.

Quadro 25 – Unidades de saúde dos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, ano 2021.

Quadro 26 – Trabalho e rendimento dos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, Ceará.

Quadro 27 – Situação de docentes e matrícula inicial nos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, Ceará, 2016.

Quadro 28 – Principais indicadores e informações escolares relevantes nos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril

Quadro 29 – Escolas com biblioteca e laboratório de informática nos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, em 2016.

Quadro 30 – Indicadores educacionais no ensino fundamental e médio nos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, em 2016.

Quadro 31 - Principais indicadores e informações econômicas relevantes nos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, Ceará.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Estimativa da população do município de Boa Viagem, CE, para os anos 2014, 2015, 2016 e 2017.

Gráfico 2 - Estimativa da população do município de Monsenhor Tabosa, CE, para os anos 2014, 2015, 2016 e 2017.

Gráfico 3 - Estimativa da população do município de Santa Quitéria, CE, para os anos 2014, 2015, 2016 e 2017.

Gráfico 4 - Estimativa da população do município de Tamboril, CE, para os anos 2014, 2015, 2016 e 2017.

Gráfico 5 – Taxa de mortalidade infantil no município de Boa Viagem, Ceará, em 2010 e 2016.

Gráfico 6 – Taxa de mortalidade infantil no município de Monsenhor Tabosa, Ceará, em 2010 e 2016.

Gráfico 7 – Taxa de mortalidade infantil no município de Santa Quitéria, Ceará, em 2010 e 2016.

Gráfico 8 – Taxa de mortalidade infantil no município de Tamboril, Ceará, em 2010 e 2016.

Gráfico 9 – Percentual de docentes com grau de formação superior no município de Boa Viagem, Ceará, em 2010 e 2016.

Gráfico 10 – Percentual de docentes com grau de formação superior no município de Monsenhor Tabosa, Ceará, em 2010 e 2016.

Gráfico 11 – Percentual de docentes com grau de formação superior no município de Santa Quitéria, Ceará, em 2010 e 2016.

Gráfico 12 – Percentual de docentes com grau de formação superior no município de Tamboril, Ceará, em 2010 e 2016.

Gráfico 13 – Comparativo da presença de alunos por sala de aula no município de Boa Viagem, Ceará, em 2010 e 2016.

Gráfico 14 – Comparativo da presença de alunos por sala de aula no município de Monsenhor Tabosa, Ceará, em 2010 e 2016.

Gráfico 15 - Comparativo da presença de alunos por sala de aula no município de Santa Quitéria, Ceará, em 2010 e 2016.

Gráfico 16 – Comparativo da presença de alunos por sala de aula no município de Tamboril, Ceará, em 2010 e 2016.

Gráfico 17 - Produto Interno Bruto do município de Boa Viagem, anos 2011 a 2015.

Gráfico 18 - Produto Interno Bruto do município de Monsenhor Tabosa, anos 2011 a 2015.

Gráfico 19 - Produto Interno Bruto do município de Santa Quitéria, anos 2011 a 2015.

Gráfico 20 - Produto Interno Bruto do município de Tamboril, anos 2011 a 2015.

Gráfico 21 – Saldo de emprego formal no município de Boa Viagem, Ceará, em 2016.

Gráfico 22 – Saldo de emprego formal no município de Monsenhor Tabosa, Ceará, em 2016.

Gráfico 23 – Saldo de emprego formal no município de Santa Quitéria, Ceará, em 2016.

Gráfico 24 – Saldo de emprego formal no município de Tamboril, Ceará, em 2016.

SUMÁRIO

Apresentação	14
Parte 1 - Pressupostos teóricos e metodológicos adotados na concepção e delineamento deste estudo	16
a) As Epistemologias do Sul, a Ecologia de Saberes e a Complexidade na ciência	16
b) O Território e a saúde no sertão do Ceará	18
c) Pesquisa qualitativa e pesquisa-ação-participativa	22
Parte 2 - Os Povos Indígenas Potyguara, Gavião, Tubiba-Tapuia e Tabajara e o território habitado da Serra das Matas – Ceará	26
Breve histórico do contexto da produção da invisibilidade dos povos indígenas no Ceará	40
Parte 3 - Reconhecimento do Estado Brasileiro resultante das lutas e conquistas: o direito à saúde	43
Principais desafios para garantia do direito à Saúde Indígena após a Constituição de 1988	45
Política de Saúde Indígena implementada nos territórios do Brasil: alguns apontamentos legais	50
O Controle Social na Saúde Indígena	55
Parte 4 - Caracterização dos municípios onde a pesquisa está sendo realizada, região de abrangência do DSEI, Ceará	58
a) Município de Boa Viagem – CE	62
b) Município de Monsenhor Tabosa – CE	64
c) Município de Santa Quitéria – CE	65
d) Município de Tamboril – CE	67
Algumas considerações acerca do processo vivido	97
Referências	100

APRESENTAÇÃO

Este relatório de pesquisa foi elaborado no âmbito do projeto “Identidades, memórias e práticas de cuidados em saúde: convivências ancestrais e os desafios atuais na defesa do direito à saúde e da vida em territórios indígenas no sertão do Ceará” desenvolvida no período de abril de 2021 a março de 2022, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer número 5.148.775.

Trata-se de uma primeira aproximação com os municípios e territórios pesquisados, com o intuito de ofertar um **diagnóstico situacional** dos territórios e dos povos indígenas que habitam a Serra das Matas, Ceará, Brasil. A referida pesquisa está situada nas linhas de pesquisa de: Promoção da Saúde e Políticas Públicas para Saúde em Territórios, sendo que reunir este conjunto de dados, indicadores e informações já produzidos, consiste no primeiro passo para o grupo de pesquisa-ação compreender a dinâmica das políticas públicas que vêm sendo desenvolvidas nos municípios, ou nas Aldeias propriamente ditas.

Dada a relevância da caracterizar as condições sanitárias e socioambientais dos povos indígenas neste estudo, bem como a inexistência de estudos específicos sobre estes povos nestes municípios, em termos de dados epidemiológicos, optamos por ter uma visão panorâmica dos municípios, para formular questões posteriores pelo grupo de pesquisa-ação. As análises e aprofundamentos específicas de saúde para os povos indígenas que habitam o território indígena da Serra das Matas, Ceará, compreende quatro municípios: Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril.

A equipe de pesquisa foi composta por pesquisadores da Fiocruz Ceará, da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e lideranças dos Movimentos indígenas Tabajara Serra das Matas e Potyगतapuaia, que desenvolveram uma **pesquisa-ação-participativa**, que teve como pressuposto promover uma ruptura com a invisibilidade dos indígenas que habitam o território da Serra das Matas no Ceará.

Outra motivação para a pesquisa foi fortalecer o direito à saúde por meio da valorização dos saberes e práticas ancestrais, em diálogo com o Subsistema de Atenção à

Saúde Indígena. Nesse intuito, foram desenvolvidas ações territoriais, como: *rodas de conversas; seminários; visitas a residências e quintais com cultivos de plantas utilizadas nos rituais de cura; participação em rituais de dança; visita aos lugares sagrados e instituições públicas existentes nas aldeias como as escolas e unidades de saúde.*

Foram elaborados conjuntamente produtos educacionais e bibliográficos, para apresentar um diagnóstico das condições de vida e saúde e, ao mesmo tempo, expressar o que foi vivenciado no processo da pesquisa, durante os momentos de observação, reflexividade, teorização, sistematizações e diálogos de saberes interculturais compartilhados.

Foi, portanto, elaborado este relatório, que contém dados secundários e registros fotográficos primários realizados pela equipe de pesquisa. Além deste, foram elaboradas duas cartilhas de forma participativa e foram realizadas oficinas audiovisuais com os jovens indígenas, resultando em quatro vídeos curtos. Houve, ainda, a produção de quatro podcasts, um vídeo e um dossiê.

Com este relatório e os demais produtos da pesquisa, objetiva-se fortalecer a saúde indígena junto aos povos da Serra das Matas, que abrange quatro municípios dos Sertões do Inhamuns, Ceará, por meio da elaboração de um painel acadêmico e popular, com a caracterização atual das condições socioambientais e de saúde, a criação de ferramentas para monitoramento dos serviços prestados pela atenção primária, a promoção da troca de saberes e conhecimentos e a valorização da medicina tradicional indígena a fim de contribuir para o fortalecimento identitário e a defesa dos territórios indígenas. Este relatório constitui um dos elementos do painel acadêmico popular.

PARTE 1

Pressupostos teóricos e metodológicos adotados na concepção e delineamento deste estudo

A escolha do marco teórico permite o desenvolvimento de um processo de trabalho colaborativo, integrado e não fragmentado no caminho trilhado pelos integrantes e participantes do projeto de pesquisa, favorecendo o diálogo e a articulação intercultural. Comprendemos que os povos indígenas vivenciaram e vivem profundos processos advindos com o colonialismo, e, que permanecem arraigados na sociedade, o que reforça a necessidade de assentarmos nossas ações em um marco teórico, que possibilite fluidez no diálogo, promoção da confiança e reconhecimento de saberes e práticas de saúde nos territórios indígenas.

a) As Epistemologias do Sul, a Ecologia de Saberes e a Complexidade na ciência

A principal inspiração teórica para o delineamento deste projeto de pesquisa deriva do movimento e referencial das Epistemologias do Sul, termo proposto por Boaventura de Sousa Santos como alternativa ao paradigma epistemológico da ciência moderna e que se configura como novas referências epistêmicas das ciências humanas (SANTOS; MENEZES, 2009). Autores de diferentes partes do mundo tais como Aníbal Quijano do Peru, Paulin Hountondji do Benim, Radha D' Souza da Universidade de Westminster, Milton Santos do Brasil e Boaventura de Sousa Santos, dentre outros, discorrem nas suas obras sobre a influência monopolizadora do pensamento europeu. Discutem temas como “Descolonialidade”, “As prisões do conhecimento”, “Pesquisa ativista”, “Sociologia das Ausências e Sociologia das Emergências”.

A crítica à produção de realidades não existentes pelo pensamento hegemônico, a apresentação de conhecimentos de africanos, propostas de novas metodologias de pesquisas, rupturas epistemológicas que emergem em forma de contrarracionalidades e racionalidades paralelas, são temas presentes nas obras desses autores (SANTOS; MENEZES, 2009).

De acordo com o pensamento denominado “Epistemologias do Sul” o domínio da ciência moderna reforça modelos de desenvolvimento que invisibiliza e oprime as populações em territórios específicos de tradição colonialista, tendo como atributos de dominação a violência e a apropriação que se manifestam de diferentes formas (CARNEIRO; KREFTA; FOLGADO, 2014).

O colonialismo foi também uma dominação epistemológica, uma relação desigual de saber-poder, cujo *modus operandi* levou a que nações/povos colonizados tivessem muitas de suas formas peculiares de saber suprimidas (SANTOS, MENESES, 2010, p. 19). Conforme Santos e Meneses (2010) devemos entender por Epistemologias do Sul:

Trata-se do conjunto de intervenções epistemológicas que denunciam a supressão dos saberes levada a cabo, ao longo dos últimos séculos, pela norma epistemológica dominante, valorizam os saberes que resistiram com êxito e as reflexões que estes têm produzido e investigam as condições de um diálogo horizontal entre conhecimentos. A esse diálogo entre saberes chamamos ecologias de saberes (SANTOS; MENESES, 2010, p. 7).

A Ecologia de Saberes expressa a ideia da diversidade epistemológica do mundo, o reconhecimento da existência de uma pluralidade de formas de conhecimento da matéria, sociedade, vida e espírito. É uma ecologia, porque se baseia no reconhecimento da pluralidade de conhecimentos heterogêneos, que englobam a ciência moderna, porém, em interações sustentáveis e dinâmicas entre eles sem comprometer a sua autonomia, trazendo a ideia de que o conhecimento é interconhecimento (SANTOS; MENESES, 2010).

O reconhecimento da diversidade epistemológica do mundo evidencia a existência de uma pluralidade de formas além do conhecimento científico, um contraponto à crença moderna da ciência como única forma de conhecimento válido. A ecologia de saberes se propõe a ser uma via alternativa que privilegia o pensamento pluralista e propositivo, que reconhece a existência de múltiplas visões, ancorada na diversidade cultural presente nas inúmeras experiências e práticas sociais que denotam interações e intervenções concretas presentes nas diferentes manifestações humanas no mundo (SANTOS, 2010; GOMES, 2012).

Conforme Alvarenga et al, (2011) o avanço do conhecimento nos dias atuais considera a importância dos fenômenos complexos, tanto da natureza, como da sociedade, em contraponto ao conhecimento disciplinar gerado pela ciência moderna que se caracterizou, convencionalmente, como um modelo de pensamento simplificado.

A complexidade, como conceito nuclear, vem sendo abordada na ciência contemporânea como fundamental para a compreensão dos fenômenos em diversos campos do conhecimento, e esse pressuposto aponta para o reconhecimento de que a simplificação obscurece as interrelações existentes entre os fenômenos do universo. É imprescindível ver e lidar com a complexidade do mundo em todos os seus níveis (LEFEVRE; LEFEVRE; MARQUES, 2009).

A teoria da complexidade nos convoca para uma verdadeira reforma do pensamento, semelhante à produzida no passado pelo paradigma copernicano. Conforme Morin (1998), essa nova abordagem e compreensão do mundo, de um mundo que se “autoproduz”, confere também um novo sentido à ação, pois permite uma amplitude nesse agir, incorporando importantes elementos relacionados ao desejo de fazer e ao exercício da liberdade. Esta teoria propõe um pensamento que une e não separa todos os aspectos presentes no universo. Considera a incerteza e as contradições como parte da vida e da condição humana e, ao mesmo tempo, sugere a solidariedade e a ética como caminho para a religação dos seres e dos saberes. Entende o ser humano como um ser complexo, capaz de se auto-organizar e de estabelecer relações com o outro, e é nessa relação de alteridade que o sujeito encontra a autotranscendência, superando-se, interferindo e modificando o seu meio num processo de auto-eco-organização a partir de sua dimensão ética que reflete seus valores, escolhas e percepções do mundo (PETRAGLIA, 2002).

Um mundo que conforme Santos (apud FREITAS; ZARDO, 2007) está em um período de transição paradigmática, um período no qual estão sucumbindo as bases sólidas que orientavam o pensamento e o conhecimento humano na modernidade, um período no qual não há respostas definitivas para as questões que acompanham a existência humana.

b) O Território e a saúde no sertão do Ceará

Iniciamos a discorrer sobre a categoria território com Milton Santos. Dessa forma, daremos seguimento ao referencial teórico central que se baseia o estudo, a Ecologia de Saberes. Conforme Dantas (2014) a obra de Milton Santos procura dar à geografia uma epistemologia adequada para a análise do sul. Essa referência reporta-se a uma ruptura epistemológica, que Milton Santos chama de contrarracionalidades e racionalidades paralelas. A epistemologia geográfica pretendida por ele é uma epistemologia universal, que tenta dar conta das especificidades dos chamados países em desenvolvimento e não apenas analisar estes a partir do entendimento de um espaço, de uma geografia (do mundo desenvolvido) que deveria servir de espelho.

Nos processos de colonização ao longo da história, a conexão dos lugares com o universo, implicada na noção de território, inscreve-se gradualmente nos marcos da domesticação humana do mundo. Nela o Estado Nação é o marco que imprime no território a marca da empreitada colonizadora, tornando-se o território, base, fundamento, molde e correlato do domínio de um Estado (SANTOS, 2008).

Os territórios coloniais foram espaços favoráveis para a delimitação da linha abissal em que se denomina como um território sub-humano. A realidade social sendo dividida em dois universos distintos, o universo “deste lado da linha” e o universo “do outro lado da linha”, sendo elementos constitutivos de cada lado a regulação e a emancipação de um lado em contraponto com a apropriação e a violência do outro lado (SANTOS; MENESES, 2010).

As populações indígenas no Brasil convivem no seio desse enquadramento sendo sujeitos ao paradigma da apropriação/violência, por serem os habitantes paradigmáticos do campo histórico do outro lado da linha. Ao longo da sua história se deparam com a pilhagem de seus conhecimentos sobre a biodiversidade, proibição de línguas próprias em espaços públicos, adoção forçada de nomes cristãos, a conversão e destruição de símbolos e lugares de cultos e de todas as formas de discriminação cultural e racial, comprovando as concepções abissais de epistemologias e legalidade traduzidas por Santos e Meneses (2010).

Haesbaert (2007, p.37) nos fala da amplitude do conceito de território. É um conceito central para a Geografia, pois diz respeito à espacialidade humana, porém, tem tradição também em outras áreas, cada uma com enfoque centrado em uma determinada perspectiva. O geógrafo enfatiza a materialidade do território, em suas múltiplas dimensões, dentre elas a interação sociedade-natureza; a Ciência Política enfatiza sua construção a partir de relações de poder, ligadas à concepção de Estado; a Economia, que prefere a noção de espaço à de território, percebe-o muitas vezes como um fator locacional ou como uma das bases da produção; a Antropologia destaca sua dimensão simbólica principalmente nos estudos das sociedades ditas tradicionais; a Sociologia o enfoca a partir de sua intervenção nas relações sociais, em sentido amplo e a Psicologia incorpora-o no debate sobre a construção da subjetividade ou da identidade pessoal, ampliando-o até a escala do indivíduo. Apresenta uma concepção de território a partir de três vertentes: a jurídico-política, em que o território é entendido como um espaço no qual se exerce um determinado poder; a culturalista, que prioriza a compreensão da dimensão simbólico-cultural e a econômica, que enfatiza a dimensão social das relações econômicas e o embate entre as classes sociais e na relação capital-trabalho (HAESBAERT, 2003; SANTOS; SOL; MODENA, 2020, p.265).

No campo da saúde é essencial discutir a concepção de território como forma de ancorar a política de saúde, entremeando-a ao contexto social, político, econômico e cultural. Definir as especificidades do território levando em conta a amplitude conceitual e a vinculação da saúde com diferentes campos do conhecimento, pelo entendimento contextual do processo saúde-doença nos seus aspectos mais abrangentes (PESSOA, et al, 2013). Conforme os autores e autoras:

Compreender a dimensão sócio-histórica do território, onde foi construída uma relação sociedade-natureza, respeitando e ou desrespeitando os limites e potencialidades locais, a história de luta, a mobilização e o envolvimento dos agentes locais no enfrentamento e na conquista dos direitos de cidadania, pode propiciar ao setor saúde o entendimento da resistência, dos mecanismos de sobrevivência da comunidade e auxiliar a repensar as práticas de saúde instituídas com vistas à melhoria da qualidade de vida (PESSOA et al, 2013 p.2260).

O território na perspectiva de Santos (2008), em diálogo com Akerman (2005) e

Carvalho (2005) é compreendido como o lugar, o chão das relações entre as pessoas, o espaço vivo e dinâmico da vida e da cidadania, onde se concretizam as relações de cooperação e de poder, constituindo-se em distintos territórios, onde se materializam de forma concreta as condições de vida das populações e a presença ou ausência da ação pública (PESSOA, 2015).

Esses autores consideram que os territórios não são estáticos, nem se bastam por si sós, são interdependentes em relação a outros territórios, conectados entre si e com a história de cada lugar. Relatam, com efeito, Augusto e Moisés (2009) a importância para a saúde pública utilizar o conceito de território socialmente constituído, ou seja, as inter-relações decorrentes entre o trabalho/ambiente e as implicações na saúde humana estão situadas em um território que comunga de valores sócio históricos (PESSOA, 2015).

O Ceará, situado no semiárido nordestino, especialmente no sertão vivencia intensas transformações, como também o Brasil, pelo fomento de políticas econômicas e sociais atreladas ao interesse do mercado, com vistas à reprimarização da economia. À guisa do exemplo, as mudanças planetárias, que vão desde a extinção de espécies vegetais e animais, alterações climáticas, o modelo agrícola, como também a incorporação da biotecnologia na ‘produção de vidas’, como exemplo, o produto - mosquito transgênico, tem relação com a vida no sertão. Diversos autores tratam desta questão, relacionando alterações ambientais, modelo de produção capitalista e saúde (PESSOA, 2015).

Bringel e Varella (2014) reconhecem que o saber ancestral, coletivo e popular se torna central no cenário de produção do conhecimento, estando presente tanto de maneira autônoma, quanto, de maneira dialética, em perspectivas de construção de saber transformador.

O diálogo de saberes, reconhecendo este saber, por exemplo, é fundamental para o cuidado em saúde centrado nas necessidades de saúde no âmbito da saúde coletiva. Entendemos nesse sentido, que o sertanejo/camponês, que vivia e vive hoje no semiárido tem um saber sobre o cuidado em saúde, que não é conhecido pelo serviço de saúde e que precisa ser reconhecido e aprendido pelos profissionais da saúde (PESSOA, 2015).

A saúde no sertão no Ceará está relacionada ao ambiente, permeada por

mudanças que na contemporaneidade, experimenta profundas transformações que estão sendo intensificadas pelo fomento de novos empreendimentos como a geração de energia nuclear, a exemplo da mineração de fosfato e urânio no sertão de Santa Quitéria, em cuja área de influência habitam populações indígenas. Esse tipo de empreendimento visa o desenvolvimento econômico do Estado pautado nos interesses do capital e apoiado pelo ente estatal (PESSOA, 2015).

O desenvolvimento econômico é um elemento central na leitura da saúde. A compreensão equivocada deste tipo de desenvolvimento econômico que tem sido buscado para o sertão, ensejando a melhoria da qualidade de vida fez-se presente, principalmente nas últimas décadas, como ferramenta estatal para desenvolver o sertão (PESSOA, 2010).

A ancoragem teórica e os conceitos que orientam a trajetória metodológica, a sistematização e análise dos conteúdos vividos e produzidos, relacionam-se, imbricam-se e resultam em produtos concretos e passíveis de diversas utilizações, embora haja o reconhecimento e valorização da importante contribuição coletiva na produção de saberes, potencializados pelas trocas, parcerias e afetos nesse universo repleto de força e beleza, o sertão do Ceará.

c) Pesquisa qualitativa e pesquisa-ação-participativa

A adoção das metodologias qualitativas no campo da saúde, ao lado de outros saberes, tem buscado contribuir para uma abordagem um pouco mais inclusiva da complexidade que constitui o objeto da saúde (DESLANDES, GOMES, 2008). O presente estudo adotou uma abordagem qualitativa que abrange a subjetividade inerente aos processos e relações sociais (BOSI e MERCADO, 2004), compreende fenômenos específicos e delimitáveis pelo seu grau de complexidade interna utilizando para a investigação, imagens, símbolos, sendo, porém, o material primordial a palavra, que expressa a fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais ou burocráticos (MINAYO; SANCHES, 1993).

A expansão e o surgimento do interesse pela investigação qualitativa, conforme Bosi e Mercado (2004) acontecem no interior do movimento intelectual antipositivista, que se consolida ao longo do século XX e que considera o conhecimento como a

resultante de uma dialética entre o sujeito epistêmico e o fenômeno em estudo.

Günther (2006) considera que a pesquisa qualitativa é uma ciência baseada em textos, ou seja, a coleta de dados produz textos que nas diferentes técnicas analíticas são interpretadas hermeneuticamente. Segundo Neves (1996) na pesquisa qualitativa é frequente que o pesquisador procure entender os fenômenos, segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada e, a partir daí, situe sua interpretação dos fenômenos estudados. Nessa abordagem metodológica a pesquisa costuma ser direcionada ao longo do seu desenvolvimento, mesmo quando se procura seguir um plano previamente estabelecido.

Diante dessa perspectiva, consideramos que uma pesquisa participativa parte dos problemas colocados pelos pesquisados, do cotidiano das pessoas e escuta suas vozes. Boterf (1985) considera que nesse tipo de pesquisa existe uma certa “filosofia espontânea” que se exprime no senso comum, no sistema de crenças e conhecimentos empíricos. Toledo et al (2014) afirmam que as metodologias participativas de pesquisa ganham, cada vez mais, o reconhecimento, por promover o envolvimento direto e colaborativo dos sujeitos em todas as etapas metodológicas, dando voz às comunidades, resultando em intervenções bem-sucedidas.

