

# Reforma Sanitária e outros olhares para a saúde indígena: relato de experiência com os Potyguara

*Health Reform and different perspectives for indigenous health: experience report with the Potyguara*

Maria Lidiany Tributino de Sousa<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202012420

**RESUMO** Quando se pensa em uma Reforma Sanitária como reforma da sociedade, outras questões demandam atenção, como colonização, genocídio e racismo. A colonização, forma de poder que balizou a tessitura da modernidade, organizou-se dentro de regimes de verdade e de autorizações que legitimam alguns saberes em detrimento de outros. A falta de clareza e a insuficiência das concepções de saúde, que são possíveis de serem construídas com os povos originários, promovem fragilidades na configuração institucional e no processo de gestão do Sistema Único de Saúde. Dada a invisibilidade em que a saúde indígena investida de sua multiplicidade vem sendo colocada na saúde coletiva, será realizado um relato das experiências dos encontros com os Potyguara de Monsenhor Tabosa, no estado do Ceará. Os modos de viver a saúde dos Potyguara expressam relações entre o se sentir saudável e o estar adoecido, bem como experimentações de um mundo em que a relação com a terra é de pertencimento e diz da produção do viver e da saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde de populações indígenas. Serviços de saúde do indígena. Grupos étnicos.

**ABSTRACT** *When one thinks about a Sanitary Reform as a reform of society, other issues demand attention, as colonization, genocide and racism. Colonization, a form of power that marked the texture of modernity, was organized within regimes of truth and authorizations that legitimize some knowledge to the detriment of others. The lack of clarity and insufficiency of the conceptions of health, that are possible to be build with the native peoples, promote weaknesses in the institutional configuration and the management process of the Unified Health System. Given the invisibility in which indigenous health has been placed in collective health, an account will be made of the experiences of the meeting with Potyguara de Monsignor Tabosa, in the state of Ceará. The ways of living health of the Potyguara express relationships between feeling healthy and being sick, as well as experimenting a world in which the relation with the earth is of belonging and tells about the production of living and health.*

**KEYWORDS** *Health of indigenous Ppeople. Indigenous health services. Ethnic groups.*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Oeste da Bahia (Ufob) – Barreiras (BA), Brasil.  
tribudiany@gmail.com



## Introdução

A realização de uma Reforma Sanitária Brasileira (RSB) fora concebida, segundo Fleury<sup>1</sup> e Paim<sup>2,3</sup>, como estratégia política e processo de transformação institucional que visasse à democratização da saúde, do Estado e da sociedade. Esse movimento alcançou a garantia constitucional do direito à saúde e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). É importante salientar que, por se tratar de uma reforma social, não se limita a reformas setoriais e não se trata de um acontecimento encerrado e restrito à materialização do SUS. Mas transcende as políticas estatais e diz respeito a um movimento que requer uma nova racionalidade, novas sociabilidades e a potencialização de novas maneiras de pensar a saúde, a segurança social e os direitos conquistados.

Quando se pensa em uma Reforma Sanitária como reforma da sociedade, outras questões demandam atenção, como colonização, genocídio e racismo. A colonização, forma de poder que balizou a tessitura da modernidade, organizou-se dentro de regimes de verdade e de autorizações que legitimam algumas pessoas, instituições, saberes, falas e espécies, em detrimento de outras. A falta de clareza e a insuficiência das concepções de saúde, que são possíveis de serem construídas com os povos indígenas, promovem fragilidades na configuração institucional e no processo de gestão do SUS.

No Brasil, há expoentes como Luiza Garnelo, Jean Langdon e Coimbra Jr. no que se refere às pesquisas sobre saúde indígena, política de atenção à saúde dos povos indígenas, implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), financiamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi), xamanismo, Antropologia da Saúde, bem como sobre trabalhos de natureza epidemiológica interligando saúde, nutrição, educação, habitação e saneamento.

Segundo Garnelo<sup>4</sup>, em 1986, foi realizada a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, que provocou a criação de

comissões técnicas, entre as quais, destacou-se a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi), que fomentou os princípios e as diretrizes da atual Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).