Dentre as modalidades de pesquisas participativas adotamos a pesquisa-ação, modalidade que se aproxima do objetivo proposto, que favorece o desenvolvimento de um processo de interação entre pesquisadores e os sujeitos participantes da pesquisa, sujeitos esses implicados nos problemas investigados, estimulando um diálogo entre a ciência e a vida (PESSOA et al, 2013).

A pesquisa-ação tem por pressuposto que os sujeitos que nela se envolvem, pesquisadores e pesquisados, compõem um grupo com objetivos e metas comuns, interessados em um problema que emerge num dado contexto no qual atuam desempenhando papéis diversos. Os sujeitos envolvidos podem construir conhecimento na reflexão crítica sobre suas atividades, a realidade em que se insere, adotando-se o princípio da colaboração e interação dos pesquisadores e componentes do grupo, visando ampliar ou modificar a compreensão da realidade e dos problemas, bem como propor soluções de enfrentamento (THIOLLENT, 2008).

Trata-se de uma pesquisa social com base empírica, concebida e realizada em

estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, na qual os pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo e colaborativo (THIOLLENT, 2008; PESSOA, 2010; CARNEIRO; PESSOA; TEIXEIRA, 2017).

Thiolent, 2008, Pessoa, 2010 sugerem alguns passos para realizar uma pesquisa-ação, a saber: constituição de um grupo-pesquisador; elaboração de um diagnóstico, que oferte subsídios básicos; Identificação, definição e priorização de problemas; definição de ações, planejamento e implementação de ações; reconhecimento de agentes; implantação, monitoramento e avaliação das ações de forma processual.

O **diagnóstico** nesta pesquisa foi realizado por meio: a) *Pesquisa documental*: visando apropriar-se de informações relevantes e conhecer o perfil sócio-histórico, as condições sociodemográficas, socioeconômicas e epidemiológicas dos municípios, em especial, no que se refere ao Subsistema de Saúde Indígena local. Utilizamos bases de dados secundários em sites oficiais, tais como: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); e Sistemas de Informação em Saúde tais como: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN), dentre outros; e b) *Visitas aos territórios*: estas visavam a realização de rodas de conversas com lideranças e indígenas que atuavam na saúde, na educação e no cuidado tradicional, bem como realizar registros fotográficos e conhecer o espaço geográfico, o modo de vida e os habitantes. Estes se constituíram em fontes de dados primários produzidos pelo grupo de pesquisa-ação. Denominou-se de **Diagnóstico Situacional dos Povos Indígenas Potyguara, Tabajaras, Tubiba-Tapuia e Gavião e dos Territórios da Serra das Matas, Ceará, Brasil.**

Ressalta-se que a pesquisa de fontes de dados secundários auxiliou o grupo de pesquisa-ação numa leitura sócio-histórica-ambiental e sanitária dos referidos municípios, para elucidar mais especificamente o território indígena da Serra das Matas. Neste território, situado numa região, intermunicipal, compartilhando as fronteiras de quatro municípios, tem ações e políticas públicas executadas pelos diversos gestores públicos dos municípios abordados, portanto com singularidades e especificidades. Acredita-se que as informações colhidas nos bancos de dados oficiais para elucidar

dados relacionados a indicadores de cobertura de ações e serviços, ou para evidenciar indicadores epidemiológicos, que sinalizam as necessidades de reorientações de políticas ou a definição de estratégias de intervenções em tempo hábil, representam, tanto para os executores das políticas, como para a academia, fontes valiosas.

Vila Nova & Cássia (2020) afirmam que a análise de dados secundários tem contribuído para as metodologias tornarem-se robustas, para a elevação da amplitude dos estudos científicos, viabilizando a realização de pesquisas a partir de dados já coletados e que podem oferecer suporte a novos testes, proposições e investigações relevantes ao meio acadêmico.

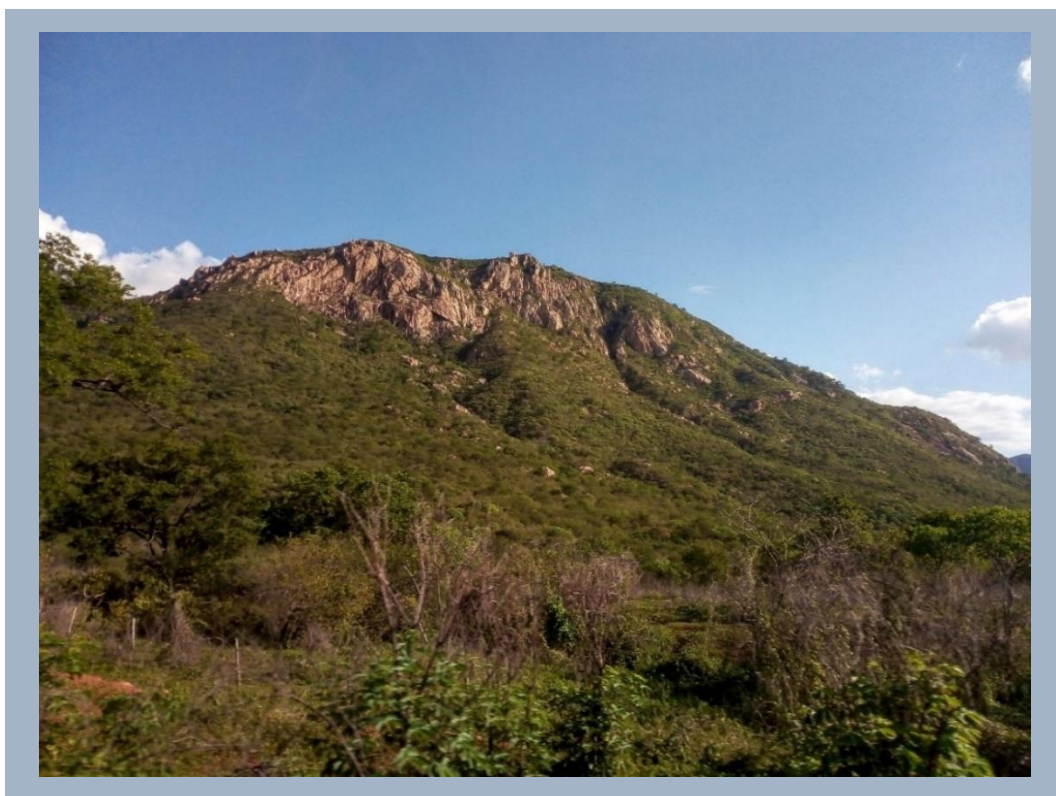
Neste estudo, optamos, portanto pela utilização de um conjunto de dados coletados por outro pesquisador para algum outro propósito, tendo em vista, que estes dados contribuirão sobremaneira para uma análise histórica do processo-saúde-doença e facilitará a análise crítica da realidade atual.

PARTE 2

Os Povos Indígenas Potyguara, Gavião, Tubiba-Tapuia e Tabajara e o território habitado da Serra das Matas – Ceará.

A Serra das Matas se encontra no Sertão Central cearense, distando uma média de 270 km da capital do Ceará, que é o município de Fortaleza. A Serra das Matas é uma cordilheira situada na região do semiárido, com rica e diversificada vegetação do tipo caatinga, marcada pela crise hídrica, que abrange os municípios de Monsenhor Tabosa, Tamboril, Boa Viagem e Santa Quitéria. Também são marcas dessa região, os processos de organização das lutas populares para desconcentração do latifúndio, herança da política colonial das sesmarias, que destinou extensas áreas para criação de gado e plantação de algodão (“ouro branco”) (CDPDH, 2015).

Figura 1 - Serra das Matas, município de Monsenhor Tabosa, CE, 2021.



Fonte: Acervo da pesquisa.

Figura 2 - Vegetação na aldeia Serra Branca, Monsenhor Tabosa, CE, 2022.



Fonte: Acervo da pesquisa.

Há na região muitos assentamentos rurais estaduais e federais, comunidades camponesas, comunidades quilombolas e povos originários. Em relação aos povos indígenas, residem cerca de 934 famílias indígenas, uma média de 4.600 indígenas que passaram a se organizar e exigir os direitos garantidos aos povos indígenas nos anos 1980. No início da década de 80, a partir da organização política dos Povos Tapeba e Tremembé de Almofala, inicialmente, e dos Pitaguary e Jenipapo-Kanindé, posteriormente, assistimos a uma crescente mobilização comunitária baseada nas emergências de reivindicações étnicas no Ceará. A partir dos anos da década de 1990, o processo atingiu diversos grupos no sertão do Ceará, onde existem fortes organizações do movimento indígena nos municípios de Crateús, Poranga, Monsenhor Tabosa, Quiterianópolis, Tamboril, Novo Oriente, entre outros. Este processo de mobilização política em torno da identidade étnica resultou na organização de vários povos indígenas na luta pela garantia de seus direitos constitucionais (SILVA, 2009).

Atualmente reivindicam uma área de 58 mil hectares (CDPDH, 2015), que compreende o “complexo étnico” da Serra das Matas, abordado nesse estudo, que acolhe as etnias Potyguara, Gavião, Tubiba-Tapuia e Tabajara, distribuídas em 34 aldeias que se

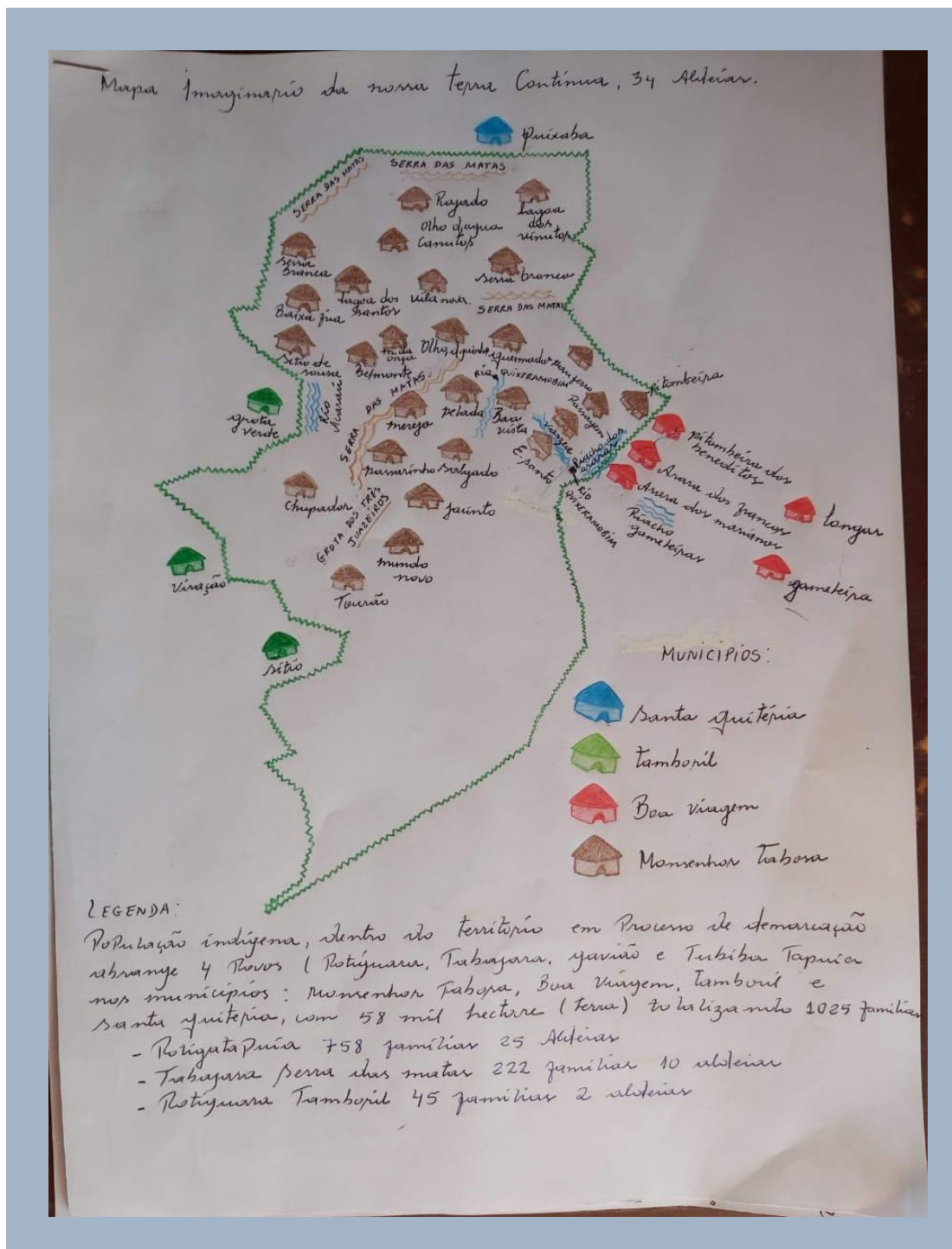
organizam no Movimento Potyगतapuaia e no Movimento Indígena Tabajara da Serra das Matas, como pode ser observado no Quadro 1 e na Figura 1.

Quadro 1 – Aldeias presentes na Serra das Matas, sua localização e etnia, 2021.

TERRITÓRIO SERRA DAS MATAS			
MUNICÍPIO	ETNIA	ALDEIA	
Santa Quitéria	Potyguara	1. Quixaba	
Tamboril	Tabajara	2. Grota Verde	
	Potyguara	3. Sítio 4. Viração	
Boa Viagem	Potyguara	5. Longar	
	Tubiba Tapuia	6. Pitombeira dos Beneditos 7. Arara dos Francos 8. Arara dos Marianos 9. Gameleiras	
		10. Pau Ferro	
		Gavião	11. Boa Vista
		Monsenhor Tabosa	Potyguara
Tabajara	26. Olho D'Água dos Canutos 27. Baixa Fria 28. Lagoa dos Santos 29. Malhada da Onça 30. Olho D'aguinha 31. Sítio do Sousa 32. Belmonte 33. Taboa 34. Marruá 35. Serra Branca		

Fonte: Movimentos Indígenas Potyगतapuaia e Tabajara Serra das Matas, 2021.

Figura 3 - Mapa Imaginário das Aldeias e sua localização, 2021.



Fonte: Movimentos Indígenas Potyगतapuaia e Tabajara Serra das Matas, 2021.

O povo **Potyguara** é um grupo étnico predominante da zona costeira nordestina. Em decorrência do processo de colonização, o grupo se dissipou e se encontra atualmente nos Estados da Paraíba, Rio Grande do Norte e Ceará. No Ceará habitam sete municípios,

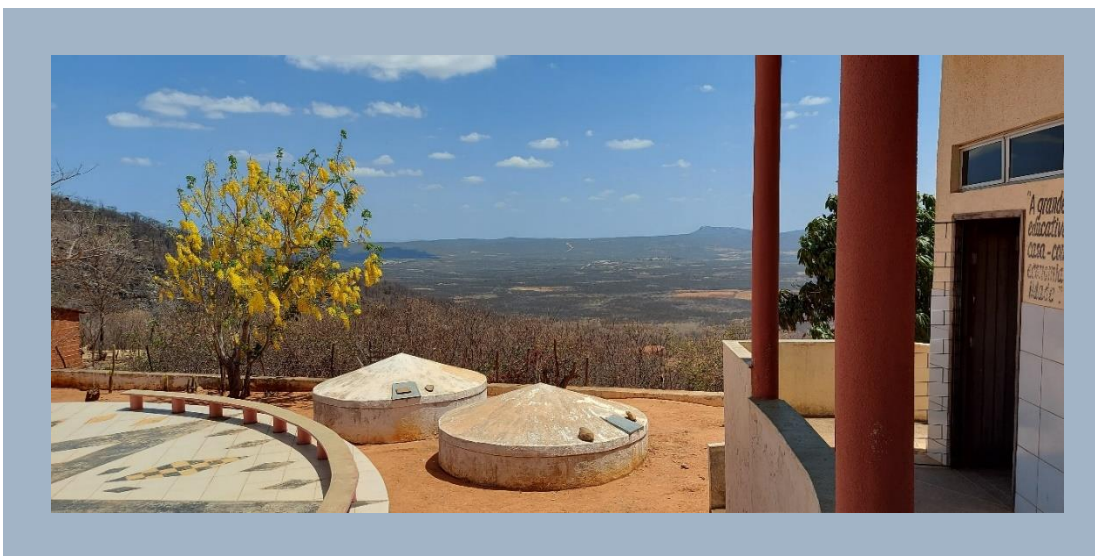
sendo eles: Boa Viagem, Crateús, Monsenhor Tabosa, Novo Oriente, Poranga, Quiterianópolis e Tamboril (SOUSA; CAPRARA, 2019). Esse grupo é conhecido pela sua resistência ao processo de colonização e no Ceará utilizavam “cacetes” contra os colonizadores, sendo até hoje conhecidos por “Povo Caceteiro”, nome dado, inclusive, às escolas indígenas da etnia, nas aldeias localizadas na Serra das Matas, conforme Figura 4.

Figura 4 – Escola Povo Caceteiro, Aldeia Mundo Novo, Monsenhor Tabosa, CE, 2021.



Fonte: Acervo da pesquisa.

Figura 5 – Área externa da Escola Povo Caceteiro, Aldeia Mundo Novo, Monsenhor Tabosa, CE, 2021.



Fonte: Acervo da pesquisa.

Figura 6 – Extensão da Escola Povo Caceteiro, Aldeia Quixaba, Santa Quitéria, CE, 2021.



Fonte: Acervo da pesquisa.

Figura 7 – Mangueiras sagradas, local para encontros e mobilizações de lutas políticas e momentos de espiritualidade, aldeia Jacinto, Monsenhor Tabosa, CE, 2020.



Fonte: Movimento Potygapuia, 2020.

O povo **Tabajara**, com história semelhante aos Potyguara, preserva lugares de memória dos seus processos de resistência, a exemplo da “Furna dos Caboclos”, local no qual eram depositados os restos mortais dos (das) indígenas assassinados (as) no processo de colonização. Esse local fica na Serra das Melancias e Nazário, no município de Crateús, onde também se encontram indígenas em bairros periféricos da cidade. Somando-se às aldeias presentes nos municípios de Poranga e Quiterianópolis (CDPDH, 2015).

Na Serra das Matas, os povos Tabajaras estão distribuídos em 10 aldeias, nos municípios de Monsenhor Tabosa (aldeias Olho D’Água dos Canutos, Baixa Fria, Lagoa

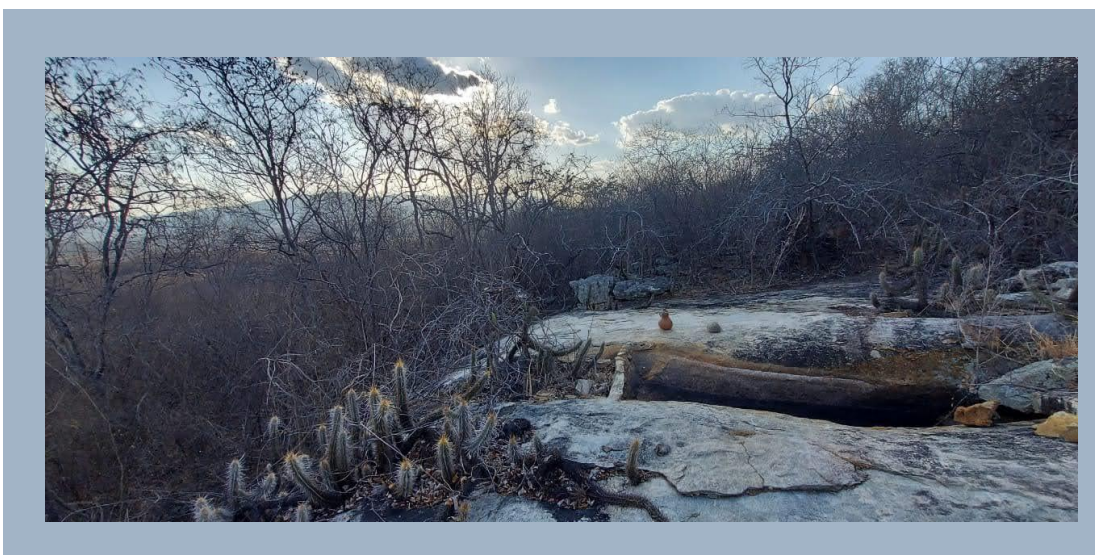
dos Santos, Malhada da Onça, Sítio do Sousa, Belmonte, Taboa, Marruá, Serra Branca e Olho Daguinha) e Tamboril (Aldeia Grota Verde).

Figura 8 – Local sagrado com vegetação nativa e utilizado para encontros de lideranças e práticas de espiritualidade, aldeia Olho D’Água dos Canutos, Monsenhor Tabosa, CE, 2021.



Fonte: Acervo da pesquisa, 2021.

Figura 9 – Local sagrado com vegetação nativa e utilizado para encontros de lideranças e práticas de espiritualidade, aldeia Olho D’Água dos Canutos, Monsenhor Tabosa, CE, 2021.



Fonte: Acervo da pesquisa, 2021

Figura 10 – Escola indígena Tabajara ainda em sede temporária, aldeia Olho D'Água dos Canutos, Monsenhor Tabosa, Ce, 2021



Fonte: Acervo da pesquisa, 2021

Figura 11 – Anexo da Escola indígena Tabajara utilizado para reuniões ou outras atividades, aldeia Olho D'Água dos Canutos, Monsenhor Tabosa, Ce, 2021



Fonte: Acervo da pesquisa, 2021

Figura 12 – Anexo da Escola indígena Tabajara utilizado para reuniões ou outras atividades, aldeia Olho D'Água dos Canutos, Monsenhor Tabosa, Ce, 2021.



Fonte: Acervo da pesquisa, 2021.

Figura 13 – Museu Indígena Tabajara, aldeia Olho D’Água dos Canutos, Monsenhor Tabosa, Ce, 2021.



Fonte: Acervo da pesquisa, 2021

Figura 14 – Casa do Cacique Zé Canuto (encantado), aldeia Olho D’Água dos Canutos, Monsenhor Tabosa, Ce, 2021.



Fonte: Acervo da pesquisa, 2021

O povo **Gavião**, reside na Aldeia Boa Vista, com 36 famílias e história semelhante de resistência, bem como de migrações. Chamado também de **Gavião-boavista** é um povo indígena que habita o Complexo Étnico da Serra das Matas no município de Monsenhor Tabosa, Ce. Segundo a tradição oral eles descendem

do relacionamento de Maria Gavião com um Índio Gavião no Piauí. Tudo indica que este índio Gavião seja um integrante da Etnia Gavião do Oeste ou seja um índio Timbira, de Língua Macro-Jê, da Tribo Pucobié ou Pykopjê do Maranhão.

A comunidade tem como atividades principais de subsistência a criação de pequenos animais e a plantação de feijão, milho e mandioca no período das quadras invernosas. O Povo Gavião possui população de 78 habitantes. Compõe o Movimento Potyगतapuia que elegeu a liderança indígena Arnaldo como Cacique. A comunidade implantou uma escola indígena como extensão da Escola Indígena Povo Caceteiro.

O Povo Gavião demonstra alta capacidade criativa na área cultural. Artesanatos e composições musicais são expressões artísticas e culturais bastante presente entre os indígenas.

Figura 15 - Extensão da Escola Indígena Povo Caceteiro, Aldeia Boa Vista, Monsenhor Tabosa, Ce, 2021.



Fonte: Acervo da pesquisa.

Figura 16 – Arnaldo, liderança indígena, Cacique da etnia Gavião na aldeia Boa Vista, Monsenhor Tabosa, CE, 2021.



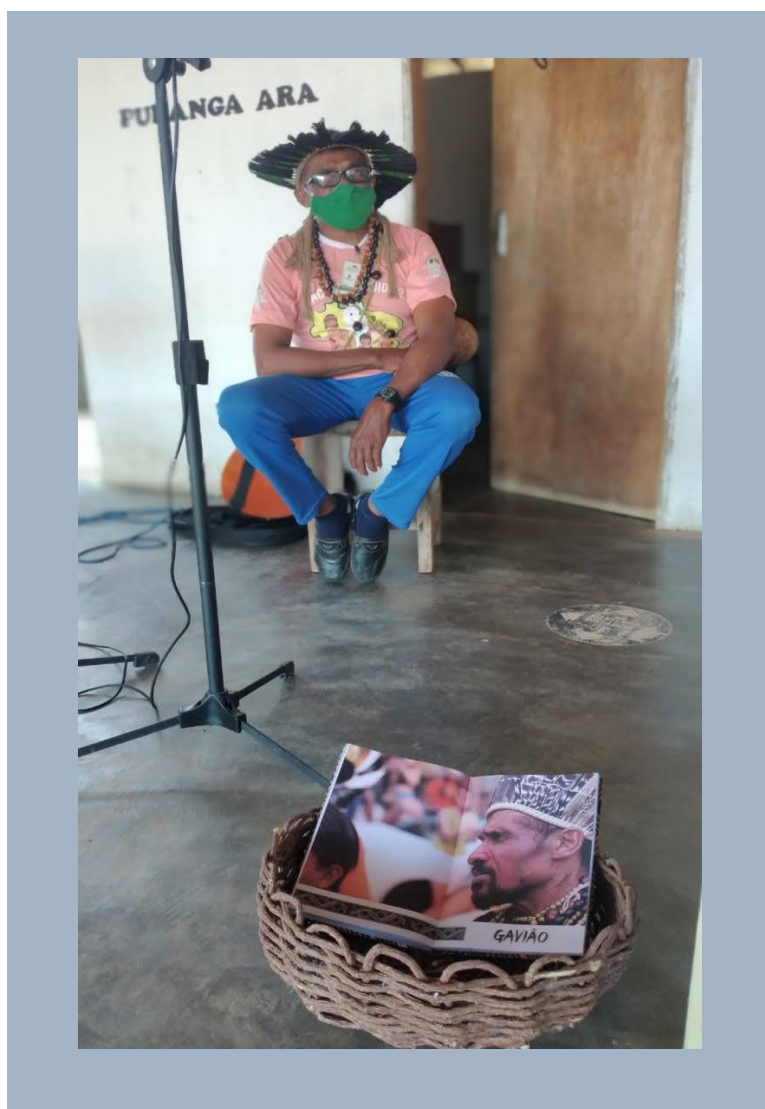
Fonte: Acervo da pesquisa, 2021.

Figura 17 – Artefatos indígenas do povo Gavião, aldeia Boa Vista, Monsenhor Tabosa, CE, 2021.



Fonte: Acervo da pesquisa, 2021.

Figura 17 - Toinho Gavião, músico, poeta e cordelista, Agente Indígena de Saúde - AIS, da aldeia Boa Vista, Monsenhor Tabosa, CE, 2021.



Fonte: Acervo da pesquisa, 2021.

O povo **Tubiba-Tapuya** com 70 famílias, conhecidas por serem descendentes dos indígenas “rebeldes” que viviam à beira do riacho Tubiba, do lugar denominado Serrinha, onde buscavam água e alimentação. É provável que tenham também realizado migrações para o Maranhão e para a Serra da Ibiapaba, Ceará, fronteira com o Estado do Piauí. Os quatro grupos identificaram por toda a Serra das Matas vestígios arqueológicos como pinturas rupestres e artefatos. Habitam o município de Monsenhor Tabosa e Boa Viagem na Terra Indígena Serra das Matas que também é partilhada pelos Povos Potyguara, Tabajara e Gavião.

O povo Tubiba -Tapuia tem população cerca de 217 pessoas, que tem como atividade principal a agricultura e atividades de subsistência da agricultura familiar, tais como a plantação de feijão, milho e mandioca. Compõem o movimento Potyगतapuia. A comunidade implantou uma escola indígena como extensão da Escola Indígena Povo Caceteiro. O povo Tubiba-Tapuia também é assistido por políticas de saúde.

Figura 19 – Museu do Povo Tubiba -Tapuia, aldeia Passagem, Monsenhor Tabosa, Ce, 2021.



Fonte: Acervo da pesquisa.

Figura 20 – Anita, liderança indígena do povo Tubiba-Tapuia, aldeia Passagem, Monsenhor Tabosa, Ce, 2021.



Fonte: Acervo da pesquisa.

Breve histórico do contexto da produção da invisibilidade dos povos indígenas no Ceará.

Além dos **Povos Indígenas Potyguara, Gavião, Tubiba-Tapuia e Tabajara**, que habitam a Serra das Matas – Ceará, há mais 11 etnias indígenas no Estado, desde o litoral ao sertão, distribuídas em 16 municípios, alcançando uma população total de cerca de 30.000 indígenas. O processo de dominação das terras originárias no Ceará, aconteceu a partir das ordenações portuguesas de divisão do território em sesmarias. Acreditavam que somente através do desenvolvimento da pecuária se conseguiria a “desinfestação dos índios bárbaros” (MAIA, 2009), com o auxílio da catequização. Assim, o “caminho do gado” e os aldeamentos, constituem o contexto histórico das disputas territoriais enfrentadas pelas populações indígenas no Ceará.

Ao passo que em outros estados do Nordeste predominou a escravização de populações indígenas para atender o cultivo da cana-de-açúcar, no Ceará a pecuária foi guiando as aberturas da caatinga para a chegada do gado. Aos grupos indígenas organizados em aldeias compostas por pelo menos 100 casais, também era permitida a solicitação de sesmarias para esses e missionários católicos. A grande maioria dessas solicitações aconteceram nas primeiras décadas do século XVIII, durante o processo efetivo de ocupação do território (MAIA, 2009).

Os aldeamentos indígenas foram extintos no Ceará em meados do século XIX. Recordamos que as primeiras “vilas de índios” criadas, são do século XVIII. “Vila Viçosa Real (antiga aldeia da Ibiapaba), Soure (antiga Caucaia); Arronches (antiga Parangaba); Mecejana (antiga Paupina); Mone-mór Novo (Paiacú, Baturité) [...]” (VALLE, 2009). Esses e outros aldeamentos organizados pela coroa portuguesa e por missionários católicos, por todo o Ceará, buscavam “civilizar os povos bárbaros”.

O governo provincial desse período responde ao Ministério da Agricultura que, os poucos índios ainda existentes, viviam da agricultura e estavam “confundidos com a população”. O que entrava em considerável contradição, haja vista o governo imperial receber queixas e notificações dos grupos indígenas existentes no Estado (VALLE, 2009).

Essa afirmação da inexistência dos povos originários sob a justificativa de estarem misturados à população, também hegemonizou as produções teóricas sobre os indígenas do nordeste brasileiro. “Índios misturados”, “índios mestiçados”, “resíduos da população indígena no Nordeste”, “magotes de índios desajustados”, foram algumas das expressões utilizadas por autores renomados, como Darcy Ribeiro, para negar a existência das populações originárias ocupantes da região nordestina (OLIVEIRA, 2004).

Há de se considerar que as expedições coloniais chegaram de forma diferenciada para os povos indígenas do Norte e do Nordeste, por exemplo. “[...] no Nordeste tais áreas foram incorporadas por fluxos colonizadores anteriores, não diferindo muito as suas posses atuais do padrão camponês e estando entremeadas à população regional” (OLIVEIRA, 2004, p. 20).

A negação dos povos indígenas aconteceu também, por parte das outras províncias situadas no Nordeste. Assim como no Ceará, os governos provinciais declararam, sucessivamente, a extinção dos aldeamentos e, por sua vez, dos (das) indígenas.

Ao final do século XIX já não se falava mais em povos e culturas indígenas no Nordeste. Destituídos de seus antigos territórios, não são mais reconhecidos como coletividades, mas referidos individualmente como ‘remanescentes’ ou ‘descendentes’. São os ‘índios misturados’ de que falam as autoridades, a população regional e eles próprios, os registros de suas festas e crenças sendo realizados sob o título de ‘tradições populares’. Foi nessa condição, por exemplo, que uma equipe do antigo Instituto Nacional do Folclore, na década de 1970, visitou o antigo aldeamento de Almofala, filmando e gravando a realização do ‘torém’, ritual mais importante dos índios Tremembé (OLIVEIRA, 2004, p. 26).

Em razão dessa trajetória, muitos grupos étnicos do Nordeste “tiveram que calar para sobreviver”, como ouvimos comumente dos povos indígenas do Ceará. Porém com as conquistas dos direitos na década de 1980, esses povos passaram a falar e exigir reparação e demarcação dos seus territórios.

Conforme relata Araújo (2008) o Ceará não diferente dos demais estados do nordeste, assiste o desencadear das “retomadas” de identidades indígenas na década de

1980 com o **povo indígena tapeba** que inicia a incorporação de “símbolos representativos da indianidade” antes não valorizados por eles, iniciando o fenômeno das etnogêneses nos últimos 20 anos no nosso estado. A ideia do “desaparecimento” dos índios no Ceará, foi produzida discursivamente por meio das declarações de políticos e na produção intelectual local, desde a segunda metade do século XIX (ARAÚJO, 2008).

A organização dos grupos indígenas contemporâneos no Ceará teve início no ano de **1982**, começando pelos Tapeba (5.500 pessoas) em Caucaia. A estes, seguiram-se os **Tremembé** do Córrego João Pereira e os Tremembé de Almofala/Varjota no município de Itarema (4.820 pessoas). Depois vieram os **Pitaguary** em Maracanaú e Pacatuba (2.800 pessoas) e os **Jenipapo-Kanindé** em Aquiraz (260 pessoas). Posteriormente, os **Kalabaça**, em Poranga e Crateús (350 pessoas) os **Potiguara**, em Crateús, Monsenhor Tabosa, Novo Oriente e Tamboril (1.000 pessoas), os **Tabajara**, em Crateús, Poranga, Tamboril, Quiterianópolis, e Monsenhor Tabosa (1.500 pessoas) e os **Kariri** em Crateús (60 pessoas), seguidos pelos **Kanindé** em Aratuba e Canindé (700 pessoas). E, mais recentemente, os **Gavião** (190 pessoas) e os **Tubiba-Tapuia** em Monsenhor Tabosa e os **Anacé** em Caucaia e São Gonçalo do Amarante (1270 pessoas) (SILVA, 2009).

PARTE 3

Reconhecimento do Estado Brasileiro resultante das lutas e conquistas: o direito à saúde

Em 1988, a Constituição Federal (CF) estipulou o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, assegurando-lhes a capacidade civil plena e estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena (BRASIL, 2002). A CF no capítulo VIII, no Art. 231, afirma que: *São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens* (BRASIL 2016). Os **305 povos indígenas** que estão hoje distribuídos pelo território brasileiro conquistaram o direito, nos termos dos artigos 231 e 232 da Constituição Federal (CF) de 1988, de reconhecimento de suas práticas culturais, o que inclui suas medicinas (SCALCO, AITH, LOUVISON, 2020).

A CF também definiu os princípios gerais do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabeleceu que a direção única e a responsabilidade da gestão federal do Sistema são do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

O capítulo II, Art. 196, expressa:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Esses princípios posteriormente foram regulamentados pela Lei 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 2016). A CF ampliou a responsabilidade do Estado com a saúde pública da população em geral com a criação do SUS, que tem como propósito a universalização da assistência à saúde de forma equânime, pública e gratuita nos níveis primário, secundário e terciário a todos os

cidadãos do território brasileiro e em consonância com as demais áreas de atuação do Estado (PAIM, ALMEIDA FILHO; 1988).

As mobilizações sociais que se originaram no processo de redemocratização do Brasil, principalmente na década de 1970, também foram espaços para o movimento indígena reivindicar seus direitos (SCALCO, AITH, LOUVISON, 2020). A década de 1980 teve, portanto, uma importância fundamental para o setor saúde, no bojo da redemocratização brasileira, culminando com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada entre 17 e 21 de março de 1986, consagrando-se como um dos momentos mais importantes na definição do SUS e debateu três temas principais: ‘A saúde como dever do Estado e direito do cidadão’, ‘A reformulação do Sistema Nacional de Saúde’ e ‘O financiamento setorial’ (EPSJV/FIOCRUZ, 2008).

Como resultado de articulações de movimentos indígenas e indigenistas, movimento sanitaria, pesquisadores e agentes públicos, ao longo das décadas de 1980 e 1990, foi criado em 1999 o **Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (SASI)** incorporado ao SUS, por meio da Lei nº 9.836/1999, na qual os povos indígenas obtiveram importante avanço para a garantia desse direito (KABAD, MONTEIRO, 2020).

A Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999 – “Lei Arouca”, acrescenta dispositivo à Lei nº 8080/1990 (Lei Orgânica do SUS), instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS):

- Tem como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI);
- O SUS serve de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.
- As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso.

Esse momento configurou-se como um marco importante na política indigenista, que até então visava à integração desses povos, e, neste momento, passa a reconhecer sua identidade autodeclarada e a considerar o **seu direito ao território pela sua presença ancestral**. À luta pela demarcação da terra acrescenta-se a necessidade da criação de uma política específica, garantindo o direito de acesso à saúde de qualidade aos seus povos (SCALCO, AITH, LOUVISON, 2020).

Principais desafios para garantia do direito à saúde indígenas após a Constituição Federal de 1988.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, no artigo XXV, define que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis. Ou seja, o direito à saúde é indissociável do direito à vida, que tem por inspiração o valor de igualdade entre as pessoas.

A Constituição Federal de 1988 inovou ao criar o macrossistema denominado Seguridade Social, regido pelos princípios do bem-estar e da justiça social, composto por três subsistemas: saúde, previdência e assistência social. O art. 196/CF define claramente que: *“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”* (BRASIL, 1988).

Entende-se que o direito à saúde é inclusivo, incorporando outros direitos sociais, que interagem entre si, como: nutrição, moradia, acesso a água potável e segurança, condições sanitárias adequadas e de trabalho, bem como a ambientes saudáveis, ou seja, está intimamente relacionado a determinantes políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais, que afetam a saúde como um todo.

Dentre os princípios do SUS, a equidade, entendida como um fator para a justiça social, considera o contexto de desigualdades e diversidade na inserção dessa política. A implementação da atenção à saúde dos povos indígenas, enfrenta desafios, sendo o

principal deles o projeto de desenvolvimento econômico adotado pelo governo brasileiro, com destaque para o agronegócio, que é um dos principais adversários do direito à autodeterminação dos povos indígenas (SCALCO et al, 2020).

A 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, foi realizada de 26 a 29 de novembro de 1986, em Brasília, DF, oito meses após a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Teve como temas principais: a criação de um único órgão, vinculado ao Ministério da Saúde responsável pela coordenação do SUS para gerenciamento da saúde indígena e participação dos indígenas na formulação da política de saúde. Foi nessa Conferência que ocorreram as primeiras discussões em torno do modelo de atenção à saúde dos indígenas com a participação de representantes de várias nações indígenas, órgãos públicos e organizações da sociedade civil que atuavam em apoio à causa indígena (BRASIL, 2021). Essa Conferência já aponta a íntima ligação dos povos indígenas com suas terras históricas, sendo apontada pela União Nacional Indígena como imprescindível para a garantia da saúde (SCALCO et al, 2020). No relatório final dessa conferência está expresso que:

A saúde das populações indígenas é resultante da interação de alguns elementos fundamentais: acesso à posse da terra; grau de contato com a sociedade nacional; liberdade para viver a sua singularidade (padrões alimentares, de educação, de moradia e de trabalho); acesso à vacinação e serviços de saúde (BRASIL, 2020).

A 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, foi realizada em 25 a 27 de outubro de 1993, em Luziânia/GO, foi parte integrante da IX Conferência Nacional de Saúde, e contou com a participação de 200 delegados, indígenas e não indígenas. A conferência teve como tema a definição das diretrizes da Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas e a atualização, em novas bases, das recomendações da 1ª Conferência Indígena, em conformidade com o processo de consolidação do SUS. Na 2ª Conferência, os debates refletiram pontos que resultariam posteriormente na aprovação da Lei Arouca (9.836/99), que instituiu o Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS), como a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que responderiam pela gestão da saúde indígena no âmbito local.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena foi realizada de 14 a 18 de maio de 2001, em Luziânia/GO. Essa Conferência teve como finalidade analisar os obstáculos e avanços do SUS na implantação dos DSEI e propor diretrizes para a sua efetivação. O relatório final apresentou como princípios gerais que cada povo indígena tem suas próprias concepções, valores, formas de vivenciar a saúde e a doença. Por isso as ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde devem considerar e integrar os conhecimentos tradicionais. Também reforçou a necessidade de fortalecimento do controle social, recomendando inclusive a implantação de todos os Conselhos Locais e Distritais Indígenas.

A 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena foi realizada de 27 a 31 de março de 2006 em Rio Quente/GO. Foi parte integrante da 12ª Conferência Nacional de Saúde e teve como tema central orientar discussões em todas as etapas regionais - "Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI): território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições". Participaram da 4ª Conferência 1.228 pessoas entre usuários, trabalhadores indígenas e não indígenas, gestores e prestadores de serviço. Ao todo, estiveram presentes 800 delegados, dos quais 52% representaram os usuários indígenas. Essa Conferência avaliou o Subsistema de Saúde Indígena no âmbito do SUS e também a situação de saúde no DSEI, inclusive propondo como diretriz a autonomia dos Distritos; além de discutir e propor ações para promover a saúde dos povos indígenas, com respeito às ações de integração da medicina tradicional e a efetividade do controle social.

Nessa Conferência foram criados grupos de trabalho que posteriormente impulsionaram a criação de uma secretaria ligada diretamente ao Ministério da Saúde. Em 2010 foi aprovada a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), órgão responsável exclusivamente pela saúde indígena. Essa Secretaria ficou responsável simultaneamente pela gestão e pela execução das ações e programas de saúde, exigindo do órgão uma robustez na sua estrutura administrativa (GARNELO; MAQUINÉ, 2015).

A 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena foi realizada de 2 a 6 de dezembro de 2013, em Brasília, sendo a mesma convocada pelo Conselho Nacional de Saúde, pelo Ministério da Saúde e realizada pela SESAI, sete anos após a última conferência indígena e dois anos após a 14ª CNS. Teve o objetivo de avaliar e propor novas diretrizes para a

Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas, aprovada em 2002 e em vigor até o momento.

Teve como tema principal “Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e o SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada” e, como eixos temáticos: (a) Atenção Integral e Diferenciada nas Três Esferas de Governo (gestão, recursos humanos, capacitação, formação e práticas de saúde e medicinas tradicionais indígenas); (b) Controle Social e Gestão Participativa; (c) Etnodesenvolvimento e Segurança Alimentar e Nutricional; e (d) Saneamento e Edificações de Saúde Indígena (BRASIL, 2015).

A 5ª CNSI foi um marco na história das lutas dos 305 povos indígenas do Brasil por uma saúde pública de qualidade e por ter tido uma ampla participação das comunidades indígenas nos debates para sua preparação. Foram 306 conferências locais, nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que estão localizados em 24 estados e 560 municípios da Federação (BRASIL, 2015).

A Região Norte realizou 159 conferências; na Região Centro-Oeste foram 59; nas demais regiões – Sul/Sudeste e Nordeste – foram 54 e 34 conferências, respectivamente (BRASIL, 2015). Essa Conferência teve como principal reivindicação a garantia da assistência integral para além da atenção básica. A distância temporal em relação à conferência anterior mais uma vez marca a fragilidade da participação indígena institucionalizada na saúde.

A 5ª CNSI herda a mudança na metodologia de realização das conferências temáticas, com menos espaço para debates e sem espaço para novas proposições, em que os parâmetros estatísticos preponderaram sobre a necessidade do aprofundamento do debate. Diferentemente das outras conferências, em que havia uma plenária final de debates muito ampla, na 5ª CNSI a plenária final durou menos de duas horas, sendo revistos principalmente os pontos articulados pelos gestores e o relatório final demorou dois anos para ser publicado. A burocracia e a normatização foram as marcas desta conferência, que fez obscurecer os enfoques de participação e controle social, muito presentes em outras conferências (ABRUNHOSA; MACHADO; PONTES, 2020).

A 6ª CNSI estava prevista para acontecer em 2019, porém não há previsão para a sua realização. Após mais de 20 anos de criação do subsistema nos deparamos com a escassez de dados demográficos e epidemiológicos, persistindo marcantes desigualdades. Em maio de 2010 a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) divulgou o 1º Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas realizado em 2008 e 2009. O estudo foi realizado com financiamento do Banco Mundial, por meio do Projeto Vigisus II. A instituição responsável pela execução do projeto, em parceria com a Funasa, foi a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). O objetivo geral do estudo foi descrever a situação alimentar e nutricional e seus fatores determinantes em crianças indígenas menores de 60 meses de idade e em mulheres indígenas de 14 a 49 anos no Brasil (OPAS, 2010).

Os dados preliminares apresentados descrevem a prevalência de anemia em mulheres indígenas não grávidas e grávidas, 32,7% e 35,2%, respectivamente no Brasil. Os dados revelam o alto percentual de sobrepeso (30,2%) e obesidade (15,7%) entre as mulheres de 14 a 49 anos. A pesquisa revela que 26% das crianças menores de 5 anos têm déficit de estatura por idade. E, esta proporção é ainda maior na região norte do país (41,1%). A prevalência de anemia em crianças de 6 a 59 meses no Brasil é de 51,3% (OPAS, 2010).

O Inquérito Nacional de Saúde dos Povos Indígenas mostra um quadro de precariedades com elevadas prevalências de anemias em gestantes e crianças, desnutrição em crianças menores de cinco anos e obesidade e sobrepeso em mulheres adultas. Importante ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, além de precárias condições sanitárias e aumento da taxa de internamento de crianças por diarreia e infecções respiratórias (COIMBRA JR, 2014). Para este autor a expectativa dos pesquisadores e lideranças indígenas que realizaram o Inquérito Nacional, é de que esse esforço resultasse em uma revisão crítica da visão que persiste acerca da política de saúde indígena, particularmente nos órgãos governamentais, de seus determinantes socioepidemiológicos e da atuação dos serviços de saúde destinados ao atendimento do segmento indígena da população brasileira (COIMBRA JR, 2014).

Conforme o autor:

As ações concretas em saúde indígena que se veem nas aldeias são tímidas e conservadoras, não dando conta da complexidade do quadro apontado pelo Inquérito Nacional no que diz respeito à grande (e ainda pouco conhecida) diversidade de cenários socioculturais, ambientais e epidemiológicos nos quais se inserem as 300 etnias indígenas reconhecidas no último censo decenal brasileiro. A realização rotineira de inquéritos de base populacional com foco na saúde indígena e a ampla disseminação de seus resultados devem ser vistas como estratégicas para fornecer a informação necessária não apenas ao melhor conhecimento da epidemiologia dos povos indígenas, mas também para que se avance nos campos da política e do planejamento das ações de saúde destinadas a essa população (COIMBRA JR, 2014, p 857-858).

Existem dificuldades relacionadas ao acesso a informações complementares sobre a saúde indígena. O uso do Sistema de Informações da Saúde Indígena (SIASI) é restrito aos profissionais e gestores que o utilizam, há limitações no acesso às informações, problemas relacionados à confiabilidade dos dados e, principalmente, falhas na comunicação com outros sistemas de informação do SUS (MENDES, et al 2018).

Quanto a SESAI, nos seus aspectos gerais e de gestão do trabalho, há constante rotatividade de profissionais, vínculos precários, faltando articulação e diálogo intercultural, evidenciando uma gestão centralizada e limitada (MENDES, et al 2018).

Política de Saúde Indígena implementada nos territórios do Brasil: alguns apontamentos legais

A Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI, é responsável por coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Criada em 2010, a SESAI do Ministério da Saúde atende cerca de 755 mil indígenas aldeados em todo o Brasil. Conta com 14.600 mil profissionais de saúde, sendo que destes, 46% são indígenas, e promove a atenção primária à saúde (APS) e ações de saneamento (BRASIL, 2021).

O Decreto Nº 9.795, de 17 de maio de 2019, aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde; situa a SESAI no Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública, com os Departamentos de Atenção à Saúde Indígena, o Departamento de Determinantes Ambientais da Saúde Indígena e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Quadro 2 – Competências da Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI BRASIL, 2021.

Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI
I- planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, observados os princípios e as diretrizes do SUS;
I - coordenar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos povos indígenas, e a sua integração ao SUS;
III- planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações referentes ao saneamento e às edificações de saúde indígena;
IV-orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena, em consonância com as políticas e os programas do SUS, às práticas de saúde e às medicinas tradicionais indígenas, e a sua integração com as instâncias assistenciais do SUS na região e nos Municípios que compõem cada Distrito Sanitário Especial Indígena;
V - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações de atenção integral à saúde no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e sua integração com o SUS;
VI - promover ações para o fortalecimento da participação social dos povos indígenas no SUS;
VII - incentivar a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena;
VIII - promover e apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde indígena; e
IX - identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena.

Fonte: Ministério da Saúde, 2021.

Quadro 3 – Competências do Departamento de Atenção à Saúde Indígena, BRASIL, 2021.

Departamento de Atenção à Saúde Indígena
I- planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as atividades de atenção integral à saúde dos povos indígenas, assim como sua integração com o SUS;
II-garantir as condições necessárias à gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e sua integração com o SUS;

- III - promover o fortalecimento da gestão nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;
- IV - propor mecanismos de organização gerencial e operacional da atenção à saúde indígena;
- V - orientar e apoiar a implementação de programas de atenção à saúde para a população indígena, observados os princípios e as diretrizes do SUS, como foco na integração entre o subsistema e o SUS;
- VI - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as atividades de educação em saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;
- VII - coordenar a elaboração de normas e diretrizes para a operacionalização das ações de atenção à saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e sua integração com as instâncias assistenciais do SUS na região e nos Municípios que compõem cada Distrito Sanitário Especial Indígena;
- VIII - apoiar as equipes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no desenvolvimento das ações de atenção à saúde e sua integração com as instâncias assistenciais do SUS na região e nos Municípios que compõem cada Distrito Sanitário Especial Indígena;
- IX - apoiar a elaboração dos Planos Distritais de Saúde Indígena na área de atenção integral à saúde indígena;
- X - gerenciar o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - SIASI e analisar as informações referentes à atenção à saúde indígena, de modo a promover a sua integração com os demais sistemas de informação do Ministério da Saúde;
- XI - coordenar as atividades relacionadas com a análise e a disponibilização de informações de gestão da saúde indígena; e
- XII - programar a aquisição e a distribuição de insumos em articulação com as unidades competentes do Ministério da Saúde.

Fonte: Ministério da Saúde, 2021.

Quadro 4 – Competências do Departamento de Determinantes Ambientais da Saúde Indígena, BRASIL, 2021.

Departamento de Determinantes Ambientais da Saúde Indígena
I - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações referentes a saneamento e a edificações de saúde indígena;
II - planejar e supervisionar a elaboração e a implementação de programas e projetos de saneamento e edificações de saúde indígena;
III - apoiar as equipes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no desenvolvimento das ações de gestão da saúde indígena na área de saneamento e edificações de saúde indígena;
IV - apoiar a elaboração dos Planos Distritais de Saúde Indígena na área de saneamento e edificações de saúde indígena;
V - planejar e supervisionar as ações de educação em saúde indígena relacionadas à área de saneamento;
VI - estabelecer diretrizes para a operacionalização das ações de saneamento e edificações de saúde indígena; e
VII - apoiar as equipes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no desenvolvimento das ações de saneamento e edificações de saúde indígena.

Fonte: Ministério da Saúde, 2021

Quadro 5 – Competências dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, BRASIL, 2021.

Distritos Sanitários Especiais Indígenas
I - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar, avaliar e executar as atividades do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS, no âmbito de suas competências, observadas as práticas de saúde e as medicinas tradicionais e a sua integração com as instâncias assistenciais do SUS na região e nos Municípios que compõem cada Distrito Sanitário Especial Indígena; e II - desenvolver as atividades de execução orçamentária, financeira e contábil relativas aos créditos sob a gestão específica de cada Distrito Sanitário Especial Indígena.

Fonte: Ministério da Saúde, 2021.

O Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI) é responsável pela condução das atividades de atenção integral à saúde dos povos indígenas, por meio da atenção básica à saúde, da educação em saúde e da articulação interfederativa, ou seja, articulação com os demais gestores do SUS para provimento das ações complementares e especializadas.

A atenção integral à saúde indígena é composta por um conjunto de ações para a implementação da Atenção Primária à Saúde nos territórios indígenas. Estas ações visam promover a proteção, a promoção e a recuperação da saúde desses povos de maneira participativa e diferenciada, respeitando-se as especificidades epidemiológicas e socioculturais dos povos indígenas e articulando saberes no âmbito da atenção. Contempla também as ações de articulação com os serviços de média e alta complexidade de modo a atender integralmente as necessidades de saúde dos povos indígenas, assim como o apoio para o acesso desses povos à referida rede de serviços.

Compõem as ações e programas desenvolvidos: Atenção Especializada aos Povos Indígenas – IAE-PI; Atenção à Saúde das Mulheres e Crianças Indígenas; Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN); Imunização; Vigilância em Saúde; Saúde Bucal; Saúde Mental e Promoção do Bem-Viver; Projeto Sesai Mais Saúde Indígena; Educação Permanente e Educação em Saúde; Programa Articulando Saberes em Saúde Indígena – PASSI.

O Departamento de Determinantes Ambientais da Saúde Indígena - DEAMB é responsável pelas ações de saneamento básico e ambiental das áreas indígenas, como preservação das fontes de água limpa, construção de poços ou captação a distância nas comunidades sem água potável, construção de sistemas de saneamento, projetos de obras

e edificações, educação em saúde para o saneamento, destinação final do lixo e controle de poluição de nascentes. As atividades relacionadas ao saneamento ambiental e às edificações no âmbito dos DSEI também são geridas pelo DEAMB.

Cabe ainda ao DEAMB implementar programas de educação em saneamento, desenvolvendo múltiplas estratégias intersetoriais, que incentivam o envolvimento da comunidade indígena, a apropriação de informações para adaptação tecnológica e socioeconômica, que mantêm a realização de práticas educativas e a manutenção da saúde ambiental.

As áreas de atuação são **Edificações e Saneamento** destacando as ações relacionadas a seguir:

- Implantação, reforma e ampliação de infraestruturas de saneamento, tais como: Sistema de Abastecimento de Água – SAA, Módulo Sanitário Domiciliar – MSD, tratamento e destinação de esgoto sanitário, ponto de entrega voluntário - PEV para resíduos recicláveis e Abrigo de Resíduos Sólidos;
- Implementação de programas e projetos de saneamento de saúde indígena; Elaboração de documentos técnicos e projetos de referência de infraestrutura de saneamento, tais como: Sistema de Abastecimento de Água – SAA (projeto de captação de água, adução, reservação, tratamento e distribuição), Melhoria Sanitária Domiciliar – MSD, tratamento e destinação de esgoto sanitário, ponto de entrega voluntário - PEV para recicláveis e abrigo de resíduos sólidos;
- Apoio na elaboração de estudos, levantamentos geofísicos e mapeamento geológico de detalhe; Inspeção e acompanhamento de obras de captação subterrânea; Monitoramento e acompanhamento de execução contratual de obras, de serviços continuados de manutenção das infraestruturas de abastecimento de água e de esgotamento sanitário, de aquisição de equipamentos e insumos para ações de saneamento de saúde indígena;
- Apoio aos distritos na implementação de medidas alternativas de fornecimento de água potável às comunidades indígenas por meio do fornecimento de água potável por caminhão pipa, fornecimento de filtro de barro e hipoclorito de sódio 2,5%, dentre outros;
- Ações de garantia da qualidade da água para consumo humano: inspeção sanitária nas infraestruturas de abastecimento de água, monitoramento de qualidade da água, tratamento da água. Apoio na estruturação de laboratórios para análise dos parâmetros sentinelas da qualidade da água;
- Gerenciamento de resíduos sólidos: domésticos e de serviços de saúde; Educação em saúde relacionada a área de saneamento;

- Ações de zoonoses e controle de endemias; Implantação, reforma e ampliação de edificações de saúde indígena, tais como: Unidade Básica de Saúde Indígena - UBSI, Polo Base e CASAI – Casa de Atenção à Saúde Indígena e Sede do DSEI;
- Implementação de programas e projetos edificações de saúde indígena;
- Elaboração de documentos técnicos e projetos de referência, tais como: projeto arquitetônico, estrutural, instalações hidrossanitário; instalações elétricas e combate ao incêndio e pânico;
- Apoio aos distritos na elaboração de projetos de edificações de saúde indígena;
- Monitoramento e acompanhamento de execução contratual de obras, de serviços continuados de manutenção de edificações, de aquisição de equipamentos e materiais para ações de reforma e manutenção de edificações de saúde indígena.

O Controle Social na Saúde Indígena

A situação jurídica dos índios e das comunidades indígenas foi regulada através da Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o Estatuto do Índio e explicita o propósito de preservar a cultura indígena e integrá-los, progressivamente, à comunhão nacional. No que se refere à saúde o Estatuto menciona que: “os índios têm direito aos meios de proteção à saúde facultados à comunhão nacional” (*Art. 54*), sendo esse o único artigo que trata da questão da saúde indígena nessa lei (BRASIL, 2007a).

Em 1988, a Constituição Brasileira estipulou o reconhecimento e o respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, estabelecendo a competência privada da União para legislar e tratar a questão indígena. Definiu os princípios gerais do SUS, que foram regulamentados pelas Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990. A Lei 8.080 traz no capítulo V, (incluído pela Lei nº 9.836 de 1999), a regulamentação do Subsistema de Atenção à saúde Indígena que é instituído como componente do SUS, devendo funcionar em perfeita integração e submetidos aos mesmos princípios que o regem (BRASIL, 2007a).

Fica definido nesta Lei que se deverá obrigatoriamente levar em consideração a realidade local, as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena que terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI. Quanto ao controle social, fica especificado que as populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados tais como o

Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL, 2007b).

Dessa forma, o Controle Social na Saúde Indígena funciona de acordo com a Lei 9.836/99, que dispõe sobre as condições para a promoção de saúde e as ações relacionadas à atenção integral aos povos indígenas, garante-se a participação indígena nos órgãos colegiados de formulação, acompanhamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde e do controle da sua execução, por meio dos conselhos de saúde indígena, são eles: Conselhos Locais de Saúde Indígena (CONLOSI), Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) e Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPCONDISI).

O **Conselho Local de Saúde Indígena (CONLOSI)**, com característica permanente e consultiva é composto por representantes indígenas, com competência de manifestar e acompanhar as ações e os serviços de atenção à Saúde Indígena e determinantes ambientais nas comunidades.

Os **Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI)** estão em cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) sendo responsável por fiscalizar, debater e apresentar políticas para o fortalecimento da saúde em suas regiões. São 34 Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI), com caráter **deliberativo**, sua composição é paritária:

- I. 50% de representantes de usuários, eleitos pelas respectivas comunidades indígenas da área de abrangência de cada Distrito Sanitário Especial Indígena;
- II. 25% de representantes que compõem a força de trabalho que atuam na atenção à saúde indígena nos DSEI, eleitos pelos trabalhadores; e
- III. 25% (vinte e cinco) de representantes dos governos municipais, estaduais, federal e prestadores de serviços na área de saúde indígena, todos indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos que representam.

Compete a essa instância acompanhar e monitorar a execução das ações de atenção integral à Saúde Indígena e determinantes ambientais, bem como a execução financeira dos DSEI.

Com caráter consultivo, o Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPCONDISI), assessora a SESAI em relação à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SasiSUS), em consonância com os Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena. Composto pelos 34 Presidentes de CONDISI, promove o fortalecimento e a articulação política do Controle Social no âmbito da gestão participativa do SasiSUS e do SUS, em consonância com as diretrizes estabelecidas nas Conferências Nacionais de Saúde e nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena.

PARTE 4

Caracterização dos municípios onde a pesquisa está sendo realizada, região de abrangência do DSEI Ceará

No Brasil, há 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, DSEI, divididos estrategicamente por critérios territoriais, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas, não obedecendo assim aos limites dos estados. Sua estrutura de atendimento conta com **unidades básicas de saúde indígenas, polos bases e as Casas de Apoio a Saúde Indígena, CASAI.**

No Ceará, o DSEI é a unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Trata-se de um modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo delimitado – que contempla um conjunto de atividades técnicas que promove a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias por meio de atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com base no Controle Social.

Desde dezembro de 2011, o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, iniciou um convênio com o Ministério da Saúde para atuar de forma complementar na execução de ações de saúde voltadas às comunidades indígenas dos estados de Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Maranhão, Bahia, Ceará, Alagoas e Sergipe. O IMIP é uma entidade filantrópica, que atua nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária.

Quadro 6 - Caracterização do DSEI, CEARÁ, 2021.

DSEI CEARÁ	
População	27.128
Etnias	22
Aldeias	106
Unidade Básica de Saúde Indígena	26
Polo Base	9
Casa de Saúde Indígena	1
Área (em Km ²)	30.460,61

Coordenador	Armando Cardoso Chaves
Endereço	Rua Tomás Acioli nº 1595 Bairro Dionísio Torres CEP: 60135-180 Fortaleza – CE Tel. (85) 3268-2844 E-mail: dseice@saude.gov.br
Presidente do CONDISI	Fernando José De Moura Neto Tel. (85) 99999-9673 E-mail: fernando.moura@saude.gov.br Mandato do Presidente: 09/04/2021
Secretária Executiva	Francisca Marciane Nascimento Menezes Tel. (85) 98770-5860 E-mail: francisca.menezes@saude.gov.br

Fonte: DSEI Ceará, 2021.

Quadro 7 – Relação das categorias profissionais conforme Unidade de Saúde Indígena, vinculação e carga horária do Polo Base em Monsenhor Tabosa, Ceará, 2021.

Unidade de Saúde	Categoria Profissional/Quantidade	Quantidade	Vinculação	Carga Horária
Unidade de Saúde Indígena Equipe 1	Médico da Estratégia Saúde da Família	1	Bolsista	40
	Enfermeiro	2	Celetista	40
	Técnico Químico	1	Celetista	40
	Técnico de Enfermagem	2	Celetista	40
	Agente Indígena de Saúde – AIS	9	Celetista	40
	Agente Indígena de Saneamento	5	Celetista	40
	Agente de Combate às Endemias	1	Contrato por prazo	40
Unidade de Saúde Indígena Equipe 2	Médico da Estratégia Saúde da Família	1	Celetista	20
	Enfermeiro	1	Celetista	20
	Técnico de Enfermagem	2	Celetista	20
	Cirurgião Dentista Clínico Geral	1	Celetista	20
	Auxiliar em Saúde Bucal	1	Celetista	20
	Agente Indígena de Saúde – AIS	4	Celetista	40
	Agente Indígena de Saneamento	3	Celetista	40
	Agente de Combate às Endemias	2	Celetista	40
Unidade de Saúde Indígena Equipe 3	Médico da Estratégia Saúde da Família	1	Celetista	20
	Enfermeiro	1	Celetista	40
	Técnico de Enfermagem	1	Celetista	40
	Cirurgião Dentista Clínico Geral	1	Celetista	40
	Agente Indígena de Saúde – AIS	4	Celetista	40
	Agente Indígena de Saneamento – AISAN	8	Celetista	40

Fonte: CNES, 2021.

No Polo Base de Monsenhor Tabosa, há segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em 2021, há **52** profissionais sendo: dois cirurgiões-dentistas, três médicos, quatro enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, três agentes de combate às endemias (ACE), 17 agente indígena de saúde (AIS), 16 agente indígena de saneamento (AISAN) um técnico em química e um auxiliar em saúde bucal (ASB). Não há nenhum técnico em saúde bucal (TSB). Quanto ao vínculo há um médico bolsista e um ACE com contrato temporário e os demais trabalhadores são celetistas. Estes profissionais atuam no território da Serra das Matas.

Figura 21 – Polo Base de Monsenhor Tabosa, CE, situado na aldeia Olho Daguinha, 2021.



Fonte: Acervo da pesquisa, 2021.

Figura 22 – Unidade Básica de Saúde Indígena situada na aldeia Espírito Santo, Monsenhor Tabosa, Ce, 2021.



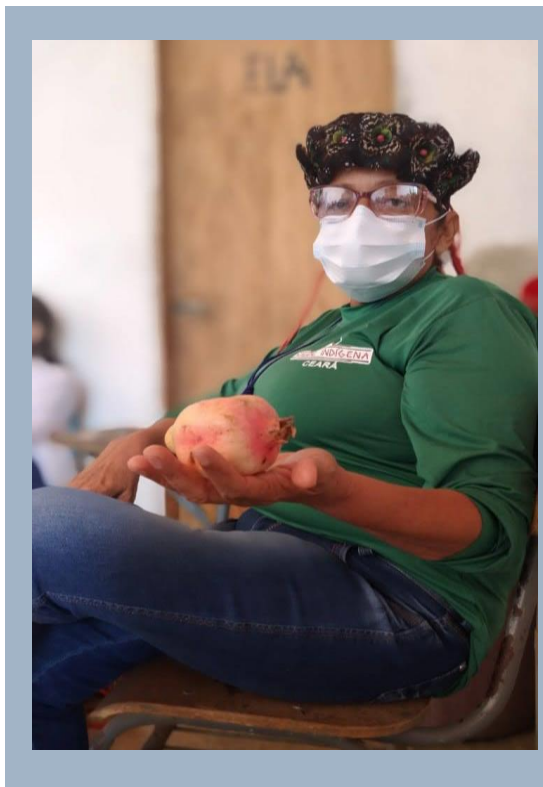
Fonte: Acervo da pesquisa

Figura 23 – Unidade Básica de Saúde Indígena situada na aldeia Espírito Santo, Monsenhor Tabosa, Ce, 2021



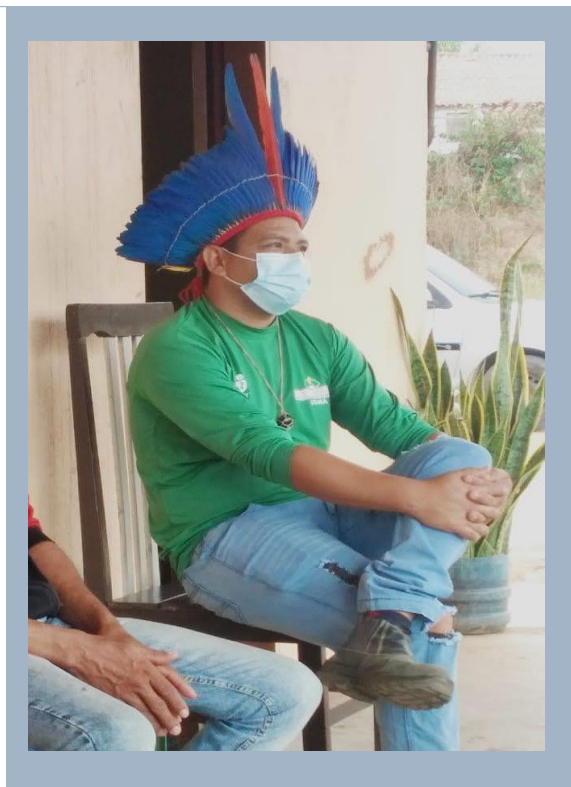
Fonte: Acervo da pesquisa

Figura 24 – Ana Alves, liderança indígena e AISAN das aldeias Pitombeira (Monsenhor Tabosa), e Pitombeira dos Beneditos (Boa Viagem) CE, 2021.



Fonte: Acervo da pesquisa, 2021.

Figura 25 – Francisco (Chiquinho), AISAN das aldeias Olho Daguinha, Malhada da Onça e Sítio Sousa, Monsenhor Tabosa, CE, 2021.



Fonte: Acervo da pesquisa, 2021.

O Território indígena na Serra das Matas, no Sertão Central Cearense, está na cordilheira que abrange os municípios de Boa Viagem Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril na região do semiárido, com rica e diversificada vegetação do tipo caatinga.

Selecionamos alguns dados históricos, geográfico, climáticos e indicadores dos referidos municípios, os quais passaremos a apresentar:

a) **Município de Boa Viagem - CE:** o capitão-mor João de Teyve Barreto de Menezes, antigo governador do Ceará Grande, concedeu aos 26 de junho de 1743, três léguas de terra a Antônio Domingos Alvarez, situadas nas ribeiras do riacho Cavalto Morto, que desagua no famoso rio Quixeramobim. A concessão desta sesmaria está registrada devidamente no livro 14 Datas de Sesmarias, à página 131. É, nesta data que

princípios o povoamento dos vastos sertões de Boa Viagem, região que se prestava admiravelmente para o pastoreio e cultivo da terra. Em 1862, por lei provincial de nº 1.025, de 18 de novembro, foi criada a freguesia com sede na povoação de Boa Viagem. Tem como formação administrativa o distrito criado com a denominação de Boa Viagem, ex-povoado de Cavalão Morto, pela lei provincial nº 1025, de 18-11-1862. Elevado à categoria de vila com a denominação de Boa Viagem, pela lei provincial nº 1128, de 21-11-1864, desmembrado de Quixeramobim. No quadro a seguir observa-se o detalhamento:

Quadro 8 – Datas e instrumentos legais do histórico da divisão e formação administrativa do município de Boa Viagem – CE.

DATA	INSTRUMENTO LEGAL	DESCRIÇÃO
10/06/1892	Lei municipal	Criação do Distrito de Olinda e anexado ao município de Boa Viagem
1911	Divisão administrativa	A vila é constituída de dois distritos Boa Viagem e Olinda
20/05/1931	Decreto estadual nº 193	Extinto o município de Boa Viagem e seu território é anexado ao município de Quixeramobim
1933	Divisão administrativa	Boa Viagem figura como distrito de Quixeramobim
28/12/1936	Lei nº 260	Desmembrado de Quixeramobim e elevado à categoria de Vila
20/12/1938	Decreto estadual nº 448	Elevado à condição de cidade. Criado o distrito de Socorro, em terras desmembradas do distrito de Olinda
1939-1943		O município é constituído de três distritos: Boa Viagem, Olinda e Socorro
30/12/1943	Decreto-lei estadual nº 1143	O distrito de Olinda passou a denominar-se Jacampari e o distrito de Socorro a denominar-se Ibuçu
01/12/1950	Divisão territorial	O município é constituído de três distritos: Boa Viagem, Ibuçu ex Socorro e Jacampari ex Olinda
22/11/1951	Lei estadual nº 1153	É criado o distrito de Domingos da Costa ex povoado e anexado ao município de Boa Viagem
01/07/1955	Divisão territorial	O município é constituído de 4 distritos: Boa Viagem, Domingos da Costa, Ibuçu, Jacampari
19/12/1963	Lei estadual nº 6961	É criado o distrito de Guia e anexado ao município de Boa Viagem
31/12/1963	Divisão territorial	O município é constituído de 5 distritos: Boa Viagem, Domingos da Costa, Guia, Ibuçu e Jacampari.
10/06/1999	Lei nº 686	São criados os distritos de Ipiranga e Águas Belas e anexados ao município de Boa Viagem

04/09/2001	Lei municipal nº 761	É criado o distrito de Massapê dos Paes, ex povoado, criado com terras do distrito de Ibuçu e anexado ao município de Boa Viagem
11/10/2001	Lei municipal nº 773	É criado o distrito de Poço da Pedra e anexado ao município de Boa Viagem.
11/10/2001	Lei municipal nº 775	É criado o distrito de Boqueirão, ex localidade, criado com terras desmembradas com parte do distrito sede de Boa Viagem e parte do distrito de Ibuçu e anexado ao município de Boa Viagem
11/10/2001	Lei municipal nº 777	É criado o distrito de Várzea da Ipueira, ex povoado criado com terras desmembradas com parte do distrito sede e parte do distrito de Ipueira e anexado ao município de Boa Viagem
11/10/2001	Lei municipal nº 779	É criado o distrito de Olho D'Água dos Facundos, ex povoado, criado com terras desmembradas de parte do distrito de Guia e parte do distrito de Ibuçu e anexado ao município de Boa Viagem
2003	Divisão territorial	O município é constituído de 7 distritos: Boa Viagem, Águas Belas, Domingos da Costa, Guia, Ibuçu, Ipiranga e Jacampari.
2005	Divisão territorial	o município é constituído de 12 distritos: Boa Viagem, Águas Belas, Boqueirão, Domingos da Costa, Guia, Ibuçu, Ipiranga, Jacampari, Massapê dos Paes, Olho D'Água dos Facundos, Poço da Pedra e Várzea da Ipueira

Fonte: IBGE, 2021.

b) **Município de Monsenhor Tabosa – CE:** É o município a antiga Fazenda Forquilha, de propriedade dos pretos Teles. Há notícia, entretanto, de que o primeiro habitante a chegar a estas terras, das quais se apossou, foi Teodoro de Melo, com os seus escravos. Tempos depois vendeu das léguas dessas terras a Veríssimo Gomes e Inácio Gomes que aí se estabeleceram e doaram, posteriormente, 100 braças delas para constituição do patrimônio da Capela de São Sebastião, santo de sua devoção, a qual foi edificada, em 1868, pelo Padre José Antônio de Carvalho. Nesse mesmo ano, a Fazenda Forquilha veio a denominar-se povoação de Telha, em razão de ser encontrada nas escavações para a construção da referida capela uma **olaria de telhas, obra atribuída aos índios que aí habitavam**. A origem do topônimo é uma homenagem póstuma ao virtuoso Apóstolo do Catecismo – Monsenhor Tabosa cujo gentílico é tabosense ou taboense. No quadro a seguir observa-se o detalhamento:

Quadro 9 – Datas e instrumentos legais do histórico da divisão e formação administrativa do município de Monsenhor Tabosa – CE.