A PNASPI propõe um modelo de cuidado em saúde complementar e diferenciado, no intento de melhorar o acesso da população indígena ao cuidado em saúde, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS, considerando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política desses povos.

A III Conferência Nacional de Saúde Indígena assinalou a importância de se considerarem os saberes dos povos indígenas sobre saúde/doença, impulsionando, em 2002, a aprovação da PNASPI, com diretrizes e princípios que buscaram priorizar uma atenção diferenciada à saúde. De acordo com a PNASPI, o trabalho dos profissionais de saúde deve ser centrado nos tradicionais sistemas indígenas de saúde. Além disso, a política elencou a importância da participação dos indígenas no exercício do controle social, através dos conselhos de saúde.

A Constituição de 1988 tentou romper com a herança tutelar desenvolvida junto aos indígenas no Brasil a partir do indigenismo brasileiro, mudando o status dos índios do Código Civil de 1916, para que esses povos, de maneira individual ou dentro de organizações, buscassem defender seus direitos.

Pela Carta Magna, houve um avanço na legislação nacional com a definição de terra como 'tradicionalmente ocupada', e os territórios reivindicados pelos indígenas ganharam maior visibilidade política. Porém, não houve a garantia de respeito aos direitos desses povos com relação às suas áreas. Nesse sentido, esse Estado, que tem por obrigação constitucional proteger os indígenas, até hoje, não os resguarda nem os representa, já que é formado, em sua maioria, por brancos latifundiários e protetores do agronegócio. Assim como continua travando uma guerra diária contra os povos indígenas.

Além das armadilhas legais, ainda surgem como munição contra os indígenas: a

exploração de recursos naturais, a construção de empreendimentos turísticos e imobiliários em áreas indígenas, a criminalização dos indígenas cujos ataques são legitimados por esse Estado, tido como o responsável por protegê-los e estabelecer serviços de integração e assistência.

Com relação ao Ceará, há duas produções na área da saúde: uma que se refere às questões indígenas relacionadas ao processo de trabalho no monocultivo do coco e aos riscos gerados à saúde para os indígenas Tremembé<sup>5</sup>, e outra sobre o conflito Ambiental no território indígena Tapuya Kariri e suas implicações à saúde<sup>6</sup>.

A maioria das produções na área da saúde, que consta nas revistas de maior impacto, revela que a morbidade da população indígena está relacionada a uma alta incidência de doenças infecciosas, crônicas, assim como diz respeito a casos de desnutrição, mas, em menor número, discute as condições que fragilizam o estado de adoecimento, como: precariedade das condições de vida, expropriação, intrusão das terras indígenas, formação dos profissionais de saúde e habitações em regiões de fronteira, ou áreas sob influência de grandes projetos de desenvolvimento econômico e social.

Nas publicações científicas, depara-se com a expressão 'saúde indígena' sendo apresentada como um atributo natural, incluindo ideias de algo fixo, subsistente e relacionado à ausência de doenças e ao controle pelos programas de saúde. Uma expressão da qual se parte e um limite para além do qual não se pode ir. Dito de outra maneira, o conceito 'saúde indígena' é pouco problematizado.

A experiência nas aldeias indígenas Potiguara tem aproximado os pesquisadores de combinações vividas de saúde que não se restringem a ausência de doença, mas atravessam a ideia de terra e de adoecimento. Destarte, a opção de relatar experimentações da saúde indígena dos Potiguara de Monsenhor Tabosa, no Ceará, ocorreu devido à potência que essa etnia tem de provocar, a partir de suas percepções de saúde, deslocamentos na forma de se compreender e fazer saúde indígena na saúde coletiva.

## Metodologia

No ano de 1603, de acordo com Lima<sup>7</sup>, registra-se a presença, no território cearense, da etnia Potiguara, proveniente do Rio Grande do Norte e da Paraíba, ocupando áreas do baixo Jaguaribe.