DATA	INSTRUMENTO LEGAL	DESCRIÇÃO
31/12/1936 e 31/12/1937	Divisão territorial	Figura no município de Tamboril o distrito de Monsenhor Tabosa
02/11/1951	Lei Nº1153	Elevado à categoria de município com a denominação de Monsenhor Tabosa, desmembrado de Tamboril
01/07/1955	Divisão territorial	O município é constituído do distrito sede
06/12/1963	Lei estadual Nº 6898	É criado o distrito de Nossa Senhora do Livramento e anexado ao município de Monsenhor Tabosa
27/12/1963	Lei estadual Nº 7017	É criado o distrito de Barreiros e anexado ao município de Monsenhor Tabosa
31/12/1963	Divisão territorial	O município é constituído de 3 distritos: Monsenhor Tabosa, Barreiros e Nossa Senhora do Livramento

Fonte: IBGE, 2021.

c) **Município de Santa Quitéria – CE:** Ignora-se quando se deram ao certo as primeiras penetrações na região em que se localiza atualmente o Município de Santa Quitéria. Sabe-se, todavia, que na primeira década do século XVIII o português Manuel Machado Freire adquiriu diversas sesmarias naquela área, não chegando, porém, a usufruí-las. Foi o português João Pinto de Mesquita, vindo da capitania do Rio Grande do Norte, que ali instalou uma fazenda de criação, chamada Cascavel nome dum riacho afluente do Jucurutu. Desejando formar um povoado, ele fez doação do terreno, com a condição de terem os seus filhos direito ao local necessário as respectivas habitações. Para patrimônio da capela, ofereceu as terras da fazenda 'Santa Clara'. A povoação teve o nome de Cascavel até a conclusão do templo, que foi dedicado a Santa Quitéria. Daí, então, tomou o nome da Santa, o qual perdurou até hoje, cujo gentílico é quiteriense. Seu primeiro vigário foi o padre Francisco Gomes Parente. No quadro a seguir observa-se o detalhamento:

Quadro 10 – Datas e instrumentos legais do histórico da divisão e formação administrativa do município de Santa Quitéria – CE.

DATA	INSTRUMENTO LEGAL	DESCRIÇÃO
22/03/1823	Ato provincial	Distrito criado com a denominação de Santa Quitéria.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

FIOCRUZ Ceará

27/08/1856	Lei provincial N° 782	Elevado à categoria de vila com a denominação de Santa Quitéria, desmembrado de Sobral.
05/10/1857		Instalada sede no núcleo de Santa Quitéria, constituído do distrito sede.
28/01/1899	Ato estadual	Criado o distrito de Arraial do Vídeio e anexado ao município de Santa Quitéria.
1911	Divisão administrativa	O município é constituído de dois distritos Santa Quitéria e Arraial do Vídeio.
13/09/1929	Lei estadual N° 2701	O município de Santa Quitéria adquiriu o extinto município de Entre Rios e o distrito de Cajazeiras, como simples distrito.
20/05/1931	Decreto estadual N° 1931	O município de Santa Quitéria adquiriu o extinto município de Santa Cruz, como simples distrito.
04/12/1933	Decreto estadual N° 1156	Refere-se a criação dos distritos de Madalena e Trapiá.
1933	Divisão administrativa	O município aparece constituído de oito distritos: Santa Quitéria, Arraial do Vídeio, Cajazeiras, Entre Rios, Madalena, Santa Cruz, Simimbu e Trapiá.
03/05/1935	Decreto N° 1540	Desmembra do município de Santa Quitéria o distrito de Santa Cruz e Simimbu, para formar o novo município de Santa Cruz.
31/12/1936	Divisão territorial	O município aparece constituído de oito distritos: Santa Quitéria, Cajazeiras, Entre Rios, Graça, Carnaubal, Madalena, Trapiá e Arraial do Vidéu, ex Arraial do Vídeio.
31/12/1937	Divisão territorial	O município aparece constituído de seis distritos: Santa Quitéria, Cajazeiras, Entre Rios, Graça, Madalena, Trapiá e Vidéu ex Arraial do Vidéu, não configurando os distritos de Carnaubal e Graça.
20/12/1938	Decreto estadual N° 448	É criado o distrito de Madalena, passou a denominar-se Catunda. Sob o mesmo decreto é extinto o distrito de Vidéu, sendo sua área anexada ao distrito de Catunda, no município de Santa Quitéria.
1939 a 1943	Quadro fixado para vigorar	O município é constituído de cinco distritos: Santa Quitéria, Cajazeiras, Catunda, ex Madalena, Entre Rios e Trapiá.
30/12/1943	Decreto - lei estadual N° 1143	O distrito de Cajazeiras passou a denominar-se Batoque e o distrito de Entre Rios a denominar-se Macaraú.
01/07/1950	Divisão territorial	O município é constituído de cinco distritos: Santa Quitéria, Batoque, ex Cajazeiras, Catunda, Macaraú ex Entre Rios e Trapiá.
01/07/1955	Divisão territorial	Permanece a mesma divisão anterior.
27/10/1957	Lei estadual N° 3995	Desmembra do município de Santa Quitéria o distrito de Batoque, elevado à categoria de município.
26/01/1960	Lei estadual N° 4750	Desmembra do município de Santa Quitéria o distrito de Macaraú, elevado à categoria de município.
01/07/1960	Divisão territorial	O município é constituído de três distritos: Santa Quitéria, Catunda e Trapiá.
20/09/1963	Lei municipal N° 6577	É criado o distrito de Malhada Grande e anexado ao município de Santa Quitéria.

05/11/1963	Lei estadual Nº 6752	Desmembra do município de Santa Quitéria o distrito de Catunda, elevado à categoria de município com a denominação de Senador Catunda.
13/12/1963	Lei estadual Nº 6886	Desmembra do município de Santa Quitéria o distrito de Malhada Grande, elevado à categoria de município.
19/12/1963	Lei estadual Nº 6972	Desmembra do município de Santa Quitéria o distrito de Trapiá elevado à categoria de município com o nome de Otávio Lôbo
27/12/1963	Lei municipal Nº 7020	É criado o distrito de Muribeca e anexado ao município de Santa Quitéria.
31/12/1963	Divisão territorial	O município é constituído de dois distritos: Santa Quitéria e Muribeca.
14/01/1964	Lei estadual Nº 7162	É criado o distrito de Areial e anexado ao município de Santa Quitéria.
14/01/1964	Lei estadual Nº 7165	É criado o distrito de Logradouro e anexado ao município de Santa Quitéria.
14/01/1964	Lei estadual Nº 7152	É criado o distrito de Raimundo Martins e anexado ao município de Santa Quitéria
14/12/1965	Lei estadual Nº 8339	O município de Santa Quitéria adquiriu os extintos municípios de Otávio Lôbo, atual distrito de Trapiá. Senador Catunda, atual Catunda, Macaraú, Malhada Grande, Muribeca, como simples distrito.
31/12/1968	Divisão territorial	O município é constituído de nove distritos: Santa Quitéria, Areial, Catunda, Logradouro, Macaraú, Malhada Grande, Muribeca, Raimundo Martins e Trapiá. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 18/08/1988.
27/12/1990	Lei estadual Nº 11772	Desmembra do município de Santa Quitéria o distrito de Catunda. Elevado à categoria de município com a denominação de Otávio Lôbo
01/11/1990	Lei municipal Nº 149	O distrito de Areial passou a denominar-se Lisieux.
01/06/1995	Divisão territorial	O município é constituído de oito distritos: Santa Quitéria, Lisieux, Logradouro, Macaraú, Malhada Grande, Muribeca, Raimundo Martins e Trapiá. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2005.

Fonte: IBGE, 2021.

d) **Município de Tamboril – CE:** A História do município de Tamboril recua aos meados do século XVIII, entre 1740 e 1760, quadra da vida colonial em que o capitão Luís Vieira de Sousa, casado com D. Ana Feitosa, organizou uma grande fazenda de criar e constituiu família numerosa. Homem de muita fé, afeito as duras lides do sertão, Luís Vieira logo mandou construir uma capela, sob invocação de Nossa Senhora Santana, em lugar escolhido e denominado Alto da Medalha Real. Para tanto doou vastas faixas de terras próprias para agricultura e criação e, por isso mesmo, excelentes para o

estabelecimento de novos colonos. Iniciada a construção do pequeno templo, o capitão encomendou a imagem da padroeira. Antes, porém, de sua chegada, Luiz Vieira faleceu e, algum tempo depois, sua família recebia a imagem de Santo Anastácio, enviada, por engano, em lugar de Santana, que fora encomendada. Reunidos os membros da casa, ficou deliberado que o padroeiro seria Santo Anastácio e que a igreja passaria a ser construída no local exato onde pretendiam levantar a nova casa da fazenda.

Noutra versão há quem assegura ter havido uma seca, ocasionando grandes prejuízos à fazenda, e levando aquele proprietário a recorrer à proteção de Santana, no que foi atendido, por meio de um sonho, no qual a Santa mandava construir uma barragem no rio Acaraú. No dia imediato, o fazendeiro dava início a recomendada construção, que ainda hoje existe, e que lhe proporcionou recursos para a manutenção da fazenda nos anos de estiagem. Prometendo à Santa erigir um templo em sua honra, o fazendeiro encomendou a imagem, que somente depois de sua morte aí chegou, juntamente com a imagem de Santo Anastácio que se destinava a Independência. Os volumes foram marcados com as respectivas iniciais (S.A.), sendo enviado o de Santana para Independência e o Santo Anastácio para Tamboril. Em face do equívoco, a família de Luís Vieira resolveu consultar as autoridades eclesiásticas. Imediatamente, autorizaram o culto a Santo Anastácio e a pleiteada transferência da ereção da capela em lugar mais próximo. Passados mais alguns meses lá estava levantada a prometida capela, em torno da qual se formou, ao correr dos anos, o arraial que viria a ser a cidade de hoje. Origem do Topônimo: Tamboril é um vocábulo híbrido, significando tambor pequeno de tambora, já corrução, **pelos indígenas, da palavra tambor e do diminutivo tupi mirim. A árvore de que os índios faziam os tambores, teve também o nome de tamboril a cuja abundância deve a cidade o seu nome, cujo gentílico é Tamborilense.** No quadro a seguir observa-se o detalhamento:

Quadro 11 – Datas e instrumentos legais do histórico da divisão e formação administrativa do município de Tamboril – CE.

DATA	INSTRUMENTO LEGAL	DESCRIÇÃO
18/03/1842	Ato provincial	Distrito criado com a denominação de Tamboril



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

FIOCRUZ Ceará

17/12/1853	Lei provincial N° 629	Distrito criado com a denominação de Tamboril subordinado ao município de Ipu
04/10/1854	Lei provincial N° 664	Elevado à categoria de município com denominação de Tamboril, desmembrado de Ipu, sede no núcleo de Tamboril, constituído do distrito sede
17/03/1882	Ato provincial	É criado o distrito de Arraial da Telha e anexado ao município de Tamboril
1911	Divisão administrativa	O município é constituído de dois distritos: Tamboril e Arraial da Telha
20/05/1931	Decreto estadual N° 193	É extinto o município sendo seu território anexado ao município de Santa Quitéria
04/12/1933	Lei N° 1156	Elevado novamente à categoria de município, desmembrado de Santa Quitéria, constituído de dois distritos Tamboril e Arraial da Telha
1933	Divisão administrativa	O município aparece constituído de cinco distritos: Tamboril, Arraial da Telha, Lagoinha, Pinheiro e Timbaúba
31/12/1936 e 31/12/1937	Divisão territorial	O município aparece constituído de 5 distritos: Tamboril, Lagoinha, Monsenhor Tabosa, Pinheiro e Timbaúba, não figurando o distrito de Arraial da Telha
20/12/1938	Decreto estadual N° 448	O distrito de Lagoinha passou a denominar-se Pageú e o distrito de Timbaúba a denominar-se Holanda
1939 a 1943	Quadro fixado	O município é constituído de cinco distritos: Tamboril, Pageú, ex Lagoinha, Holanda, ex Timbaúba, Monsenhor Tabosa e Pinheiro
30/12/1943	Decreto estadual N° 1114	O distrito de Pageú passou a denominar-se Curatis e o distrito de Pinheiro a denominar-se Sucesso
01/07/1950	Divisão territorial	O município é constituído de cinco distritos: Tamboril, Curatis ex Pageú, Holanda, Monsenhor Tabosa, e Sucesso, ex Pinheiro
22/11/1951	Lei estadual N° 1153	Desmembra do município de Tamboril o distrito de Monsenhor Tabosa, elevado à categoria de município
01/07/1955	Divisão territorial	O município é constituído de quatro distritos: Tamboril, Curatis, Holanda e Sucesso
06/09/1958	Lei estadual N° 4197	É criado o distrito de Oliveira ex povoado com áreas desmembradas do distrito de Curatis e anexado ao município de Tamboril
01/07/1960	Divisão territorial	O município é constituído de cinco distritos: Tamboril, Curatis, Holanda, Oliveiras e Sucesso
02/07/1963	Lei estadual N° 6379	Desmembrado do município de Tamboril o distrito de Sucesso, elevado à categoria de município
26/12/1963	Lei estadual N° 7014	É criado o distrito de Carvalho e anexado ao município de Tamboril
27/12/1963	Lei estadual N° 7019	É criado o distrito de Boa Esperança e anexado ao município de Tamboril
31/12/1963	Divisão territorial	O município é constituído de 6 distritos: Tamboril, Boa Esperança, Carvalho, Curatis, Holanda e Oliveiras
14/12/1965	Lei estadual N° 8339	O município de Tamboril adquiriu o extinto distrito de Sucesso, como simples distrito

21/12/1968	Divisão territorial	O município é constituído de sete distritos: Tamboril, Boa Esperança, Carvalho, Curatis, Holanda, Oliveiras e Sucesso, assim permanecendo em divisão territorial datada de 2007
------------	---------------------	---

Fonte: IBGE, 2021.

No quadro a seguir, encontra-se a síntese dos aspectos gerais dos quatro municípios.

Quadro 12 – Síntese dos Aspectos Gerais dos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, Ceará, Brasil.

ASPECTOS GERAIS					
MUNICÍPIO	MUNICÍPIO DE ORIGEM	LEI E ANO DE CRIAÇÃO	TOPONÍMIA	GENTÍLICO	CÓDIGO MUNICÍPIO
Boa Viagem	Quixeramobim	1.128/1864	Nome simplificado de Nossa Senhora de Boa Viagem. Denominação da capela erguida em cumprimento à promessa feita por casal de enamorados fugitivos que se encontrava em perigo	Boa-Viagense	2302404
Monsenhor Tabosa	Tamboril	1.153/1951	Homenagem ao Monsenhor Antônio Tabosa Braga	Tabosense	2308609
Santa Quitéria	Sobral	782/1856	Homenagem à padroeira do município	Quiterense	2312205
Tamboril	Ipu	664/1854	Proveniente da denominação de árvore existente na região, pertencente à família das leguminosas mimosóidas	Tamborilense	2313203

Fonte: IBGE e IPECE, 2021.

Nos quadros a abaixo encontra-se a caracterização geográfica: posição e extensão, as medidas territoriais, aspectos climáticos e ambientais dos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, Ceará.

Quadro 13 – Situação Geográfica dos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, Ceará.

MUNICÍPIO	COORDENADAS GEOGRÁFICAS		LOCALIZAÇÃO
	LATITUDE (S)	LONGITUDE (WGR)	
Boa Viagem	5°07'39"	39°43'56"	Centro Oeste
Monsenhor Tabosa	4°47'22"	40°03'48"	Centro
Santa Quitéria	4°19'55"	40°09'24"	Noroeste
Tamboril	4°49'56"	40°19'14"	Centro Oeste

Fonte: IBGE e IPECE, 2021.

Quadro 14 – Municípios limítrofes aos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, Ceará.

MUNICÍPIO	MUNICÍPIOS LIMÍTROFES			
	NORTE	SUL	LESTE	OESTE
Boa Viagem	Madalena Itatira Santa Quitéria	Independência Pedra Branca	Quixeramobim Madalena	Monsenhor Tabosa Independência
Monsenhor Tabosa	Boa Viagem Santa Quitéria Catunda	Tamboril Independência Boa Viagem	Boa Viagem Santa Quitéria	Catunda Tamboril
Santa Quitéria	Sobral Forquilha Groaíras Cariré	Catunda Monsenhor Tabosa Boa Viagem, Madalena Itatira	Itatira Canindé Sobral	Cariré Varjota Pires Ferreira Hidrolândia
Tamboril	Catunda Hidrolândia Nova Russas	Crateús Independência Monsenhor Tabosa	Monsenhor Tabosa, Catunda	Nova Russas, Iaporanga Crateús

Fonte: IBGE e IPECE, 2021.

Quadro 15 – Medidas Territoriais dos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, Ceará.

Município	Área		Altitude (m)	Distância em linha reta a capital (km)
	Absoluta (km ²)	Relativa (%)		
Boa Viagem	2.836,8	1,91	275,6	206
Monsenhor Tabosa	886,1	0,60	675,0	212
Santa Quitéria	4.260,5	2,86	197,7	198
Tamboril	1.961,3	1,32	322,62	232

Fonte: IBGE e IPECE, 2021.

Quadro 16 – Aspectos Climáticos dos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, Ceará.

Municípios	Clima	Pluviosidade (mm)	Temperatura média (°C)	Período Chuvoso
Boa Viagem	Tropical Quente Semi-árido	703,8	26° a 28°	fevereiro a abril
Monsenhor Tabosa	Tropical Quente Semi-árido	646,6	22° a 24°	fevereiro a abril
Santa Quitéria	Tropical Quente Semi-árido	799,8	26° a 28°	fevereiro a abril
Tamboril	Tropical Quente Semi-árido	685,7	26° a 28°	Janeiro a abril

Fonte: FUNCEME e IPECE, 2021.

Quadro 17 – Componentes ambientais dos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, Ceará.

Municípios	Relevo	Solos	Vegetação	Bacia Hidrográfica
Boa Viagem	Maciços Residuais e Depressões Sertanejas	Solos Litólicos Latossolo Vermelho-Amarelo Podzólico Vermelho-Amarelo e Vertissolo	Caatinga Arbustiva Aberta, Floresta Caducifólia Espinhosa e Floresta Subcaducifólia Tropical Pluvial	Banabuiú, Acaraú e Parnaíba
Monsenhor Tabosa	Maciços Residuais e Depressões Sertanejas	Bruno não Cálculo, Solos Litólicos e Podzólico Vermelho-Amarelo	Caatinga Arbustiva Aberta, Floresta Caducifólia Espinhosa e Floresta	Banabuiú, Acaraú e Parnaíba

			Subcadicifolia Tropical Pluvial	
Santa Quitéria	Maçiços Residuais e Depressões Sertanejas	Bruno não Cálculo, Solos Litólicos, Planossolo Solódico Podzólico Vermelho-Amarelo e Regossolo	Caatinga Arbustiva Aberta, Floresta Caducifolia Espinhosa e Floresta Subcadicifolia Tropical Pluvial	Banabuiú Acaraú Curu
Tamboril	Maçiços Residuais e Depressões Sertanejas	Bruno não Cálculo, Solos Litólicos, Planossolo Solódico e Podzólico Vermelho-Amarelo	Caatinga Arbustiva Aberta, Floresta Caducifolia Espinhosa e Floresta Subcadicifolia Tropical Pluvial	Acaraú Parnaíba

Fonte: FUNCEME e IPECE, 2021.

Nos quadros subsequentes há a divisão política administrativa e a regionalização dos municípios.

Quadro 18 – Aspectos territoriais e ambientais dos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, Ceará, em 2016.

Discriminação	Boa Viagem	Monsenhor Tabosa	Santa Quitéria	Tamboril
Área de unidade territorial (2020)	2.835,037 km ²	892,538 km ²	4.262,298 km ²	2.014,543 km ²
Esgotamento sanitário adequado (2010)	38,6%	5,9%	22,6%	11,6%
Arborização de vias públicas	89,3%	92,5%	80,5%	97,4%
Urbanização adequada de vias públicas – presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio fio (2010)	4,1%	7,3%	7,4%	4,8%

Fonte: FUNCEME e IPECE, 2021.

Quadro 19 – Divisão Territorial dos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, Ceará.

MUNICÍPIOS	CÓDIGOS	DISTRITOS	ANO DE CRIAÇÃO
	230240405	Boa Viagem	1864



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

FIOCRUZ Ceará

Boa Viagem	230240407	Águas Belas	...
	230240408	Boqueirão	...
	230240407	Domingos da Costa	1951
	230240415	Guia	1963
	230240420	Ibuaçu	1938
	230240422	Ipiranga	...
	230240425	Jacampari	1936
	230240430	Massapê dos Paes	...
	230240431	Olho D'Água do Bezerril	...
	230240432	Olho D'Água dos Facundos	...
	230240435	Poço da Pedra	...
	230240440	Várzea da Ipueira	...
	Monsenhor Tabosa	230860905	Monsenhor Tabosa
230860910		Barreiros	1963
230860915		Nossa Senhora do Livramento	1953
Santa Quitéria	231220505	Santa Quitéria	1856
	231220510	Lisieux	1964
	231220520	Logradouro	1964
	231220525	Macaraú	1943
	231220530	Malhada Grande	1963
	231220535	Muribeca	1963
	231220540	Raimundo Martins	1964
	231220545	Trapiá	1951
Tamboril	231320305	Tamboril	1854
	231320310	Boa Esperança	1963
	231320307	Açudinho	...
	231320315	Carvalho	1963
	231320320	Curatis	1933
	231320325	Holanda	1933
	231320330	Oliveiras	1958
	231320335	Sucesso	1933

Fonte: IBGE e IPECE, 2021.

Quadro 20 – Regionalização dos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, Ceará.

Municípios	Região administrativa	Região de planejamento	Mesorregião (IBGE)	Microrregião (IBGE)
Boa Viagem	12	Sertão de Canindé	Sertões Cearenses	Quixeramobim
Monsenhor Tabosa	13	Sertão dos Crateús	Sertões Cearenses	Sertões de Crateús

Santa Quitéria	7	Sertão dos Crateús	Noroeste Cearense	Santa Quitéria
Tamboril	13	Sertão dos Crateús	Sertões Cearenses	Sertão de Crateús

Fonte: IBGE e IPECE, 2021.