No Ceará, o povo Potiguara de Monsenhor Tabosa procura estabelecer diferenças com os demais povos Potiguara do Nordeste. Uma delas é pela escrita do nome, substituindo o 'i' por um 'y'. Os Potiguara do Ceará estão presentes em Crateús, Poranga, Boa Viagem, Novo Oriente, Quiterianópolis, Tamboril e Monsenhor Tabosa. Em Monsenhor Tabosa, os Potiguara habitam as localidades de Olho D'água dos Canutos, Mundo Novo, Jacinto, Pau-Ferro, Passarinho, Merejo, Tourão, entre outras, juntamente com outras etnias, como Tabajara, Gavião e Tubiba-Tapuia.

Dada a invisibilidade e o cerco em que a saúde indígena no Ceará vem sendo colocada, iniciou-se, em 2008, em uma Universidade no estado do Ceará, um projeto de pesquisa intitulado 'Práticas Etnomédicas e Educação Permanente Intercultural dos Profissionais de Saúde: uma pesquisa com os índios Potiguara de Monsenhor Tabosa – Ceará'. Essa pesquisa foi um encontro com os povos Potiguara que habitam a Região da Serra das Matas, na zona rural do Município de Monsenhor Tabosa, especificamente, as aldeias do Jacinto e do Mundo Novo.

O projeto respondeu às solicitações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466, de 2012, e teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CAEE 24316414.5.0000.5534).

Após estruturação do projeto e envio para instâncias de ética em pesquisa, o trabalho aconteceu em quatro etapas. Inicialmente, foi realizada a identificação das lideranças indígenas Potiguara que demonstravam interesse em pesquisar seus rituais de cura e a relação com o sistema de saúde formal nas áreas indígenas de Monsenhor Tabosa.

Após a identificação, na segunda fase do projeto, as duas líderes indígenas, também professoras, participaram das disciplinas de Antropologia da Saúde e Etnografia no Mestrado de Saúde Coletiva.

Após as disciplinas, essas professoras iniciaram um trabalho de pesquisa, realizando diários de campo e, juntamente com os alunos das escolas indígenas, entrevistas e fotografias. Durante 2 (dois) anos, aconteceram diversos encontros na universidade para discussão do projeto, planejamento e execução das atividades, assim como para análise do material coletado. Realizaram-se visitas à comunidade Potyguara com os pesquisadores da instituição universitária e primou-se pelo trabalho etnográfico a partir das pesquisadoras nativas, que eram líderes indígenas e moradoras da comunidade.

Das entrevistas obtidas, há conversas com rezadeiras, pajés, parteiras, agricultores, contadores de estória, que versam sobre diferentes temáticas: visagem, doenças espirituais, alimentação, mito de origem, práticas de cura, rezas, lugares sagrados, entre outras.

Como resultado, construiu-se um material etnográfico e formativo (casos, textos, imagens, vídeos) que permitiu abrir novos conhecimentos sobre práticas etnomédicas integradas. O material foi utilizado na terceira fase do projeto, que ocorreu em setembro de 2015, com dois dias de formação transdisciplinar.

O evento contou com a participação de 37 profissionais de saúde (médicos, enfermeiras, dentistas, assistente social, agentes indígenas de saúde, agente indígena de saneamento) do Polo-Base de Monsenhor Tabosa, Crateús e Poranga, assim como de 23 membros da comunidade (lideranças e cuidadores tradicionais). O encontro teve o intento de oportunizar diálogo com esses diferentes atores, bem como subsidiar os profissionais para atuação em contexto culturalmente diferenciado.

Mesmo com a conclusão do projeto, no final do ano de 2015, houve uma continuação dos trabalhos a partir de uma tese, que foi finalizada em 2018. A pesquisa partiu do pressuposto de que existem modos de vida dos Potyguara

que questionam os modos colonizados de saúde e que possibilitariam deslocar o conceito de 'saúde indígena' na saúde coletiva. A tese foi uma cartografia dos processos de singularização dos Potyguara, para pensar uma saúde que não fosse para ou dos indígenas, mas uma saúde com os Potyguara.

Esta escrita é um relato das experiências de encontro com os Potyguara de Monsenhor Tabosa, no estado do Ceará, durante o projeto 'Práticas Etnomédicas e Educação Permanente Intercultural dos Profissionais de Saúde: uma pesquisa com os índios Potyguara de Monsenhor Tabosa – Ceará'.

## Resultados

### Saúde 'com' os Potyguara: laços com a terra e com o 'estar adoecido'

O processo demarcatório das terras Potigatapuia (nome que aglutina os Potyguara, Tabajara, Gavião e Tubiba-Tapuia) começou em 2003, e os indígenas ainda aguardam a publicação de regularização no Diário Oficial da União (DOU). No Ceará, só a terra do Córrego João Pereira, nos municípios de Acaraú e Itarema, e a dos Tapeba, no município de Caucaia, concluíram o processo de regularização.

A luta pela demarcação se vincula às discussões sobre cultura e falta de terra, que são um grande problema nas aldeias Mundo Novo, em Monsenhor Tabosa, já que estão em uma área de terreno acidentado e de baixa qualidade produtiva, o que levou e continua impulsionando muitas pessoas a se evadirem, pagarem por moradia em outros locais e a plantar em outras terras. Mesmo na aldeia Jacinto, há os que arrendam suas terras e os que pagam para plantarem nas terras de outros.

As terras indígenas são uma parte do meio do mundo, e delas se produzem conhecimentos para as rezas e curas. A questão da terra é algo que está conectado com a moradia, com

relações familiares, alimentação, educação, com a saúde, ou seja, com a vida, reverberando do e no corpo.

A vida indígena passa pela terra, que marca como linhas de possibilidades cartográficas, a saúde Potyguara. É uma relação de pertencimento, e não de propriedade, que diz de relações de afinidade e de vida. A terra torna-se ventre de vida, alimento, moradia e construção de relações que alimentam as lutas e, também, os sonhos.

As mezinheiras ou ‘sabedores das terras’ são aquelas pessoas que trabalham com as ervas dos matos, com as cascas, raízes (quebra cabeça, raspa de marmeleiro, jurema preta, muçambê, mufumbo, maria preta, ameixa, aroeira, coronha) para fazerem chás, cozimentos, lambedores (chamado de mel), garrafadas, ou seja, misturas de plantas e raízes que são cozidas com açúcar ou apenas conservadas sem açúcar em garrafadas, preparadas de acordo com a enfermidade.

Tereza é Potyguara e tem um dos quintais mais cheios de plantas. Ela contou que aprendeu a importância das ervas na Igreja, mas que a maior escola para esse aprendizado foi o mato.

Em um dos encontros do grupo de pesquisa, enquanto se discutia sobre os artigos de saúde indígena publicados nas revistas de saúde coletiva, uma professora visitante perguntou à liderança indígena sobre o que seria saúde, ao que ela respondeu: “ausência de doença, é também genética...”, sendo logo interrompida com outra interrogação da docente: “genética?!”. Surpresa diante da admiração interrogativa da professora, a liderança indígena disse, embaraçada: “sim, quando a doença do pai passa pro filho”. Sem ir mais adiante nessa explicação, entrou em outro fluxo e disse: “saúde pra nós é plantar, colher, viver bem com a comunidade”.

Quando a líder indígena fala que saúde é plantar, colher, viver, diz de uma saúde inseparável da questão da terra. Os termos não compõem um sistema abstrato com a finalidade de representar a realidade, mas as ações. As ações parecem dizer do tempo

agido, tomam para si o poder de nos situar em momentos da vida: tempo do plantar, colher, e apontam para uma simbiose com a atualidade, distendendo o tempo.

A maior parte da literatura, que discute a questão das terras indígenas, traz esse aspecto da terra dentro de uma visão histórica, que desemboca, como consequência, na violação dos direitos. O contato com textos e com os Potyguara possibilitou perceber que, ao falar de terra, fala-se, também, de vida e saúde indígena.

A saúde dos Potyguara diz dos seus antepassados e do seu presente, abrange o conhecimento das ervas do mato, dos lugares sagrados, do sistema formal de saúde, do trabalho do pajé, dos curadores, das rezadeiras, mezinheiras e das parteiras, além do seu contato com Deus, Tupã, Mãe Terra, Encantados, Espíritos da Mata.