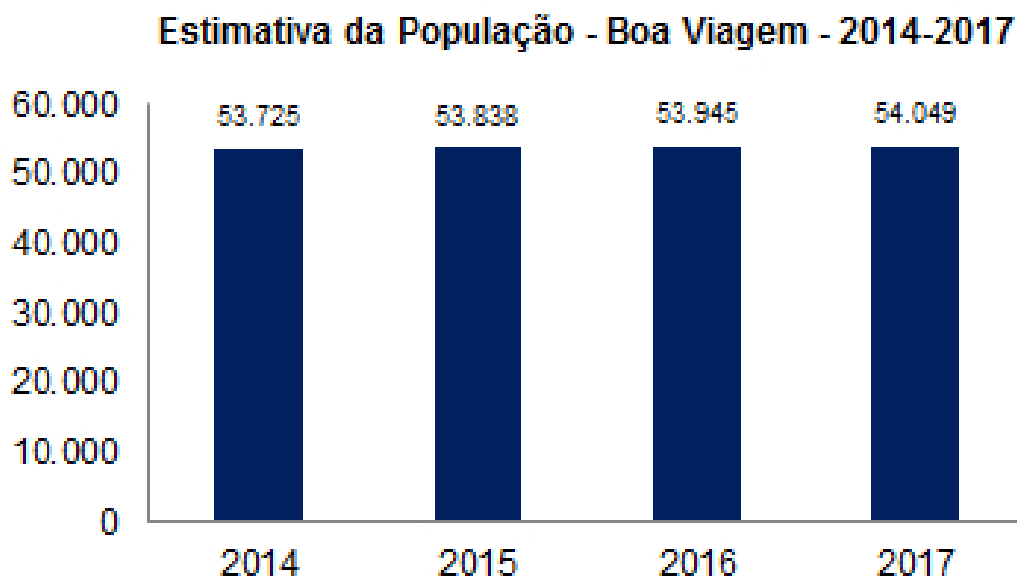
Nos quadros e gráficos subsequentes serão apresentados os aspectos demográficos e sociais. Os dados populacionais consideraram os Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010 para se observar a evolução histórica do contingente populacional. Utilizou-se dados de estimativas, pois ainda não temos um censo recente. Observa-se disparidades nos municípios pesquisados.

Quadro 21 – População residente – 1991, 2000, 2010 nos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, Ceará.

Município	Discriminação	População residente					
		1991		2000		2010	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Boa Viagem	Total	47.918	100,00	50.306	100,00	52.498	100,00
	Urbana	14.566	30,40	20.820	41,39	26.604	50,68
	Rural	33.352	69,60	29.486	58,61	25.894	49,32
	Homens	24.073	50,24	25.339	50,37	26.340	50,17
	Mulheres	23.845	49,76	24.967	49,63	26.185	49,83
Monsenhor Tabosa	Total	15.527	100,00	16.344	100,00	16.705	100,00
	Urbana	5.652	36,40	7.823	47,86	9.362	56,04
	Rural	9.875	63,60	8.521	52,14	7.343	43,96
	Homens	7.753	49,93	8.214	50,26	8.295	49,66
	Mulheres	7.774	50,07	8.130	49,74	8.410	50,34
Santa Quitéria	Total	49.343	100,00	42.375	100,00	42.736	100,00
	Urbana	15.856	32,13	19.355	45,68	22.260	52,05
	Rural	33.487	67,87	23.020	54,32	20.503	47,95
	Homens	24.639	49,33	21.346	50,37	21.441	50,14
	Mulheres	24.704	50,07	21.029	49,63	21.322	49,86
Tamboril	Total	26.260	100,00	25.973	100,00	25.451	100,00
	Urbana	8.533	32,49	12.401	47,75	14.202	55,80
	Rural	17.727	67,51	13.572	52,25	11.249	44,20
	Homens	13.089	49,84	13.059	50,28	12.631	49,63
	Mulheres	13.171	50,16	12.914	49,72	12.820	50,37

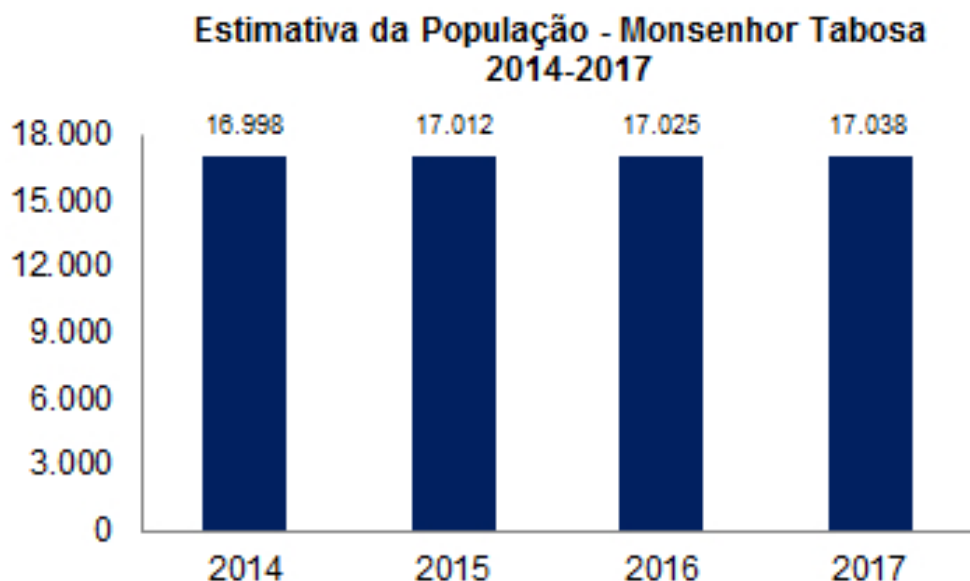
Fonte: IBGE, 2021.

Gráfico 1 - Estimativa da população do município de Boa Viagem, CE, para os anos 2014, 2015, 2016 e 2017.



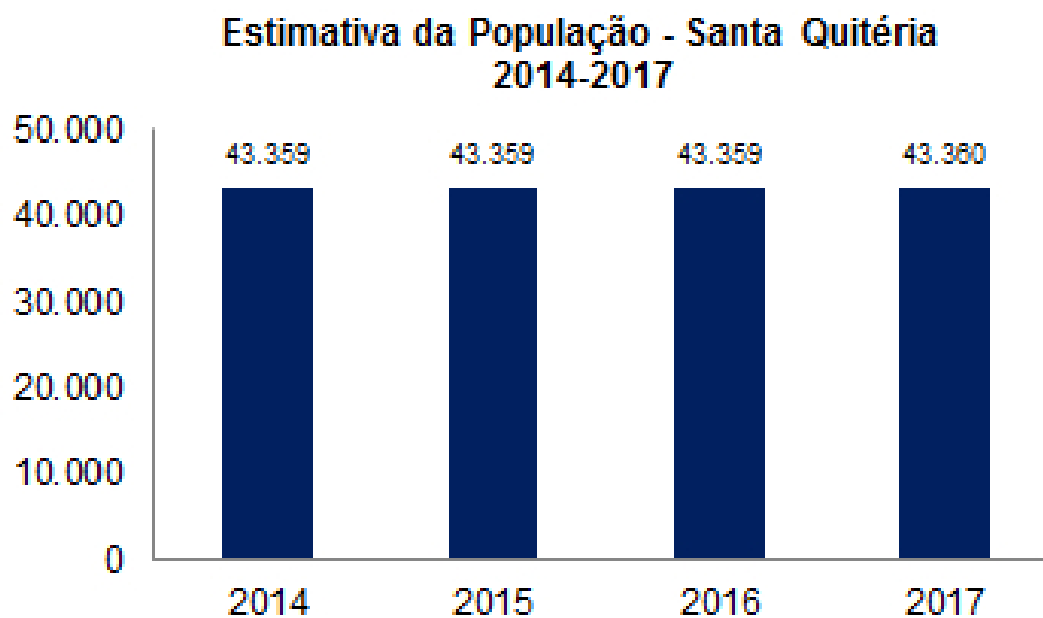
Fonte: IBGE e IPECE, 2021.

Gráfico 2 - Estimativa da população do município de Monsenhor Tabosa, CE, para os anos 2014, 2015, 2016 e 2017.



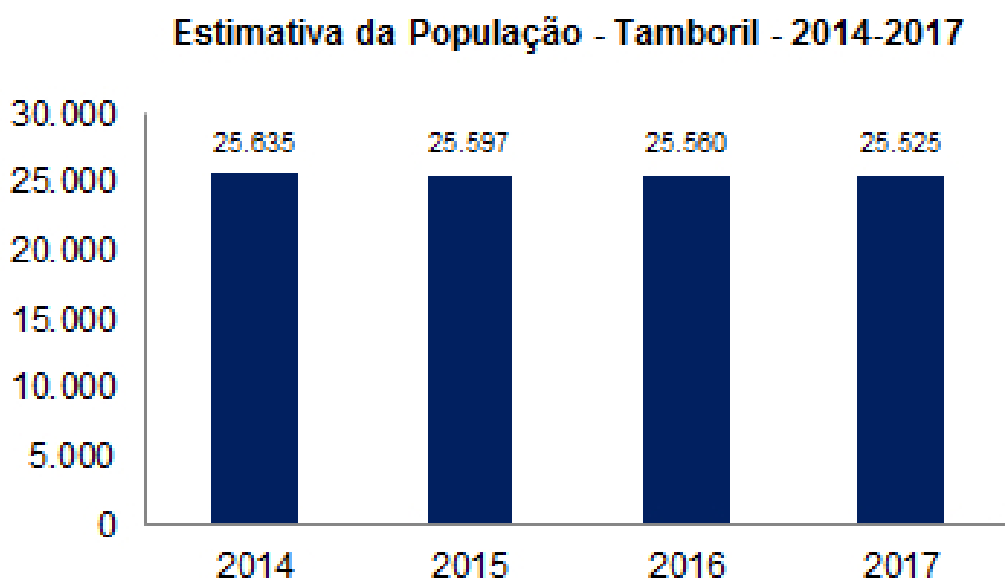
Fonte: IBGE e IPECE, 2021.

Gráfico 3 - Estimativa da população do município de Santa Quitéria, CE, para os anos 2014, 2015, 2016 e 2017.



Fonte: IBGE e IPECE, 2021.

Gráfico 4 - Estimativa da população do município de Tamboril, CE, para os anos 2014, 2015, 2016 e 2017.



Fonte: IBGE e IPECE, 2021.

Quadro 22 – População estimada para o ano de 2021 e densidade demográfica do ano 2010 dos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, Ceará.

Indicador	Ano	Município	Quantidade
População estimada	2021	Boa Viagem	54.680 pessoas
		Monsenhor Tabosa	17.264 pessoas
		Santa Quitéria	43.719 pessoas
		Tamboril	26.199 pessoas
Densidade demográfica	2010	Boa Viagem	12,98 hab. por km ²
		Monsenhor Tabosa	19,3 hab. por km ²
		Santa Quitéria	10,04 hab. por km ²
		Tamboril	18,51 hab. por km ²

Fonte: IBGE e IPECE, 2021.

A seguir apresentamos sucintamente os principais indicadores de saúde, considerando cobertura de serviços assistenciais, indicadores epidemiológicos de morbimortalidade nos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, Ceará.

Quadro 23 – Principais Indicadores de Saúde nos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, 2016.

Discriminação	Valor /quantidade				Ano
	Boa Viagem	Mons. Tabosa	Santa Quitéria	Tamboril	
Médicos/1000 hab.	0,46	0,88	0,48	1,17	2016
Dentistas/1000 hab.	0,11	0,47	0,25	0,35	2016
Leitos/1000 hab.	1,22	1,47	1,13	1,53	2016
Unidades de saúde/1000 hab.	0,33	0,82	0,42	0,67	2016
Taxa de internação por AVC (40 anos ou mais) /10.000 hab.	35,86	28,55	8,13	22,29	2016
Nascidos vivos	612	239	290	276	2016
Óbitos de menores de 1 ano	5	7	7	5	2016

Taxa de mortalidade infantil/1000 nascidos vivos	17,86	4,07	23,68	11,8	2019
Internações por diarreia/1000 hab.	2,0	2,5	2,3	3,2	2016

Fonte: SESA, 2021.

No que se refere ao número de médicos por 1000 habitantes a Organização Mundial da Saúde, OMS, não possui um parâmetro específico. O Ministério da Saúde utiliza como referência a proporção encontrada no Reino Unido, 2,7 médicos por 1000 habitantes. No Brasil a proporção atual é de 2,4 médicos por 1000 habitantes e no Ceará é 1,65 por 1000 habitantes. No caso dos quatro municípios do estudo o que apresenta a melhor taxa é Tamboril, embora esteja abaixo da taxa do Ceará e mais ainda do Brasil.

Quanto ao número de cirurgiões dentistas a OMS preconiza 1,0 dentista para 1500 habitantes e o Conselho Federal de Odontologia recomenda 1,0 para 2000 habitantes. No Brasil existe 1,0 cirurgião dentista para 1617 habitantes, na Região Nordeste é 1,0 para 1060 habitantes e no Ceará 1,0 para 1177 habitantes (FIGUEIREDO JÚNIOR et al, 2019). O município que apresenta a melhor taxa de cobertura de dentistas pela população é Monsenhor Tabosa que se aproxima da taxa apresentada pelo Estado do Ceará.

Em relação ao número de leitos o Ministério da Saúde recomenda a quantidade de 2,5 leitos por 1000 habitantes. O Brasil possui 2,3 leitos por 1000 habitantes e o Ceará 2,2 leitos por 1000 habitantes. Os municípios estudados apresentam taxas inferiores ao Brasil e ao Ceará sendo o município de Tamboril o que apresenta a melhor cobertura.

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica, PNAB, a população máxima de atendimento em grandes centros é de uma Unidade Básica de Saúde, UBS, para cada 12.000 habitantes. Cada equipe da Estratégia Saúde da Família deve ser responsável por no máximo 4000 habitantes, sendo a média recomendada de 3000 habitantes, podendo, cada UBS, sediar 3 a 4 equipes da ESF (BRASIL, 2012). Os municípios de Monsenhor Tabosa e Tamboril são municípios de pequeno porte e os municípios de Boa Viagem e Santa Quitéria são de médio porte, não se enquadrando, portanto, na média de habitantes prevista pela PNAB para cada UBS. As taxas de cobertura de UBS por 1000 habitantes apresentadas pelos quatro municípios representam uma cobertura satisfatória conforme a

PNAB, sendo o município de Monsenhor Tabosa o que apresenta a melhor oferta de UBS por 1000 habitantes.

A taxa de mortalidade infantil /1000 nascidos vivos em 2019 no Brasil foi de 13,3 e no Ceará 13,5. Os municípios de Monsenhor Tabosa e Tamboril apresentaram taxas menores o que indica uma oferta qualificada na assistência ao pré-natal e parto. Os municípios de Boa Viagem e Santa Quitéria tiveram taxas mais elevadas que a média estadual e nacional, devendo reorientar a política de saúde do município no sentido de melhorar esse indicador de tão grande relevância.

Quadro 24 - Unidades de saúde ligadas ao SUS por tipo de prestador nos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, Ceará, 2016.

Tipo de prestador	Boa Viagem		Monsenhor Tabosa		Santa Quitéria		Tamboril	
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%
Total	18	100,00	14	100,00	18	100,00	17	100,00
Público	17	94,44	13	92,86	17	94,44	17	100,00
Privado	1	5,56	1	7,14	1	5,56	-	-

Fonte: SESA, 2021.

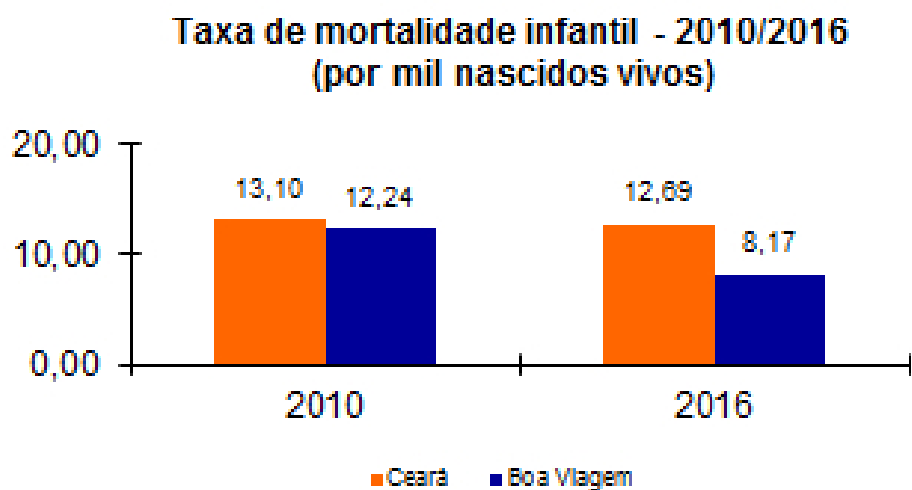
Quadro 25 – Unidades de saúde dos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, ano 2021.

Tipo de estabelecimento	Municípios/ Quantidade			
	Boa Viagem	Monsenhor Tabosa	Santa Quitéria	Tamboril
Hospital Maternidade	-	1	1	1
Casa de Saúde	1	-	-	-
Centro de Especialidade Odontológicas (CEO)	-	1	-	1
Centro de Saúde Bucal	1	-	-	-
Laboratório de Prótese	-	1	-	-
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	1	1	-	1
Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSI)	-	-	1	1
Central de Assistência Farmacêutica	1	-	1	1
Centro de Fisioterapia	1	-	-	-
Central de Imunobiológicos	-	1	-	-

Centro de Testagem para COVID 19	-	-	-	1
Centro de Saúde	-	-	1	-
Laboratório Clínico	-	-	1	-
Unidades Básicas de Saúde (UBS)	17	8	12	12
NASF	1	-	-	-
Unidade de Referência de Saúde da Mulher	1	-	-	-
Unidades de Atenção à Saúde Indígena	1	3	-	1
Unidade de Pronto Atendimento	-	-	-	1
Policlínica	-	-	1	-
SAMU 192 USB	1	-	1	1

Fonte: CNES, 2021.

Gráfico 5 – Taxa de mortalidade infantil no município de Boa Viagem, Ceará, em 2010 e 2016.



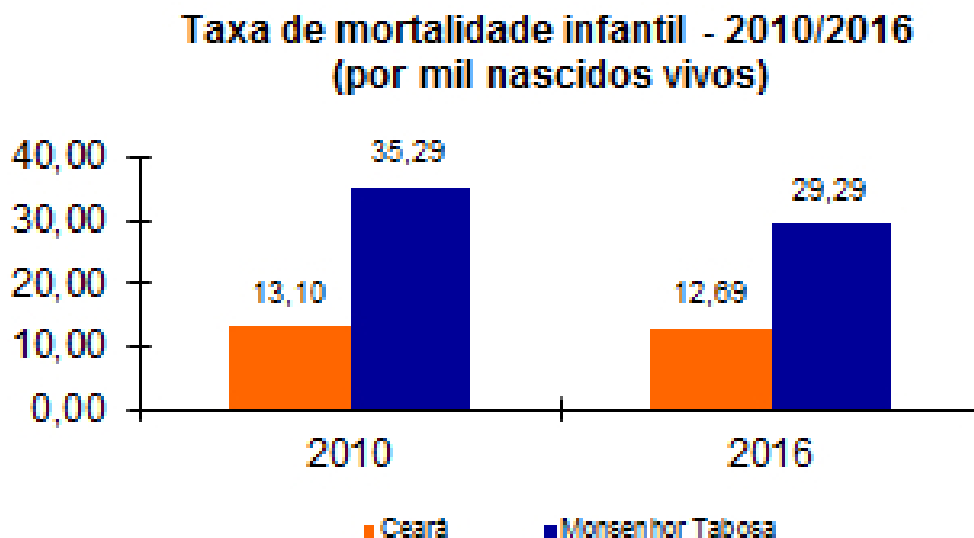
Fonte: SESA

A taxa de mortalidade infantil em 2010 no Ceará foi de 13,10 por mil nascidos vivos e no Brasil foi de 18,4 por mil nascidos vivos. O município de Boa Viagem apresentou uma taxa de mortalidade infantil abaixo do estado e do país, de 12,24 com uma diferença significativa, revelando, portanto, o êxito da expansão da Estratégia Saúde da Família nos municípios do interior e a condução da política municipal na assistência ao pré natal e ao parto.

No ano de 2016 a taxa de mortalidade infantil do Ceará foi de 12,69 por mil nascidos vivos e no Brasil foi de 14 por mil nascidos vivos. No município de Boa Viagem

a taxa de mortalidade infantil nesse ano foi de 8,17 por mil nascidos vivos. Novamente mostrando um bom resultado repetindo o desempenho no ano de 2010.

Gráfico 6 – Taxa de mortalidade infantil no município de Monsenhor Tabosa, Ceará, em 2010 e 2016.

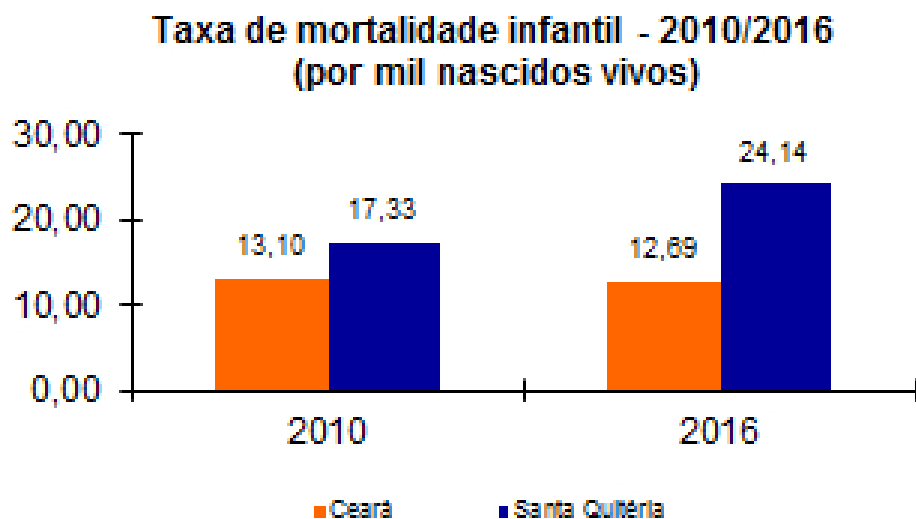


Fonte: SESA

A taxa de mortalidade infantil em 2010 no Ceará foi de 13,10 por mil nascidos vivos e no Brasil foi de 18,4 por mil nascidos vivos. O município de Monsenhor Tabosa apresentou uma taxa de mortalidade infantil bem acima do estado e do país, de 35,29 com uma diferença significativa, revelando, portanto, a necessidade da expansão e qualificação da Estratégia Saúde da Família e a melhoria da condução da política municipal na assistência ao pré natal e ao parto.

No ano de 2016 a taxa de mortalidade infantil do Ceará foi de 12,69 por mil nascidos vivos e no Brasil foi de 14 por mil nascidos vivos. No município de Monsenhor Tabosa a taxa de mortalidade infantil nesse ano foi de 29,29 por mil nascidos vivos. Novamente mostrando a persistência do resultado, repetindo o desempenho no ano de 2010 e indicando a necessidade de reorientações na política.

Gráfico 7 – Taxa de mortalidade infantil no município de Santa Quitéria, Ceará, em 2010 e 2016.

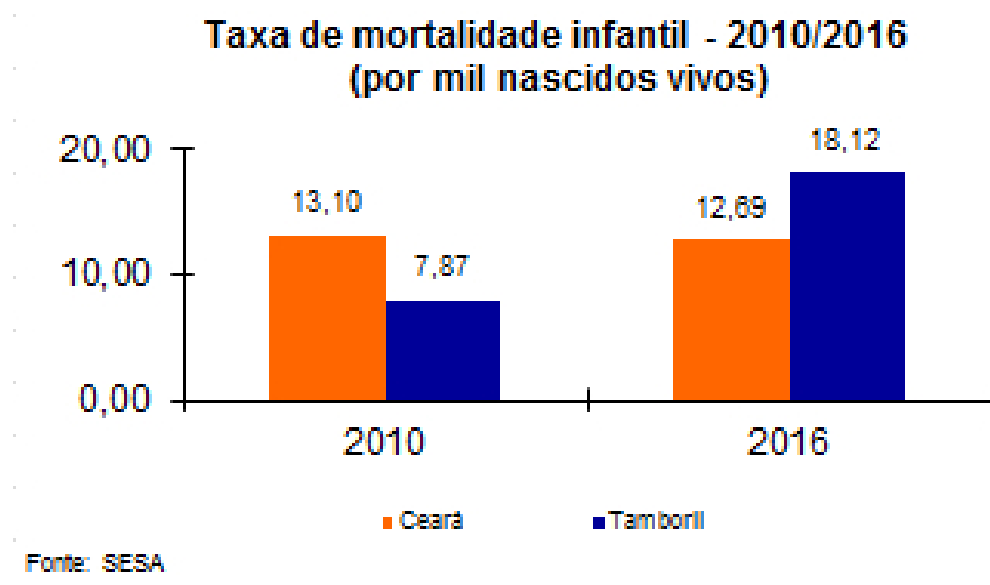


Fonte: SESA

A taxa de mortalidade infantil em 2010 no Ceará foi de 13,10 por mil nascidos vivos e no Brasil foi de 18,4 por mil nascidos vivos. O município de Santa Quitéria apresentou uma taxa de mortalidade infantil de 17,33 acima do estado e menor que a do país, com uma diferença pequena, revelando, mesmo assim, a necessidade da expansão e qualificação da Estratégia Saúde da Família e a melhoria da condução da política municipal na assistência ao pré natal e ao parto.

No ano de 2016 a taxa de mortalidade infantil do Ceará foi de 12,69 por mil nascidos vivos e no Brasil foi de 14,0 por mil nascidos vivos. No município de Santa Quitéria a taxa de mortalidade infantil nesse ano foi de 24,14 por mil nascidos vivos mostrando um retrocesso no desempenho do município. A taxa ficou bem acima que no ano de 2010 e indicando a necessidade de reorientações na política.

Gráfico 8 – Taxa de mortalidade infantil no município de Tamboril, Ceará, em 2010 e 2016.



A taxa de mortalidade infantil em 2010 no Ceará foi de 13,10 por mil nascidos vivos e no Brasil foi de 18,4 por mil nascidos vivos. O município de Tamboril apresentou uma taxa de mortalidade infantil de 7,87 abaixo que a média do estado e menor que a do país, revelando a qualificação da Estratégia Saúde da Família e a melhoria da condução da política municipal na assistência ao pré natal e ao parto.

No ano de 2016 a taxa de mortalidade infantil do Ceará foi de 12,69 por mil nascidos vivos e no Brasil foi de 14,0 por mil nascidos vivos. No município de Tamboril a taxa de mortalidade infantil nesse ano foi de 18,12 por mil nascidos vivos mostrando um retrocesso no desempenho do município. A taxa ficou bem acima que no ano de 2010 e indicando a necessidade de reorientações na política.

Alguns indicadores de trabalho, renda, economia e educação foram incluídos, considerando que estão diretamente relacionados com o modo de vida e de produção dos territórios.

Quadro 26 – Trabalho e rendimento dos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, Ceará.

Trabalho e rendimento	Município	Valor/quantidade/percentual	Ranking Estado	Ranking País
Salário médio mensal dos trabalhadores formais (2019)	Boa Viagem	1,6 salários-mínimos	79 de 185	4352 de 5570
	Monsenhor Tabosa	1,5 salários-mínimos	118 de 184	4906 de 5570
	Santa Quitéria	1,5 salários-mínimos	118 de 184	4906 de 5570
	Tamboril	1,9 salários-mínimos	17 de 184	2553 de 5570
Pessoal ocupado (2019)	Boa Viagem	4.115 pessoas	-	
	Monsenhor Tabosa	1.430 pessoas	-	
	Santa Quitéria	4.473 pessoas	-	
	Tamboril	1.565 pessoas	-	
População ocupada (2019)	Boa Viagem	7,6%	104 de 184	4280 de 5570
	Monsenhor Tabosa	8,3%	89 de 184	4038 de 5570
	Santa Quitéria	10,2%	52 de 184	3442 de 5570
	Tamboril	6,0%	162 de 184	4918 de 5570
Percentual da população com rendimento mensal per capita de até ½ salário-mínimo por pessoa (2010)	Boa Viagem	55,6%	62 de 184	383 de 5570
	Monsenhor Tabosa	56,3%	47 de 184	294 de 5570
	Santa Quitéria	55,7%	60 de 184	370 de 5570
	Tamboril	57,3%	30 de 184	189 de 5570

Fonte: IBGE e IPECE, 2021.

Educação

Quadro 27 – Situação de docentes e matrícula inicial nos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, Ceará, 2016.

Dependência Administrativa	Docentes					Matrícula Inicial				
	Município				Estado	Município				Estado
	Boa Viag	Mons Tabos	Santa Quit	Tamb		Boa Viag	Mons Tabosa	Santa Quit	Tamb	
Total	458	550	501	411	97.064	11.668	7.397	10.050	6.510	2.210.221



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

FIOCRUZ Ceará

Federal	-	-	-	-	977	-	-	-	-	10.507
Estadual	134	204	117	77	17.680	2.181	2.469	1.854	1.381	444.796
Municipal	338	358	379	331	63.654	8.758	4.693	7.507	4.991	1.318.399
Particular	38	20	43	23	21.310	729	217	689	138	436.519

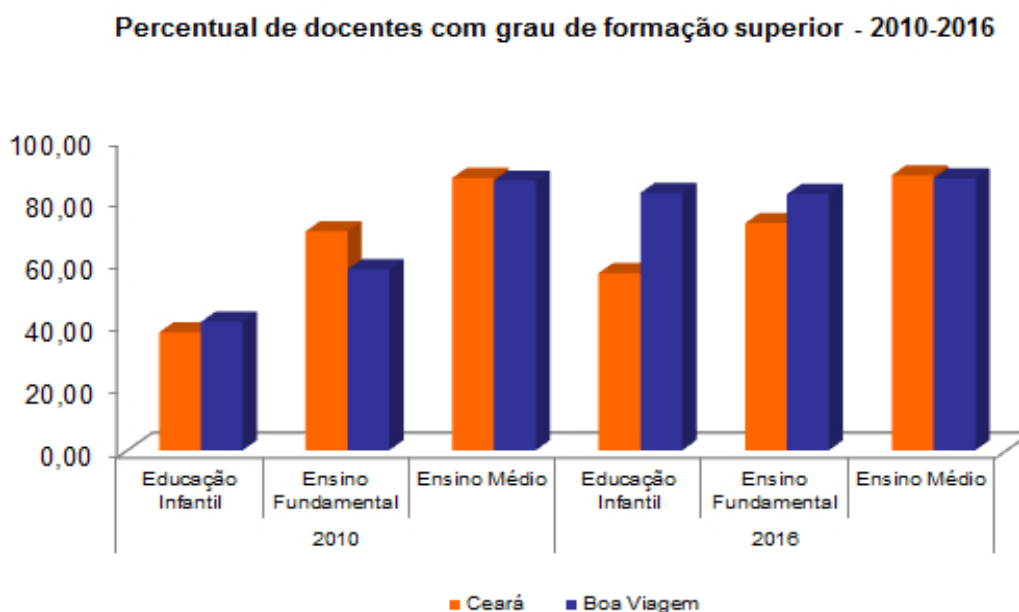
Fonte: Seduc, 2021.

Quadro 28 – Principais indicadores e informações escolares relevantes nos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril

Indicador / Situação	Percentual / quantidade				Ano
	Boa Viagem	Mons. Tab.	Santa Quit.	Tamb.	
Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade	97,6%	99,2 %	97,6%	97,1%	2010
IDEB - anos iniciais do ensino fundamental (rede pública)	5,3	6,0	6,3	56,9	2019
IDEB – anos finais do ensino fundamental	4,8	4,7	5,5	4,9	2019
Matrículas no ensino fundamental	6.704	2.598	5.208	3.363	2020
Matrículas no ensino médio	2.168	871	1.777	1.305	2020
Docentes no ensino fundamental	331	292	334	259	2020
Docentes no ensino médio	129	67	117	65	2020
Número de estabelecimentos de ensino fundamental	66	20	31	31	2020
Número de estabelecimentos de ensino médio	4	5	5	3	2020

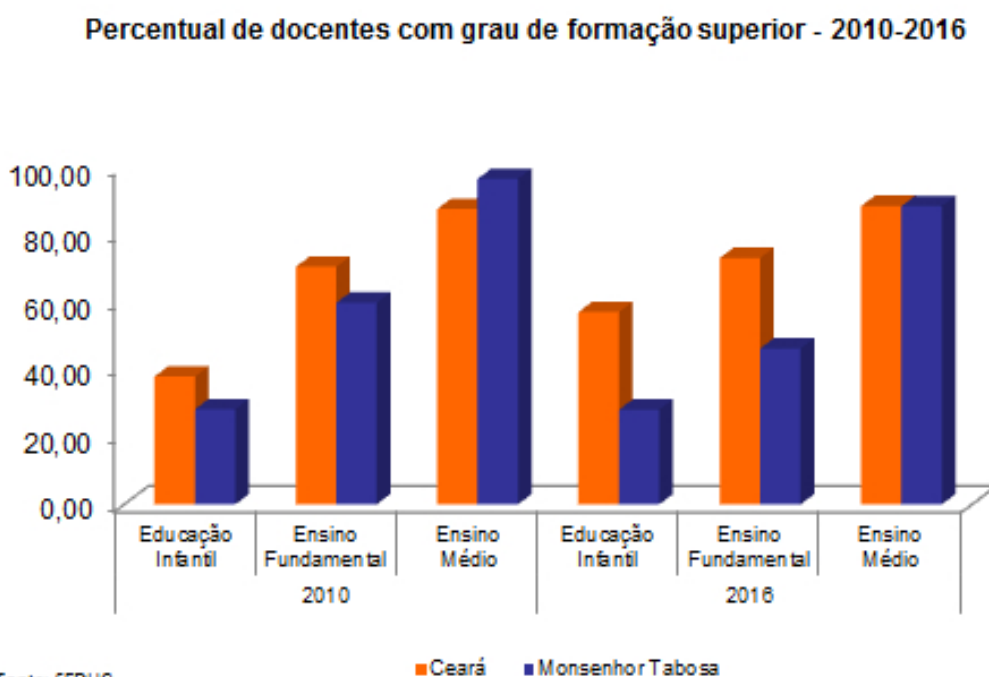
Fontes: IBGE, Censo Demográfico 2010; INEP, Censo Educacional 2019 e INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA, 2020

Gráfico 9 – Percentual de docentes com grau de formação superior no município de Boa Viagem, Ceará, em 2010 e 2016.



Fonte: SEDUC

Gráfico 10 – Percentual de docentes com grau de formação superior no município de Monsenhor Tabosa, Ceará, em 2010 e 2016.



Fonte: SEDUC

Gráfico 11 – Percentual de docentes com grau de formação superior no município de Santa Quitéria, Ceará, em 2010 e 2016.

Percentual de docentes com grau de formação superior - 2010-2016

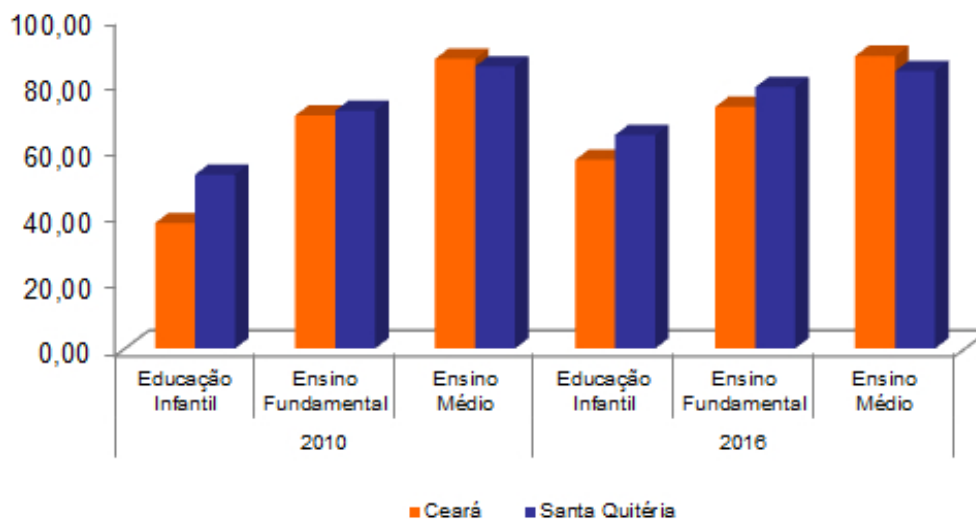
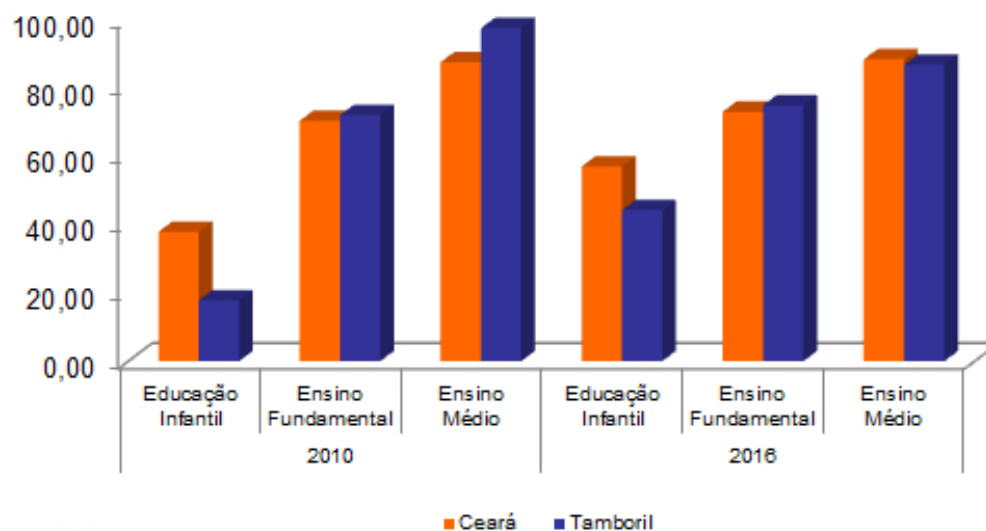


Gráfico 12 – Percentual de docentes com grau de formação superior no município de Tamboril, Ceará, em 2010 e 2016.

Percentual de docentes com grau de formação superior - 2010-2016



Quadro 29 – Escolas com biblioteca e laboratório de informática nos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, em 2016.

Município	Discriminação	Estadual		Municipal		Privada	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Boa Viagem	Total de escolas	2	-	72	-	3	-
	Biblioteca	2	1,00	3	0,04	3	1,00
	Laboratório de Informática	2	1,00	60	0,83	3	1,00
Monsenhor Tabosa	Total de escolas	7	-	17	-	2	-
	Biblioteca	2	0,29	1	0,06	1	0,50
	Laboratório de Informática	5	0,71	13	0,76	-	-
Santa Quitéria	Total de escolas	4	-	48	-	2	-
	Biblioteca	3	0,75	30	0,63	2	1,00
	Laboratório de Informática	4	1,00	8	0,17	2	1,00
Tamboril	Total de escolas	4	-	44	-	2	-
	Biblioteca	3	0,75	8	0,18	2	1,00
	Laboratório de Informática	3	0,75	37	0,84	-	-

Fonte: SEDUC, 2021.

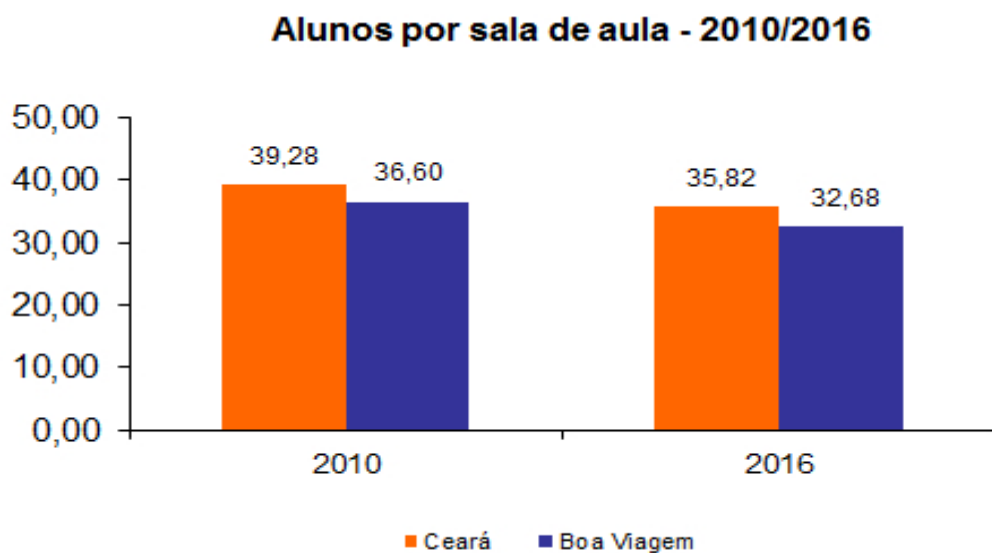
Quadro 30 – Indicadores educacionais no ensino fundamental e médio nos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, em 2016.

Município	Discriminação Taxas (%)	Indicadores educacionais			
		Ensino fundamental		Ensino médio	
		Município	Estado	Município	Estado
Boa Viagem	Escolarização líquida	82,4	89,6	45,0	54,2
	Aprovação	91,2	93,1	91,5	84,6
	Reprovação	7,6	5,4	2,1	6,8
	Abandono	1,2	1,4	6,4	8,7
	Alunos por sala de aula	26,7	25,6	28,9	29,1
Monsenhor Tabosa	Escolarização líquida	91,2	89,6	42,9	54,2
	Aprovação	89,2	93,1	90,1	84,6

	Reprovação	8,6	5,4	2,7	6,8
	Abandono	2,2	1,4	7,1	8,7
	Alunos por sala de aula	11,2	25,6	6,5	29,1
Santa Quitéria	Escolarização líquida	86,0	89,6	54,3	54,2
	Aprovação	95,5	93,1	91,5	84,6
	Reprovação	3,6	5,4	2,9	6,8
	Abandono	0,9	1,4	5,6	8,7
	Alunos por sala de aula	28,1	25,6	25,2	29,1
Tamboril	Escolarização líquida (1)	91,4	89,6	46,2	54,2
	Aprovação	90,1	93,1	82,5	84,6
	Reprovação	8,1	5,4	10,3	6,8
	Abandono	1,8	1,4	7,3	8,7
	Alunos por sala de aula	22,3	25,6	53,5	29,1

Fonte: SEDUC. (1) Taxa de escolarização líquida referente a 2015.

Gráfico 13 – Comparativo da presença de alunos por sala de aula no município de Boa Viagem, Ceará, em 2010 e 2016.



Fonte: SEDUC

Gráfico 14 – Comparativo da presença de alunos por sala de aula no município de Monsenhor Tabosa, Ceará, em 2010 e 2016.

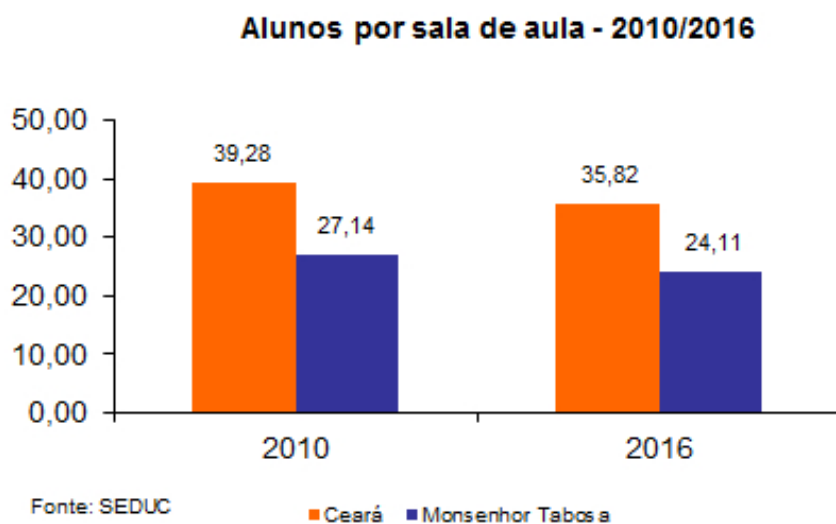


Gráfico 15 - Comparativo da presença de alunos por sala de aula no município de Santa Quitéria, Ceará, em 2010 e 2016.

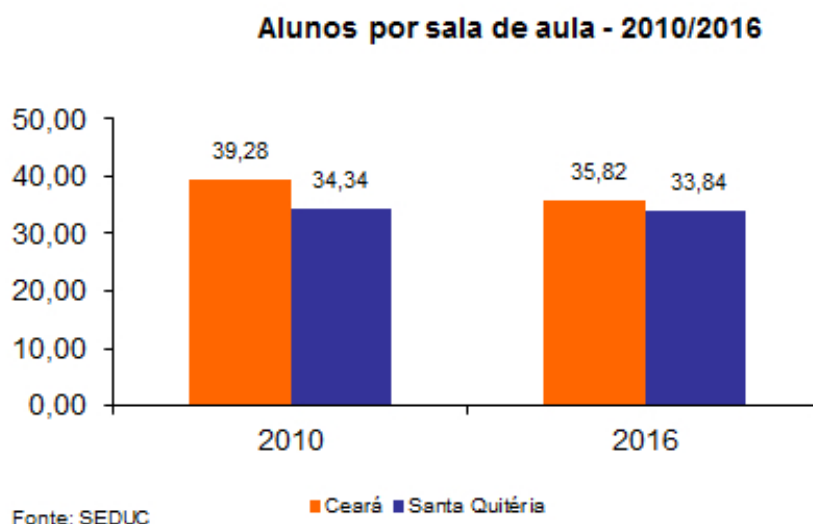
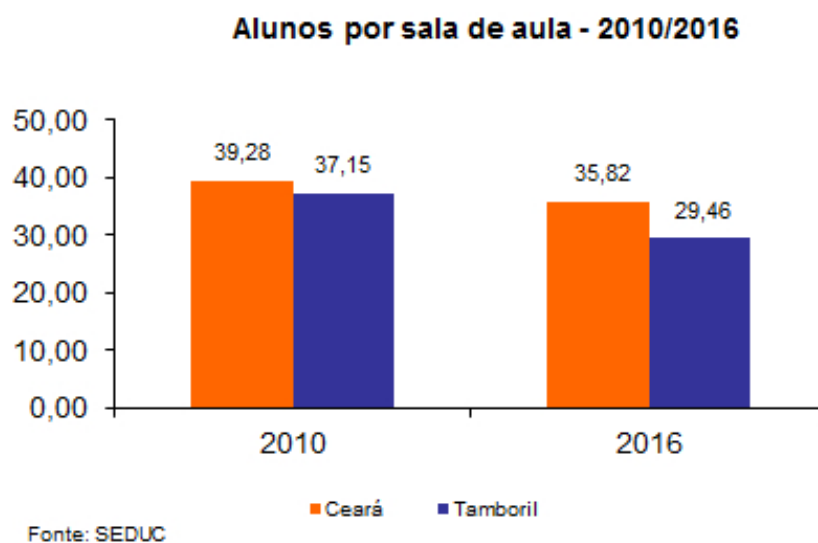


Gráfico 16 – Comparativo da presença de alunos por sala de aula no município de Tamboril, Ceará, em 2010 e 2016.

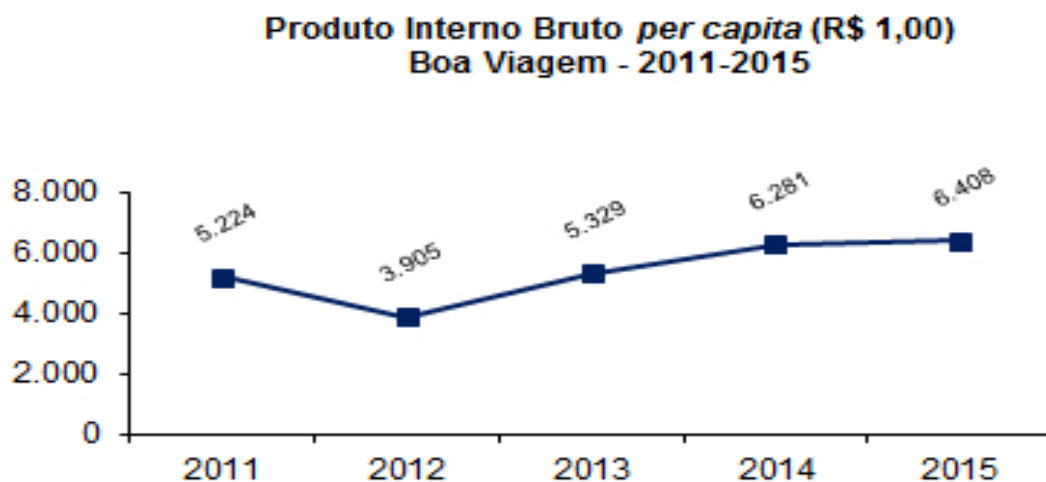


Quadro 31 - Principais indicadores e informações econômicas relevantes nos municípios de Boa Viagem, Monsenhor Tabosa, Santa Quitéria e Tamboril, Ceará.

Indicador / Situação	Valor /quantidade /percentual				Ano
	Boa Viagem	Mons. Tabosa	Santa Quitéria	Tamboril	
PIB per capita	7.031,15R\$	7.436,65R\$	10.095,69R\$	7.947,74R\$	2018
Percentual das receitas oriundas de fontes externas	86,1%	95,8 %	85,1%	96,3%	2015
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)	0,598	0,610	0,616	0,580	2010
Total de receitas realizadas	103.721,38 R\$(x1000)	44.058,07 R\$(x1000)	87.598,63 R\$(x1000)	73.205,89 R\$(x1000)	2017
Total de despesas empenhadas	98.299,87 R\$(x1000)	43.438,92 R\$(x1000)	80.916,41 R\$(x1000)	68.105,23 R\$(x1000)	2017

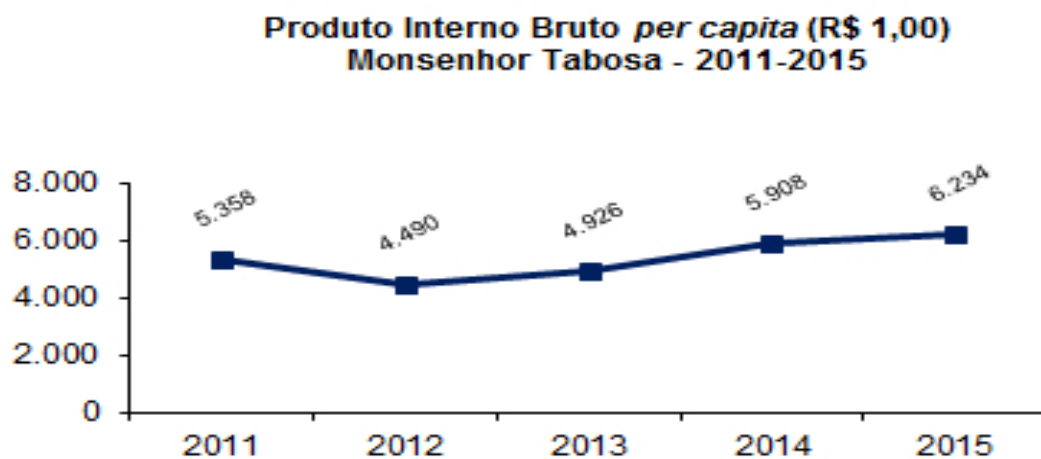
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ,2018; Secretaria do Tesouro Nacional (STN) Balanço do Setor Público Nacional (BSPN) 2015; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, 2010; Secretaria do Tesouro Nacional, Siconfi: Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro, 2018.

Gráfico 17 - Produto Interno Bruto do município de Boa Viagem, anos 2011 a 2015.



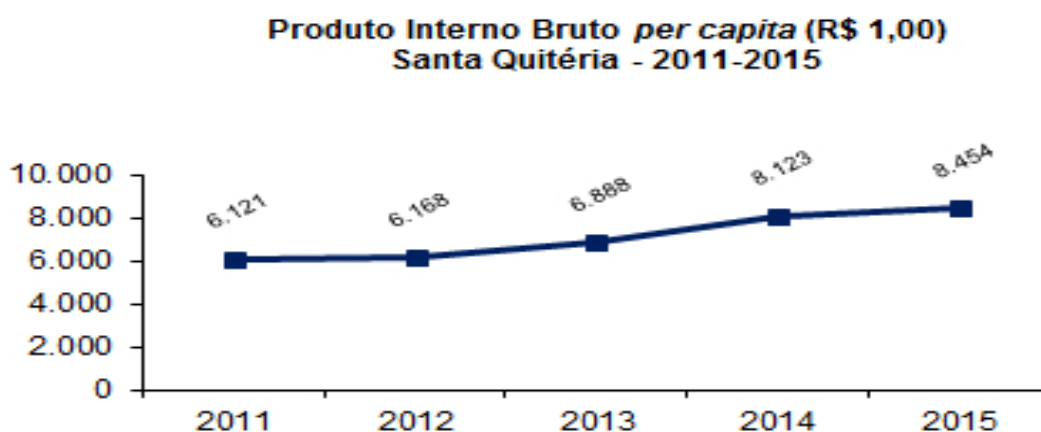
FONTE: IPECE e IBGE

Gráfico 18 - Produto Interno Bruto do município de Monsenhor Tabosa, anos 2011 a 2015.



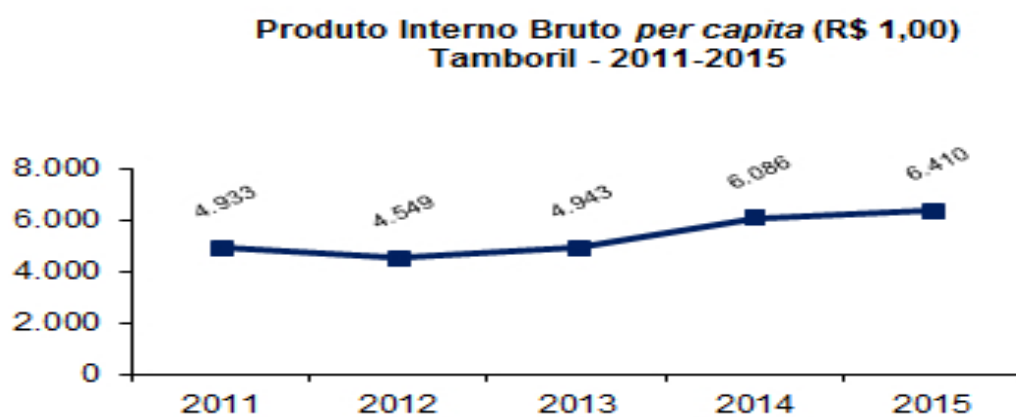
FONTE: IPECE e IBGE

Gráfico 19 - Produto Interno Bruto do município de Santa Quitéria, anos 2011 a 2015.



FONTE: IPECE e IBGE

Gráfico 20 - Produto Interno Bruto do município de Tamboril, anos 2011 a 2015.



FONTE: IPECE e IBGE

Gráfico 21 – Saldo de emprego formal no município de Boa Viagem, Ceará, em 2016.

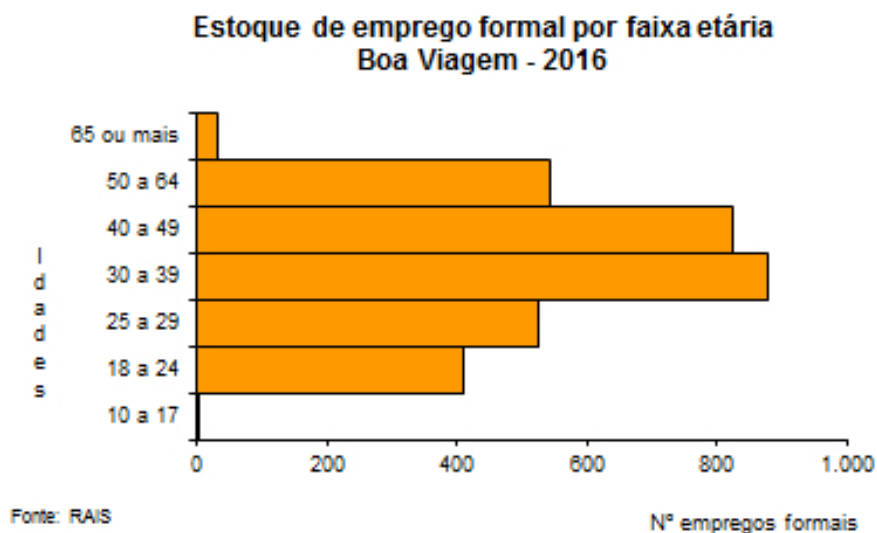


Gráfico 22 – Saldo de emprego formal no município de Monsenhor Tabosa, Ceará, em 2016.

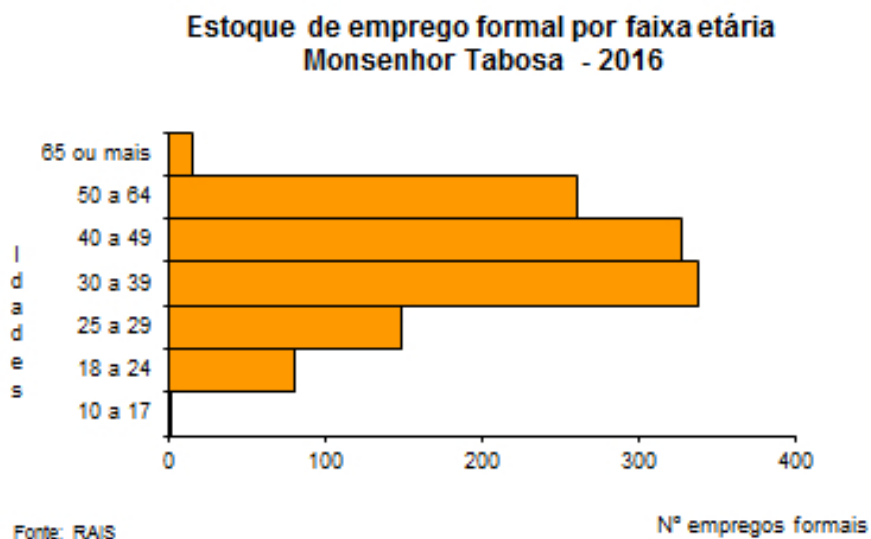


Gráfico 23 – Saldo de emprego formal no município de Santa Quitéria, Ceará, em 2016.

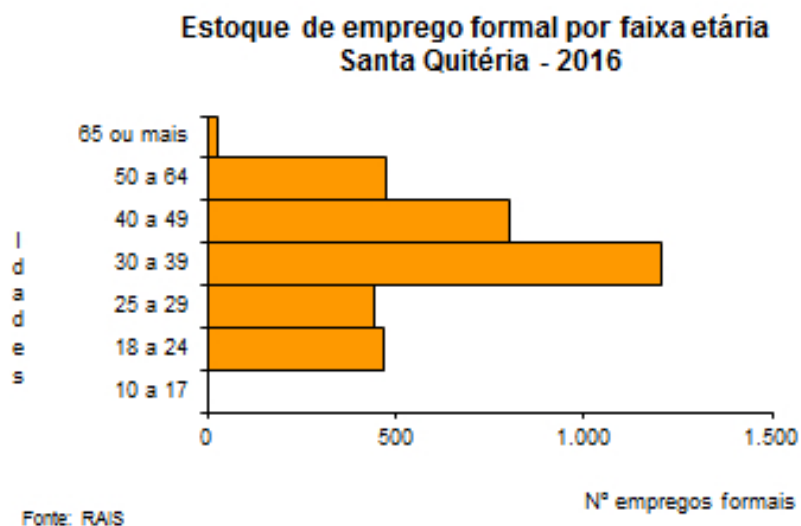
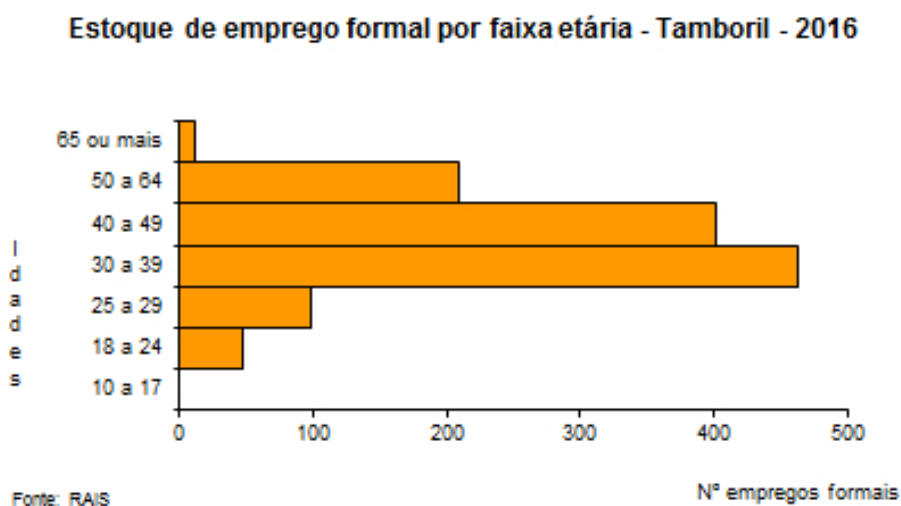


Gráfico 24 – Saldo de emprego formal no município de Tamboril, Ceará, em 2016.



ALGUMAS CONSIDERAÇÕES ACERCA DO PROCESSO VIVIDO

Este relatório tem por finalidade oportunizar aos indígenas que habitam nas aldeias dos quatro municípios, conhecerem mais profundamente os contextos, os indicadores, os elementos comuns e os que os diferencia. Também trazer para a equipe de pesquisa dados que possam provocar reflexões e novos estudos. Como há um volume significativo de dados coletados pelos serviços públicos, que nem sempre é de conhecimento popular, espera-se oportunizar aos participantes da pesquisa esta possibilidade de conhecer de forma sistematizada dados que estão em diversas plataformas e, que são difíceis de serem acessadas pelas pessoas em geral.

O processo de pesquisa-ação foi se constituindo desde a elaboração do projeto da pesquisa para submissão ao edital de fomento. No momento inicial foi formado um grupo composto por pesquisadores da Fiocruz, pesquisadores externos, lideranças indígenas dos territórios e colaboradores eventuais. O diálogo entre os pesquisadores e representantes das etnias que habitam os territórios, profissionais de saúde e de educação das aldeias e lideranças indígenas foi avançando e evidenciando dimensões a serem consideradas no percurso: a) a priorização dos objetivos e as respectivas atividades necessárias para a sua consecução, precisariam considerar o momento de isolamento social e cuidados diante da pandemia da Covid-19 e todas as dificuldades que as populações desses territórios vêm enfrentando; b) o planejamento das atividades precisaria ser flexível para ajustes, considerando as dificuldades de acesso aos dados, aos territórios e aos povos, especialmente os anciãos; c) realizar atividades online para contatos iniciais em rodas de conversas com o objetivo de delinear conjuntamente os passos iniciais e pertinentes à primeira etapa do trabalho proposto. Foram realizadas três rodas de conversa iniciais, concomitantes à coleta de dados em bases secundárias. Essas rodas iniciais tiveram o objetivo de aproximação e conhecimentos mútuos, fortalecimento do grupo de pesquisa-ação e construção coletiva dos instrumentais que foram utilizados.

As atividades de pesquisa de campo foram desenvolvidas nos meses de julho e outubro de 2021 e nos meses de fevereiro e março de 2022. Percebe-se que mesmo com

a histórica negação da sociedade cearense a despeito da presença de negros (as) e indígenas, as 15 (quinze) etnias, organizadas em 18 municípios, buscam a demarcação de suas terras e a garantia dos demais direitos constitucionais, dentre eles, a saúde.

Os povos Potyguara, Tabajara, Gavião e Tupiba-Tapuya, presentes na Serra das Matas, organizados nos Movimentos Potygapuia e Tabajara Serra das Matas, conformando um total de 35 aldeias nos municípios de Monsenhor Tabosa, Tamboril e Boa Viagem, e ocupam uma área de 58 mil hectares pouco são mencionados nos dados secundários em geral.

Estes povos acessam o serviço saúde, tem um polo base e uma UBSI dentro do território indígena e carros para transporte de pacientes para tratamentos em outros municípios. Contam com escolas indígenas diferenciadas com extensões nas aldeias e, na maior delas, Escola do Povo Caceteiro, que abriga cerca de 750 estudantes, da educação infantil, fundamental I e II e ensino médio, realiza um trabalho de retomada da língua tupi - nheengatu.

O território também tem a presença de sítios arqueológicos e buscam valorizar a flora e os saberes medicinais tradicionais cultivados ancestralmente. Os movimentos indígenas têm buscado o fortalecimento dos seus direitos e têm contribuído para a valorização identitária, bem como a defesa dos bens comuns da natureza e da ancestralidade indígena, que passa a sofrer ameaças do Projeto de mineração de urânio e fosfato, em Santa Quitéria, no início dos anos 2000.

Todavia, ao percorrer os dados secundários quase não há alusão a estes povos, e a relação da mineração e impacto a saúde indígena local, especialmente a Aldeia Quixaba, pertencente em parte ao município de Santa Quitéria, que está na área de influência da mineração; as demais aldeias estão na área de influência indireta, expostos aos riscos advindos da extração do urânio, e a radiação com graves impactos à saúde ambiental.

Soma-se a essa situação as dificuldades relacionadas à Pandemia da Covid-19, que trouxe a necessidade de diminuir as barreiras de acesso ao SUS e favorecer a promoção de medidas de fortalecimento da medicina tradicional.

Congregar esses dados nessa publicação significa contribuir para evidenciar a situação dos quatro municípios que abrigam essas etnias na Serra das Matas, compreender a realidade social em que se inserem e identificar as lacunas no que se refere a visibilidade das populações indígenas nesse território nos dados oficiais.

REFERÊNCIAS

ABRUNHOSA, M. A.; MACHADO, F.R.S.; PONTES, A.L.C. Da participação ao controle social: reflexões a partir das conferências de saúde indígena. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 29, n.3, e 2000 584. 2020.

Atlas Brasil. Perfil municipal. Disponível em <http://www.atlasbrasil.org.br/perfil/municipio/230860#sec-vulnerabilidade>. Acesso em: 07/06/2021.

AUGUSTO, L. G. S.; MOISES, M. Conceito de ambiente e suas implicações para a saúde. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE AMBIENTAL, 1., 2009, Brasília. **Caderno de Textos**. Brasília, 2009.

BOSI, M L M.; MERCADO, F J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

BOTERF, G L. Pesquisa Participante: Propostas e Reflexões Metodológicas. *In*: BRANDÃO, C R. (Org.). **Repensando a pesquisa participante**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Set 1990.

_____. **Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 31 Dez 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Brasil**: Legislação Federal Compilada-1973 a 2006. Brasília, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Subsídios para Construção da Política Nacional de Saúde Ambiental**. Brasília, 2007b.

BRINGEL, B; VARELLA, R V S. **Pesquisa militante e produção de conhecimentos: o enquadramento de uma perspectiva**. 2014. Disponível em:

<<http://netsal.iesp.uerj.br/images/diversos/Texto-base.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2014.

CARNEIRO, F F; PESSOA, V M; TEIXEIRA, A C A. **Campo, floresta e águas: práticas e saberes em saúde**. 1. ed. Brasília: Unb, 2017. v. 1.464p.

COIMBRA JR, C E A. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(4):855-859, abr, 2014.

DANTAS, A. Geografia e Epistemologia do Sul na obra de Milton Santos. <https://www.scielo.br/j.mercator/a/HvTh6cbKcYr83RpVXBjgGLv/?lang=pt> acesso em 03/03/2021.

EPSJV/Fiocruz | 01/09/2008. **Oitava Conferência Nacional de Saúde: o SUS ganha forma**. São lançadas as diretrizes para a construção de um sistema descentralizado e único. Saúde é vista como dever do Estado.

<http://www.ccs.saude.gov.br/cns/conferencias-indigenas.php>. Acesso em 08 de setembro de 2021 as 05:49.

FREITAS, S. N.; ZARDO, P. S. Educação em classes hospitalares: transformando ações e concepções à luz da teoria da complexidade. **Educar em Revista**, n. 30, p.185-196, 2007.

GARNELO, L, MAQUINÉ, A. Financiamento e gestão do subsistema de saúde indígena: considerações à luz dos marcos normativos da administração pública no Brasil. Em: Langdon EJ, Cardoso MD. **Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Editora da UFSC; 2015. Pp. 107–144.

GUNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Psicol. Teor. Pesq.**, v.22, n.2, p. 201-210, 2006.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade**. 3ª ed, Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007. 400 p.

HAESBAERT, R. Da desterritorialização à multiterritorialidade. **Boletim Gaúcho Geog.** 2003; (29):11-24.

KABAD, J F; PONTES, A L M; MONTEIRO, S. Relações entre produção científica e políticas públicas: o caso da área da saúde dos povos indígenas no campo da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(5):1653-1665, 2020.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C.; MARQUES, M. C. C. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1193-1204, 2009.

MINAYO, M C S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, v.9, n.3, p. 239-262, 1993.

NEVES, J L. Pesquisa qualitativa – características, usos e possibilidades. **Cad. Pesq. Adm.**, v.1, n.3, p.1-5, 1996.

OLIVEIRA, J P. A viagem de volta: etnicidade, política e reelaboração cultural no nordeste indígena. 2Ed. Conta Capa Livraria/LACED, 2004.

OPAS Brasil. **I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**. Brasília, 2010.

PAIM, J. S., ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev Saude Publica**, 1998; 32(4):299-316.

PESSOA, V M. **Abordagem do território na constituição da integralidade em saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde em Quixeré-Ceará.** 2010. 296 p. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública) — Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

PESSOA, V M et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Ago 2013, vol.18, no.8, p.2253-2262. ISSN 1413-8123.

PESSOA, V M. **Ecologia de saberes na tessitura de um pensamento em saúde no sertão:** do conhecimento regulação às práticas emancipatórias na estratégia saúde da família. 2015. 314 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

PETRAGLIA, I C. Edgar Morin: Complexidade, transdisciplinaridade e incerteza. **Portal Árvore**, v. 1, p. 1-13, 2002

SANTOS, M A L.; SOL, N A A; MODENA, C M. Território e desterritorialização: o sofrimento social por desastre ambiental decorrente do rompimento de barragens de mineração. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, N. Especial 2, p. 262-271, julho 2020.

SANTOS, B S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: SANTOS, B S; MENESES, M P. **Epistemologias do Sul.** Coimbra: Almedina, 2009. P.23-72.

SANTOS, B S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. (Org.). **Epistemologias do Sul.** São Paulo: Cortez, 2010. p.31-83.

SILVA, I. B. P.; AIRES, M. M. P. (Org.). **Direitos humanos e a questão indígena no Ceará:** Relatório do Observatório Indígena Biênio 2007-2008. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2009.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação.** 16. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

VILA NOVA, S R M; CASSIA, A R. Papel da Análise de Dados Secundários na Construção de Pesquisas Sociais: Estratégia de Investigação. XLIV Encontro da AnPAD – Em ANPAD 2020. Evento on-line – 14 a 16 de outubro de 2020 – 2177 – 2576 versão on line.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ CEARÁ
WWW.CEARA.FIOCRUZ.BR/SERPOVOS
SERPOVOS.FIOCE@FIOCRUZ.BR



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