A representação do sagrado faz-se, especialmente, a partir do catolicismo. Os Potyguara são devotos de santos e comemoram datas cristãs. Nas aldeias, há templos católicos, embora coexistam outras vertentes, como evangélicas e de cultos afro-brasileiros, que se entrelaçam aos rituais indígenas. Elementos cristãos estão presentes nas rezas dos pajés, nas canções dos rituais, nos altares das casas, nas comemorações de nascimento, no batismo e no matrimônio indígena.

Embora se tenha a presença de elementos do cristianismo, há pluralidades nos modos de cuidar da sua espiritualidade, tornando possível que os povos indígenas criem rasgos e novos territórios existenciais.

As rezas são percebidas como ciências, saberes e artes, que parecem vir de diferentes lugares (terreiros, catolicismo, terras indígenas), da sabedoria dos mais velhos, da natureza, de Tupã, de Deus, e que se tornam mestiças. As rezas são pontes que combinam línguas (tupi, português) para evitar os entupimentos por um único linguajar e por uma única religião. São práticas presentes no cotidiano e movimentadas através da oralidade, configurando-se em saberes relacionais com

a natureza, com os espíritos. Um dos portais de conexão com o sagrado, que coabita com as pinturas corporais e danças.

A força que vem das matas é trazida pelas rezas tanto de homens como de mulheres e transmitida através de vários corpos (canções, danças, plantas, perfume, água, sal, óleo). Quando a pessoa adoece espiritualmente, é privilegiada a ação de benzê-la com ramos, molho de algumas plantas, justamente com a recitação de preces.

As benzedoras são ditas como aquelas pessoas que benzem com rezas e uso de ramos, verbalizando orações e cuidando de ‘casos mais simples’ (expressão mencionada pelos Potyguara), como quebranto e vento caído. Já o rezador pode se utilizar de sal ou água, vassourinha, peão-roxo, arruda e tratam de ‘doenças mais complicadas’ (doenças de mulher, quizema, vermelha, também conhecida como entrosado, e espinhela caída). Para alguns curadores Potyguara, a cura dessas doenças mais complexas é realizada por 9 rezadores. Segundo outros curadores, um rezador forte pode curar esses problemas.

Um rezador forte é aquele que ‘sabe da mão direita’. Essa questão traz lembranças dos caminhos da mão direita e da esquerda presentes na tradição esotérica, mas também leva-nos a perceber uma lógica de saber corpórea. Um saber-poder do corpo em suas relações com a natureza, com os espíritos da floresta.

As rezas precisam ser realizadas 3 vezes em dias consecutivos ou alternados, sendo, nesse caso, a sexta-feira um dia abençoado e muito forte. Para o Pajé, no caso de arca caída, é importante rezar 9 vezes durante 9 dias e passar 7 dias de descanso sem carregar peso.

O ‘saber da mão direita’ é um poder passado por Deus, pai tupã, outros curandeiros, e as rezas são aprendidas com os pais, mães ou com outros do grupo, e envolvem empenhos, um processo contínuo de relação com os espíritos, com a natureza e com a comunidade. Não basta aprender as rezas. Muitas vezes, o ‘tornar-se curandeiro’ não é uma escolha feita, e implica sofrimento para descobrir que se foi escolhido.

Estar na presença da pessoa é importante para a cura, porém, quando alguém nas redondezas sofre de alguma enfermidade, mas não pode ir ao encontro do rezador, são realizadas preces à distância. Acontece de haver rezas por telefone ou utilizando-se da roupa do enfermo. A presença que os rezadores dizem ser importante é a da fé, e a melhora vai depender da força do rezador ‘e’ da crença da pessoa que quer ser curada.

Apesar de alguns discriminarem curandeiros iniciados em terreiros, no geral, não há medo nem vergonha em se autodeclararem ‘desenvolvidos em linhas de caboclo’ ou de ‘colocar cartomante’.

Para alguns rezadores, não se pode ensinar as rezas, pois eles enfraquecem. As rezas possuem mistérios. Um deles é que não se pode rezar em quem tem uma ‘natureza mais forte’. As rezas são buscadas pelos Potyguara e também por outros indígenas e pelos brancos. As rezas não se destinam só às pessoas, mas aos animais, plantaço, objetos.

Os rezadores dizem que não aceitam pagamento por essa ação, pois receberam gratuitamente um dom. Uma das rezadeiras fala que o pagamento é ver a pessoa boa. Porém, algumas pessoas oferecem ‘agrados’, que podem ser animais, alimentos ou algo mais como gesto de gratidão.

Os encontros com as lideranças indígenas presentearam, certo dia, o grupo de pesquisa ‘Cultura, Saberes e Práticas de Saúde’ com o caso de uma senhora de 52 anos da comunidade Potyguara, que era visitada todo mês pela equipe de saúde.

*Em todas as visitas, era medida a pressão, e estava alta, ela tomava remédio, mas comia tudo que não era para comer. Ela não tinha filhos, não tinha problemas familiares, era casada com um primo. Os pais dela já tinha morrido. Ajudava a comunidade lavando roupa longe e criava os filhos que as mães abandonava. Era madrinha de muitas mulheres, e todos os meninos tomava a benção. Todos tinham uma admiração por ela, e ela tinha carinho por todos e com tudo que existia: plantas, animais,*

*e tudo para ela estava bom. Por isso, a gente diz que ela morreu sadia, porque vivia bem com todos.*

E continuam:

*Tem a questão de morrer sadia. As pessoas acham difícil entender isso aí, mas para nós é a coisa mais fácil do mundo. Para a família dela, ela morreu sadia, porque tinha compromisso com a comunidade. É um sadio de consciência. Mesmo que seja tuberculoso, tenha câncer, e, se vive bem com a comunidade, mesmo morrendo, diz que a pessoa morreu de véi. Não diz a doença, porque a pessoa cumpriu com o compromisso dela. Claro que tem doenças que nós não trouxemos, veio de fora, e que têm que tratar. Eu vou morrer sadia! Vou dar um exemplo de doente: aquele que atrapalha o bem-estar da comunidade.*

O caso da senhora Potyguara fala de uma saúde não medicalizada que está na intensidade e na qualidade da vida em relação. Desse modo, a saúde diz de um exercício de força, de interação com o mundo, modos de sensibilidade e de relação com o outro. A ideia de morrer sadia dissocia-se da ausência de doença e mostra laços entre se sentir saudável e estar adoecida. A pressão alta não chega a ser apreendida como doença, mas como atributo da senhora, uma propriedade daquele corpo nas suas relações com a vida. É um par vida e morte, e não uma dicotomia saúde e doença.

A saúde Potyguara é um convite a trabalhar artisticamente com o sofrimento. Não se trata de ocultá-lo, mas libertá-lo. Libertação da dor pelas rezas, pelos rituais, intensificando as forças de vida. É uma saúde como afirmação de uma inseparabilidade das dores que o corpo expressa. O adoecimento é uma experimentação do corpo e da vida. A produção de vida Potyguara vê no sofrimento a vivência dos corpos que se afetam, agenciam-se, diferenciam-se nos encontros.

Os Potyguara conseguem transitar por diferentes universos referenciais. Usam o sistema de saúde formal como um dos recursos, não como O recurso, e trazem, do

campo das experimentações, possibilidades de cuidado como produção de vida. Nas aldeias, foram presenciados relatos de casos de hipertensão, diabetes e outros adoecimentos que são encaminhados para os médicos, pois não 'são causa de reza'.

Antes de procurar os serviços médicos, a maioria dos Potyguara costuma buscar os que 'sabem da mão direita'. Às vezes, pode acontecer o inverso. Procuram os médicos e, quando percebem que os remédios não curam, recorrem aos rezadores das aldeias. Mesmo que saibam que para os problemas espirituais são necessárias as rezas, esse saber não implica a diminuição da importância das práticas em saúde do sistema formal.

Percebe-se, também, a incorporação na vida indígena de conceitos não indígenas de identificação e tratamento das doenças, atacando a lógica da propriedade dos saberes. A articulação e utilização desses dois sistemas estão presentes, e a ideia de incompatibilidade é substituída por uma de aumento da força pela vizinhança entre os diferentes saberes.

## Discussão

Em 1999, foi instituído o Sasi no Brasil, oportunizando de maneira diferenciada a implantação de uma política de saúde indígena que se contrapõe a um modelo de atenção à saúde campanhista, higienista e emergencial. A PNASP<sup>8</sup> aponta a necessidade de estrutura forte de financiamento, fomento da participação dos indígenas no controle social e investimento na qualificação dos profissionais para gerirem e executarem as ações de saúde.

A PNASP possibilitou acesso dos povos indígenas às ações de saúde antes ínvias, como cobertura do esquema vacinal completo, acompanhamento nutricional para crianças menores de cinco anos, redução da incidência de tuberculose, diminuição da taxa de mortalidade infantil, ampliação das consultas de pré-natal e de acompanhamento odontológico. No entanto, a mortalidade infantil e as

doenças transmissíveis ainda apresentam maiores índices entre os povos tradicionais que na população em geral<sup>9</sup>.

O Nordeste é a segunda região que apresenta maior população indígena autodeclarada e conta com a maioria dos indígenas residindo em áreas urbanas e vivenciando problemas específicos desses espaços, como doenças crônicas não transmissíveis, uso abusivo de substâncias psicoativas e pressões para terem suas terras expropriadas<sup>10</sup>.

De acordo com Martins<sup>11</sup>, apesar do incremento de recursos no processo de implantação do Sasi, alguns problemas, como duplicidade de fontes, fragilidades na alocação, nos critérios equitativos e na transparência nos processos de aplicação, monitoramento e avaliação, tornaram-se presentes e não foram enfrentados pelas instâncias responsáveis.

Segundo Mendes, Leite, Langdon, Grisotti<sup>12</sup>, a Constituição de 1988 colocou os indígenas em uma posição de cidadania e priorizou uma atenção diferenciada à saúde, enquanto a PNASPI elencou a importância da participação dos indígenas no exercício do Controle Social, através dos conselhos de saúde. Porém, percebe-se que nesses espaços regulados pelo Estado, a participação dá-se de forma estruturada, pela qual os participantes submetem-se à lógica da representatividade, que não condiz com muitos dos modos de organizações políticas indígenas.

As fragilidades na atuação dos profissionais de saúde, quando apontadas, são vistas como decorrentes da formação, que não trata das especificidades étnicas, dos sistemas de adoecimento e de cura<sup>13-15</sup>, e não como efeitos da colonização e racialização dos corpos dos trabalhadores. É perceptível, em alguns escritos, uma postura de denúncia às políticas e às práticas dos profissionais de saúde, mas a partir de uma postura normativa e sem a problematização das condições e forças que levam as pessoas a adotarem determinadas atitudes.

A literatura acadêmica, com sua concepção de saúde, apresenta-se muitas vezes mutilada de questões que dizem respeito à vida nas aldeias indígenas. Desde seu entendimento

como ausência de doença, bem-estar, até direito humano, exprime que saúde é não ser doente, não estar doente, ou ter acesso a direitos humanos, ou seja, produções de um estado de coisa e de um modelo moderno colonial de vida no qual se amparam as ideias de 'homem saudável' e 'cidadão' balizadas pela noção de 'unidade'.

As questões do direito e da cidadania, que são apresentadas como instaurando uma novidade e uma ampliação no conceito de Saúde, retornam para o sujeito como instância dotada de direitos e deveres, ou seja, estados de coisa que desconsideram os processos de vida indígena com suas singularidades.

O reconhecimento pela PNASP das riquezas e diversidade terapêutica dos modos de saúde indígena pode possibilitar enriquecimento nas maneiras de se produzir saúde.

## Considerações finais

A saúde Potyguara vai se construindo como efeito das forças em relações que se estabelecem entre eles e a terra, o adoecer, o mundo, a natureza e a cosmologia.

Os modos de viver a saúde dos Potyguara dizem de questões inseparáveis da terra, de ações que expressam relações de experimentações, expandindo a vida e deslocando-a por perspectivas e construções de sentidos que possuem forças para deslocar nossa maneira de perceber a saúde indígena.

Os modos de vida dos Potyguara que dizem sobre saúde são produzidos nos acontecimentos e indicam a criação de diversos conceitos que envolvem a vida com diferentes tempos, espaços e componentes orgânicos, inorgânicos, anorgânicos: terra, floresta, espíritos, rezas.

Falar em saúde para os indígenas é cuidar da comunidade, é lutar por terras e suas retomadas. A Saúde Potyguara traz uma composição de encontros de diversas ordens. Diante desse quadro, quais projetos se esboçam? Resta apostar na pluralidade de olhares possíveis em uma sociedade democrática que questionem as



iniquidades em saúde e as relações de subordinação, desencadeando novas ações políticas, éticas e estéticas.

A RSB e o SUS não foram criados pelo Estado, por governos ou partidos, mas representam uma conquista do povo. Portanto, destaca-se a necessidade de recuperar o Projeto da Reforma como uma proposta de reforma social centrada na democratização da saúde,

cujo caminho se orienta pela constituição de sujeitos coletivos para a descolonização dos espaços de saúde.

## Colaboradores

Sousa MLT (0000-0002-2332-8821)\* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Fleury S. Retomar o debate sobre a Reforma Sanitária para avançar o Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev. adm. Empres.* [internet]. 2009 [acesso em 2019 abr 1]; 49(4):472-480. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75902009000400010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902009000400010).
2. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador; Rio de Janeiro: EDUFBA; FIOCRUZ; 2008.
3. Paim JS. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. *Saúde debate* [internet]. 2009 [acesso em 2019 abr 1]; 33(81):27-37. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5978/1/Paim%20JS%202009.%20Artigo2.pdf>.
4. Garnelo L. Política de Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: Análise Situacional do Período de 1990 a 2004. Porto Velho [internet]. 2004 [acesso em 2015 set 16]; (9):1-29. Disponível em: <http://www.cesir.unir.br/pdfs/doc9.pdf>.
5. Rigotto RM, Braga LQV. Indígenas Tremembé e trabalho escravo na monocultura do coco: relatório de um estudo sobre o conflito e as suas repercussões na saúde. *E-cadernos CES* [internet]. 2013 [acesso em 2016 mar 3]; (17):194-204. Disponível em: <https://eces.revues.org/1164>.
6. Vasconcelos DP, Rigotto RM. Conflito Ambiental no território indígena Tapuya Kariri e suas implicações à saúde [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2014. 162 p.
7. Lima CL. Trajetórias entre contexto e mediações:

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- a construção da etnicidade Potiguar da Serra das Matas [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2007. 160 p.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas. Brasília, DF: MS, 2002.
  9. Brasil. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. Vigilância em saúde indígena: dados e indicadores selecionados 2010. Brasília, DF: Funasa; 2010.
  10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: características gerais dos indígenas: resultados do universo [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. [acesso em 2019 dez 16]. Disponível em: <http://bit.ly/2InEG2J>.
  11. Martins AL. Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
  12. Mendes AM, Leite MS, Langdon EJ, et al. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Rev. Panam Salud Pública* [internet]. 2018 [acesso em 2019 dez 16]; 42:1-6. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e184/pt>.
  13. Diehl EE, Pellegrini MA. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para a atuação em contextos interculturais. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2014 [acesso 2020 jan 14]; 30(4):867-74. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00030014>.
  14. Silva BC. Profissionais de saúde em contexto indígena: os desafios para uma atuação intercultural e dialógica. *Antropos* [internet]. 2013 [acesso em 2020 jan 14]; 5(6):3-36. Disponível em: <http://revista.antropos.com.br/downloads/dez2013/Artigo-1-Profissionais-de-saude-em-contexto-indigena-Cleonice-Barbosa-da-Silva.pdf>.
  15. Garnelo L, Rocha E, Peiter P, et al. Formação técnica de agente comunitário indígena de saúde: uma experiência em construção no Rio Negro. *Trab. Educ. Saúde* [internet]. 2009 [acesso em 2020 jan 14]; 7(2):373-85. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/curso\\_EPSJV.pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/curso_EPSJV.pdf).

---

Recebido em 30/04/2019  
Aprovado em 21/01/2020  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve