

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

RITA DE CASSIA CORDEIRO DE OLIVEIRA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A SITUAÇÃO DE VIDA, SAÚDE
E DOENÇA NA CONCEPÇÃO INDÍGENA POTIGUARA**

**JOÃO PESSOA-PB
2009**

RITA DE CASSIA CORDEIRO DE OLIVEIRA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A SITUAÇÃO DE VIDA, SAÚDE
E DOENÇA NA CONCEPÇÃO INDÍGENA POTIGUARA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba – Campus I, vinculada à área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde, inserida na linha Epidemiologia e Saúde, em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

ORIENTADORES: Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna (UFPB)
Prof^a. Dr^a. Antonia Oliveira Silva (UFPB)

**JOÃO PESSOA-PB
2009**

048r Oliveira, Rita de Cassia Cordeiro de.
Representações sociais sobre situação de vida, saúde e doença
na concepção indígena Potiguara/Rita de Cassia Cordeiro de
Oliveira. – João Pessoa, 2009.
133p. : il.

Orientadores: Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna e Antonia
Oliveira Silva

Dissertação (mestrado) – UFPB/CCS

1. População Indígena. 2. Representações Sociais. 3.
População indígena Potiguara – saúde. 4. População
indígena Potiguara – Cultura.

UFPB/BC

CDU: 314(=1-82)(043)

RITA DE CASSIA CORDEIRO DE OLIVEIRA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A SITUAÇÃO DE VIDA, SAÚDE
E DOENÇA NA CONCEPÇÃO INDÍGENA POTIGUARA**

Aprovada em 17 de fevereiro de 2009.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna
Orientador (Universidade Federal da Paraíba)

Prof^a. Dr^a. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira
Membro (Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia)

Prof^a. Dr^a. Maria do Socorro Costa Feitosa Alves
Membro (Universidade Federal do Rio Grande do Norte)

Prof^a Dr^a. Wilma Dias de Fontes
Membro (Universidade Federal da Paraíba)

*Aos meus filhos, Beatriz e André e ao meu
esposo, Tadeu que estiveram ao meu lado
apoíando e incentivando na busca de novos
conhecimentos.*

AGRADECIMENTOS

A DEUS.

Ao Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna, professor e orientador, pela orientação desempenhada com paciência e dedicação.

A Prof^a. Dr^a. Antonia Oliveira Silva, professora, orientadora e coordenadora do Curso, pela orientação e contribuição relevantes a execução deste trabalho.

Aos ÍNDIOS POTIGUARA, atores principais deste trabalho, que participaram com atenção e carinho nesta pesquisa.

Ao Conselho Distrital de Saúde Indígena/CONDISI Potiguara através dos presidentes e líderes o Sr. José da Silva Bernardo e o Sr. Manoel Eufrásio da Silva, pela permissão concedida a esta pesquisadora para a realização desta pesquisa nas Terras Indígenas Potiguara.

Ao Cacique Geral, Antonio Pessoa Gomes - Índio Caboquinho - pela colaboração e permissão concedida para a realização do trabalho de campo nas terras Indígenas Potiguara.

Aos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) da Aldeia São Francisco, Mirian e Nivaldo, e ao Auxiliar de Enfermagem Ivonaldo pela grandiosa contribuição para a realização das entrevistas na aldeia.

Ao chefe do DSEI Potiguara e liderança indígena o Sr. Robson Cassiano Soares pela colaboração e compreensão dispensada durante a realização deste trabalho.

Ao Coordenador do Pólo-Base de Baía da Traição e liderança indígena o Sr. Irenildo Cassiano Gomes, pelo apoio concedido para execução do trabalho de campo na aldeia São Francisco.

A Coordenadora Técnica do DSEI Potiguara, a Enfermeira Ana Teresa Lacerda pela compreensão concedida durante o período de finalização deste trabalho.

Aos colegas e servidores da FUNASA/CORE/PB, em especial as colegas de trabalho no DSEI Potiguara que direta ou indiretamente prestaram importantes contribuições a este trabalho.

A Prof^a. Dr^a. Maria José Cariri Benigno, pela amizade e colaboração concedida em vários momentos desta caminhada no mestrado.

A Prof^a. Dr^a. Wilma Dias de Fontes, vice-coordenadora do curso, pelo apoio concedido com carinho e atenção durante toda a trajetória do curso.

A Prof^a. Dr^a. Maria Adelaide S. Paredes Moreira, pela valiosa contribuição durante a execução final deste trabalho.

Ao Prof. Dr. César Cavalcanti da Silva, pelo apoio e esclarecimentos nos momentos de dificuldades durante a execução deste trabalho.

A Prof^a. Dr^a. Maria do Socorro Costa Feitosa Alves, pela orientação durante a execução final deste trabalho.

Aos servidores da UFPB as Sr^{as} Luzinete, Luciene e Darcí e o Sr Ivan, pelo atendimento prestado durante o curso.

"A sabedoria é uma construção sólida e única, na qual cada parte tem seu lugar e deixa sua marca."

Michel de Montaigne

RESUMO

OLIVEIRA, R.C.C. **Representações sociais sobre a situação de vida, saúde e doença na concepção indígena Potiguara.** João Pessoa/PB/BRASIL, 2009. 133p. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Centro de Ciências da Saúde/ Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Compreender como os índios Potiguara representam suas práticas sobre saúde e doença exige uma reflexão histórica sobre o ambiente político, social, cultural e econômico em que eles estão inseridos, haja vista que suas práticas, idéias e crenças são distintas em virtude de sua diversidade sociocultural existente. Esta pesquisa teve como objetivos: averiguar sobre a situação de vida, saúde e doença na concepção dos índios Potiguara, salientando as representações sociais interfaceadas aos aspectos epidemiológicos; identificar o perfil socioeconômico, cultural e epidemiológico dos índios participantes deste estudo; apreender representações sociais sobre saúde e doença na concepção dos índios Potiguara; verificar aspectos psico-socio-econômicos e culturais a partir das representações sociais sobre saúde e doença e evidenciar as práticas adotadas pelos índios Potiguara frente à doença. Trata-se de uma pesquisa exploratória, documental, com abordagem quanti-qualitativa, tendo como aporte a Teoria das Representações Sociais. A unidade amostral foi definida como sendo o núcleo familiar de acordo com o cadastro do SIASI, sendo identificado 01 membro por família. Foram realizadas 55 entrevistas com índios da aldeia São Francisco/Baía da Traição/PB através de uma demanda por acessibilidade no local de trabalho, estudos e residências dos índios. Foi utilizado gravador de voz para registro das informações após o devido esclarecimento feito pela pesquisadora com leitura e entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O *corpus* foi submetido à análise através dos *softwares*: SPSS e ALCESTE, dos quais emergiram as seguintes dimensões centrais: aspectos socioeconômicos, culturais e epidemiológicos; representações sociais sobre saúde e doença (descrições sobre a doença, contextos de saúde, práticas de prevenção e cura frente à doença, saúde *versus* idade). Os resultados demonstram que os índios Potiguara construíram representações sociais para a saúde e doença, vinculadas às necessidades básicas como alimentação, acesso aos serviços de saúde, ocupação, trabalho, lazer, moradia e transporte. Através das representações sociais identificaram ser a saúde e doença integrantes de um mesmo processo composto de fatores econômicos, culturais e sociais. A dimensão das representações sociais se dá no momento em que eles atribuem conceitos do que é *ser ou estar doente* ou o que é *ser ou estar saudável*. No campo da saúde pública, evidencia-se a relevância deste estudo uma vez que as representações sociais podem proporcionar fundamentos teóricos contextualizados socialmente para elaboração e avaliação de estratégias e ou programas adotados pelas instituições responsáveis pela saúde dos índios no Brasil.

Palavras-chaves: População indígena. Enfermagem. Representações sociais. Processo saúde/doença.

ABSTRACT

OLIVEIRA, R.C.C. **Social representations about the conditions of life, health and disease according to the Potiguara Indians' concept.** João Pessoa/PB/BRAZIL, 2009. 133p. Dissertation for Master's Degree in Nursing. Post-graduation program in Nursing/Centre of Health Sciences/ Federal University of Paraíba (UFPB).

In order to comprehend how the Potiguara Indians represent their practices about health and disease, it is necessary an historic reflection upon the political, social, cultural and economical environment in which they belong to, since their practices, ideas and beliefs are distinct in virtue of their sociocultural diversity. This research aims to verify about conditions of life, health and disease based on Potiguara Indians' concept, highlighting the social representations related to epidemiological aspects; to identify the socioeconomical, cultural and epidemiological profile of the participants in this research; to understand the social representations about health and disease in the Potiguara Indians' concept; to verify psychological, cultural and socio-economical aspects from the social representations about health and disease and to bring to light the practices adopted by the Potiguara Indians in the face of the disease. It is an exploratory documental research with a quanti-qualitative approach. The research is also supported by the Theory of Social Representations. The sample unit was defined as being the nuclear family according to the census of SIASI. Those apt to be interviewed were all Potiguara Indians, in which 1 member corresponds his/her whole family. 55 Potiguara Indians were interviewed in São Francisco (an indigenous settlement) belonged to the municipality of Baía da Traição/PB through demand for accessibility to work, study and residence place of the Potiguara Indians. A voice recorder was used to record the interviews after all the participants had been informed by the Free Informed Term of Consent (FICT). The corpus was analyzed by the softwares SPSS and ALCESTE. After this analysis, the following questions were relevant: socioeconomical, cultural and epidemiological aspects; representations about health and disease (descriptions of diseases, contexts of health, prevention and healing of diseases, health versus age). The results demonstrate that the Potiguara Indians established social representations about health and disease linked to nourishment, accessibility to health service, occupation, employment, leisure time, habitation, and means of transport. The Potiguara Indians identified health and disease as being components of an economical, cultural and social process. This social representation happens while they attribute concepts of what is to be sick or to be healthy. This research made possible a broader comprehension about the conditions of health according to Potiguara Indians. Regarding the field of public health, this research becomes important since the social representations may provide theoretical foundations socially contextualized to elaborate and to evaluate strategies and programs adopted by the responsible institutions for the health of Brazilian Indians.

Key-words: Indigenous population. Social representations. Nursing. Health/disease process.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Caracterização sócio-demográfica dos sujeitos participantes do estudo, aldeia São Francisco, 2008.....	61
TABELA 2	Distribuição dos dados referentes à ocupação, fonte de renda e benefícios recebidos através dos Programas de Governo pelos participantes do estudo.....	63
TABELA 3	Caracterização socioeconômica das famílias participantes do estudo como usuárias dos Programas Bolsa Família e Cesta Básica.....	64
TABELA 4	Distribuição de freqüência sobre o destino do lixo, existência de banheiro, sobre o uso, qualidade e tratamento da água utilizada na aldeia São Francisco, Baía da Traição/PB, 2008.....	66
TABELA 5	Freqüência da visita domiciliar realizada pelo Agente Indígena de Saúde (AIS) na aldeia São Francisco, segundo os participantes deste estudo.....	67
TABELA 6	Conhecimento e participação sobre o Conselho Local e Distrital de Saúde Indígena/CONDISI dos participantes do estudo.....	68
TABELA 7	Distribuição de freqüência pelo uso de bebida alcoólica e pelo fumo dos participantes do estudo.....	69
TABELA 8	Distribuição dos problemas de saúde ocorrido no último ano com os participantes do estudo e com seus familiares.....	71
TABELA 9	Distribuição do número de consultas médicas realizadas de acordo com as doenças do aparelho circulatório (hipertensão) e endócrino (diabetes) no período de 2004 a 2007, no DSEI Potiguara/PB, 2008.....	72
TABELA 10	Distribuição de freqüência das doenças infecciosas e parasitárias prevalentes segundo os atendimentos médicos realizados com a população indígena Potiguara, no período de 2004 a 2007. DSEI Potiguara/PB, 2008.....	73
TABELA 11	Freqüência de casos de DST atendidos pela equipe de saúde nas aldeias Potiguara no período de 2004 a 2007, DSEI Potiguara/PB, 2008.....	75
TABELA 12	Distribuição do nº casos de HIV e aids dos índios da etnia Potiguara, no período de 1998 a 2008, DSEI Potiguara/PB, 2008.....	76

TABELA 13	Distribuição de casos por tuberculose por faixa etária na população indígena, no período de 2003 a 2006, Brasil, 2007.....	78
TABELA 14	Incidência de tuberculose por 100 mil habitantes, na população indígena no período de 2000 a 2005, Brasil, 2006.....	79
TABELA 15	Distribuição da frequência sobre os óbitos ocorridos nos últimos cinco (5) anos no núcleo familiar dos participantes do estudo.....	80
TABELA 16	Distribuição de óbitos por tuberculose por faixa etária, na população indígena, no período 2003 a 2006, Brasil, 2006.....	82
TABELA 17	Distribuição da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) em menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos, na etnia Potiguara no período de 2003 a 2007, DSEI Potiguara/PB, 2008.....	83

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Estrutura Organizacional do Distrito Sanitário Especial Indígena/DSEI	25
FIGURA 2	Mapa de localização dos DSEIs no Brasil	26
FIGURA 3	Estrutura Temática das Classes	86

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Distribuição das aldeias segundo as Terras Indígenas Potiguara.	39
QUADRO 2	Representação do produto da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) das classes.....	85
QUADRO 3	Concepções emitidas pelos participantes do estudo sobre condições de vida na aldeia São Francisco/Baia da Traição, 2008.....	94
QUADRO 4	Plantas medicinais citadas pelos participantes do estudo, aldeia São Francisco, Baia da Traição/PB, 2008.....	99

LISTA DE SIGLAS

- ACD** – Auxiliar de Consultório Dentário
- AIS** – Agente Indígena de Saúde
- AISAN** – Agente Indígena de Saneamento
- ALCESTE** – Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto
- APOINME** - Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo
- AVC** – Acidente Vascular Cerebral
- CAPOIB** - Conselho de Articulação dos Povos Indígenas no Brasil
- CCS** – Centro de Ciências da Saúde
- CEFET** – Centro Federal de Tecnologia
- CEP** – Comitê de Ética e Pesquisa
- CHD** – Classificação Hierárquica Descendente
- CID** – Código Internacional de Doenças
- CIMI** - Comissão Indigenista Missionária
- CISI** – Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
- CNPq** - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- CNS** – Conferência Nacional de Saúde
- CNSI** – Conferência Nacional de Saúde Indígena
- CNPSI** - Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio
- CNSPI** – Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas
- COMOA** – Coordenação de Monitoramento das Ações e Serviços
- CONDISI** – Conselho Distrital de Saúde Indígena
- CONEP** – Comissão Nacional de Ética e Pesquisa
- CORE** – Coordenação Regional
- CTRT** – Companhia de Tecidos de Rio Tinto
- DATASUS** – Departamento de Informática do SUS
- DESAI** – Departamento de Saúde Indígena
- DSEI** – Distrito Sanitário Especial Indígena
- DST** – Doença Sexualmente Transmissível
- EMSI** – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
- EVS** – Equipe Volante de Saúde

FAC – Fundação de Ação Comunitária
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FUNAI – Fundação Nacional do Índio
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
GPC – Gerenciamento de Prestação de Contas
HCF – Hospital Clementino Fraga
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HULW – Hospital Universitário Lauro Wanderley
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social
MS – Ministério da Saúde
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OJIP – Organização de Jovens Indígena Potiguara
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
OPIP – Organização de Professores Indígena Potiguara
PB - Paraíba
PNASPI – Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica
SIASI – Sistema de Informação de Atenção a Saúde Indígena
SIDC – Secretaria da Identidade e da Diversidade Cultural
SIM – Sistema de Informação e Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIS – Sistema de Informação em Saúde
SISABI – Sistema de Informação de Saneamento em Áreas Indígenas
SISCON – Sistema de Prestação de Contas
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SIVEP – Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SPC – Secretaria de Políticas Culturais
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SPI – Serviço de Proteção ao Índio

SPILTN – Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais

SUSA – Serviço de Unidades Sanitárias Áreas

SUS – Sistema Único de Saúde

TI – Terras Indígenas

TMI – Taxa de Mortalidade Infantil

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UCI – Unidade de Contexto Inicial

UCE – Unidade de Contexto Elementar

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - CONSTRUÇÃO DO OBJETO DO ESTUDO	15
CAPÍTULO II - ABORDAGEM TEÓRICA GERAL	19
2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA, POLÍTICA E CULTURAL DA SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL	20
2.1.1 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA POPULAÇÃO POTIGUARA	47
2.2 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	48
CAPÍTULO III - CONSIDERAÇÕES TEÓRICO METODOLÓGICAS	53
3.1 TIPO DE ESTUDO	54
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO	54
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	56
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	56
3.5 INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS	57
3.6 TRATAMENTO DOS DADOS COLETADOS	57
3.6.1 PROGRAMA INFORMÁTICO ALCESTE	58
CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	60
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO	61
4.1.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS: DADOS SOBRE A MORBIMORTALIDADE	70
4.2 CAMPOS SEMÂNTICOS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SAÚDE E DOENÇA	84
4.2.1 AS CLASSES E SUAS DESCRIÇÕES	85
4.2.1.1 CLASSE 1– DESCRIÇÕES SOBRE A DOENÇA	87
4.2.1.2 CLASSE 2 – CONTEXTOS DE SAÚDE	92
4.2.1.3 CLASSE 3 – PRÁTICAS DE PREVENÇÃO E CURA FRENTE À DOENÇA	98
4.2.1.4 CLASSE 4 – SAÚDE <i>VERSUS</i> IDADE	104
4.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS	112
APÊNDICES	122
APÊNDICE A - Roteiro preliminar de entrevista	123
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	125
APÊNDICE C - Solicitação de autorização as lideranças indígenas Potiguara	126
ANEXOS	127
ANEXO A - Declaração do CONDISI Potiguara/PB	128
ANEXO B - Declaração de autorização das lideranças indígenas Potiguara	129
ANEXO C - Parecer do CONEP N° 434/2008	130
ANEXO D - Certidão do CEP/HULW	133

CAPÍTULO I
CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

A atenção à saúde da população indígena brasileira é uma importante questão que vem sendo debatida desde a década de 1980 em virtude das demandas do movimento no país pela Reforma Sanitária. A Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde (ALMA-ATA, 1978) reafirma a Declaração da Organização Mundial de Saúde (OMS) de que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade. Enfatiza, ainda que a saúde é um direito humano fundamental e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, considerando questões de ordem socioeconômico e cultural que estão ligadas diretamente sobre o estado de saúde e doença da população.

Em referência as populações indígenas, estas declarações se aplicam as atuais condições de vida desta população, pois questões relacionadas a sua saúde estão sendo conectadas a contextos culturais específicos, haja vista a necessidade de compreender a forma de concepção e representação da saúde e doença dessas populações.

A situação de saúde da população indígena no Brasil apresenta condições distintas com a ocorrência de transformações decorrentes dos fenômenos sociais, econômicos, históricos e ambientais vinculados à estabilização e manifestação de forças demográficas e econômicas da população, em diversas regiões do país. (COIMBRA JR.; SANTOS; ESCOBAR, 2003).

O estudo destas transformações é de grande relevância para o conhecimento dos determinantes do processo saúde e doença nestas comunidades. Entretanto, existem limitações e dificuldades para o desenvolvimento destes estudos em virtude de informações precárias, na maioria das vezes, indisponíveis para diagnóstico e avaliação da situação de saúde das comunidades indígenas.

No caso em especial dos índios Potiguara que vivem na Paraíba, estes apresentam condições de saúde semelhantes, com peculiaridades e mudanças dos demais povos indígenas com alterações no seu perfil epidemiológico e demográfico. No tocante as doenças e agravos presentes na população Potiguara, cita-se dentre as doenças infecciosas e parasitárias existentes: a tuberculose, a hanseníase, as hepatites virais, a esquistossomose, a amebíase, e as doenças diarreicas agudas. A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) também é um agravo ameaçador. Há um crescente número de indígenas contaminados pelo HIV – envolvendo homens, mulheres e idosos, aldeados ou não. A existência deste agravo na etnia Potiguara se deve principalmente: ao movimento turístico constante nas aldeias, a presença de núcleos pesqueiros nos municípios próximos as aldeias e a migração dos indígenas para centros urbanos (FUNASA, 2007b).

Em relação as doenças crônicas não transmissíveis se observa: a obesidade, a hipertensão arterial e o diabetes. Quanto aos agravos, verificam-se o uso do álcool e das drogas principalmente entre os jovens, casos de depressão e epilepsia, em uso contínuo de medicação psicotrópico (DSEI Potiguara, 2006).

Para discutir esta situação de saúde dos índios Potiguara, faz-se necessário ir além dos fatores epidemiológicos determinantes, pois é preciso estar atento à diversidade social existente e aos fatores culturais e ambientais que estão influenciando suas condições de saúde.

Neste contexto, observam-se também lacunas no que diz respeito a instrumentos direcionados para a identificação da representação social das práticas dos índios, ou seja, a representação do cotidiano social (valores, práticas) dos índios Potiguara. O reconhecimento da diversidade social e cultural desta população e o respeito aos seus modos tradicionais de saúde são questões imprescindíveis para profissionais e pesquisadores que atuam na saúde indígena.

O interesse pela questão da atenção à saúde dos povos Potiguara surgiu a partir da minha experiência como Enfermeira servidora da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), atuante no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Potiguara, observando na prática de trabalho que as diferenças culturais entre os índios e não índios nos serviços apresentam fragilidades, gerando conflitos e dificuldades no momento em que prestam assistência a esta população.

Desta forma, chama-se atenção para o fato de que a melhoria da situação de saúde destes povos não ocorrerá pela simples transmissão para eles de conhecimentos e tecnologias da biomedicina, ou seja, considerando-os apenas, como receptores passivos, destituídos de saberes, habilidades e práticas ligadas ao processo saúde e doença de seus antepassados.

Athias e Machado (2001, p.429) afirmam que a concepção de saúde e doença existentes entre os povos indígenas interfere no “modelo de assistência já preconizado, e os profissionais de saúde, pela falta de conhecimento mais aprofundado dessas concepções, encontram dificuldades em adaptar tais modelos, provocando assim dificuldades na organização dos serviços”.

Diante desta constatação e considerando também as Diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) que se baseiam no princípio de respeito às concepções, valores e práticas relativa ao processo saúde e doença próprios a cada sociedade indígena, senti a necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre a temática em foco tendo como aporte a Teoria das Representações Sociais.

Compreender como os índios Potiguara representam suas práticas sobre saúde e doença exige uma reflexão histórica sobre o ambiente político, social, cultural e econômico em que eles estão inseridos. É a partir desta reflexão, que a Teoria das Representações Sociais traz subsídios para abordagem desta temática, explicando os significados atribuídos pelos índios Potiguara sobre saúde e doença, haja vista, que os seus hábitos e costumes são distintos em virtude de sua diversidade sociocultural.

Mediante tais considerações, busquei realizar este estudo com base nas seguintes questões: qual a situação de vida, saúde e doença na concepção dos índios Potiguara? Quais as representações sociais sobre saúde e doença na concepção dos índios Potiguara? Quais são os aspectos psico-socio-econômicos e culturais apreendidos a partir das representações sociais sobre saúde e doença? Quais as práticas adotadas pelos índios Potiguara frente à doença?

Assim sendo, para responder tais questionamentos, este estudo tem como objetivos:

Geral:

- ☞ Averiguar a situação de vida, saúde e doença na concepção dos índios Potiguara, salientando as representações sociais interfaceadas aos aspectos epidemiológicos.

Específicos:

- ☞ Identificar o perfil socioeconômico, cultural e epidemiológico dos índios Potiguara participantes do estudo;
- ☞ Apreender representações sociais sobre saúde e doença na concepção dos índios Potiguara;
- ☞ Verificar aspectos psico-socio-econômicos e culturais a partir das representações sociais sobre saúde e doença;
- ☞ Evidenciar as práticas adotadas pelos índios Potiguara frente à doença.

A relevância desta temática centra-se no contexto social e científico-acadêmico enquanto produção de conhecimento que procura evidenciar formas de conhecimentos e práticas indígenas, em particular no âmbito da concepção dos índios Potiguara sobre o processo saúde e doença. Preencher uma lacuna no que concerne a viabilização de traçar o perfil demográfico e epidemiológico dos índios Potiguara, oferecendo informações úteis para o fortalecimento e avaliação das ações voltadas para promoção da saúde indígena, o que corrobora no planejamento de estratégias de intervenção para melhoria da situação de vida desta população.

CAPÍTULO II
ABORDAGEM TEÓRICA GERAL

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA, POLÍTICA E CULTURAL DA SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

Estudos apontam que por volta do ano 1500, quando da chegada de Pedro Álvares Cabral à terra hoje conhecida como Brasil, havia nesta época pelos menos 5 milhões de índios. A história do país é testemunha de que a colonização portuguesa ocasionou várias tragédias na vida dos povos indígenas: guerras, doenças, massacres, escravidão e genocídios (LUCIANO-BANIWA, 2006).

O processo de colonização trouxe para os índios brasileiros inúmeros problemas de saúde. As Igrejas, por meio dos missionários, desempenharam o papel de cuidar dos problemas de saúde dos povos indígenas decorrentes desta colonização, além de “catequizar” os índios, não tendo sido formuladas políticas específicas até o século XX. Os índios só entraram na agenda nacional no início do século XX, “quando formulou-se a primeira política nacional voltada para eles, sustentada por doutrina de proteção fraternal ao silvícola, sistematizada, divulgada e colocada em prática pelo engenheiro-militar Cândido Rondon” (MARQUES, 2003, p.22).

Nesta época com a expansão das fronteiras econômicas para o Centro-Oeste, e a construção de ferrovias, foram desencadeadas inúmeras mortes de índios, com altas taxas de mortalidade provocadas por doenças transmissíveis. O movimento político-econômico de expansão, ocorrido historicamente no Brasil, trouxe para os povos indígenas reflexos catastróficos: os povos que habitavam a costa leste, na maioria falante de línguas do tronco tupi, foram dizimados, dominados ou refugiaram-se nas terras interioranas para evitar o contato (LUCIANO-BANIWA, 2006).

Os Guarani, que hoje vivem em diversos estados do Sul e Sudeste brasileiro, conservaram sua língua e migraram do Oeste em direção ao litoral em anos relativamente recentes; as outras sociedades indígenas que vivem no Nordeste e Sudeste do país perderam seus idiomas e só falam o português, mantendo apenas, em alguns casos, palavras esparsas, utilizadas em rituais e outras expressões culturais (LIMA, 1995).

Em 1910, surgiu o Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPI/ITN). Este serviço estava vinculado ao Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio, tendo como objetivo a proteção dos índios, promovendo o seu enquadramento e suas terras de forma progressiva no sistema produtivo nacional. Neste período, os índios passaram a ser vistos como passíveis de evolução e integração na sociedade nacional por meio

de projetos educacionais e agrícolas. A assistência à sua saúde, no entanto, continuou dispersa e desorganizada. Mesmo após a criação do SPILTN, não conseguiram instituir de forma sistemática, uma assistência devida, restringindo-se apenas a ações emergenciais contidas nos processos de pacificação. Em 1942 o SPILTN sofreu uma reestruturação passando a ser denominado Serviço de Proteção ao Índio (SPI), ainda vinculado ao Ministério da Agricultura. (MARQUES, 2003).

Em 1943, o SPI aumentou suas funções assistenciais e criou um serviço de saúde a fim de atender às demandas dos índios. Apesar do avanço no plano legislativo, durante os anos de 1940 com a aprovação do Decreto-Lei nº 10.652/1942 que enfatizava a preservação, o desenvolvimento e a conservação do patrimônio indígena (terras e recursos naturais de posse dos índios), a assistência prestada aos povos indígenas se manteve quase inalterada. Os índios continuaram a morrer por doenças evitáveis, as terras sendo invadidas e a violência crescendo. A escassez de recursos financeiros, a insuficiência de pessoal capacitado e o reduzido apoio jurídico não permitiram garantir a assistência preconizada pelas diretrizes desse serviço (LIMA, 1995).

Na década de 50, o Ministério da Saúde cria o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), com o objetivo de desenvolver ações básicas de saúde a toda população indígena em áreas de difícil acesso. Essas ações eram principalmente direcionadas para atendimento as doenças transmissíveis, controle da tuberculose, imunização e atendimento odontológico.

Com a extinção do SPI em 1967, e com a criação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), neste mesmo período, a atenção à saúde dos povos indígenas passa a ser de sua responsabilidade, órgão vinculado ao Ministério da Justiça que atuava por meio das Equipes Volantes de Saúde (EVS) formados por médicos, enfermeiros, auxiliares e atendentes de enfermagem. Essa assistência era feita de forma esporádica, não se estabelecendo rotinas de atenção (MARQUES, 2003).

Com a crise financeira do Estado brasileiro na década de 70, a FUNAI apresenta uma série de problemas na organização dos serviços, para atender a saúde de toda população indígena no país, devido à grande diversidade e dispersão geográfica destas comunidades. Apresentava dificuldades relacionadas à capacidade administrativa de recursos financeiros, precariedade na estrutura básica de saúde, ineficiência no planejamento das ações e na organização de um sistema de informação em saúde adequada, ausência de recursos para qualificação dos profissionais para atuarem junto às comunidades atendendo em suas especificidades étnicas e culturais diversas (LIMA, 1995).

Para o Conselho Indigenista Missionário (CIMI, 1999), a FUNAI além de prestar uma assistência insuficiente à saúde indígena, também não oferecia uma atenção integral e preventiva, específica e de qualidade a todos os povos indígenas e que respeitasse sua medicina tradicional. Para esta organização indigenista, a FUNAI durante o regime militar foi omissa no enfrentamento das principais causas das doenças nas comunidades indígenas, ou seja, nada fez quanto à expulsão dos índios ou o seu confinamento em ínfimas porções de terra, expondo-os à violência física e cultural, às invasões de garimpeiros, fazendeiros e madeireiros, à implantação de grandes projetos (hidrelétricas, rodovias) em suas terras.

Foi então a partir da promulgação da Constituição Federal em 1988, que ficou estabelecido o reconhecimento e o respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas assegurando-lhes a capacidade civil plena, tornando ultrapassada a instituição da tutela, definiu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena. Em 1999, a atenção à saúde indígena voltou a fazer parte dos temas importantes da agenda nacional, o que resultou numa série de medidas legais com a finalidade de definir a Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas, agora definitivamente a cargo do Ministério da Saúde (MARQUES, 2003).

Por meio de decreto, o Governo Federal assumiu ser a atenção à saúde indígena dever da União, a ser prestada de acordo com a Constituição e com a Lei nº. 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), objetivando a universalidade, a integralidade e a equanimidade na prestação de serviços de saúde aos povos indígenas. A FUNAI como órgão do Governo brasileiro, estabelece e executa a política Indigenista no Brasil de acordo com a determinação da Constituição de 1988. Cabe a FUNAI demarcar, assegurar e proteger as Terras Indígenas (TI) tradicionalmente ocupadas, promover a educação básica dos índios, incentivarem o desenvolvimento de estudos e levantamentos sobre as comunidades indígenas. Deve ainda fiscalizar as terras, impedindo a invasão de posseiros e quaisquer outros que queiram praticar ações destrutivas dentro dos seus limites os quais representam um risco à vida e a preservação dos povos indígenas (MARQUES, 2003).

A população indígena brasileira está presente em todos os Estados, exceto no Piauí e Rio Grande do Norte, vivendo em 579 terras indígenas que se encontra em diferentes situações de regularização fundiária e ocupam cerca de 12% do território nacional; todavia uma pequena parcela vive em áreas urbanas, geralmente em periferias (BRASIL, 2002).

Atualmente, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2001), a população indígena brasileira é de aproximadamente 700.000 índios. A Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) trabalham com

dados ainda menores: pouco mais de 370.000 índios, pertencentes à cerca de 291 etnias, com aproximadamente 180 línguas identificadas (LUCIANO-BANIWA, 2006). Essa diferença nos dados entre o IBGE, FUNAI e FUNASA, ocorre em função de diferentes métodos utilizados para a obtenção de dados. O IBGE utiliza o método de autodefinição para chegar aos seus números, o que parece ser mais confiável.

Por sua vez, a FUNAI e a FUNASA trabalham apenas com as populações indígenas reconhecidas e registradas por elas. Não contabilizam os índios que atualmente reside nas cidades ou em terras ainda não demarcadas e ou reconhecidas, mas que nem por isso deixam de serem índios. A FUNASA trabalha com os dados do Sistema de Informação de Atenção a Saúde Indígena (SIASI), considerando apenas os índios aldeados e cadastrados neste Sistema.

Para a reestruturação da Atenção à Saúde Indígena, o Ministério da Saúde instituiu através da Portaria de nº. 254, de 31 de janeiro de 2002, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), a qual integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal (BRASIL, 1988) que reconhecem aos Povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais. A implementação da PNASPI requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços, voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania no campo da saúde (BRASIL, 2002a).

O objetivo desta Política é assegurar aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a beneficiar a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior relevância e qualidade entre os brasileiros, certificando a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (BRASIL, 2006a).

Esta Política vem atender às demandas dos índios e as duas Conferências Nacionais de Saúde (CNS) realizadas em 1986 e 1993 especificamente para esses povos. A proposta desta Política foi inicialmente regulamentada pelo Decreto nº. 3.156, de 27 de agosto de 1999, a qual dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Medida Provisória nº. 1.911-8, que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios, onde está incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência da FUNAI para a FUNASA, e pela Lei nº. 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do âmbito do SUS (MARQUES, 2003).

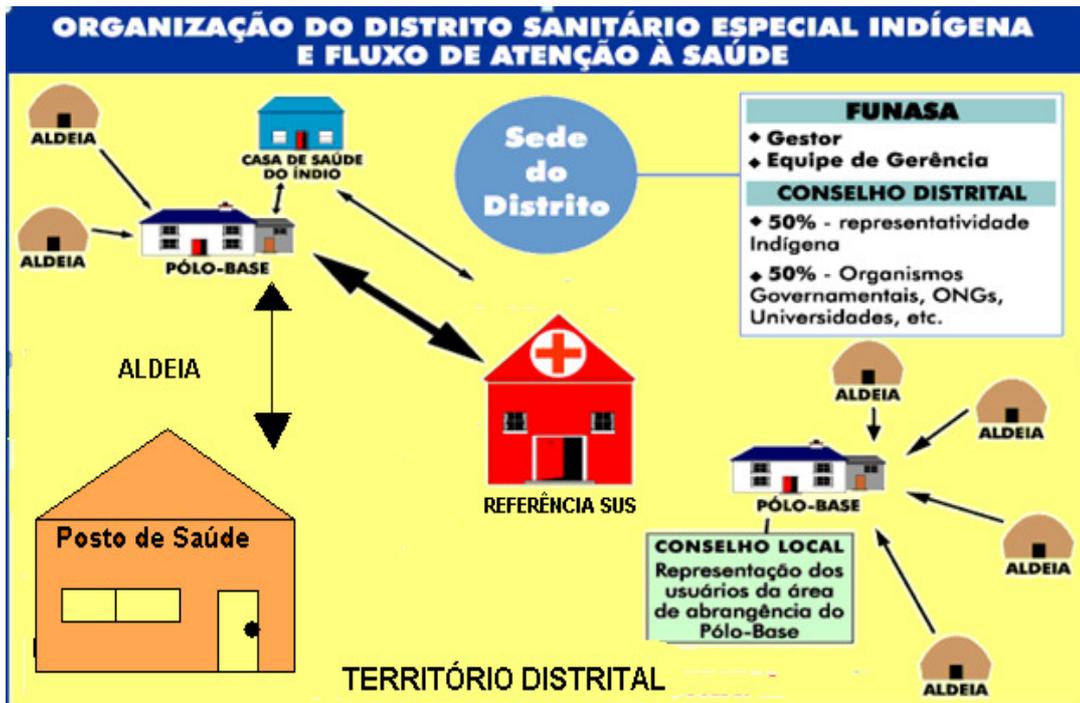
A organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas é prestada por meio do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, enquanto componente do SUS. Considerado como Subsistema do SUS deve ser descentralizado, hierarquizado e regionalizado. Deve ainda atender de forma obrigatória considerando a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo adotado para a atenção à saúde indígena. Deve estar pautada numa abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos assistenciais à saúde, saneamento básico, habitação, nutrição, meio ambiente, demarcação de terras, integração institucional e educação sanitária (BRASIL, 2002a).

Para alcance destas ações foram traçadas instruções, orientando na definição de algumas ferramentas de trabalho para o planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, com a organização dos serviços de atenção à saúde na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e Pólos-Base, no nível local, com a prestação da atenção básica e referências para os serviços de média e alta complexidade. A Política de Saúde Indígena adota como modelo de organização dos serviços os DSEIs, o qual é definido por critérios geográficos, operacionais, antropológicos e epidemiológicos para a atenção à saúde dos povos indígenas reunindo as terras indígenas e os municípios, sendo da responsabilidade da FUNASA compreendendo o direito preferencial para os povos indígenas (BRASIL, 2006a).

A prestação dos serviços de saúde nos Pólos-Base deve ser preferencialmente a partir do atendimento feito pelos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) nos postos de saúde instalados nas aldeias e por meio de visitas domiciliares juntamente com os demais membros da Equipe Multidisciplinar.

Segundo Athias e Machado (2001, p.427), a noção de Distrito Sanitário Especial Indígena deve:

[...] está centrada na organização da prestação de serviços de saúde pertinentes a cada realidade étnica, de forma que as ações decorrentes sejam eficazes para determinada população indígena, sendo fundamental a participação das diversas instâncias organizativas indígenas na formulação das políticas do setor. As experiências deveriam apontar os problemas no nível organizativo, cuja resolução deveria ser encontrada no local.

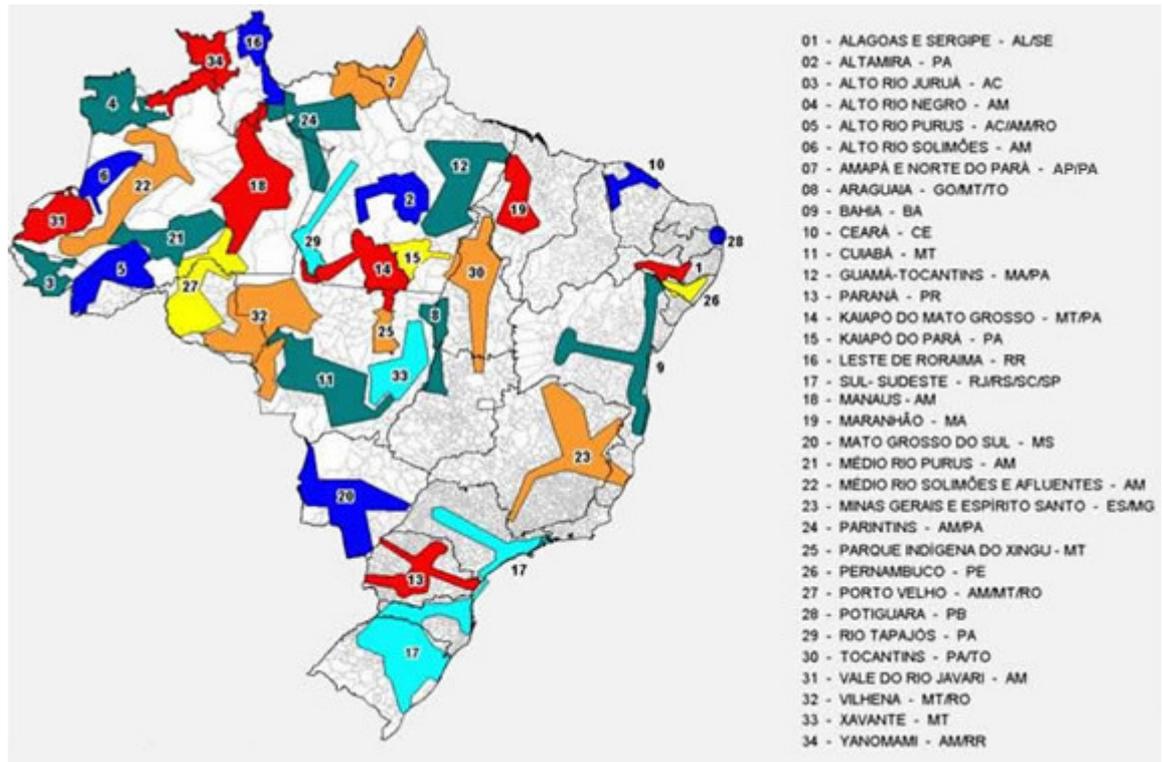


Fonte: adaptado da FUNASA/MS, 2002.

FIGURA 1- Estrutura Organizacional do Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI

O DSEI é uma unidade organizacional (FIGURA 1) da FUNASA e deve ser entendido como uma base territorial e populacional sob responsabilidade sanitária claramente identificada, reunindo conjunto de ações de saúde necessárias à atenção básica articulada com a rede do SUS para referência e contra referência, composto por equipe mínima necessária para executar suas ações e com o Controle Social por intermédio dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde (BRASIL, 2002a).

As ações desenvolvidas pelos Distritos serão financiadas pelo orçamento da FUNASA e pelo MS, podendo ser complementada por instituições de cooperação internacional e da iniciativa privada. Os estados e municípios também deverão atuar de forma complementar, considerando que a população indígena está contemplada nos mecanismos de financiamento do SUS. O financiamento do DSEI deverá ser de acordo com o montante de população, observando a situação epidemiológica e características de localização geográfica.



Fonte: FUNASA/MS, janeiro de 2007. Atualizado de acordo com a portaria nº1810/GM/MS, 03/08/2006.

FIGURA 2 – Mapa de localização dos DSEIs no Brasil

Para acompanhar as ações de saúde realizadas nos 34 DSEIs (FIGURA 2) localizados nos estados, o Departamento de Saúde Indígena (DESAI), localizado na Presidência da FUNASA/DF possui uma Coordenação de Monitoramento das Ações e Serviços (COMOA), encarregada de planejar, coordenar e supervisionar os processos de coleta, registro, armazenamento, processamento e análise de dados; orientar os DSEIs na implantação dos sistemas de informação; consolidar, sistematizar e disponibilizar as informações do DSEI; coordenar a realização de pesquisas avaliativas dos DSEI; participar de pesquisas epidemiológicas e acompanhá-las; construir e manter atualizado um banco de dados epidemiológico e antropológico e fornecer subsídios para a melhoria do processo de avaliação das ações e serviços de saúde indígena. Os sistemas informatizados para atenção à saúde indígena, coordenados pela COMOA, visam a subsidiar o planejamento e a avaliação das ações políticas e intervenções voltadas para a saúde indígena (BRASIL, 2005c).

Com o objetivo de acompanhar as ações de saúde desenvolvidas no âmbito das comunidades indígenas, a FUNASA implantou no ano 2000 o Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI) na perspectiva de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2002a).

O SIASI é um sistema modular de implantação gradual que visa interligar os 300 Pólos-Base de assistência, os 34 DSEIs, as sedes estaduais a nacional da FUNASA e as sedes de todas as entidades parceiras e conveniadas da FUNASA, disponibilizando uma mesma base de dados e permitindo a sua alimentação. Além do SIASI, a FUNASA possui outros sistemas para atender diretamente às necessidades da Saúde Indígena, o Sistema de Prestação de Contas (SISCON), o Sistema de Gerenciamento de Prestação de Contas (GPC) e o Sistema de Informação de Saneamento em Áreas Indígenas (SISABI) (BRASIL, 2005c).

No entanto, observamos na prática de trabalho na sede do DSEI Potiguara e nos 03 Pólos-Base, que o SIASI apresenta fragilidades quanto ao registro e lançamento das informações produzidas no atendimento ao índio. O SIASI não tem uma relação com os demais sistemas de informação em uso no país, em especial o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica (SIVEP).

Tais informações são necessárias para assinalar demograficamente e epidemiologicamente esta comunidade, como também apontar características e qualidades peculiares sobre a sua trajetória histórica ao longo do processo de sua interação com a sociedade. Coimbra Jr. e Santos (2000, p. 131), enfatizam muito bem esta questão quando afirmam que:

Somente com a estruturação de um sistema de estatísticas contínuas e com um maior refinamento metodológico [...] e de outros mecanismos de coleta de dados no que tange aos povos indígenas será possível reverter uma danosa invisibilidade, demográfica e epidemiológica, cujo um dos efeitos mais adversos é o de impedir que se disponha de dados confiáveis para evidenciar, propor e colocar em marcha mudanças visando dirimir situações de desigualdade em saúde.

Infelizmente, as informações do SIASI ainda não estão disponíveis para a população em geral, pois apenas alguns dirigentes no DESAI em Brasília/DF têm acesso as informações do banco de dados. Nem os próprios servidores da FUNASA responsáveis pelo sistema nos DSEIs têm acesso ao banco de dados nacional. Existem procedimentos que não podem ser lançados automaticamente no sistema, como por exemplo: os atendimentos feitos pela Enfermagem às índias quando da coleta do exame citológico, o sistema exige como pré-

requisito uma consulta médica com identificação do nº do Código Internacional de Doenças (CID) para registrar este atendimento; isto implica que os atendimentos, consultas ou procedimentos feitos por outros profissionais da Equipe Multiprofissional (Enfermeira, Psicólogo, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta) não têm autonomia no sistema para registrar o atendimento feito a população indígena.

O SIASI não oferece suporte para adoção de levantamento epidemiológico sobre determinadas doenças e agravos (Tuberculose, Hanseníase, Diabetes, Hipertensão). Isto favorece uma ineficiência de integração entre os diversos sistemas de informação existentes e demais serviços de saúde dos municípios de Baía da Traição, Marcação e Rio Tinto, nos quais enviamos os atendimentos realizados nas aldeias para o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Tudo isto demanda uma carência na confiabilidade dos dados e uma baixa utilização das informações nas três esferas da gestão (municipal, estadual e federal), considerando que é relevante o envolvimento e compromisso destas três esferas para a vigilância das situações de risco ambiental e sanitário.

Segundo Branco (2001), a informação é um importante recurso para subsidiar o processo de tomada de decisão, de planejamento, de execução e de avaliação das ações desencadeadas na saúde. Precisa ser dotado de sensibilidade o bastante para captar as transformações de uma situação de saúde, considerando as especificidades geográficas e étnicas.

Na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, *a Avaliação do Sistema de Informação em Saúde Indígena* apresenta-se como sendo um dos subitens entre as 24 subagendas de pesquisa em saúde, categorizado na *Organização e Avaliação das Políticas, Programas e Serviços*, que considera a articulação das bases de dados nacionais e incorporação de componentes geográficos e especificidades étnicas (BRASIL, 2005d).

Segundo Teixeira; Vilasboas (2004) o processo de gestão no setor saúde exige tomada de decisão de alta responsabilidade e relevância social, demanda a produção de informações que possam apoiar permanentemente ações de (re)conhecer, decidir, agir, avaliar e assim poder intervir em benefícios de todos.

Para tanto, espera-se que a FUNASA em parceria com o Ministério da Saúde, mais especificamente o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e demais segmentos de Redes e Serviços de Informação em Saúde existentes e atuantes no país, possam juntos elaborar estratégias para viabilizar a consolidação do banco de dados do SIASI com abrangência aos demais Sistemas de Informação em Saúde (SIS) em uso no país, em especial

o SIAB, SIM, SINAN, SINASC, SIVEP e o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) Indígena, estando este em fase de implementação nos DSEIs.

O Controle Social na saúde indígena começou paralelamente ao movimento da Reforma Sanitária em 1986, com reivindicações constantes e sistemáticas dos indígenas ao governo e a sociedade nacional devido ao agravamento progressivo das condições de saúde deste povo, caracterizado por altos índices de morbimortalidade e pela oferta inadequada e ineficaz dos serviços de saúde (BITTENCOURT et al, 2005).

Estas reivindicações estavam também atreladas a problemas diversos de tensão social, como a expansão de frentes econômicas, a indefinição territorial e as relações interétnicas conflitantes, que comprometiam diretamente a integridade física e etnocultural dos povos indígenas.

A partir destas demandas e, por ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNPSI), de 27 a 29 de novembro de 1986, em Brasília/DF. Foi à primeira vez, que o Estado reuniu representantes de várias populações indígenas, órgãos públicos e organizações da sociedade civil que atuam em apoio à causa indígena, para discutir propostas de Diretrizes relativas à saúde do índio (BRASIL, 2006a).

A 1ª CNPSI trabalhou tendo como princípio geral a afirmação de que a participação indígena deve ser extensiva a todos os momentos de decisão, formulação e planejamento das ações e serviços de saúde, bem como na sua implantação, execução e avaliação. Depois da 1ª Conferência, outras foram realizadas a 2ª em Luiziana/GO, em 1993, a 3ª em Luiziana/GO em 2001, e a 4ª em Rio Quente/GO em 2006 (BRASIL, 2007 a).

A 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (CNSPI) consolidou o processo político deflagrado na 1ª, com definição dos princípios e diretrizes do modelo de atenção diferenciado para a saúde do índio, que determinou a forma de acesso dos cidadãos indígenas ao SUS. Esta conferência teve sua convocação decidida pela 9ª Conferência Nacional de Saúde, quando o movimento indigenista elegeu seus representantes que, trabalhando em diferentes grupos, conseguiram a aprovação desejada (BRASIL, 2006b).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI) realizada em 2001 teve como finalidade analisar os obstáculos e avanços do SUS na implantação dos DSEIs e propor diretrizes para a sua efetivação. Seu tema foi o desdobramento do que pautou a 9ª CNS, que a precedeu: “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde indígena, com Controle Social”. O grande avanço desta Conferência foi a participação ativa dos indígenas especialmente os profissionais de saúde. O Relatório Final apresentou como

princípios gerais que cada povo indígena tem suas próprias concepções, valores e formas de vivenciar a saúde e a doença e as ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2007a).

A 4ª CNSI teve por finalidade avaliar a situação de saúde dos DSEIs e o Subsistema de Saúde Indígena no âmbito do SUS e propor diretrizes e ações para promover a saúde dos povos indígenas através do Controle Social. Teve como eixos temáticos: o direito a saúde, controle social e gestão participativa, desafios indígenas atuais, trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde, segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2006b).

De acordo com a PNASPI, o controle social nos DSEIs deve ser realizado por meio de Conselhos Locais de Saúde e dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena. No âmbito nacional, o controle social dar-se-á pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), assessorado pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI). A CISI é integrada por instituições públicas, organizações não governamentais e organizações representativas dos povos Indígenas e tem por finalidade acompanhar a implementação da PNASPI. Tendo como propósito participar da formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, a PNASPI assegura a participação da população indígena nos organismos colegiados, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL, 2002a).

A atribuição fundamental dos Conselhos Distritais é a aprovação do Plano Distrital de Saúde, acompanhamento e avaliação de sua execução, inclusive a aplicação dos recursos. Todos os Conselheiros Distritais participam das etapas de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de atenção à saúde indígena (BRASIL, 2006a).

Os Conselhos Distritais são formados de acordo com os preceitos da Lei 8.142/90, contemplando a composição paritária de 50% de usuários indígenas e de 50% de representantes de organizações governamentais (FUNASA, FUNAI, SES, SMS), prestadores de serviços e Organizações Não Governamentais (ONGs) e trabalhadores do setor saúde. Sendo indicado para todas as vagas Titular e Suplente (BRASIL, 2002a).

O Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) Potiguara foi criado em consonância com as propostas de Política de Saúde do índio, sendo um órgão de caráter permanente e deliberativo para o exercício do controle social, instituído nos termos do decreto 3.156 de 27 de agosto de 1999, Art, 8º § 4º, jurídica e administrativamente vinculado ao Distrito Sanitário Especial Indígena /DSEI Potiguara e completamente pela Portaria de nº1. 163/GM de 14 de setembro de 1999 e pela Lei nº 9.836 de 23 de setembro de 1999, publicada no Diário Oficial da União em 24 de setembro de 1999. O CONDISI Potiguara tem por

finalidade deliberar, fiscalizar e supervisionar assuntos e políticas relacionadas ao campo de saúde indígena como também, sobre quaisquer ações e serviços de saúde prestados por instituições públicas e entidades não governamentais, e demais etnias residentes na abrangência do DSEI Potiguara na Paraíba (DSEI Potiguara, 1999).

Atualmente o CONDISI é composto de 32 Conselheiros, destes 16 (representantes dos usuários indígenas), 08 (representantes dos profissionais de saúde dos três Pólos-Base) e 07 (representantes das instituições governamentais: FUNAI, FUNASA, UFPB, SES, SMS de Baía da Traição, Marcação e Rio Tinto) e 01 (representante da instituição não governamental) a APOINME (Cacique Geral Caboquinho). Vinculados ao CONDISI Potiguara, existem 03 Conselhos Locais de Saúde com 29 representantes das 29 aldeias dos três Pólos-Base: Baía da Traição com (12 Conselheiros), Marcação com (13 Conselheiros) e Rio Tinto com (04 Conselheiros) (CONDISI Potiguara, 2008).

Os Conselhos Locais são constituídos por representantes das comunidades indígenas da área de abrangência dos Pólos-Base, incluindo lideranças, professores indígenas, Agentes Indígenas de Saúde, especialistas tradicionais, parteiras e outros. Esses representantes são escolhidos pelas comunidades de cada região, com indicação formalizada pelo chefe do DSEI (BRASIL, 2006a).

Para os Conselhos Locais, a maior atribuição é identificar as necessidades específicas dos povos indígenas em relação aos agravos de saúde que os acometem. Como forma de promover a articulação da população indígena com a população regional, na solução de problemas de saúde pública deve ser favorecida a participação de seus representantes nos Conselhos Municipais de Saúde (BRASIL, 2002a).

Paralelo as Conferências Nacionais de Saúde Indígena foi realizado as Conferências Distritais e Locais de Saúde Indígena, com os seus delegados eleitos pelos Conselhos Locais. O CONDISI Potiguara realizou duas Conferências Locais e Distritais, as Conferências Locais aconteceram antecedendo as Distritais. A 1ª Conferência Local foi em 2001 e a 2ª em 2005. A 1ª Conferência Distrital foi realizada no período de 05 a 06 de maio de 2001 na Escola Municipal Antonio Azevedo, no município de Baía da Traição (CONDISI Potiguara, 2001, 2005). Como propostas finais foram deliberadas nesta Conferência que:

- ☞ Seja assegurado pelo Governo Federal, um modelo diferenciado de Saúde Indígena, integrado a Política de Saúde, garantindo o acesso da atenção básica, média e alta complexidade, voltados para promoção, proteção e recuperação da saúde, reconhecendo a eficácia da medicina tradicional e o direito do povo a sua cultura;

- ☞ Que as ações de saneamento básico, garantam a construção de sistema de esgotamento sanitário, destino adequado dos dejetos e lixo, de abastecimento de água de boa qualidade, como também uma política de educação ambiental, onde possam ser preservadas as fontes de água e meio ambiente;
- ☞ Que seja desenvolvida uma política governamental de auto-sustentabilidade, de acordo com a especificidade regional, de incentivo a agricultura de subsistência, garantindo assessoria técnica e incentivo financeiro, combatendo assim a fome e a desnutrição.

A 2ª Conferência Distrital de Saúde Indígena Potiguara teve como tema central “Distrito Sanitário Especial Indígena: Território de Produção de Saúde, Proteção da Vida e Valorização das Tradições”. Foi realizada de 16 a 18 de dezembro de 2005 no Water Park no município do Conde/PB (IBIDEM, 2001, 2005).

No decorrer do movimento histórico-social da humanidade, vários conceitos de saúde e doença surgiram como um processo que sofre influência das relações (econômicas, sociais, políticas, filosóficas, religiosas) da cultura compartilhada pelo homem em dada época e espaços vividos, ao mesmo tempo em que influencia também o dinamismo dessas relações. Quando se busca compreender a atividade contínua entre a saúde e a doença permeada pela ação cultural, percebe-se que, além das condições peculiares de cada indivíduo, tem-se, também, uma rede complexa de ações, crenças, hábitos, conhecimentos e significados pessoais e coletivos (SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006).

O conceito de doença, nas mais diversas culturas, teve seu surgimento anterior à própria conceituação de saúde, como um movimento natural da sociedade em definir, delimitar e categorizar, primeiramente, o que é considerado desvio da normalidade para, em momento subsequente, denominar o que é tido como comum, que representa o normal (MELLO, 2005).

Em relação ao conceito de saúde, predominou durante muito tempo, o entendimento de que esta era tão somente, sinônimo de ausência de doenças físicas e mentais. Hoje a definição de saúde nos leva para uma reflexão mais complexa sobre o seu significado. Segundo Barata (2005), as doenças não são eventos inesperados e resultantes da fatalidade, elas são produzidas e distribuídas entre os grupos sociais no próprio processo de reprodução social, ou seja, no processo histórico de formação e transformação da sociedade.

É fundamental, portanto, ampliar os horizontes da compreensão sobre a saúde e a doença, distinguindo as diversas interfaces do processo saúde-doença a que o indivíduo está exposto. Para Mello (1995), entende-se, então, que a evolução de ambos os conceitos

obedeceu a condições culturais de determinado momento histórico na sociedade em que se desenvolveu, estando em um constante processo dinâmico e relacional entre comportamentos individuais e coletivos e as estruturas e interações sociais, ou seja, a cultura é estável, porém mutável e dinâmica.

O estado de saúde e doença na concepção indígena é o resultado do tipo de relação individual e coletiva que se estabelece com as demais pessoas e com a natureza. A doença é vivida não como uma realidade individual, mas como uma doença coletiva, extensiva ao grupo de parentes. Segundo o pensamento indígena há duas formas de se adquirir doença, uma delas é provocada pelas pessoas e a outra sendo provocada pela natureza. Para os índios não existe doença natural, hereditária ou biológica, ela é sempre adquirida, provocada e merecida moral e espiritualmente (BRASIL, 2002a).

Com relação à saúde, os índios acreditam ser natural, pois a saúde representa a própria vida, uma benção da natureza, e que para isto devem estar em permanente vigilância e atenção quanto à influência dos maus espíritos da natureza. Em sua maioria, observa-se entre os povos indígenas, que as discussões sobre saúde e doença, estão intimamente vinculadas ao conceito de *corpo* que não é o mesmo das sociedades ocidentais, que atribui ao corpo uma estrutura biológica que cresce, desenvolve-se e funciona como um sistema anátomo-fisiológico regulado biogeneticamente (COIMBRA JUNIOR; SANTOS; CARDOSO, 2007).

No pensamento indígena, o *corpo* não se desenvolve ou sobrevive *naturalmente*, requer constantes intervenções sociais externas, que poderão variar segundo sexo, idade, linhagem, dentre outros. Estas intervenções externas sobre o corpo são relatadas a partir de pesquisas realizadas entre os povos Yawalapiti, pelo pesquisador Castro (1981, p. 33), quando registrou em seus estudos a expressão “estou fazendo (meu filho) utilizada pelos Yawalapiti para explicar as ações de um homem [...] durante o período em que (este) constrói, por relações sexuais repetidas, o corpo da criança no corpo da mãe”.

Determinadas culturas indígenas elaboram praticamente toda e qualquer doença ou agravo baseados numa lógica xamânica. Citamos como exemplo, a não observação de prescrições e proibições alimentares, sexuais e rituais, como o resguardo menstrual e do pós-parto, pode gerar doença ao transgressor e também aos seus parentes próximos. Geralmente é o Pajé quem intervém para restabelecer a ordem ou debelar a doença, através de rituais de cura, com a participação do doente, familiares e parentes da aldeia. É oportuno informar, no entanto, que nem todas as culturas indígenas recorrem igualmente ao Xamã ou Pajé para intermediar nos processos de cura. Há comunidades indígenas que nem sequer possui a figura

do Xamã como especialista para desempenhar seu papel na cura ou prevenção das doenças (COIMBRA JUNIOR; SANTOS; CARDOSO, 2007).

Neste contexto, é que a antropologia vem nos mostrar que o processo saúde-doença de uma população é estreitamente associado a sua visão de mundo, a sua cultura. Sem subestimar a relevância dos fatores socioeconômicos, políticos e bioecológicos na determinação do processo saúde-doença, a abordagem antropológica no estudo das doenças privilegia os fatores de ordem cultural.

Das diversas discussões existentes sobre a saúde e doença, a abordagem antropológica vem fazer parte destas discussões muito provavelmente desde os primórdios e fundamentos da antropologia enquanto disciplina (LANGDON, 1995). Segundo a autora, o primeiro antropólogo de renome a analisar a medicina como categoria de pesquisa nas culturas não européias, chamadas *primitivas* foi RIVERS (1979, original 1924). Para a autora ele também foi o primeiro estudioso a relacionar sistemas médicos e cultura. Em seus estudos ele concluiu que a medicina primitiva é basicamente mágica ou religiosa, de acordo com a visão de mundo do grupo. A noção da medicina como sistema ligado à cultura, e não como um fenômeno fragmentado, é uma contribuição importante de Rivers, e um princípio que continua sendo fundamental na antropologia da saúde.

A antropologia da saúde ou antropologia médica segundo Helman (2006, p.21), trata de como as pessoas, nas diferentes culturas e grupos sociais

explicam as causas das doenças, os tipos de tratamento em que acreditam e a quem recorrem se ficam doentes [...] crenças e práticas estão relacionadas com as mudanças biológicas e psicológicas no organismo humano, tanto na saúde quanto na doença.

Nos últimos anos, as discussões da antropologia da saúde questionam a dicotomia cartesiana presente no modelo biomédico e concebem saúde e doença como processos psicobiológicos e socioculturais e que a doença não é vista como um processo puramente biológico e corporal, mas como o resultado do contexto cultural e a experiência subjetiva de aflição (LANGDON, 1995).

Observando o processo histórico da população indígena brasileira, especialmente as que são do Nordeste, experienciaram uma série de alterações culturais impostas pela

colonização, tais como a divisão com o passado e suas tradições, miscigenação étnica, e ajuste a novos meios socioeconômicos e ambientais.

Segundo Mota (2003, p.06) “as matrizes culturais mais antigas certamente sofreram o impacto da colonização, tendo sido impostas por novos modos de viver e de conhecer o mundo”. Quanto à saúde desses povos, a autora ainda relata que, a colonização trouxe também os agentes patogênicos derivados do contato, das alterações ocorridas no meio ambiente natural e social, tais como: poluição dos rios e lagoas, destruição das matas com conseqüente desequilíbrio ecológico, desnutrição e fome, decorrentes do esgotamento de recursos alimentícios.

Podemos assim, destacar que estas alterações trouxeram como conseqüência problemas relacionadas aos modos de vida dos índios brasileiros, levando-os quase que forçadamente a mudança dos costumes no seu próprio território, tais como: práticas e rituais de cura, preservação e contato com a natureza, manutenção das tradições dos seus antepassados, a prática da caça, da pesca.

Em relação ao modelo de atenção à saúde indígena no Brasil, Coimbra Junior; Santos; Cardoso (2007, p.65) enfatizam que “para concepções culturais de corpo, saúde, doença, contágio, cura e prevenção é imperativo para que se assegure o sucesso das ações de saúde entre esses povos”.

A diversidade sociocultural dos povos indígenas significa grande poder e autonomia quando buscam a preservação dos seus direitos, tendo satisfação e orgulho de pertencer a uma cultura própria e de ser brasileiro originário.

Para discussão sobre a cultura indígena, é oportuno destacar inicialmente o conceito de cultura, que Segundo Helman (2006, p.12) significa:

um conjunto de princípios explícitos e implícitos herdados por indivíduos membros de uma dada sociedade; princípios esses que mostram aos indivíduos como ver o mundo, como vivenciá-lo emocionalmente e como comportar-se em relação a outras pessoas, às forças sobrenaturais ou aos deuses e ao ambiente natural [...] Proporciona aos indivíduos um meio de transmitir suas diretrizes para geração seguinte mediante o uso de símbolos, da linguagem, da arte e dos rituais. Em certa medida, a cultura pode ser vista como uma ‘lente’ herdada para que o indivíduo perceba e entenda o seu mundo e para que aprenda a viver nele.

A cultura indígena está relacionada na maneira de ver e de se situar no mundo; com a forma de organizar a vida social, política, econômica e espiritual de cada grupo. Nesta ordem, cada grupo étnico tem uma cultura distinta da outra, porque se situa no mundo e se relaciona com ele de maneira própria. A partir da constatação e representação histórica vale salientar que, quando se fala em diversidade cultural indígena, está se falando de diversidade de civilizações autônomas, sistemas econômicos, jurídicos e de organizações sociais e de políticas construídas ao longo do tempo (LUCIANO-BANIWA, 2006). Esta diversidade se manifesta em diversos aspectos, uma delas refere-se ao número de línguas faladas, com aproximadamente 180 diferentes línguas no Brasil.

Segundo Rodrigues (2005, p. 61) as línguas faladas pelos

povos indígenas no Brasil são classificadas em troncos Tupi e Macro-jê, e famílias lingüísticas isoladas, como por exemplo: Aruák, Karíb, Páno, Máku, Yanomami, ou seja, línguas que não puderam ser classificadas pelos lingüistas em nenhum tronco, permanecem como famílias lingüísticas não classificadas.

Particularmente na região Nordeste e Sul, há comunidades indígenas que, por viverem em contato permanente por muito tempo com outros segmentos da sociedade, no caso em especial, os índios Potiguara, estes não falam sua língua original que é o tupi e utilizam o português em sua comunicação cotidiana.

Em relação ao território em que vivem, as comunidades indígenas não têm o costume de usar as terras como propriedade privada, reconhece a terra pela posse que fazem dela a partir do seu uso. A posse da terra é coletiva na medida em que todas as famílias podem utilizar os recursos existentes nela. No entanto, para os índios é desrespeitoso e agressivo entrar em territórios utilizados por outros grupos sem lhes pedir permissão (SANTOS; COIMBRA JUNIOR; CARDOSO, 2007).

Quanto à habitação indígena, é também muito variada em relação à forma, modelo, e disposição das aldeias, ocas e casas (taipa, palha, tijolo) bem como os números de famílias que residem nelas. A maioria das tradições indígenas no mundo geralmente dividem os espaços da aldeia em locais femininos e masculinos, de acordo com os pontos cardeais, às constelações, aos animais e demais objetos.

No caso dos índios brasileiros, o povoamento nas aldeias é pequeno, mas também existem aldeias grandes, com um número bem significativo de índios, como é o caso em

particular da aldeia utilizada nesse estudo, à aldeia São Francisco com aproximadamente 948 índios. Há uma grande mobilidade espacial nas aldeias, onde famílias constantemente são transferidas entre aldeias e a mudança do próprio local da aldeia é de tempos em tempos transferida (PALITOT, 2005).

Deste modo, pode se dizer que não existe uma identidade sociocultural única no Brasil, mas variadas identidades que, embora não formem um conjunto monolítico e exclusivo, coexistem e convivem de forma harmoniosa, permitindo e valorizando as diversas composições de brasilidade, humanidade e em especial a indianidade. Os índios mantêm a tradição oral e os rituais como manifestação artística e de vinculação com a natureza e o sobrenatural. Aplicam os sábios conhecimentos milenares e praticam o respeito à natureza. Existe até hoje códigos culturais autóctones poucos conhecidos das civilizações européias, como são as medicinas tradicionais (LUCIANO-BANIWA, 2006).

Segundo Santos; Coimbra Junior; Cardoso (2007, p. 38), a relação estabelecida pelos “índios com a natureza não pode nunca ser confundida com uma atividade meramente técnica, prática ou econômica. Envolvem visões de mundo que definem espaços, atividades e deveres de homens e mulheres, humanos e animais, os seres da natureza e os seres sobrenaturais”.

Os índios têm como tradição a transmissão das mensagens para o seu grupo através de pinturas corporais, desenhos que adornam as casas, os utensílios de uso diário, os enfeites usados nos rituais. Os rituais em sua maioria são manifestações feitas para a narração dos mitos, os quais são narrativas de conteúdo altamente simbólico que tratam das origens do mundo, de tempos ancestrais, de seres que habitavam e que foram os responsáveis pela criação da atual humanidade, pelas demais espécies e por suas respectivas capacidades. Os mitos por serem muito simbólicos geralmente são difíceis de serem entendidos por grupos de outras culturas (TASSINARI, 2004).

Nos rituais são realizadas grandes festas com animação musical, danças e bebidas, utilizam adornos, pinturas corporais e roupagens específicas. A dança do toré para os índios Potiguara representa um momento de celebração, de comunicação com seus ancestrais, com os seres da natureza. Para eles a dança do toré é uma forma de manter a sua cultura e a união dos Potiguara. Os povos indígenas representam para Luciano-Baniwa (2006, p.47) “conhecimentos, línguas, culturas e crenças únicas, e sua contribuição ao patrimônio mundial – na arte, na música, nas tecnologias, nas medicinas e em outras riquezas culturais – é incalculável”.

Nos dias atuais a diversidade cultural do mundo é reconhecida pela Organização das Nações Unidas (ONU), através da Organização das Nações Unidas para a Educação, a

Ciência e a Cultura (UNESCO) como patrimônio comum da humanidade. No caso em especial da diversidade cultural indígena, ela é considerada patrimônio da humanidade pela Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), ratificada e reconhecida como Lei no Brasil em 2003 (IBIDEM, 2006).

Os índios Potiguara são referidos no litoral da Paraíba desde 1501. Eles ocupavam um território que se estendia pela costa nordestina entre as atuais cidades de João Pessoa/PB e Fortaleza/CE. Na Paraíba ocupavam o litoral norte, principalmente no vale do Rio Mamanguape, da Baía da Traição até a Serra da Cupaoba (atualmente município Serra da Raiz), onde possuíam, de acordo com os cronistas portugueses, 50 aldeias (FUNASA, 2005).

Atualmente, os índios Potiguara são o único povo indígena oficialmente reconhecido no Estado da Paraíba, sendo uma das maiores do Brasil e a maior do Nordeste etnográfico, designa a região compreendida pelos estados do Ceará, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia onde vivem mais de 40 grupos étnicos indígenas cuja longa história de contato, relações com o estado e a própria produção antropológica sobre esses povos, lhes conferem características particulares que os permitem agrupá-los em um conjunto relativamente definido.

Segundo o cadastramento no SIASI/jun/2008, a população Potiguara é de 13.790 índios, destes 2.061 são das aldeias, residem em outras cidades do estado, como João Pessoa, Mamanguape, Cabedelo, Santa Rita e Bayeux, além de cidades de outros estados como Canguaretama, Baía Formosa no Rio Grande do Norte e também na cidade do Rio de Janeiro/RJ. Os demais 11.729 aldeados estão distribuídos em 29 aldeias (QUADRO 1) de acordo com as terras indígenas nos municípios de Baía da Traição, Marcação e Rio Tinto (FUNASA, 2007c; PALITOT, 2005).

A organização social, a disposição do poder e de representação nas aldeias se dá a partir dos grupos de famílias extensas que geralmente estão próximas uma das outras. Em referência a liderança indígena, tem um cacique geral que representa o povo Potiguara em órgãos oficiais. Atualmente, o índio Caboquinho é quem exerce esta função – é ligado a Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo (APOINME) e ao Conselho de Articulação dos Povos Indígenas no Brasil (CAPOIB). Existe também em cada aldeia, um cacique ou representante que atende as questões locais nas aldeias.

As terras indígenas (TI) ocupam um espaço de 33.757ha distribuído em três áreas contíguas (QUADRO 1) nos municípios de Baía da Traição, Marcação e Rio Tinto. As TI Potiguara situa-se nos três municípios e possui 21.238ha, que foram demarcados em 1983 e homologados em 1991. As TI Jacaré de São Domingos têm 5.032ha nos municípios de

Marcação e Rio Tinto e está em processo de demarcação, em conflito com a usina de cana-de-açúcar e a Companhia Rio Tinto (PALITOT, 2005).

MUNICÍPIO/PÓLO	TERRAS INDÍGENAS		
	POTIGUARA	JACARÉ DE SÃO DOMINGOS	POTIGUARA DE MONTE-MOR
BAIA DA TRAIÇÃO (12 ALDEIAS)	Aldeias: São Francisco, Galego, Forte, Cumarú, Tracoeira, Lagoa do Mato, Santa Rita, Laranjeiras, Vila São Miguel, Akajutibiró, Silva e Bento.		
MARCAÇÃO (13 ALDEIAS)	Aldeias: Camurupim, Tramataia, Caeira, Brejinho, Jacaré de César, Estiva Velha, Carneira e Cândidos.	Aldeias: Jacaré de São Domingos e Grupiúna.	Aldeias: Ibikuâra, Três Rios e Lagoa Grande.
RIO TINTO (04 ALDEIAS)	Aldeias: Silva de Belém e Boreu.		Aldeias: Jaraguá e Vila Monte Mor.
TOTAL	22 aldeias	02 aldeias	05 aldeias

QUADRO 1 - Distribuição das aldeias segundo as terras indígenas.

O território dos índios Potiguara, situa-se no litoral norte da Paraíba nas terras que dividem as bacias hidrográficas dos rios Mamanguape e Camaratuba. Além destes dois rios, destaca-se um complexo hidrográfico de rios e riachos que se complementam nascendo e desaguando exclusivamente dentro do território indígena, sendo: riacho do Silva e São Francisco e os rios Grupiúna, Estiva, Jacaré e Sinimbú (FUNASA, 2007c).

As TI Potiguara são áreas de várzeas, vegetação de mata de tabuleiro, fragmentos de Mata Atlântica, canaviais, manguezais, coqueirais e áreas agrícolas de cultivo de roças de subsistência. Entre os principais espaços de produção, encontramos os quintais ou terreiros, os sítios, os roçados, o mato e o mangue. Os quintais são áreas ao redor das casas onde criam pequenos animais e cultivam plantas medicinais, fruteiras e lavouras. Os sítios têm dimensões maiores do que os quintais, concentradas de fruteiras como mangueiras, jaqueiras, pitombeiras, coqueiros e mangabeiras. Nos roçados são cultivados a mandioca, a macaxeira, o feijão, o milho e o jerimum, além de frutas como a melancia, banana e mamão. Da mandioca retiram sua base alimentar e econômica, através da produção de farinha, beiju e

tapioca, sendo também comercializados nas feiras da região. O inhame é um cultivo mais recente e quase tem sua produção direcionada para a comercialização (PALITOT, 2005).

O mato constitui as áreas mais ou menos livre de ocupação humana de onde são retirados importantes recursos de subsistência como a madeira para a lenha, fabricação de carvão e construção; a palha para o artesanato, coleta do dendê, caju e castanha. De modo diverso dos quintais, sítios e roçados, que são apropriados de forma familiar, o mato é uma área de uso comum, cujos recursos são aproveitados por todos de forma indistinta. O mangue é outra área de uso comum muito importante para os Potiguara, onde retiram a sua maior fonte de proteínas através da pesca de peixes e camarões e da coleta de caranguejos e mariscos (FUNASA, 2007c).

A prática do artesanato faz parte da criatividade entre os índios Potiguara, com a produção de cerâmica (panela, tigela, pote), traçados para uso domésticos (urupema, janelas, portas e esteiras), adornos, objetos sonoros (flauta, maracá e tambor) de madeira (pilão, cuia, colher de pau). As principais atividades econômicas desenvolvidas pelos índios nessas terras são a pesca marítima nas aldeias (Galego, Forte, Camurupim, Tramataia, Cumarú, Lagoa do Mato, Três Rios, Caeira e Jaraguá), e nos mangues existentes na maioria das aldeias com coleta de crustáceos e moluscos, atividades de criação de camarões em viveiros e de pequenos animais (galinhas, patos, cabras, bovinos) ao redor das casas (FUNASA, 2005).

Há também o plantio comercial de cana-de-açúcar, geralmente em terras arrendadas para as usinas. Durante muitas décadas a economia da região esteve centralizada com a Companhia de Tecidos Rio Tinto (CTRTR), que contratava inúmeros trabalhadores índios e não-índios em suas fábricas e criava um mercado consumidor para produção agrícola e pesqueira. Nos últimos anos, após a falência da CTRTR, a economia da região está baseada na exploração da cana-de-açúcar, no turismo e na criação de camarões (PALITOT, 2005).

As habitações dos índios Potiguara são semelhantes às demais habitações rurais e urbanas da região. Destaca-se um padrão residencial no qual são constituídas casas-focais formadas pela casa de um chefe de família e por um conjunto de casas de parentes, normalmente, filhos e irmãos. As casas são construídas de taipa ou de alvenaria havendo uma ampla utilização de telhas para a cobertura das mesmas, sendo a palha usada na cobertura de abrigos temporários e de trabalho agrícola (FUNASA, 2005).

As principais fontes de alimentação provêm da agricultura e da pesca, com destaque para a produção e consumo de farinha de mandioca e de mariscos, crustáceos e peixes. A farinha de mandioca é utilizada também como produto de troca por outros alimentos na falta de moeda circulante. O consumo de alimentos industrializado é freqüente (PALITOT, 2005).

A segurança alimentar da população indígena Potiguara encontra-se seriamente comprometida com a exploração predatória das matas, tabuleiros, encostas e mangues para o fabrico de carvão, plantio de cana-de-açúcar e criação de camarões. E esta situação vem se agravando com o desmatamento e o despejo de agrotóxicos nos mananciais, comprometendo as atividades agrícolas e pesqueiras causando a contaminação, perda de lavouras e a diminuição do pescado com implicações direta na saúde ambiental dos índios Potiguara (FUNASA, 2005).

Nos últimos anos, tem sido observado um desenvolvimento bastante acentuado de estudos que procuram relacionar a saúde ao ambiente. A partir de de 1972, na primeira conferência da ONU sobre o meio ambiente, as questões ambientais tornaram-se alvos de preocupação com manifestações voltadas para ações de intervenção de abrangência internacional. Desde então, observa-se um processo de tomada de consciência gradual e global – o uso predatório do planeta e de seus recursos pode inviabilizar a vida em sua superfície. Nesse processo de conscientização, as questões relacionadas à pobreza ganham visibilidade contrastadas aos custos do uso racional dos recursos naturais, do desenvolvimento de novas tecnologias não poluentes e poupadoras desses recursos (BRASIL, 2002b).

A II Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento Humano (ONU, 1992) realizada no Rio de Janeiro/RJ em 1992, teve como principal tema a discussão sobre o desenvolvimento sustentável e sobre como reverter o atual processo de degradação ambiental. Conhecida mundialmente como Rio 92, a conferência foi a maior reunião de chefes de Estado da história da humanidade com a presença de cerca de 117 governantes de países tentando buscar soluções para o desenvolvimento sustentável das populações mais carentes do planeta. Esta Conferência consolidou princípios importantes já observados na primeira conferência da ONU em 1972, tais como:

- ☞ Que a proteção do planeta para as gerações futuras é de responsabilidade de todos, guardando o respeito à equidade como princípio de justiça fundamental na distribuição dos ônus da mudança de rumo do desenvolvimento em direção à proteção ambiental;
- ☞ A saúde humana é colocada no centro das preocupações articulada ao ambiente e ao desenvolvimento;
- ☞ O desenvolvimento sustentável almeja *garantir o direito a uma vida saudável e produtiva em harmonia com a natureza* para gerações presentes e futuras.

É a partir destes princípios, que internacionalmente vem se tratando da questão saúde *versus* ambiente. Pensar na complexidade destas questões na população indígena de nosso

país, requer além do comprometimento social e político das instituições responsáveis pela saúde destes povos, bem como daquelas ligadas à saúde ambiental, um conhecimento no campo das relações sobre a diversidade sociocultural destes povos, para que conjuntamente possam definitivamente atender as reivindicações desta população.

Reivindicações estas feitas desde 1986 em virtude da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio realizada no país com deliberação de propostas de estratégias de intervenção para promover a saúde dos índios. A 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena realizada em 2006, tratou de questões relacionadas aos danos à saúde decorrentes das agressões ao ambiente, tendo como eixos temáticos desafios indígenas atuais como a segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável para estas comunidades (BRASIL, 2006b, 2007a).

Em setembro de 2007, após mais de duas décadas de reivindicações, a Assembleia Geral da ONU aprovou uma Declaração para defender os direitos dos povos indígenas, que em todo o planeta somam cerca de 370 milhões de pessoas, que foram desrespeitados durante séculos. A Declaração dos Direitos dos Povos Indígenas foi aprovada com o voto favorável dos representantes de 143 países, entre os quais o Brasil, quatro votos contrários (Austrália, Canadá, Nova Zelândia e Estados Unidos) (UNIC/RIO, 2008).

Esta Declaração determina os direitos individuais e coletivos dos povos indígenas, assim como seus direitos à cultura, identidade, língua, emprego, saúde, educação e outras questões. Enfatiza ainda o direito dos indígenas de manter e fortalecer suas próprias instituições, culturas e tradições. Proíbe a discriminação contra os povos indígenas e promove sua total e efetiva participação em todas as questões que lhes dizem respeito, e seu direito de seguir suas *próprias concepções de desenvolvimento econômico e social*, reconhecendo dessa forma, que o respeito aos conhecimentos, às culturas e às práticas tradicionais indígenas traz contribuições para o desenvolvimento sustentável e equitativo e para a gestão adequada do meio ambiente.

A partir desta Declaração, espera-se que o Brasil adapte a legislação nacional e as políticas de governo aos princípios norteadores do documento, o que trará benefícios para os milhares de índios brasileiros que vivem ainda hoje de forma precária e não têm seus direitos respeitados.

Em seu universo cultural, os índios Potiguara estão hoje vivenciando um movimento significativo de valorização e intensificação das suas tradições caracterizada pela sua expressão étnica. Para tanto, eles adotaram algumas atividades práticas de conteúdos culturais denominada por alguns deles como *resgate cultural*, dentre elas, citamos: educação escolar

indígena; reabilitação do uso da língua tupi, semana cultural Potiguara; semana dos jogos indígenas; dança do toré; atividades alusivas ao dia do índio. Segundo Palitot (2005, p. 79) “os Potiguara estão o tempo todo realizando releituras e novas proposituras sobre sua cultura, em conexão direta com os processos étnicos, políticos e sociais”.

Vale salientar que as atividades referentes à: semana cultural Potiguara, semana dos jogos indígenas e a dança do toré foram premiadas no 2º *Prêmio Culturas Indígenas* pelo Ministério da Cultura por meio da Secretaria da Identidade e da Diversidade Cultural (SIDC) e da Secretaria de Políticas Culturais (SPC), e a Associação Guarani Tendonde Porã no dia 19 de abril de 2007 em São Paulo/SP. Foram recebidas 504 inscrições de comunidades, aldeias e organizações indígenas de todo o Brasil. Desse total, 82 iniciativas foram premiadas. Os projetos culturais vencedores foram escolhidos por uma comissão de seleção composta por 15 membros (oito indígenas e sete não indígenas) (BRASIL, 2007c).

O *Prêmio Culturas Indígenas* foi criado pelo Ministério da Cultura em abril de 2006. Foi resultado do diálogo entre representantes de grupos e entidades indígenas e o Governo Federal, durante as reuniões do Grupo de Trabalho para as Culturas Indígenas, criado pelo Ministério em abril de 2005. A primeira edição, desenvolvida em 2006, homenageou o cacique e ex-líder Kaingang, Ângelo Cretã, e foi considerada um sucesso, tendo em vista que atraiu a atenção de uma quantidade expressiva de indígenas. Tem como objetivo apoiar as iniciativas culturais dos povos indígenas que sejam relevantes para fortalecer as expressões culturais da população dos Primeiros Povos. Financiado pela Petrobras, por meio da Lei Federal de Incentivo à Cultura (Lei Rouanet), o prêmio é aberto a todas as comunidades indígenas do país (IBIDEM, 2007c).

A *Semana Cultural Potiguara* é um evento anual que vem sendo realizada desde o ano de 2004, organizada pela indígena a Senhora professora Maria Nilda Faustino Batista. Esta atividade é realizada na Escola Estadual Pedro Poti na aldeia São Francisco (Baia da Traição), onde no dia-a-dia as crianças estão aprendendo o tupi falado por seus ancestrais. Os professores, alunos, idosos, jovens, mulheres, pajés e lideranças participam com o seu saber e transmissão de conhecimentos. As experiências e referências adquiridas atuam positivamente sobre os alunos, aumentando-lhes a participação mais ativa nos processos de intensificação da cultura Potiguara.

A *Semana Cultural Potiguara* é também uma ocasião para divulgação das danças, cânticos, músicas, desenhos, pinturas corporais, artesanato com a confecção de enfeites e instrumentos da comunidade, num trabalho que envolve a todos, mesmo enfrentando dificuldades devido à escassez de sementes, penas, fibras vegetais e materiais para confecção

de instrumentos musicais. Por essa razão, a próxima meta da escola é replantar algumas áreas devastadas com mudas de plantas que futuramente produzirão as sementes para artesanato, materiais para confeccionar instrumentos musicais tradicionais. Esperam também conseguir recursos para o registro áudio-visual dessas atividades.

A *Semana dos Jogos Indígenas* é realizada através da Organização dos Professores Indígenas Potiguara (OPIP/PB), tendo como responsável o líder e Conselheiro indígena o Sr. Pedro Eduardo Pereira. Esta atividade vem sendo realizada desde 2003 na escola da aldeia Ibykûara (Marcação). As práticas são o uso de arco e flecha, arremesso de lança, corrida com toras, tendo como objetivo despertar nas crianças essas modalidades exercidas pelos seus antepassados. Os pais participam das atividades fazendo beiju e bolos para animar ainda mais essa semana de festa na aldeia.

A premiação pela *Dança do Toré* se refere à iniciativa da associação *Toré Forte Associação Cultural Indígena Potiguara*, em incentivar esta prática entre os índios da aldeia Forte (Baia da Traição). Esta associação tem como um dos representantes o líder e Conselheiro indígena o Sr. Irenildo Cassiano Gomes. Há alguns anos, os cantos do Toré são utilizados nas escolas para atividades com os alunos, os quais se entusiasmarão tanto com essa prática tradicional que incentivaram a comunidade a promover apresentações na aldeia e fora dela. Antigamente a tradição cultural era mais dançada pelos anciões, hoje esta realidade está mudando, com o envolvimento das crianças nos preparativos para as pinturas corporais e a participação dos jovens e adultos na dança .

O Toré é uma prática de ritual sagrado e representa para os índios Potiguara aquilo de mais precioso na sua cultura. Segundo Grunewald (2004), é o ritual mais característico dos povos indígenas do Nordeste, e suas origens são de difícil localização histórica. Na Paraíba, o toré pode ser encontrado, enquanto prática cultural, em duas regiões: no litoral sul, como ritual religioso mediúnico referenciado ao uso da planta jurema e a história dos antigos aldeamentos dos municípios de Alhandra e Conde, e no litoral norte, como expressão da identidade étnica dos índios Potiguara (ALBUQUERQUE, 2002; VANDEZANDE, 1975; apud PALITOT, 2005).

Originalmente o toré seria uma prática ancestral de contato com os antepassados e os seres espirituais protetores da natureza, como forma de homenagear os santos padroeiros, a união e a alegria dos índios. O primeiro registro da prática do toré entre os Potiguara data de 1938. Durante muitos anos o toré esteve desarticulado entre os Potiguara, sendo apenas apresentado em datas oficiais. Sua prática foi retomada no período de luta pela demarcação

da terra indígena Potiguara entre os anos de 1978 e 1983, em função dos contatos com o movimento indígena (MOONEM; MAIA, 1992).

Como adorno para a celebração do toré, os Potiguara usam brincos, colares e pulseiras de sementes, penas, quenga de coco, ossos, conchas, dentes de animais, espinhos de quando, entre outros. A pintura corporal é feita de urucum e a vestimenta usada é feita de imbira de jangada encontrada na mata e na antecasca do pau de jangada (FUNASA, 2005).

As discussões sobre a educação escolar indígena entre os Potiguara acontecem por ocasião das normatizações do Governo Federal, em atendimento as pressões e propostas dos movimentos indígenas e indigenistas nacionais. As instituições como a FUNAI, as Secretarias de Educação Estadual e Municipais, a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e o Centro Federal de Tecnologia (CEFET/PB) atuam neste processo como parceiros para o desenvolvimento de atividades voltadas para a realização de cursos de capacitação, incentivo a criação de uma organização de professores e a implantação das primeiras escolas indígenas oficialmente reconhecidas para a Formação do Professor Indígena.

A partir destas discussões surge como proposta a reabilitação do uso da língua tupi entre os índios, mas surgiram opiniões divergentes, uma vez que, pelo menos há 250 anos, os Potiguara são monolíngües em português. Também se questionou sobre qual variante da língua tupi seria ensinada, pois a maioria dos registros são as produzidas pelos jesuítas; se era correto chamar este processo de resgate, ou se o ensino dessa língua não terminaria sendo arbitrário e impositivo de uma visão dominante que não se satisfaz com a falta de primitividade dos índios (PALITOT, 2005).

Apesar destas divergências foi trazido até a Paraíba o professor de tupi antigo da Universidade de São Paulo (USP), Eduardo Navarro em maio de 2000 para ministrar o Curso de Formação de Monitores Bilíngües, para professores que atuavam nas escolas como multiplicadores desta língua indígena, o tupi antigo. O curso foi ministrado por dois anos para índios de várias aldeias, formando a primeira turma em 2002. Com apoio oficial do Governo do Estado e da FUNAI, foram elaboradas e publicadas cartilhas em tupi para o uso nas escolas das aldeias. Hoje existem quatro professores bilíngües atuando nas escolas indígenas Potiguara.

Para Lucinao-Baniwa (2006) a escola indígena é apropriada para reforçar os projetos socioculturais dos povos indígenas e abrir caminhos para o acesso a outros conhecimentos universais, necessários e desejáveis contribuindo com a capacidade de responder às novas demandas geradas a partir do contato com sociedade global.

A língua indígena é um elemento cultural importante para a auto-estima e a afirmação identitária do grupo étnico, ao lado de outros elementos culturais, como a relação com a terra, as tradições culturais, os rituais e as cerimônias.

Segundo Luciano-Baniwa (2006, p.122) A língua indígena é:

um dos sinais diacríticos da identidade étnica, mas não o único. É importante chamar a atenção para isto, uma vez que constantemente a perda da língua por um povo é usada para negar o reconhecimento da identidade indígena. Um exemplo claro é o que acontece com os povos indígenas do Nordeste que por falarem apenas o português, como resultado de cinco séculos de opressão e repressão cultural, tem sofrido forte discriminação e preconceito por parte do Estado, da sociedade em geral e até mesmo de outros povos indígenas.

As atividades alusivas ao dia 19 de abril – dia do índio - vêm desde a década de 70, onde os índios Potiguara costumam se reunir e dançar o toré numa exibição pública e oficial para a FUNAI, prefeituras, órgãos do governo, Organizações Não Governamentais (ONGs), igrejas, imprensa e excursões de estudantes e turistas que vem para a região. Esta comemoração do dia do índio, geralmente é realizada nas aldeias São Miguel, Forte e São Francisco localizadas na Baía da Traição.

Para Palitot (2005, p. 84) as manifestações ocorridas no dia do índio e nas demais situações em que os Potiguara exhibe sua cultura:

só podem ser entendidas dentro de uma dimensão processual e construtivista, onde múltiplos atores interferem na construção histórica. A ‘cultura Potiguara’ é o resultado de um processo consciente de elaboração dos símbolos que demarcam as fronteiras do grupo, realizado dentro de um contexto intersocietário determinado pela presença do Estado, afluxo turístico e disputas territoriais que termina por moldar o próprio grupo étnico.

2.1.1 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE DA POPULAÇÃO POTIGUARA

A assistência a saúde dos índios Potiguara é feita por intermédio do Distrito Sanitário Indígena (DSEI) Potiguara. O DSEI Potiguara está localizado em João Pessoa, capital do Estado da Paraíba e dista das terras indígenas cerca de 90 km. O DSEI Potiguara compõe o organograma da coordenação da FUNASA na Paraíba, apresenta dois níveis hierárquicos básicos: nível de gestão representado pela chefia do DSEI e o nível de gestão média composto pelos setores: administração (gerenciamento administrativo), operações (serviços de referência, contra-referência e assistência aos usuários: transporte, passagens, alimentação e apoio logístico) e técnico (monitoramento e avaliação da atenção básica e assistência técnico, científico e pedagógico). O setor técnico dispõe de uma equipe de profissionais/servidores da FUNASA e contratados, são eles: 01 médico, 05 enfermeiros, 01 psicólogo, 02 odontólogos e 01 assistente social.

O DSEI Potiguara dispõe de três Pólos-Base, situados nos municípios de Baía da Traição na aldeia do Forte, em Marcação na aldeia Caeira e em Rio Tinto na aldeia Mont Mor. Estes Pólos-Base são responsáveis pela administração local dos serviços de saúde das 29 aldeias existentes nos respectivos municípios acima citados. (FUNASA, 2007c).

Os Pólos-Base dispõem dos seguintes Programas da Atenção Básica: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde Bucal, Imunização, Hanseníase, Tuberculose, DST/AIDS, Hipertensão e Diabetes. Estão em fase de implementação os Programas: Saúde do Idoso, do Adolescente e Saúde Mental. O Pólo-Base de Baía da Traição tem um laboratório para atender a demanda de exames solicitados pela Equipe Multidisciplinar em Saúde Indígena (EMSI) dos três municípios. Foi recentemente inaugurado no Pólo-Base de Marcação um laboratório de prótese dentária para atender os índios Potiguara. Das 29 aldeias existentes, 13 possuem postos de saúde funcionando. Está programado no Plano Distrital do DSEI Potiguara triênio/2008-2010 a construção de mais 15 postos.

As Ações da Atenção Básica nas aldeias são realizadas pela Equipe Multidisciplinar em Saúde Indígena, composta por Agente Indígena de Saúde (AIS), Agente Indígena de Saneamento (AISAN), Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), Enfermeiro, Fisioterapeuta, Odontólogo, Nutricionista, Farmacêutico, Bioquímico, Fonoaudiólogo, Médico e Psicólogo.

Para os serviços de média e alta complexidade, os índios são referenciados para a rede SUS e a rede privada no estado. O DSEI dispõe em média de uma cota mensal de 800 passagens terrestres para o transporte dos índios das aldeias para os diversos serviços de referência em João Pessoa. Dispõe ainda de carros oficiais (FUNASA) equipados com radioamador e motos para a entrega de medicamentos e agendamentos/encaminhamentos (exames) nas residências dos índios, os quais foram solicitados durante as consultas médicas. Para atender a demanda de urgência e emergência nas aldeias, a população Potiguara tem disponível no Pólo-Base de Baía da Traição serviço de ambulância por 24 horas.

2.2 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A Teoria das Representações Sociais foi desenvolvida no campo das Ciências Sociais, mais especificamente no campo da Psicologia Social pelo psicólogo social romeno naturalizado francês Serge Moscovici em 1961 a partir da publicação da sua tese de doutorado intitulada *La psychanalyse: Son image et son public*, que teve como objeto de investigação a apropriação da psicanálise pelo público francês na década de 1950 (DUVEEN, 2003; VALA, 2002).

Serge Moscovici é dono de uma obra considerável, tão importante para as ciências sociais, como para a psicologia e a história. Seus trabalhos e sua Teoria das Representações Sociais têm influenciado ao longo das últimas quatro décadas pesquisadores tanto na Europa como nas Américas, inclusive o Brasil (OLIVEIRA, 2004).

Essa teoria proposta por Moscovici propõe interpretar a realidade cotidiana da vida moderna; pensar o homem e os acontecimentos sociais; mudar a realidade ao ser inserida como instrumento de transformação; orientar o comportamento das pessoas, ao ser caracterizado como processo criativo de elaboração cognitiva e simbólica.

O conceito de representações sociais chegou até Moscovici por intermédio dos trabalhos de Durkheim sobre as Representações Coletivas em que foram investigadas as práticas religiosas das tribos das sociedades primitivas australianas. Em seus estudos sobre as representações coletivas, Durkheim era a favor de uma separação radical entre as representações individuais e as representações coletivas. Para ele a psicologia deveria ocupar-se das representações individuais e a sociologia deveria deter-se ao estudo das representações coletivas (NÓBREGA, 2001).

A concepção sociológica de Durkheim tem bases na teoria do fato social, ou seja, na maneira de pensar, de sentir e de agir, exteriores ao indivíduo, portanto capaz de exercer coerção externa sobre o indivíduo. Nessa perspectiva, deveria existir uma sociologia objetiva e científica. Desse modo, o estudo científico do fenômeno social deve ser objetivo e, sua explicação, sob os princípios de causa e efeito. É a essa dicotomia entre sujeito e objeto, sociedade e pessoa, externo e interno, que se opõe a Teoria das Representações Sociais.

Diferentemente de Durkheim, Moscovici demonstrou interesse pelas transformações e mudanças da sociedade, ou seja, processos sociais, pelos quais a novidade e a mudança, como a conservação e a preservação, se tornam parte da vida social, conferindo caráter dinâmico às representações em oposição ao caráter estático atribuído às representações coletivas de Durkheim. A Teoria das Representações Sociais proposta por Moscovici (2003) são formas de conhecimento produzidas e sustentadas por grupos sociais específicos, considerando dentro de um determinado contexto sócio-histórico, o modo como as representações incidem sobre as práticas dos sujeitos, sendo em geral referidas em uma classe de idéias e crenças (religião, ciência, mito) e que necessitam ser explicadas e descritas.

Neste sentido Moscovici (2003, p.21) conceitua representação social como:

um sistema de valores, idéias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo, e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de sua comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambigüidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social.

De acordo com Jodelet (2001, p.22) Representação Social “é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. A autora reconhece que as representações sociais são sistemas de interpretação que regulam nossas relações com o mundo e com as outras pessoas e desempenham o papel de orientar e organizar as condutas e as comunicações sociais.

Neste sentido, as representações influenciam uma série de processos dentre os quais podemos destacar a difusão e assimilação de conhecimentos e práticas, o desenvolvimento individual e coletivo, identidade social e individual, bem como as expressões e transformações de grupos sociais.

Segundo Nóbrega (2001, p.62) antes do advento da Teoria das Representações Sociais

o pensamento das massas, correntemente denominado ‘o senso comum’ era considerado como um corpus de conhecimento ‘confuso’, ‘inconsistente’, ‘desarticulado’, e ‘fragmentado’. Em relação ao conhecimento científico, o senso comum era situado num pólo extremo e oposto, como uma espécie de saber ‘selvagem’ ‘profano’, ‘ingênuo’ e até mesmo de ‘mentalidade pré-lógica’ conforme classificavam a sociologia, psicologia, antropologia.

Em oposição a este pensamento, Moscovici se deteve a investigar ‘o lugar’ onde essas representações são geradas e não onde houve uma cisão do conhecimento científico. Em seus estudos sobre o senso comum, Moscovici investigou a existência de uma lógica pertinente a esse tipo de conhecimento e considera que há uma organização psicológica autônoma que permeia esse campo do saber.

Enquanto fenômeno psicossocial, as representações sociais respondem a duas funções: contribuir com os processos de *formação de condutas* e de *orientação das comunicações sociais*. Foram inicialmente atribuídas essas duas funções às representações, conforme o modelo proposto por Moscovici em 1961. Posteriormente, (ABRIC, 1994 apud NÓBREGA, 2001, p.71) acrescentou uma terceira e quarta funções às representações, justificadas pela evolução das pesquisas realizadas a propósito das cognições e práticas sociais. São elas, “A função *identitária*, que permite salvaguardar a imagem positiva do grupo e sua especificidade, e finalmente uma função *justificadora* que permite aos atores manterem ou reforçarem os componentes de diferenciação social, nas relações entre grupos”.

As representações são formadas em função da necessidade de decodificar o que é desconhecido, transformando-o em algo familiar. A comunicação é o meio pelo qual se permite a formação das representações, tornando possível a reconstrução do real através da interpretação dos elementos componentes do meio ambiente, em uma seqüência ordenada e significativa para os membros de um determinado grupo.

Segundo Moscovici (1984) as representações são responsáveis pela produção de realidade, isto é, têm influência na forma como as pessoas interpretam os acontecimentos a sua volta e sobre as respostas que emitem ao fazer certos julgamentos. Dessa forma, quando uma representação é constituída, os membros de um grupo criam uma realidade que legitima as previsões e explicações decorrentes dessa representação.

As representações sociais são formadas a partir de dois processos: ancoragem e objetivação, por meio dos quais os sujeitos vão ordenar mediações entre o velho e o novo, e absorver o novo a prática cotidiana (Moscovici, 2003).

A ancoragem é um processo em que transforma as idéias estranhas e perturbadoras em nosso sistema pessoal de categorias e o relaciona a um modelo de uma categoria que nós entendemos ser apropriada. Para Moscovici (2003, p. 61) ancorar é “classificar e dar nome a alguma coisa [...] pela classificação do que é inclassificável, pelo fato de se dar nome ao que não tinha nome, nós somos capazes de imaginá-lo, de representá-lo”.

Para Jodelet (2001) a ancoragem consiste na maneira pela qual as informações novas são integradas e modificadas em um conjunto de conhecimentos socialmente estabelecidos e em rede de significações socialmente disponíveis, para interpretar o real, e, em seguida, são reincorporadas na qualidade de categorias servindo de guia à compreensão e ação. No processo de ancoragem a representação social modifica-se em um conjunto de interpretação que exerce uma função e intermédio entre o indivíduo e o seu meio, como também, faz essa mediação entre os membros de um mesmo grupo. Em referência a objetivação, esta reúne a idéia de não familiaridade com a realidade propriamente dita. Está vinculado à produção de uma imagem a partir de um conceito, consiste em materializar abstrações, tornar o impalpável em físico e visível.

Para Moscovici (2003, p. 71) “objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma idéia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem. Comparar é já representar, encher o que está naturalmente vazio, com substância”. O autor refere ainda que o processo de objetivação afasta os elementos do objeto representado da sua totalidade em função de critérios culturais e normativos. Neste processo existem três etapas: primeiramente, ocorre a descontextualização da informação através de critérios normativos e culturais; em segundo lugar, há formação de um núcleo figurativo, formando uma estrutura que reproduz de maneira figurativa uma estrutura conceitual; e, finalmente, a naturalização, ou seja, a transformação destas imagens em elementos da realidade

Ao discorrer sobre as representações sociais Moscovici (2003) destaca a relevância que esta teoria traz às crenças coletivas e seus significados, pela valorização da ideologia, do saber popular e do senso comum. Destaca ainda que não pode separar o indivíduo da sociedade, é preciso entender que os indivíduos com suas experiências, vivem e convivem em uma sociedade com regras e com normas que o regulam. E com o dinamismo dessa sociedade e o constante processo de mudanças, favorecem para a agregação de novos conhecimentos individuais e sociais com adoção de novas práticas.

O processo saúde e doença compreendida como uma dimensão historicamente construída pelos sujeitos a partir de suas práticas e de novos conhecimentos é imbuída de valores culturais e de ideais políticos e sociais, sendo assim, é relevante destacar tais representações pelo significado delas no contexto da vida dos índios Potiguara.

Corroboramos com Oliveira e Werba (2000, p.110) quando dizem que

as representações sociais estão associadas às práticas culturais, reunindo tanto o peso da história e da tradição, como a flexibilidade da realidade contemporânea, delineando as representações como estruturas simbólicas desenhadas tanto pela duração e manutenção, como pela inovação e metamorfose.

Portanto, as representações sociais são produzidas a partir da interação social, dos valores, da cultura, e da tradução dos fatos cotidianos.

Segundo Moscovici (2003, p.75) “a cultura - mas não a ciência – nos incita, hoje, a construir realidades a partir de idéias geralmente significantes. [...] cada cultura possui seus próprios instrumentais para transformar suas representações em realidade”. Seguindo esta perspectiva, a Teoria das Representações Sociais é adequada ao nosso objeto de estudo, uma vez que vamos discorrer sobre o universo de significados, crenças e valores representados na concepção dos índios Potiguara sobre sua situação de vida, saúde e doença.

CAPÍTULO III
CONSIDERAÇÕES TEÓRICO METODOLÓGICAS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa se configura do tipo exploratória, documental, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, tendo como método a abordagem quanti-qualitativa. Segundo Minayo (1994, p. 22), a pesquisa que trabalha uma abordagem qualitativa responde a questões muito particulares, ou seja, “responde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis”.

Para o desenvolvimento deste estudo, as perspectivas quantitativas e qualitativas são adotadas como perspectivas complementares, como fases seqüenciais de um mesmo processo. A abordagem qualitativa indica o que é relevante estudar em um dado contexto sócio-cultural, permitindo identificar variáveis pertinentes e formular hipóteses culturalmente apropriadas.

Já a abordagem quantitativa indica a construção de amostras representativas deste grupo de estudo permitindo assim testar as hipóteses levantadas. Segundo Rosenfield (1992), o reconhecimento dos pontos fortes e dos limites de cada uma dessas abordagens suporta o movimento atual que advoga a adoção de abordagens multi e transdisciplinares em pesquisas no campo da saúde.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário para desenvolvimento deste estudo foi na aldeia São Francisco, situada no município de Baía da Traição. A indicação desta aldeia para cenário do estudo foi por ela ser uma das aldeias que vem mantendo as tradições indígenas em relação a sua distribuição étnica e cultural, sendo considerada como uma das maiores aldeias em relação ao número de índios, com 208 famílias cadastradas no SIASI, totalizando 948 índios residentes. Destes, 315 são do sexo masculino e 306 do sexo feminino acima de 15 anos.

O município de Baía da Traição encontra-se a 77 km da capital paraibana, constituindo uma das mais belas regiões litorâneas da Paraíba, com altas falésias, tendo de um lado o oceano como paisagem e um Forte histórico com três canhões. Sua extensão territorial é de 102 Km² e sua população é de aproximadamente de 7.630 habitantes, sendo que 5.412 são índios da etnia Potiguara, destes 1.004 estão desaldeados e os demais 4.408 são aldeados (DSEI Potiguara, 2008; IBGE, 2007).

Segundo elementos extraídos da oralidade desses índios a razão para o nome de *Baia da Traição* se dá pelo fato de que eles se aliaram aos franceses e holandeses contra os portugueses no início da colonização. A Baía da Traição é referida como o coração do território Potiguara na Paraíba, sendo conhecida também pelo nome indígena de *Akajutibiró*, ou terra do *caju azedo*. Há doze aldeias pertencentes à Baía da Traição, são elas: Akajutibiró, Bento, Cumarú, Forte, Galego, Laranjeira, Lagoa do Mato, São Miguel, Santa Rita, São Francisco, Silva e Tracoeira.

Na aldeia São Francisco as principais atividades econômicas desenvolvidas pelos índios são a pesca marítima e nos mangues, o extrativismo vegetal (mangaba, dendê, caju, coco, batiputá¹), a agricultura de subsistência (feijão, mandioca, milho, inhame, macaxeira, frutas) e a criação de animais em pequena escala (galinhas, patos, cabras, bovinos). É a partir destas atividades que provêm as principais fontes de alimentação dos índios.

A aldeia dispõe de duas casas de farinha destinada para produção da farinha de mandioca, massa para a tapioca e o beiju. Existe uma associação de moradores que trabalha na produção de picolés e sorvetes feitos com a polpa da própria fruta produzida na aldeia. Conta ainda com atividades voltadas para produção de artesanato em cerâmica, traçados para o uso doméstico, adornos e objetos sonoros, destinados ao uso familiar e também para a comercialização, principalmente aos visitantes da aldeia.

Há um local chamado *Furnas*² designado para a dança do toré. Dispõem ainda de 01 igreja católica, 03 igrejas protestantes e centros de umbanda. Tem 01 posto de saúde, 02 escolas, uma do município destinada ao ensino fundamental e a outra do estado para o ensino médio. Estas escolas não atendem só os índios da aldeia São Francisco, mas também aos índios de outras aldeias próximas a ela.

Na aldeia existe abastecimento de água através de poços artesianos, tendo como responsável os AISANs para tratamento e manutenção da qualidade da água e demais equipamentos sob a supervisão dos técnicos de saneamento da FUNASA. Há também o fornecimento de energia elétrica por intermédio da Companhia Elétrica do Estado (ENERGISA). Com relação à habitação, a vegetação e a disposição geográfica da aldeia, ela apresenta características semelhantes, conforme já citadas anteriormente no item 2.1.

¹ arbusto da família das ocnáceas, nativo do Brasil, de flores amarelas e frutos drupáceos. Das sementes se extrai a manteiga de batiputá, um óleo com aplicações medicinais.

² Cavidade profunda (caverna) construída pelos índios na mata designada para a dança do toré, considerado como local especial para a comunicação com os seus antepassados durante o ritual do toré.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A unidade amostral do estudo foi definida como sendo o núcleo familiar de acordo com o cadastro do SIASI e estavam aptos para serem entrevistados todos os índios da aldeia, maiores de 18 anos e de ambos os sexos, sendo identificado 1 (um) membro por família.

Neste estudo foram realizadas 55 entrevistas, com 55 famílias que foram sorteadas ao acaso, utilizando como parâmetros uma tabela de números aleatórios para seleção da família e este número serviu de identificação da família pelo cadastro no SIASI. Para tanto, foi emitido pelo SIASI um relatório nominal das 208 famílias pertencentes a aldeia para auxiliar na identificação das mesmas durante as entrevistas.

Além dos sujeitos foram consultados relatórios, profissionais e sujeitos considerados chaves na comunidade estudada.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisadora seguiu as observâncias éticas contempladas nas Resoluções 196/1996 e 304/2000 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata da ética em pesquisas envolvendo seres humanos e da temática em especial população indígena (BRASIL, 1996; 2000). A pesquisa foi apresentada: ao Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), que deliberou declaração (ANEXO A) favorável sobre a mesma, em seguida foi solicitado as lideranças indígenas autorização (APÊNDICE C) para realização da mesma onde obteve parecer favorável do Cacique Geral e demais Lideranças (ANEXO B).

A pesquisa foi encaminhada para apreciação ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba. Após apreciação pelo CEP local, o mesmo encaminhou toda documentação referente ao protocolo da pesquisa para emissão de parecer pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) o qual deliberou sobre a mesma (ANEXO C) e parecer final do CEP/HULW (ANEXO D) como APROVADO conforme recomendação do CONEP.

A pesquisa foi ainda encaminhada pela pesquisadora, para a presidência da FUNAI em Brasília e para a Administração Regional da FUNAI em João Pessoa/PB, e para o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) atendendo a todos

os pré-requisitos estabelecidos na Instrução Normativa de N° 01/1995/PRESI/FUNAI, que tem como finalidade disciplinar o ingresso de pesquisadores em terras indígenas (FUNAI, 1995).

Todos os pesquisados foram esclarecidos, pela pesquisadora com leitura e entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) assinado em duas vias pelas partes envolvidas (entrevistador e entrevistado), mantendo assim a identidade do entrevistado em sigilo, bem como a sua desistência de participação na pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou dano.

3.5 INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

Para a coleta dos dados, o instrumento utilizado foi uma entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A) elaborada especificamente para este estudo. As entrevistas foram realizadas através de uma demanda espontânea por acessibilidade no local de trabalho, local de estudos e residências dos índios na aldeia. Para tanto, foi utilizado gravador de voz digital para registro das informações, desde que permitido pelos índios, após o devido esclarecimento feito pela pesquisadora com leitura e entrega do TCLE.

É importante enunciar que não foi realizado nenhuma intervenção ou acompanhamento de grupos na comunidade. Para identificação e acesso as famílias para a realização das entrevistas, a pesquisadora contou com a colaboração dos índios e residentes da aldeia, os Agentes Indígenas de Saúde Mírian e Nivaldo e do Auxiliar de Enfermagem Ivonaldo membros da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena que atuam na aldeia São Francisco.

3.6 TRATAMENTO DOS DADOS COLETADOS

O tratamento do corpus produzido nas entrevistas foi submetido à análise através dos *softwares: o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão Windows 15 e Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto (ALCESTE) versão 4.8.*

Primeiramente foram transcritas para planilha eletrônica do SPSS os dados das questões fechadas contidas na primeira parte do instrumento. Para tanto, foram selecionadas as seguintes variáveis:

- ☞ Socioeconômicas: idade, sexo, escolaridade, estado civil, ocupação, renda familiar, núcleo familiar, religião, usuário de programa do governo;
- ☞ Instalações sanitárias: destino do lixo, uso e tratamento da água, uso de banheiro;
- ☞ Controle social: conhecimento e participação no Conselho Local e Distrital de Saúde indígena;
- ☞ Visita domiciliar pelo Agente Indígena de Saúde;
- ☞ Usuário de bebida alcoólica e fumo;
- ☞ Morbidade: portador de doença ou agravado;
- ☞ Óbito no núcleo familiar: causa, idade, doença.

Após transcrição dos dados para a planilha, foi feita uma análise exploratória dos dados para reconhecimento das variáveis e correção de possíveis erros e/ou inconsistências da coleta ou digitação dos dados.

A análise dos dados feitas no SPSS constou de descrição das frequências das variáveis. As variáveis foram descritas com a utilização de tabelas que representaram os resultados do estudo. Em seguida as questões abertas contidas na segunda parte do instrumento foram submetidas à análise pelo ALCESTE (REINERT, 1990). Para melhor compreensão sobre a análise realizada, descreveremos a seguir a operacionalização do ALCESTE.

3.6.1 PROGRAMA INFORMÁTICO ALCESTE

O Programa ALCESTE refere-se a um programa informático criado por Max Reinert no final da década de 70, foi introduzido no Brasil na década de 90 por Veloz; Nascimento-Schulze; Camargo (1999).

De acordo com Soares (2005, p.541) o ALCESTE é uma metodologia de análise de “dados qualitativos adequados a qualquer domínio de investigação onde se pretenda tratar material textual, nomeadamente no que se refere à sua composição lexical e estruturação temática”.

O ALCESTE é um método que veio contribuir para o enquadramento da análise psicossocial da linguagem oral e escrita. E a sua técnica de análise lexical pode ser utilizada no tratamento de dados derivados da comunicação oral como questões abertas de entrevistas, questionários, diálogos, mas também de comunicações provenientes da escrita, tais como relatórios, textos literários, artigos de imprensa, ensaios, dentre outros (CAMARGO, 2005).

O programa realiza análise de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), além de permitir uma análise lexicográfica do material textual, fornecendo contextos de classes lexicais que são caracterizados pelo seu vocabulário e pelos segmentos de textos que compartilham este vocabulário (IMAGE, 1998).

O programa tem como base um único arquivo, chamada de Unidade de Contexto Inicial (UCI), que são definidas pelo pesquisador e pela natureza da pesquisa. No caso desta pesquisa a análise foi aplicada a um *corpus* constituído por 55 entrevistas, as quais correspondem às 55 UCIs. Após esta etapa as UCIs foram divididas em 366 segmentos de texto, denominada Unidade de Contexto Elementar (UCE).

Após esta etapa de segmentação das UCEs, o programa aplica o método de CHD para a obtenção das classes. Para Veloz; Nascimento-Schulze; Camargo (1999, p. 483), Max Reinert “considerou as classes como noções de mundo ou como quadros perceptivo-cognitivos com certa estabilidade temporal associados a um ambiente complexo”.

O teste do qui-quadrado (χ^2) de associação das formas reduzidas e de associação das UCEs às classes é utilizado para que as UCEs sejam excludentes entre as classes e que sejam semelhantes no interior de cada classe (CAMARGO, 2005).

Para melhor compreensão e visualização dos resultados obtidos neste estudo, os dados foram distribuídos da seguinte forma:

- ☞ Caracterização dos sujeitos do estudo:
 - ✓ Aspectos socioeconômicos e culturais;
 - ✓ Aspectos epidemiológicos: dados sobre a morbimortalidade.
- ☞ Campos semânticos das representações sobre saúde e doença:
 - ✓ As classes e suas descrições;
 - ✓ Classe 1 – descrições sobre a doença;
 - ✓ Classe 2 – contextos de saúde;
 - ✓ Classe 3 – práticas de prevenção e cura frente à doença;
 - ✓ Classe 4 – saúde *versus* idade.

CAPÍTULO IV
APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Os dados utilizados para caracterização dos sujeitos do estudo foram através das variáveis sociodemográficas, econômicas e culturais. Os dados construídos pelas variáveis sociodemográficas estão descritas na TABELA 1.

TABELA 1 - Caracterização sócio-demográfica dos sujeitos participantes do estudo na aldeia São Francisco/Baia da Traição/PB, 2008.

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	N	%
Sexo		
Feminino	44	80,0
Masculino	11	20,0
Total	55	100,0
Faixa etária		
20 a 35 anos	18	32,7
36 a 50 anos	18	32,7
51 a 64 anos	13	23,7
65 anos e +	06	10,9
Total	55	100,0
Estado civil		
Solteiro	15	27,3
União consensual/amigado	09	16,4
Casado (religioso/civil)	26	47,3
Viúvo	05	9,0
Total	55	100,0
Escolaridade		
Analfabeto	08	14,6
Ensino médio incompleto	02	3,6
Ensino médio completo	08	14,6
Ensino sup. completo	02	3,6
Total	55	100,0
Religião		
Católico	42	76,4
Protestante/evangélico	08	14,6
Deus Tupã	01	1,8
Não tem	04	7,2
Total	55	100,0
NÚCLEO FAMILIAR		
01 pessoa	01	1,8
02 pessoas	05	9,0
03 pessoas	04	7,2
04 pessoas	16	30,0
05 pessoas	06	11,0
06 pessoas	11	20,0
+ de 06 pessoas	12	21,0
Total	55	100,0

Fonte: dados empíricos do estudo, Baia da Traição/PB, 2008.

Observou-se que o sexo feminino, representa 80% da amostra estudada. Quanto à idade constatou-se uma predominância na faixa etária de 20 a 50 anos somando 65,4%, seguido do grupo etário de 51 a 65 anos mais que obteve também um percentual expressivo de 34,5%. Em referência ao estado civil, 47,3% são casados representando o maior percentual, depois os solteiros que foram de 27,3%.

Quanto à escolaridade houve predomínio daqueles com o ensino fundamental incompleto, representados 63,6% dos entrevistados, 14,5% são analfabetos e 10,9% têm o ensino superior completo e atuam na aldeia como professores e diretores da escola.

A religião que se destaca entre os Potiguara é a católica com 76,4%, seguida da protestante/evangélica com 14,6%, e apenas 1,8% afirmaram a sua religiosidade ao Deus Tupã. O catolicismo é a religião mais institucionalizada entre os Potiguara, remontando ao período colonial e fonte dos símbolos étnicos, históricos e territoriais, que de acordo com Palitot (2005) são representadas pelas velhas igrejas de Nossa Senhora dos Prazeres e São Miguel, com seus oragos e festas anuais. A representação destes dados sobre a religiosidade está descrito mais adiante no item 4.2 no campo das representações sociais.

O núcleo familiar indígena Potiguara apresenta os seguintes percentuais em relação ao número de pessoas: quatro pessoas 30,0%, cinco pessoas 11,0%, seis pessoas 20,0% e mais de seis pessoas 21,0%. Somando-se estes percentuais observa-se que 82,0% dos entrevistados têm sua família constituída a partir de quatro pessoas, enquanto 18,0% são constituídos de três pessoas.

As informações referentes à ocupação, fonte de renda e benefícios recebidos como usuários do Programa de Governo encontram-se na TABELA 2. Quanto à ocupação os resultados revelaram que 67,3% desenvolvem atividades voltadas para a agricultura, 9,1% estão aposentados, 3,6% são artesões, 5,5% são professores e merendeiras, e as demais representaram apenas 1,8% das ocupações (Auxiliar e Técnico de Enfermagem, Agente Indígena, Auxiliar de limpeza e Pajé). Em relação à fonte de renda, verificou-se que a agricultura aparece com 72% como única fonte de rendimentos para os índios da aldeia São Francisco. As demais fontes provêm da aposentadoria com 9,1% e trabalho assalariado 18,9%. É importante destacar que a renda foi informada pelo próprio entrevistado, não havendo necessidade de comprovação; podendo, no entanto ser discordantes em relação a outros estudos.

TABELA 2 - Distribuição de freqüência sobre a ocupação, fonte de renda e benefícios recebidos através dos Programas de Governo pelos participantes do estudo.

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	N	%
Ocupação		
Agricultor (a)	37	67,3
Aposentado (a)	05	9,1
Artesão/agricultor (a)	02	3,6
Agente Indígena de Saúde (AIS)	01	1,8
Merendeira	03	5,5
Pajé/agricultor (a)	01	1,8
Técnico de Enfermagem	01	1,8
Auxiliar de Enfermagem	01	1,8
Auxiliar de Limpeza	01	1,8
Professor/diretor de escola	03	5,5
Total	55	100,0
Fonte de renda		
Trabalho assalariado	10	18,9
Agricultura de subsistência	40	72,0
Aposentadoria	05	9,1
Total	55	100,0
Usuário de Programa de Governo		
Não	05	9,1
Sim	50	90,9
Total	55	100,0
Qual Programa de Governo		
Bolsa família	26	47,4
Bolsa família + cesta básica	14	25,4
Cesta básica	10	18,1
Total	50	100,0

Fonte: dados empíricos do estudo, Baía da Traição/PB, 2008.

Os dados sobre os benefícios recebidos pelos Programas do Governo apontaram que 90,9% dos entrevistados, ou seja, 50 famílias são usuários de um Programa, destes 72,8% são beneficiados com o Programa Bolsa Família, e 18,1% com a cesta básica que é distribuída pela FUNAI. É importante enunciar que o Bolsa Família é um programa de transferência de renda destinado às famílias em situação de pobreza, com renda per capita de até R\$ 120 mensais, que associa à transferência do benefício financeiro o acesso aos direitos sociais básicos: saúde, alimentação, educação e assistência social. Ele integra O FOME ZERO, o qual tem como finalidade, assegurar o direito humano à alimentação adequada, promovendo a segurança alimentar e nutricional e contribuindo para a erradicação da extrema pobreza de uma parcela da população mais vulnerável à fome (BRASIL, 2004).

Existia também até agosto de 2008 a distribuição de leite para as famílias Potiguara, cadastradas no Programa do Leite do Governo Federal em parceria com o Governo do Estado. O Programa era operacionalizado por meio de Convênios celebrados entre o Governo Federal

por intermédio do MDS (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome) e os Governos Estaduais (BRASIL, 2003).

Na Paraíba, o Programa era desenvolvido pela Fundação de Ação Comunitária (FAC) ligada ao Governo do Estado. O DSEI Potiguara atuava como parceiro contribuindo com a logística de distribuição do leite, disponibilizando carros da instituição (FUNASA) para entregar o leite nas aldeias 3 vezes por semana as famílias indígenas cadastradas no Programa.

Este Programa tinha como objetivo propiciar o consumo do leite às famílias que se encontram em estado de insegurança alimentar e nutricional atendendo famílias com crianças de 6 meses a 6 anos, lactantes (ou nutrizes) até 6 meses após o parto, gestantes e idosos a partir de 60 anos de idade. Em 2006 o SISVAN indígena Potiguara identificou que das 1.608 crianças menores de cinco anos existentes nas 29 aldeias, 6,61% encontravam-se desnutridas, prevalência duas vezes maior que o esperado. Com relação à prática de aleitamento materno, foi observado na comunidade Potiguara a introdução precoce de alimentos para bebês menores de seis meses de idade. Somente 26% das mães declararam amamentar exclusivamente seus filhos até esta idade (FUNASA, 2007a).

Com base nos dados da TABELA 1 (núcleo familiar) e TABELA 2 (fonte de renda, benefícios), a TABELA 3 conforme está descrito logo a seguir, mostra que 90,9 % (50) das famílias que recebem o Bolsa Família e a Cesta Básica, 45,4% (25) delas têm como única fonte de subsistência a agricultura e têm de quatro a sete pessoas no seu núcleo familiar.

TABELA 3 – Caracterização socioeconômica das famílias participantes do estudo como usuárias dos Programas: Bolsa Família e Cesta Básica.

PROGRAMAS DO GOVERNO	Núcleo familiar	Fonte de renda*			
		01	02	03	Total
Bolsa Família	02 pessoas	01	-	01	02
	03 pessoas	01	-	01	02
	04 pessoas	02	10	01	13
	05 pessoas	03	01	-	04
	06 pessoas	02	05	01	08
	07 pessoas	03	07	01	11
	Total	12	23	05	40
Cesta básica	01 pessoa	-	-	01	01
	03 pessoas	-	-	-	-
	04 pessoas	02	01	01	04
	05 pessoas	02	-	-	02
	06 pessoas	01	-	-	01
	07 pessoas	01	01	-	02
	Total	06	02	02	10
Total de famílias					50

Fonte: dados empíricos do estudo, Baía da Traição/PB, 2008.

Fonte de renda* 01 - Trabalho assalariado, 02 - Agricultura de subsistência, 03 – Aposentadoria.

Diante destas informações, podemos, por conseguinte, dizer que os índios Potiguara participantes deste estudo, apresentam-se em precárias condições socioeconômicas. Corroboramos com Palitot (2005, p. 60) quando diz “A maioria da população Potiguara vê-se em uma situação de economia de subsistência, assalariamento precário nas usinas e pobreza generalizada”. Para exemplificar esta situação destacamos os seguintes depoimentos expressos pelos participantes deste estudo:

[...] Só com a produção do roçado não dá para sustentar toda a família. Plantamos milho, feijão; da mandioca fazemos farinha, beiju e tapioca. Queria ter um dinheirinho a mais para poder comprar um quilo de açúcar e de café, seria bom se tivesse um trabalho, como uma cooperativa, os índios trabalhando juntos para benefício de todos nós. [...] Muita família está com dificuldades financeiras, estão passando fome. Sempre chega um parente a minha casa pedindo um pouco de alimento para os filhos. Isso me deixa muito triste em não poder ajudar sempre, pois às vezes falta também para mim. [...] A nossa alimentação não está boa, têm dias no mês que falta o alimento. O que ajuda na alimentação é o dinheiro que recebemos do bolsa família. [...] A condição de vida não está boa, porque não tem trabalho, o que plantamos no roçado não dá para sustentar a família[...].

Acredita-se que esta situação vem se agravando com o desmatamento e o despejo de agrotóxicos nos mananciais com implicações direta nas atividades agrícolas e pesqueiras com perda de lavouras e a diminuição do pescado nas TI Potiguara, isto se dá também devido a proximidade destas TI com áreas urbanas dos municípios circunvizinhos.

De acordo com Santos; Coimbra Jr (2003, p.21)

A interação com as frentes de expansão, ocasionando a instalação de novos regimes econômicos e a diminuição dos limites territoriais, entre outros fatores, levaram a drásticas alterações nos sistemas de subsistência, ocasionando, via de regra, empobrecimento e carência alimentar. Além das etnias com parcelas expressivas de suas populações vivendo em áreas urbanas, portanto não mais produzindo diretamente os alimentos consumidos, há atualmente outras habitando áreas nas quais as pressões populacionais, aliadas a ambientes degradados, comprometem a manutenção da segurança alimentar.

No que se refere às instalações sanitárias existentes na aldeia, verificamos como mostrado na TABELA 4, que 87,3% dos entrevistados têm banheiro em sua residência. Sobre

o destino do lixo produzido na sua casa, 63,6% dos participantes afirmaram que enterram o lixo e os demais 36,4% disseram queimar o lixo.

TABELA 4 – Distribuição de frequência sobre o destino do lixo, existência de banheiro, sobre o uso, qualidade e tratamento da água utilizada na aldeia São Francisco.

INSTALAÇÕES SANITÁRIAS	N	%
Destino do lixo produzido na residência		
Enterrado	35	63,6
Queimado	29	36,4
Total	55	100,0
Existência de banheiro na residência		
Não	07	12,7
Sim	48	87,3
Total	55	100,0
Qualidade da água utilizada na aldeia		
Ótima	06	10,9
Boa	49	89,1
Regular	00	0,0
Total	55	100,0
Faz algum tratamento para o uso da água na residência		
Não	54	98,2
Sim	01	1,8
Total	55	100,0

Fonte: dados empíricos do estudo, Baía da Traição/PB, 2008.

Todos eles foram unânimes quanto ao recolhimento e destino adequado do lixo, pronunciando que todos os índios são responsáveis pela limpeza da aldeia. Quando foram questionados sobre medidas de prevenção às doenças, a maioria fez referências sobre a coleta de copos e garrafas plásticas para evitar a dengue e a infestação de insetos. Quanto à qualidade da água utilizada na aldeia, 89,1% dos entrevistados afirmaram que a água é boa, e 98,2% (54) participantes disseram que não fazem nenhum tratamento na água para uso doméstico, pois ela já vem tratada da caixa d'água e que o Agente Indígena de Saneamento (AISAN) faz a manutenção dos equipamentos e tratamento da água.

O AISAN é membro integrante da equipe de saúde contratado através de convênios celebrados entre a FUNASA e a prefeitura municipal de Baía da Traição. Tanto o AISAN como o AIS são capacitados por uma equipe de profissionais do quadro da FUNASA, os quais são também responsáveis para acompanhar as atividades desenvolvidas por eles nas aldeias.

Os dados contidos a seguir na TABELA 5 referem-se à visita domiciliar realizada pelo Agente Indígena de Saúde (AIS). Os resultados evidenciam que 90,9% (50) dos entrevistados

afirmaram receber a visita do AIS. Quanto à frequência destas visitas, eles disseram ser: quinzenal (43,6%), mensal (45,5%) e bimestral (1,8%). Estes resultados são considerados positivos em virtude do importante papel que eles exercem para a promoção da saúde na comunidade indígena, eles representam o elo entre a comunidade e os serviços de saúde disponíveis na aldeia e no Pólo-Base.

TABELA 5 – Frequência de visita domiciliar realizada pelo Agente Indígena de Saúde (AIS) na aldeia São Francisco, segundo os participantes deste estudo.

VISITA DOMICILIAR REALIZADA PELO AIS	N	%
Recebe visita domiciliar do agente indígena de saúde (AIS) em sua residência		
Não	05	9,1
Sim	50	90,9
Total	55	100,0
Frequência da visita domiciliar		
Quinzenal	24	43,6
Mensal	25	45,5
Bimestral	01	1,8
Raramente	00	0,0
Total	55	100,0

Fonte: dados empíricos do estudo, Baía da Traição, 2008.

Para atuar na saúde indígena, o AIS recebe uma Formação/Capacitação com carga horária total de 1.080h com 700h de concentração em salas de aula (teórica) e 380h para dispersão nas aldeias (prática), onde o Enfermeiro/Facilitador responsável por esta capacitação irá acompanhá-lo no decorrer de sua formação e atuação nas aldeias.

O AIS será formado para participar da atenção à saúde de todos os membros de sua comunidade e das localidades de sua área de abrangência, devendo desenvolver prioritariamente ações de vigilância em saúde, prevenção e controle das doenças e agravos, por meio de visitas domiciliares, atividades educativas individuais, familiares e coletivas e ações de atenção primária à saúde, sob a supervisão e acompanhamento de profissionais de saúde capacitados para exercerem essa função (instrutores/supervisores), lotados nas equipes de saúde dos Distritos Sanitários (BRASIL, 2005b).

A escolha dos AIS se dá por meio de processo seletivo dentro das comunidades previamente esclarecidas sobre seu papel, com assessoria dos Conselhos Distritais de Saúde. São exigidos requisitos para ser Agente Indígena de Saúde: ser indicado pela comunidade;

residir na área de atuação; pertencer preferencialmente à sociedade (etnia) junto a qual vai atuar; não ter vínculo profissional; ter um bom relacionamento com a comunidade; ter idade, preferencialmente, acima de 18 anos; ser alfabetizado, preferencialmente; e manifestar interesse, aptidão e responsabilidade para o trabalho de saúde.

Quando os participantes deste estudo foram questionados sobre a existência e participação nas reuniões dos Conselhos existentes – o Conselho Local e Distrital – os dados (TABELA 6) apontaram que dos 55 entrevistados, 29 (53,0%) deles afirmaram conhecimento sobre o Conselho Local e destes só 10 (18,2%) afirmaram participação nas reuniões. Em relação ao Conselho Distrital (CONDISI) apenas 11 (20%) afirmaram ter conhecimento, no entanto apenas 02 (3,6%) disseram ter participação efetiva nas reuniões, como Conselheiros Distritais e Locais representando o segmento de usuário indígena, ou seja, do grupo entrevistado nenhum teve participação nas reuniões como ouvintes, convidados pelas lideranças locais da aldeia.

TABELA 6 - Conhecimento e participação sobre o Conselho Local e Distrital de Saúde Indígena/CONDISI dos participantes do estudo.

PARTICIPAÇÃO E CONHECIMENTO SOBRE OS CONSELHOS	N	%
Conhecimento do Conselho Local de Saúde Indígena		
Não	26	47,0
Sim	29	53,0
Total	55	100,0
Participação no Conselho Local de Saúde Indígena		
Não	45	81,8
Sim	10	18,2
Total	55	100,0
Conhecimento do Conselho Distrital de Saúde Indígena		
Não	44	80,0
Sim	11	20,0
Total	55	100,0
Participação no Conselho Distrital de Saúde Indígena		
Não	53	96,4
Sim	02	3,6
Total	55	100,0

Fonte: dados empíricos do estudo, Baía da Traição/PB, 2008.

O Controle social vem atuando na saúde indígena desde a época do movimento pela Reforma Sanitária em 1986, com significativas reivindicações e conquistas alcançadas em prol da melhoria das condições de vida desta população. Por esta razão este estudo tratou de questões relacionadas ao conhecimento e participação dos índios nos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena Potiguara – CONDISI – por entender que a atuação e

participação ativa da comunidade nestes Conselhos só trarão benefícios para a saúde da comunidade Potiguara juntamente com o seu representante local em cada aldeia.

Sabe-se que existe toda uma organização e normas que devem ser seguidas para a composição paritária dos membros/conselheiros estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) através da Resolução nº 333/2003 (BRASIL, 2003). Mas nada impede que a comunidade participe das reuniões como ouvintes, tomando conhecimento das decisões deliberadas pelos Conselheiros de Saúde, os quais foram escolhidos pela comunidade para os representarem.

Diante destes resultados, acredita-se que a comunidade indígena Potiguara, precisa tomar conhecimento e participação dos Conselhos locais já instituídos nas aldeias. Que as lideranças locais busquem alternativas para incentivo e maior envolvimento dos índios nas reuniões dos Conselhos Locais, pois é a partir dos resultados destas reuniões que o Conselho Local atuando conjuntamente com CONDISI, terão autonomia para deliberar em prol da saúde de toda população Potiguara. Os resultados apresentados abaixo na TABELA 7 sobre o uso de bebida alcoólica e do fumo, revelaram que dos 55 entrevistados, 23 (41,8%) responderam que pelo menos um membro da família faz uso de bebida alcoólica, e destes, 15 entrevistados (27,3%) disseram que a bebida traz sim problema para toda a família, em que alguns informaram casos de óbito na família, causados pela cirrose hepática.

TABELA 7 – Distribuição de freqüência pelo uso de bebida alcoólica e pelo fumo dos participantes do estudo.

USO DE BEBIDA ALCOÓLICA E FUMO	N	%
Alguém na família faz uso de bebida alcoólica		
Não	32	58,2
Sim	23	41,8
Total	55	100,0
Traz algum problema para a família		
Não	40	72,7
Sim	15	27,3
Total	55	100,0
Fuma ou já fumou alguma vez na vida		
Não	25	45,5
Sim	30	54,5
Total	55	100,0
Trouxe algum problema de saúde		
Não	41	74,6
Sim	13	23,6
Não respondeu	01	1,8
Total	55	100,0

Fonte: dados empíricos do estudo, Baía da Traição/PB, 2008.

Segundo Souza; Oliveira; Kohatsu (2003) discutir o uso de bebida alcoólica na população indígena requer que se desvende uma rede de relações que envolvam esta prática, e para isto, faz-se necessário entender as múltiplas causas relacionadas ao processo de alcoolização no interior das comunidades indígenas. Entre os agravos que acometem os povos indígenas no Brasil, é notório que o consumo de bebidas alcoólicas tem se intensificado, embora faltem dados precisos para quantificar estas tendências.

Esta condição citada acima por estes autores, aplica-se as atuais condições dos índios Potiguara, pois a até a presente data o DSEI não dispõe de nenhum registro (levantamento de dados) sobre o uso do consumo de bebida alcoólica na etnia Potiguara.

Quanto ao uso do fumo, a maioria dos participantes, ou seja, 54,5% alegaram que fumam ou já fumaram alguma vez na vida. Quando questionados sobre os malefícios do cigarro no organismo, a maioria 74,6% informou que até o presente momento o fumo não trouxe nenhum problema de saúde para ele.

4.1.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS: DADOS SOBRE A MORBIMORTALIDADE

Os questionamentos feitos sobre a morbimortalidade com os participantes do estudo foram: problemas de saúde ocorridos no último ano com todos os membros do núcleo familiar e os óbitos ocorridos nos últimos cinco anos. Em relação aos problemas de saúde, observa-se que se somados os de ordem pessoal e familiar, estes problemas chegam a 66,9% (TABELA 8).

Com os dados constantes nesta tabela, assinalamos que algumas respostas se referem a sinais e ou sintomas, e não necessariamente a doenças. A maioria dos depoentes se consideram sadios, apesar de referirem alguma queixa, como por exemplo: dor de cabeça e problema na coluna que, segundo eles, são muitas vezes por causa da atividade na agricultura.

Quanto aos problemas familiares referenciados por eles, estes chegam a 21,6% de todos os enunciados. Dentre os problemas pessoais e familiares citados, a hipertensão aparece com maior percentual de 16,4% seguidas de problemas na coluna com (5,5%), dor de cabeça com (3,6%) a diabetes e as demais doenças com apenas 1,8%.

TABELA 8– Distribuição dos problemas de saúde ocorrido no último ano com os participantes do estudo e com seus familiares.

PROBLEMA DE SAÚDE	ENTREVISTADO		FAMILIAR	
	N	%	N	%
Artrose	01	1,8	-	-
Diabetes	01	1,8	-	-
Doença dos olhos	01	1,8	-	-
Hipertensão	09	16,4	01	1,8
Hemorróidas	01	1,8	-	-
Nódulo no seio	01	1,8	-	-
Problema na cabeça	01	1,8	-	-
Problema na coluna	03	5,5	01	1,8
Problema na visão	01	1,8	01	1,8
Dor de cabeça	02	3,6	-	-
Dor no pescoço	01	1,8	-	-
Dor nos joelhos	01	1,8	-	-
Sinusite	01	1,8	01	1,8
Vesícula	01	1,8	-	-
Acidente com pai na lavoura	-	-	01	1,8
Problema cardíaco	-	-	01	1,8
Epilepsia e diabetes	-	-	01	1,8
Gripe	-	-	01	1,8
Inflamação nos ossos	-	-	01	1,8
Paralisia facial	-	-	01	1,8
Pneumonia	-	-	01	1,8
Problema intestinal	-	-	01	1,8
TOTAL	25	45,3	12	21,6

Fonte: dados empíricos do estudo, Baía da Traição/PB, 2008.

Apesar da hipertensão e a diabetes representarem respectivamente apenas 16,4% e 1,8% das doenças citadas pelos Potiguara, são as que chamam atenção, pois elas vem dentre outros agravos se destacando no decorrer dos anos no DSEI Potiguara em virtude do número de atendimentos médicos realizados através dos Programas do Ministério da Saúde, no caso específico citamos o Programa Hiperdia da Atenção Básica, que presta atendimento aos hipertensos e diabéticos inscritos e cadastrados para serem acompanhados mensalmente pela equipe de saúde.

Segundo consolidado mensal de outubro/2008 do DSEI Potiguara (DSEI Potiguara, 2008) existem 544 índios hipertensos e 102 diabéticos, destes 163 hipertensos e 37 diabéticos em (Baía da Traição), 253 hipertensos e 43 diabéticos em (Marcação) e em 128 hipertensos e 22 diabéticos em (Rio Tinto) cadastrados no Programa Hiperdia.

De acordo com o consolidado dos atendimentos feitos através destes Programas pela EMSI que atuam nas aldeias, observou-se que no período de 2004 a 2007 (TABELA 9), algumas enfermidades são mais frequentes. Dentre elas, a hipertensão aparece no decorrer deste período com um percentual de: 84,3 (2004), 83,1 (2005), 73,5 (2006) e 82,2 (2007)

respectivamente. Em relação a diabetes os atendimentos realizados neste mesmo período são de: 75,2 (2004), 84,6 (2005), 56,5 (2006) e de 83,4 (2007).

TABELA 9 - Distribuição do número de consultas médicas realizadas de acordo com as doenças do aparelho circulatório (hipertensão) e endócrino (diabetes) no período de 2004 a 2007, no DSEI Potiguara/PB, 2008.

ANO	Total de atendimento médico realizado no DSEI Potiguara	Nº de consultas médicas por doenças		Consulta ao hipertenso		Consulta ao diabético	
		Circulatório	Endócrinas	N	%	N	%
2004	9.929	660	165	557	84,3	124	75,2
2005	7.188	558	202	464	83,1	171	84,6
2006	11.323	1059	340	778	73,5	192	56,5
2007	8.556	844	205	693	82,2	171	83,4
Total	36.996	3121	912	2.492	79,8	658	72,1

Fonte: relatório mensal/FUNASA/DSEI Potiguara, 2004/2007.

O controle da Hipertensão e do diabetes requer além do uso contínuo de medicações, alterações nos hábitos de vida e comparecimento periódico a consultas médicas e serviços de saúde. Medidas de combate ao alcoolismo, tabagismo, sedentarismo e condutas não medicamentosas como redução do peso, do sal e do açúcar da dieta são capazes de contribuir eficazmente para o controle dos níveis de sódio e glicose no sangue (ROSA; FRANKEN, 2000). O seguimento destas orientações é um processo complexo para os índios de uma maneira em geral, porque estas medidas de controle exigem mudanças quanto aos seus hábitos alimentares, os quais envolvem aspectos socioeconômicos e culturais importantes para eles. Deve-se ressaltar que se estes aspectos não forem considerados pela equipe de saúde para prevenção e controle destes agravos, estes aspectos poderão favorecer para a manutenção desta enfermidade entre eles.

Segundo Coimbra Junior; Santos; Escobar (2003, p. 29), o aparecimento dessas doenças crônicas não transmissíveis, como a diabetes, a hipertensão e obesidade entre os indígenas está fortemente associado “a modificações na subsistência, dieta e atividade física, dentre outros fatores, acopladas às mudanças socioculturais e econômicas resultantes da interação com a sociedade nacional”. Para esses autores pouco se sabe a cerca da epidemiologia da hipertensão e da diabetes em populações indígenas no Brasil.

Outras morbidades frequentes identificadas no atendimento prestado à população Potiguara estão dispostas logo a seguir na TABELA 10, na qual se destaca as doenças

infeciosas e parasitárias (ascaridíase, oxiúriase, pediculoses, acariíase, escabiose e outras infestações) e as DSTs que têm os maiores percentuais sobre as demais morbidades do mesmo grupo.

TABELA 10 – Distribuição de freqüência das doenças infecciosas e parasitárias segundo os atendimentos médicos realizados com a população indígena Potiguara, no período de 2004 a 2007. DSEI Potiguara/PB, 2008.

MORBIDADE		2004		2005		2006		2007	
DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	E	N	%	N	%	N	%	N	%
Doenças infecciosas intestinais		661	34,7	94	5,9	65	3,5	162	10,5
Amebíase		48	2,4	67	4,2	84	4,6	145	9,3
Micoses		132	7,0	168	10,5	199	10,8	130	8,5
Esquistossomose		01	0,5	03	0,9	3	0,2	104	6,8
Helmintíases (ascaridíase, oxiúriase e outras)		635	33,3	781	48,4	737	40,4	382	24,7
Pediculose, acariíase, escabiose e outras infestações		173	9,0	346	21,5	374	20,4	268	17,3
Tuberculose		04	0,1	02	0,1	02	0,1	03	0,2
DST		245	13,0	137	8,5	362	20,0	349	22,7
TOTAL		1899	100,0	1598	100,0	1826	100,0	1543	100,0

Fonte: relatório mensal/FUNASA/DSEI Potiguara, 2004 a 2007.

Historicamente, a morbimortalidade na população indígena tem sido dominada pelas doenças infecciosas e parasitárias. As infecções respiratórias, a tuberculose, a esquistossomose, as doenças sexualmente transmissíveis (DST), e a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) são enfermidades presentes na grande maioria das comunidades indígenas no Brasil (BRASIL, 2002).

Com as alterações ocorridas no delineamento da morbimortalidade no Brasil, revela-se uma diminuição de importância relativa para as doenças transmissíveis, especialmente a partir da década de 80, com falsas expectativas de que esse grupo de doenças estaria próximo da extinção. No entanto, o que se observa é que as doenças transmissíveis ainda causa impacto na morbidade, principalmente aquelas pelas quais ainda não se dispõem de mecanismos eficazes de controle e prevenção (BRASIL, 2005c).

De acordo com os dados de morbidade de base populacional, o quadro das doenças transmissíveis no Brasil, a partir da década de 80 até os dias atuais, apresenta uma situação complexa, a qual podem ser agrupadas em três grandes tendências, entre elas: 1) doenças

transmissíveis com tendências declinantes, como exemplo citamos a varíola erradicada em 1973, a poliomielite em 1989; 2) doenças transmissíveis com quadro de persistência, com destaques para a tuberculose, as hepatites virais, leptospirose, meningites do tipo B e C, leishmaniose visceral e tegumentar, esquistossomose e a malária; 3) doenças transmissíveis emergentes e reemergentes. As doenças emergentes são aquelas identificadas recentemente, como é o caso da aids que foi detectada no Brasil em 1980. As doenças reemergentes são aquelas que ressurgiram como problema de saúde após terem sido controladas no passado, entre elas citamos a cólera e a dengue (BRASIL, 2005e).

Quanto as parasitoses intestinais, estudos demonstraram que espécies de helmintos mais frequentes entre os indígenas são: *Áscaris lombricóide*, *Trichuris trichiura*, *Strongyloides stercoralis* e ancilostomídeos e, comumente, mais de 50% da população encontra-se acometida por mais de uma espécie. Demonstraram também prevalências variáveis de infecções por protozoários intestinais, como a *Giárdia lamblia* e a *Entamoeba histolytica* (COIMBRA - JR.; SANTOS, 2003).

Segundo Lacerda (2006, p.5), o elevado índice de doenças infecciosas e parasitárias presentes na população Potiguara se dá por:

Deficiência ou falta de um trabalho de educação em saúde contínuo e eficaz nas aldeias, porém, são bastante relevantes os aspectos culturais da população indígena quanto a: grandes aglomerações domiciliares, andar descalço, tomar banhos de rios e a falta de hábito da maioria em usar as melhorias sanitárias domiciliares.

A principal causa para este quadro de parasitoses entre os indígenas se dá pela precariedade das condições de moradia, tais como: falta de saneamento, ineficácia de infraestrutura adequada para coleta do lixo e destino dos dejetos, e a inexistência de água potável para a maioria das comunidades indígenas do país (COIMBRA - JR.; SANTOS, 2003).

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) na comunidade Potiguara são evidenciadas a partir dos atendimentos prestados as mulheres indígenas que procuram os serviços para a consulta médica e de enfermagem no pré-natal, para a coleta do exame Papanicolau. É oportuno dizer que conforme se dá no gênero masculino da população de uma forma geral, acontece também com gênero masculino da etnia Potiguara em relação ao controle das DSTs. Há, no entanto, uma subnotificação destas afecções entre os homens indígenas, em virtude da grande maioria não procurarem os serviços de saúde para tratamento.

Quando o serviço tem acesso a eles é por intermédio das abordagens feitas pela equipe juntamente com as mulheres índias. Estas evidências são ratificadas no consolidado de atendimentos prestados a esta população, onde aparecem diferenças percentuais acima de 90% nos atendimentos feitos aos dois gêneros. Como exemplo, citamos a seguir na TABELA 11, dados referentes ao período de 2004 a 2007.

TABELA 11 – Frequência de casos de DST atendidos pela equipe de saúde nas aldeias Potiguara no período de 2004 a 2007, DSEI Potiguara/PB, 2008.

DST	Nº DE CASOS DE DST NA ETNIA POTIGUARA							
	2004		2005		2006		2007	
	Sexo		Sexo		Sexo		Sexo	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Verrugas anogenitais (HPV)	1	1	6	1	1	4	1	4
Síndrome úlcera genital	2	1	1	4	1	7	1	1
Cervicite	-	237	-	125	-	341		332
Sífilis não especificada	-	3	-	-	1	5	4	5
Herpes genital					1	1		1
TOTAL	3	242	7	130	4	358	6	343
TOTAL GERAL	245		137		362		349	
%	Masculino		1,2%		5,1%		1,1%	
	Feminino		98,8%		94,9%		98,9%	

Fonte: relatório mensal/FUNASA/DSEI Potiguara, 2004 a 2007.

Na próxima TABELA (12) consta os dados referentes à aids e ao vírus HIV enviado pelo (informação verbal)¹ Hospital Clementino Fraga para o DSEI Potiguara (2008).

No período de 1998 a 2008 foram registrados 28 casos de aids, 04 casos de HIV, entre os índios Potiguara. Destes 28 casos de aids, 09 foram a óbitos, e 07 casos são de índios desaldeados.

O Hospital Clementino Fraga em João Pessoa/PB, é o centro de referência no estado para atender a comunidade indígena Potiguara. Para tanto, existe duas técnicas (enfermeiras) responsáveis, uma atuando nas aldeias e a outra como responsável pelo programa lotada no DSEI, que trabalham em parceria com a equipe do Clementino Fraga para seguimento e acompanhamento (notificação, encaminhamentos, exames, medicação, internação) dos casos em tratamento.

¹ Informação fornecida pela enfermeira/técnica responsável pelo Programa DST/aids no DSEI Potiguara, João Pessoa/PB, 2008.

TABELA 12- Distribuição do nº de casos de HIV e aids dos índios da etnia Potiguará, no período de 1998 a 2008, DSEI Potiguará/PB, 2008.

ANO*	SEXO		DIAGNÓSTICO		ÓBITO	TOTAL DE CASOS HIV/AIDS
	Masc	Fem	HIV	AIDS	SIM	
1998	-	1	-	1***	1	1
2000	3	-	-	3	1	3
2001	1	2	-	3	-	3
2002	1	-	-	1***	-	1
2003	1	1	-	2	1	2
2004	-	1	-	1	-	1
2005	-	2	-	2	1***	2
2006	2*** + 6	1	-	9	4	9
2007	2***	3	-	5	1***	5
2008**	-	1	-	1	-	1
Sem data	1	3	4	-	-	4
TOTAL	17	15	4	28	09	32

Fonte: Hospital Clementino Fraga/HCF/DSEI POTIGUARÁ/PB, 2008.

* Considerado o ano de notificação no HCF/SINAN/MS.

** Dados parciais até nov/2008.

*** Índio desaldeado.

Em 1986 foram registrados os primeiros casos da infecção pelo vírus HIV entre os índios do Brasil. De acordo com o Boletim Informativo nº01/2006 do DESAI (2006), no período de 2000 a 2005, foram registrados 108 casos de aids em adultos na população indígena, destes 62 são do sexo masculino e 46 do sexo feminino.

O curto período de tempo transcorrido entre o diagnóstico e o óbito dos pacientes, a falta de informações entre os índios sobre os modos de transmissão do vírus e prevenção da doença, bem como as limitações de ordem lingüística e cultural para a comunicação com eles, são desafios a serem enfrentados e expressam a situação altamente vulnerável frente à tendência de interiorização da epidemia de aids no país (BRASIL, 2002).

A desestruturação interna das comunidades, aumento da violência (prostituição, tráfico de drogas, influência da mídia introduzindo novos valores relacionados à sexualidade e relações pessoais) a mobilidade sazonal em busca de trabalhos temporários, garimpos, exploração madeireira e turismo são também fatores diretamente associados à magnitude do problema de disseminação do vírus HIV entre os indígenas no país (BRASIL, 2006b).

Para superar estes desafios e estando ciente da complexa situação de vulnerabilidade na população indígena, o Ministério da Saúde em Parceria com a FUNASA implantou em

2004 o Programa de DST/aids nos Distritos e Pólos-Base, tendo como objetivo ações básicas de prevenção, assistência, vigilância e monitoramento.

Para tanto, o DSEI Potiguara vem desde o ano de 2005 em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde/SES/PB realizando cursos de vigilância epidemiológica, aconselhamento e abordagem sindrômica sobre as DST/aids para médicos e enfermeiros que atuam nas terras indígenas. Em 2007, foi implantado o exame Teste Rápido para Diagnóstico do HIV nos três Pólos-Base e uma Capacitação de 103h para todos os 37 Agentes Indígenas de Saúde (AIS) sobre DST/aids e hepatites virais. Esta capacitação é parte integrante dos 06 módulos preconizados pela FUNASA para a formação e atuação dos AIS nas comunidades indígenas (BRASIL, 2005a).

Em relação aos casos de tuberculose na Potiguara indígena Potiguara, os números apresentados pelo DSEI Potiguara no período compreendido de 2004 a 2007, foram respectivamente de: 04 (2004), 02 (2005), 02 (2006) e 03 (2007) casos. Observando estes números de casos e tomando como base o cálculo de estimativas de casos² (FIOCRUZ, 2008) para o ano vigente (2008), estima-se uma incidência de 03 casos novos. Entretanto, segundo informações da responsável pelo Programa de Tuberculose no DSEI Potiguara, existe apenas 01 caso de Tb em tratamento até a presente data.

A presença da tuberculose e das DST/HIV entre os Potiguara é preocupante em consequência de 04 casos confirmados da co-infecção TB/HIV entre 2006 e 2008. Sabe-se que a co-infecção tuberculose (TB) e o vírus da imunodeficiência humana (HIV) constituem, nos dias atuais, um desafio para a saúde pública, podendo levar ao aumento da morbidade e mortalidade pela TB em muitos países. Em todo o mundo no ano 2000, estima-se que 11% dos casos de TB em adultos, estavam infectados pelo HIV ou com aids (MUNIZ, 2006).

Corroboramos com Escobar, et al (2001) quando refere que na população indígena, a tuberculose e vírus da imunodeficiência humana, vêm ameaçando com maior frequência e severidade. A autora diz ainda que historicamente, a tuberculose sempre representou uma proeminente causa de morbi-mortalidade entre grupos indígenas, tendo contribuído para o expressivo declínio populacional, como no caso dos Suruí, Karitiána e Pakanaanova da região amazônica, no Estado de Rondônia. Infelizmente, ainda que seja bem conhecida a presença da tuberculose e do HIV nessas populações, há significativa carência de estudos e pesquisas a respeito do tema.

² Cálculo de estimativas de casos – deve-se selecionar o maior número (MN) dos últimos anos. Para encontrar o nº de casos novos previstos para o ano seguinte ao último ano, multiplicar o nº selecionado (MN) por 1,10, supondo um incremento de 10% para descoberta de casos.

Segundo Kerr-Pontes; Oliveira; Freire (1997), a infecção pelo HIV é considerada um dos principais fatores de risco que faz com que um indivíduo com a infecção tuberculosa desenvolva a tuberculose ativa. Devido a sua alta patogenicidade, o *Mycobacterium tuberculosis* ativa-se mais precocemente que outros agentes oportunistas associados à aids.

Ao desenvolver a tuberculose ativa, observa-se que os pacientes co-infectados apresentam a contagem dos linfócitos CD⁴ mais alta. Por outro lado, também é possível que *M. tuberculosis* ative a replicação do HIV acelerando a progressão do quadro clínico da aids.

Para Rodrigues-JR; Ruffino-Netto; Castilho (2006) a Aids alterou a história recente da epidemia de tuberculose, acometendo pessoas de todas as classes socioeconômicas. Um indivíduo infectado pelo HIV é 25 vezes mais susceptível à tuberculose em relação aos não infectados e o risco de morte em pacientes co-infectados pelo HIV e pela TB é duas vezes maior que em pacientes com HIV sem tuberculose.

A TABELA 13 a seguir mostra o número de casos ocorridos de tuberculose por faixa etária na população indígena do Brasil no período de 2003 a 2006 (DESAI, 2006). Verifica-se que neste período o maior nº de casos se deu na faixa etária acima de 10 anos, e que houve uma redução de casos onde em 2005 era de 417 casos, passaram para 196 casos em 2006.

TABELA 13 – Distribuição de casos de tuberculose por faixa etária na população indígena, no período de 2003 a 2006, Brasil, 2007.

Faixa etária	Jul/2003 a jun/2004	Jul/2004 a jun/2005	Jul/2005 a jun/2006*
	Morbidade		
<1ano	27	45	4
1 a 4 anos	62	105	27
5 a 9 anos	20	24	12
10 anos e +	316	417	196
Total	425	591	239

Fonte: DSEI/COMOA/DESAI, 2006.

(*) dados parciais.

Segundo os dados do DESAI (BRASIL, 2007b), a taxa de incidência da tuberculose (TABELA 14) por 100 mil habitantes no período de 2000 a 2005 foi de: 267,5 (2000), 185,4 (2001), 225,2 (2002), 181 (2003), 142,5 (2004) e 73,3 (2005). Verifica-se que no decorrer

deste período houve uma queda nestes dados, onde a incidência referente aos casos de baciloscopia positiva que era de 156,3 no ano 2000 passou para 48,0 no ano 2005.

TABELA 14 – Incidência de tuberculose por 100 mil habitantes, na população indígena no período de 2000 a 2005, Brasil, 2006.

INDICADOR	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Incidência (todas as formas)	267,5	185,4	225,2	181,0	142,5	73,3
Incidência (BK +)	156,3	102,4	96,4	100,9	76,9	48,0

Fonte: DSEI/COMOA/DESAI, 2007.

Existem fatores que favorecem para a incidência da tuberculose entre os índios. Dentre eles, observa-se à ausência de um sistema eficaz de busca ativa dos casos, a deficiência sanitária nas comunidades indígenas, a crescente deterioração de suas condições de vida em decorrência do contato com os não índios, problemas de acessibilidade (geográfica, lingüística e cultural) aos centros de referência para o tratamento, à falta de supervisão dos doentes pelos serviços de saúde ambulatorial, o abandono freqüente do tratamento e a prática ineficiente de atividades educativas nas aldeias (BRASIL, 2002).

Segundo Baruzzi (2001), a tuberculose é dentre as doenças infecciosas, uma das principais endemias que se destaca acometendo os povos indígenas. Sua importância deve-se não somente a seu papel histórico como fator de despovoamento, como também pela ampla distribuição no presente. Os dados disponíveis mostram taxas de incidência altíssimas, muito superiores às encontradas na população não índia.

A esquistossomose também se destaca entre as endemias presentes na população indígena Potiguara. Entre 2006 e 2007 no Pólo-Base de Rio Tinto, mais precisamente na aldeia Jaraguá, onde foram notificados através da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Tinto, 110 casos de esquistossomose.

A equipe de saúde do Pólo-Base de Rio Tinto em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Rio Tinto vem intensificando ações de educação em saúde para combater a esquistossomose nesta comunidade indígena. O líder e Conselheiro indígena da aldeia Jaraguá, vem através das reuniões no Conselho Local e Distrital - CONDISI tentando mudar esta situação junto ao setor de saneamento e engenharia da FUNASA/CORE/PB.

No que se refere aos óbitos ocorridos nos últimos cinco (5) anos, verificamos, pela TABELA 15, que dos 55 entrevistados 32 (58,2%) deles referiram óbito na família e destes 14 (25,5%) não souberam informar a causa da morte. Ao somar o número de óbitos causados

pelas doenças do aparelho circulatório e endócrino, este número representa 16,4% relacionados a hipertensão, AVC, problema do coração e a diabetes. As demais causas foram para: cirrose (5,5%), acidente com veículo automotor (3,6%), a tuberculose (1,8%), o tétano (1,8%), o tumor de esôfago (1,8%) e infecção pulmonar (1,8%). Em referência a idade, percebeu-se que 43,6% dos óbitos ocorreram com índios a partir de 51 anos.

TABELA 15 - Distribuição da frequência sobre os óbitos ocorridos nos últimos cinco (5) anos no núcleo familiar dos participantes do estudo.

OCORRÊNCIA DE ÓBITOS NO NÚCLEO FAMILIAR	N	%
Morreu alguém da família nos últimos cinco (05) anos		
Não	23	42,0
Sim	32	58,0
Total	55	100,0
Faixa etária		
20 a 35 anos	02	3,6
36 a 50 anos	02	3,6
51 a 64 anos	08	14,5
65 anos e +	16	29,0
Não soube informar	04	7,3
Total	32	100,0
Causa da morte		
Acidente de veículo automotor	02	3,5
AVC/trombose	05	9,0
Hipertensão e diabetes	03	5,5
Cirrose	03	5,5
Tétano	01	1,8
Tuberculose	01	1,8
Tumor de esôfago	01	1,8
Problema do coração	01	1,8
Infecção pulmonar	01	1,8
Não soube informar	14	25,5
Total	32	100,0

Fonte: dados empíricos do estudo, Baía da Traição/PB, 2008.

Considerando os dados sobre a morbidade, conforme já discutido anteriormente, e observando estas causas para o óbito, percebe-se uma frequência entre os Potiguara das doenças cardiovasculares. Observando também outras questões, que por conta desta pesquisa tivemos a oportunidade de conhecer a partir dos depoimentos, podemos dizer que existe fatos que poderão estar contribuindo para a frequência destes agravos. Para tanto, seria necessário um estudo mais específico para confirmar estes achados. No entanto, já podemos diante esta situação, referenciar alguns aspectos já identificados, são eles:

- ☞ A maioria dos idosos não tem como prática procurar os serviços de saúde na aldeia para realização de exames e ou outros procedimentos de prevenção as doenças;
- ☞ A ingestão de alimentos provenientes da pesca (peixe, camarão) é muitas vezes conservada no sal, o uso da farinha de mandioca é utilizada no preparo de pratos próprios da tradição indígena (beiju, tapioca, massa de mandioca, bolo de mandioca e macaxeira);
- ☞ Alguns índios nesta faixa etária já estão aposentados, não desenvolvem mais as atividades na agricultura no mesmo ritmo quando eram mais jovens;
- ☞ O próprio ritmo de vida tranqüilo na aldeia conduz ao sedentarismo, com pouca atividade física;
- ☞ O uso do fumo e do álcool.

Para exemplificar estes achados mostramos a seguir alguns depoimentos:

[...] Não estou gostando da minha alimentação, porque tenho diabetes e não posso comer tudo que quero [...] Gosto da alimentação, mas por causa da pressão alta, tive que fazer regime de algumas comidas, não posso mais comer o peixe salgado com farinha, como antigamente eu comia e gostava muito [...] Nós que somos especialistas que trabalha com a educação em saúde, percebemos muitas situações em que o índio está doente, tem determinados comportamentos que lhe prejudicam a saúde e não percebem que estão agindo de forma errada. Sempre orientamos na escola sobre condutas corretas para promoção da saúde. Minha mãe tem hérnia e não segue as orientações do médico [...] Muitas pessoas da aldeia só consideram que estão doentes, se sentirem alguma dor ou incômodo. [...] Quando solicitamos ou orientamos para a realização de algum exame preventivo, elas questionam o exame, alegando que não estão sentindo nada, e nós sabemos que muitas doenças são evitadas através da realização de alguns exames. [...] Quando estamos com saúde não vamos procurar o posto, nem abusar ninguém, não gosto de procurar o médico [...].

Segundo Oliveira; Thebaud-Mony (1997) por conta da transição epidemiológica e demográfica que vêm ocorrendo nas comunidades indígenas, observa-se mudanças nos padrões alimentares e nutricionais, revelando a complexidade dos modelos de consumo e de seus fatores determinantes, onde déficits nutricionais estão marcados por alterações nos níveis de atividade física e composição da dieta.

Esses autores referem ainda que aquelas comunidades indígenas que tem um relacionamento mais estreito com a população regional próximas as áreas urbanas, nota-se o

aparecimento de novos problemas de saúde relacionados às mudanças introduzidas no seu modo de vida e, especialmente, na alimentação como: a obesidade, hipertensão arterial, a diabetes, o câncer e o alcoolismo.

Em referência aos óbitos por cirrose (5,5%), os entrevistados alegaram ser por causa de bebida alcoólica. Há uma preocupação por parte de alguns índios em relação ao consumo de bebida alcoólica entre familiares.

Quanto ao óbito por tuberculose ser de apenas 1,8% do total dos óbitos citados, merece atenção pelo fato de que, era um caso que não estava sendo acompanhado, nem pelo DSEI Potiguara, nem pelos os demais serviços de referência no estado. Conforme já expresso anteriormente, é importante atentamos para esta problemática sobre a tuberculose nas terras indígenas Potiguara. No item (4.2) que trata dos resultados sobre o campo das representações sociais, este assunto será melhor discutido em relação a representatividade deste óbito para os Potiguara.

A incidência dos casos de tuberculose por 100 mil habitantes registrado no período de 2004 a 2006 por região foi de: Norte (95,74), Centro Oeste (237,5), Sudeste (77,57), Sul (55,85) e Nordeste (44,72) (DESAI, 2007).

O Relatório de Dados e Informações sobre a Saúde Indígena (BRASIL, 2007b), apresenta (TABELA 16) a distribuição de nº de óbitos por tuberculose, no período de 2003 a 2006.

TABELA 16– Distribuição de óbitos por tuberculose por faixa etária, na população indígena, no período 2003 a 2006, Brasil, 2006.

Faixa etária	Jul/2003 a jun/2004	Jul/2004 a jun/2005	Jul/2005 a jun/2006*
	Mortalidade	Mortalidade	Mortalidade
<1ano	0	1	0
1 a 4 anos	1	1	0
5 a 9 anos	0	0	0
10 anos +	27	24	11
Total	28	25	11

Fonte: DSEI/COMOA/DESAI, 2007.

O Departamento de Saúde Indígena (DESAI, 2007) mostra que o coeficiente geral de mortalidade indígena por 1.000 habitantes no período de 2000 a 2006, foi respectivamente de: 7,10 (2000) 6,12 (2001) 5,78 (2002), 5,16 (2003), 4,51 (2004), 4,77 (2005) e 3,11 (2006).

Para o DSEI Potiguara, este coeficiente aparece com um percentual no mesmo período de: 6,96 (2000), 3,71 (2001), 3,81 (2002), 2,65 (2003), 2,80 (2004), 2,93 (2005) 2,12 (2006).

Quanto ao percentual e número de óbitos indígenas por causas agrupadas, no período de 2003 a 2006 (DESAI, 2007) na população geral indígena, os óbitos por outras causas mal definidas aparece em primeiro lugar com cerca de 20% na média, isto indica precariedade no sistema de informação, falta de diagnóstico ou investigação de causas ou subnotificação nos registros. Dos óbitos ocorridos neste mesmo período, as doenças infecto-contagiosas aparecem com um percentual entre 32,2% e 36,67% comparadas com as demais causas.

A distribuição por grupos de causas de mortalidade pode sugerir associações com fatores contribuintes ou determinantes das doenças. Neste sentido, proporções elevadas de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias refletem, em geral, baixas condições socioeconômicas e de saneamento ambiental nas comunidades indígenas.

Em relação aos óbitos ocorridos nas outras faixas etárias entre os Potiguara, percebe-se que não foi citado nenhum óbito abaixo de 20 anos, e sendo mais preciso, não foi citado nenhum óbito em menor de um ano. A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) na etnia Potiguara no período de 2003 a 2007 foi em média 19,16% (TABELA 17). As Taxas para cada ano foram: 23,8 (2003), 15,4 (2004), 9,7 (2005), 35,8 (2006), 11,1 (2007).

TABELA 17 – Distribuição da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) em menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos, na etnia Potiguara no período de 2003 a 2007, DSEI Potiguara/PB, 2008.

ANO	2003	2004	2005	2006	2007	Média %
TMI	23,8	15,4	9,7	35,8	11,1	19,1

Fonte: DSEI Potiguara, 2007.

Entre os indicadores de saúde existentes, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é considerada por Vermelho; Costa; Kale (2006, p.40) como um dos indicadores mais sensíveis a situação de saúde e condição social de uma população “porque ela se refere a um grupo populacional (nascidos vivos antes de completar um ano de vida) bastante vulnerável às condições de vida, intra e extra-uterina”.

Para esses autores a definição de faixas de valores da TMI consideradas altas ou baixas é sempre arbitrária, e sujeitas a controvérsias. Os valores atualmente utilizados para

identificar a TMI são: inferior (<20 óbitos), intermediário (20 a 40 óbitos) e elevado (≥ 50 óbitos).

Na análise da mortalidade infantil, deve-se considerar que, embora altas taxas de mortalidade infantil possam revelar precárias condições sociais e de saúde, baixos níveis de mortalidade infantil não refletem necessariamente melhorias das condições de vida da população. Por outro lado, o aumento na taxa de mortalidade infantil pode, em determinadas situações, ser resultante da melhoria dos registros dos óbitos infantis.

Segundo Lacerda (2006, p.9), vem ocorrendo uma queda da TMI na área indígena Potiguara, devido ao “aumento no número de profissionais nas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, gerando assim intensificações nas ações, como: imunização, acompanhamento do CD, acompanhamento de gestantes e vigilância nutricional como também maior frequência de visitas as aldeias”.

4.2. CAMPOS SEMÂNTICOS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SAÚDE E DOENÇA

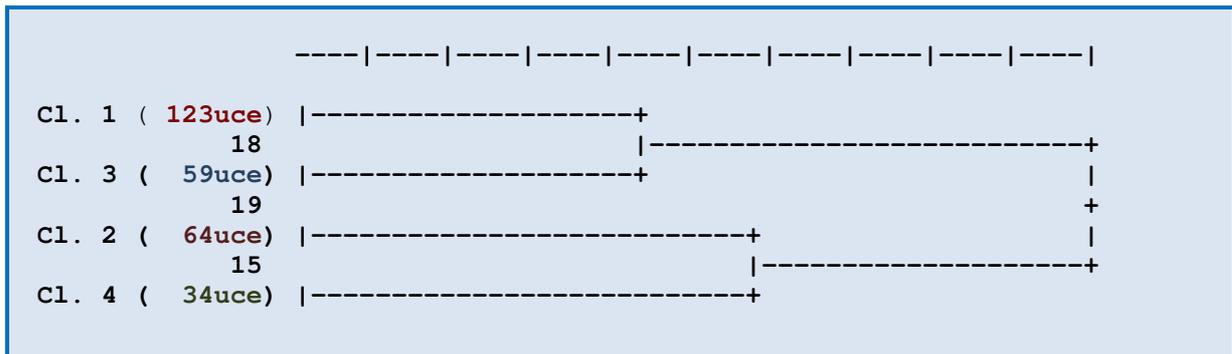
Na primeira etapa do tratamento pelo ALCESTE se verificou que o *corpus* foi constituído de 55 entrevistas, as quais deram origem às 55 UCIs (Unidade de Contexto Inicial). Após esta etapa, as UCIs foram divididas em 366 segmentos de texto denominadas UCEs (Unidades de Contexto Elementar). Em seguida, considerando-se as formas reduzidas, as palavras passaram a representar um total de 5471 palavras, das quais 1344 foram consideradas analisáveis e 243 instrumentais. As palavras analisáveis são aquelas que dão sentido na construção do objeto de comunicação. As palavras instrumentais são aquelas utilizadas no discurso como artigos e preposições, que embora sejam fundamentais à organização textual, não trazem contribuição direta à argumentação produzida no *corpus*.

A análise hierárquica realizada em seguida reteve 280 UCEs das 366 presentes no *corpus*, ou seja, foram aproveitadas para análise 76,50% das UCEs existentes, originando quatro (4) classes ou categorias de segmentos de UCEs de textos diferentes entre si. A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) ilustra as relações interclasses, sendo representada sob a forma de dendograma.

A leitura do dendograma é feita da direita para a esquerda. No primeiro momento, o *corpus* foi dividido em dois sub-corpus. No segundo momento, o primeiro sub-corpus foi

dividido em dois, obtendo-se assim as classes um e três. E no terceiro momento, o segundo sub-corpus foi dividido em dois, resultando as classes dois e quatro.

Nesta classificação, verifica-se que a classe um detém 123UCEs, a classe dois 64UCEs, a classe três 59UCEs e a última classe quatro com 34UCES, conforme é demonstrado abaixo no QUADRO 2.



QUADRO 2 – Representação do produto da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) das classes.

4.2.1 AS CLASSES E SUAS DESCRIÇÕES

Para descrição das classes, o ALCESTE se utiliza do vocabulário produzido pelos sujeitos e pelas variáveis que contribuíram para a produção das UCEs de cada classe.

Para descrever cada classe foram consideradas palavras com frequência de ocorrência maior que 6 (média característica deste *corpus*) e com qui-quadrado (χ^2) de associação à classe $\geq 3,84$ (significativa a 0,05). A partir desta seleção, observa-se que a CLASSE 1 é a maior com 43,93% das UCEs, seguidas das CLASSES 2 e 3 com: 22,86% e 21,07% das UCEs. A CLASSE 4 é a menor com 12,14% das UCEs. De acordo com esta seleção, as classes foram denominadas com a seguinte estrutura temática:

- ☞ CLASSE 1 – DESCRIÇÕES SOBRE A DOENÇA;
- ☞ CLASSE 2 – CONTEXTOS DE SAÚDE;
- ☞ CLASSE 3 – PRÁTICAS DE PREVENÇÃO E CURA FRENTE À DOENÇA;
- ☞ CLASSE 4 – SAÚDE *VERSUS* IDADE.

Os resultados decorrentes desta estrutura temática estão expostos abaixo na FIGURA 3, e analisados logo a seguir.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SITUAÇÃO DE VIDA, SAÚDE E DOENÇA NA CONCEPÇÃO INDÍGENA POTIGUARA											
CLASSE 1			CLASSE 3			CLASSE 2			CLASSE 4		
DESCRIÇÕES SOBRE A DOENÇA			PRÁTICAS DE PREVENÇÃO E CURA FRENTE A DOENÇA			CONTEXTOS DE SAÚDE			SAÚDE VERSUS IDADE		
Doença	84	48,09	Adoecer	38	133,8	Alimentação	38	123,66	Trabalho	14	26,38
Antigamente	45	39,89	Penso	28	87,38	Atende	27	70,20	Querer	07	25,07
Sarampo	25	31,74	São	36	71,72	Serviço	26	69,86	Pode	09	21,80
Morreu	27	26,37	Quem	26	68,11	Casa	36	68,14	Roçado	06	13,03
Hoje	48	20,34	Idoso	18	61,53	Gosto	23	62,02	Nada	06	11,53
Aids	24	19,80	Prática cura	14	49,76	Família	25	62,59	Quando	13	8,28
Aconteceu	13	17,40	Rezadeira	11	37,57	Minha	30	53,77	Saúde	15	5,49
Trazida	13	17,40	Mais	32	34,08	Boa	28	51,45	Temos	08	4,70
Conhecimento	11	14,61	Ervas	12	33,09	Satisfeito	14	40,22	Ao	06	4,07
Causa	17	14,75	Capim santo	07	26,89	Reforma	11	38,64	Ficar	07	3,94
Tuberculose	14	13,08	Prevenção	10	25,57	Pudesse	11	38,64			
Catapora	08	10,51	Evitar	09	25,40	Reunir	13	32,82			
Homem branco	10	10,26	Igual	06	22,97	Costume	09	26,51			
Coqueluche	07	9,16	Criança	18	22,16	Comemoração	09	26,51			
Variola	09	8,94	Idade	07	21,85	Cond. Vida	17	25,29			
Matou	06	7,83	Lambedor	09	19,01	Saúde	29	24,76			
Bexiga	06	7,83	Índio	18	18,28	Hábito	06	20,69			
Gripe	25	7,49	Uso	06	18,04	Lazer	06	20,69			
Verminose	11	7,18	Queimar	06	18,04	Fazer	23	19,53			
Contaminar	08	7,63	Lixo	10	15,51	Falta	10	17,25			
Vacina	06	7,83	Como	11	12,01	Precisa	13	13,22			
Febre	16	6,69	Dengue	07	12,47	Triste	06	12,70			
Cuidar	14	5,94	Deve	09	12,63	Tenho	15	9,07			
Funasa	09	4,91	Mastruz	07	11,36	Acamado	06	8,11			
			Chá	11	9,68	Viver	06	7,09			
						Ajuda	08	7,09			
						Dinheiro	06	6,52			
						Trabalho	14	5,43			
						Melhorar	10	4,58			
PALAVRAS	F	X²	PALAVRAS	F	X²	PALAVRAS	F	X²	PALAVRAS	F	X²

FIGURA 3 – Estrutura temática das classes

4.2.1.1 CLASSE 1 – DESCRIÇÕES SOBRE A DOENÇA

A classe um deteve 123 UCEs (43,93%) do total de UCEs retidas com 103 palavras selecionadas. As palavras que obtiveram maior associação nesta classe, por ordem decrescente do X^2 , foram às seguintes: *doença, antigamente, sarampo, morreu, hoje, Aids, trazida, aconteceu, conhecimento, causa, tuberculose, catapora, homem branco, coqueluche, matou, varíola, bexiga, gripe, verminose, contaminar, vacina, febre, cuidar, Funasa*.

As UCEs apresentadas a seguir, refletem uma melhor contextualização destas palavras:

[...] antigamente era catapora, bexiga. Graças a deus essas doenças hoje não acontecem mais. Hoje é gripe, febre. [...] De uns tempos para cá aparece doença chamada Aids. [...] antigamente era catapora, sarampo. Nessa época morreu muita criança. Hoje temos vacina, medicamento, equipe da funasa está cuidando da gente. [...] doenças de hoje são a gripe, conjuntivite, febre, dor de cabeça. [...] conjuntivite foi trazida por pessoas de fora da aldeia, porque antes não tinha essa doença. [...] As doenças que conheço de antigamente foram à verminose, sarampo, coqueluche, catapora [...] Doenças de antigamente era sarampo, maleita, tuberculose, coqueluche, [...] doenças de antigamente sei que melhorou muito por causa da vacina [...] antigamente tinha também a tuberculose, e ainda hoje tem. Na semana passada morreu uma pessoa de tuberculose na aldeia. [...] doenças de hoje são alteradas, escuto falar de doença chamada Aids, da muito medo, e complicado porque o índio tem contato com homem branco e adquiri esta doença [...].

Esta classe apresenta elementos relativos ao conhecimento dos índios Potiguara sobre as doenças: acometidas no passado e nos dias de hoje, as que foram trazidas para a aldeia pelos não índios, bem como as suas causas.

Em relação as doenças acometidas no passado (sarampo, varicela (catapora), coqueluche, varíola (bexiga), verminose, malária (maleita) tuberculose), os Potiguara demonstram nas expressões acima tranquilidade com relação a estas doenças, e que a mais perigosa era o sarampo porque “matou muita criança”, mas nos dias de hoje são combatidas com “a vacinação, medicação e pela ação da equipe de saúde da FUNASA”.

Em relação ao aparecimento destas doenças, eles referenciam que foram trazidas pelos “Portugueses, Alemães e Negros quando vieram para cá na época da colonização”. Luciano-Baniwa (2006) diz que antes da chegada dos Portugueses, os remédios e tratamentos adotados pelos índios eram eficientes, pois conheciam as doenças que os acometiam. Em conseqüência

da invasão dos colonizadores, estes trouxeram com eles doenças que os índios desconheciam e, portanto, não podia curá-las. Afirma ainda que muitas dessas doenças nem mesmo os europeus não sabiam ou sabem até hoje como combatê-las.

Para Luciano-Baniwa (2006, p. 163), “o estado de saúde e doença para os povos indígenas, em seu principal aspecto, é o resultado do tipo de relação individual e coletiva que se estabelece com as demais pessoas e com a natureza”. O autor refere ainda que na época de chegada dos Portugueses ao Brasil, os índios conheciam mais de duas (2) mil plantas medicinais e muitos destes índios foram capazes de realizar operações e cuidar de fraturas ósseas. Apesar destas ocorrências no passado, a medicina indígena é ainda uma das expressões culturais que vem se mantendo até os dias de hoje.

Outra causa atribuída para o aparecimento de algumas destas doenças ainda hoje na aldeia é devido a “alimentação e má convivência social” dos índios Potiguara com os não índios. A dimensão desta representação sobre a “má convivência social” dos índios Potiguara, está diretamente relacionada a questão da proximidade das terras indígenas à área urbana dos não índios, principalmente nos municípios: Baía da Traição, Marcação, Rio Tinto. Sabe-se do fluxo constante de saída índios da aldeia para estes municípios e também para Mamanguape e João Pessoa. Como também é freqüente a entrada dos não índios nas aldeias Potiguara.

Com isto podemos inferir que esta expressão “essas doenças ainda acontecem por causa da alimentação e má convivência social” seja atribuída pelos índios em consequência da influência dos não índios em sua vida cotidiana na aldeia. Isto representa que a manutenção da tradição alimentar dos índios Potiguara está ameaçada pela a prática alimentar dos não índios, apresentando-se para eles como “problema social” que antes não existia e que hoje convivem com isto de maneira muito diferente de como era antes.

Os segmentos de textos apresentados a seguir exemplificam estas denominações:

[...] é porque tudo tem o problema social, hoje nos convivemos com uma forma muito estranha que antes não tínhamos, e agora estamos vivendo de forma muito diferente. E por causa disso vem o vício alimentar causando desordem na estrutura física e mental do organismo [...] Temos que alimentar para ficar sadio, não só encher a barriga. Temos variedade de frutas, banana, coco, manga, mangaba, pitomba. Nossa alimentacao mantém um pouco da estrutura da saúde. Ainda hoje tem muita gente que não quer comer só isso. Dai vem à doença ao ingerir qualquer tipo de comida pensando que faz bem, e não faz [...] Eu acho que as doenças de hoje são por causa dos alimentos, porque o peixe hoje vem congelado, antes o peixe era mais sadio, tudo hoje é congelado [...].

Apesar desta ameaça à tradição alimentar, é oportuno, no entanto, destacar que eles ainda preservam a sua cultura alimentar, através da manutenção e funcionamento de casas de farinha, as quais são destinadas para a produção de beiju, tapioca, farinha e massa de mandioca, para o consumo familiar, para vender e/ou trocar por outros alimentos ajudando assim na subsistência da família. Outra prática de preservação a sua cultura alimentar é através da pesca no mangue, área de uso comum muito importante para os Potiguara, onde retiram a sua maior fonte de proteínas através da pesca do peixe, camarão e da coleta do carangueijo e marisco.

Sobre esta representação social de “alimentação e má convivência social”, atribuída pelos índios como causa para o aparecimento de doenças na aldeia, corroboramos com Jodelet (2001) quando destaca que o fenômeno das representações sociais como construções mentais, evidências que fazem parte do nosso dia-a-dia, ressaltam o fato de que, como ser social, o homem precisa ajustar-se ao mundo em que vive, sobretudo para adequar-se a ele, no que se refere a comportamentos e sobrevivência.

Isto demonstra que os índios Potiguara estão sempre em busca contínua de informações sobre o mundo, informações essas que são de grande importância a sua vida cotidiana, necessitando compreender o mundo em que vive e nele sobreviver, quer administrando-o, quer enfrentando-o.

Em referência as doenças de hoje, os índios afirmaram ser a gripe, a diabetes, a hipertensão, o derrame (AVC), a tuberculose e a aids. A gripe é a mais freqüente na opinião deles, e que todo ano “ataca todo mundo, criança, adulto, velho”.

Dentre todas estas doenças citadas, as que chamam atenção é a tuberculose e a aids. A aids se destaca também como a doença que foi trazida para a aldeia pelo os não índios. Eles foram quase unânimes em destacar a presença da aids e do vírus do HIV na aldeia.

Observa-se nas UCEs que os participantes do estudo verbalizam suas crenças para explicarem a aids e o vírus HIV, integradas a sentimentos próximos ao medo. Sentem-se apreensivos, ao afirmarem já ter ocorrido morte na aldeia.

A representação da tuberculose e o do vírus HIV para os índios Potiguara se configura em insegurança e preconceitos, porque muitos deles ainda desconhecem a sua prevenção, e porque não dizer, a sua concepção cultural sobre o processo saúde-doença. Entretanto alguns expressaram desconhecimento sobre a doença e ocorrência de casos na aldeia.

Para exemplificar esta situação destaca-se a seguir a UCE representativa destes sentimentos.

[...] não conheço nenhuma doença que foi trazida para a aldeia. Não ouvi falar sobre a aids ou o vírus HIV, acho muito perigoso se aparecer estas doenças aqui. Porque se uma pessoa tiver aids acontece de todo mundo se afastar dela; porque eu deduzo por mim, se uma pessoa tiver essa doença da aids, claro que eu não vou encostar perto dela. Faz medo à pessoa pegar a doença [...].

A infecção pelo vírus HIV, mesmo em diferentes momentos históricos e em diferentes sociedades apresentou caracterizações culturais semelhantes na coletividade como o preconceito, a discriminação e o estigma relacionados ao indivíduo acometido pela infecção. Segundo SCHAURICH; COELHO; MOTTA (2006, p.457) o HIV projeta-se sobre o “indivíduo e o despersonaliza, o qual deixa de ter uma doença e passa a ser a própria doença, ou seja, reforça-se desse modo a imposição social de descaracterizar a pessoa que é portadora de uma doença, atribuindo-lhe as propriedades do estigma, onde o indivíduo passa a representar a própria doença”.

Outra questão que merece atenção é a representação da informação sobre a existência da doença na aldeia pelos participantes do estudo na faixa etária: jovens/adultos e idosos. Verificou-se que foram os jovens e adultos que detiveram mais conhecimento sobre a aids e o vírus HIV, enquanto que a maioria dos idosos, desconheciam a existência de casos na aldeia.

As UCEs que seguem são representativas desta situação: “[...] não conheço nenhuma doença que foi trazida pelo homem branco. [...] não ouvi falar sobre a aids ou o vírus HIV [...] não sei falar sobre essas doenças[...] não sei sobre nenhuma doença trazida para cá [...]”.

O conhecimento dos jovens e adultos sobre a aids e o vírus HIV, acredita-se que seja pelo fato de terem maior acesso a informação através das escolas, nas atividades educativas realizadas pela equipe de saúde, pelas organizações existentes na aldeia, como por exemplo: a Organização Indígena Potiguara (OIP) e a Organização de Jovens Indígena Potiguara (OJIP), que vem atuando através de projetos específicos para a abordagem das DSTs e aids nas aldeias Potiguara com realização de oficinas (teatro, dramatização) palestras e reuniões.

Há também a informação através da mídia (rádio, televisão), a própria informação que chega à aldeia por intermédio de turistas, visitantes, e que segundo eles, trazem também o próprio vírus HIV para as aldeias. E através de capacitações realizadas, em especial para o Agente Indígena de Saúde (AIS) que atuam diariamente nas aldeias como agentes multiplicadores de educação em saúde na comunidade Potiguara levando informações a cerca de prevenção às doenças e promoção à saúde.

Desta forma se justifica que o grupo de jovens e adultos em sua maioria tem maior acesso as informações do que o grupo dos idosos, onde muitos deles afirmam que não gostam de sair, em geral só participam das atividades no roçado, com o plantio, a pesca e na casa de farinha. Alguns idosos quando são convidados a participarem de determinados eventos sempre acabam arranjando desculpas e não participam.

Segundo Jodelet (1984 apud OLTRAMARI; CAMARGO, 2004, p. 84), “as representações sociais sobre determinado objeto podem se diferenciar segundo a prática e a condição dos grupos em relação a esse objeto”. Dessa maneira, é possível compreender os dois tipos de explicações dadas pelos jovens/adultos e idosos sobre o conhecimento/existência da aids e do vírus HIV na aldeia.

Quanto as causas para o aparecimento da aids, os adultos destacaram diversos motivos, dentre eles citamos: “[...] os jovens não tomaram o conselho dos pais [...] tem envolvimento com pessoas de fora da aldeia, principalmente por parte das índias[...] com a vinda destas pessoas (turistas) para a aldeia, freqüentam os bares na aldeia, começando assim a disseminação não só do vírus HIV como outras DSTs [...]”.

Uma das UCEs representativa dessa classe é citada a seguir.

O que a gente vê hoje é a aids, que antes não existia aqui na aldeia Sempre tinha a gonorréia e outras doenças que foram trazidas pelo homem branco, mas agora tem também a aids. É errado hoje essas doenças aparecerem aqui na aldeia, existe muito a mocidade que por parte das mulheres, vão se envolver com homens de fora da aldeia e adquirem essas doenças. Depois os próprios parentes aqui da aldeia as procuram e daí vai transmitindo as doenças [...].

O aparecimento do vírus HIV nas aldeias Potiguara se deve também a presença de núcleos pesqueiros nos municípios próximos as aldeias e a migração dos índios para centros urbanos. A representação social para a existência das doenças nas aldeias, em especial para a aids e o vírus HIV, é expressa também pelos índios como uma questão religiosa.

As UCEs a seguir ilustram esse aspecto.

[...] fico triste com doenças que aparecem na aldeia. Essa doença não vem de deus. Aqui a aids a gente chama de doença feia, outras doenças também que antes não tinham, agora está aparecendo na aldeia. [...] Quando tem alguém doente na família, rezo para ficar curado, sempre peço proteção a

Deus [...] Antigamente era catapora, bexiga, graças a Deus essas doenças hoje não acontecem mais [...].

Em relação à tuberculose, ela permanece até os dias de hoje entre os Potiguara. É preocupante a situação da tuberculose nas aldeias, sendo agravada pela presença do vírus HIV e já com casos confirmados da co-infecção TB/HIV nos três Pólos-Base, conforme já discutido anteriormente no item 4.1.2.

Na ocasião em que se encontrava na aldeia para realização destas entrevistas, tomei conhecimento de um óbito por tuberculose ocorrido na semana de um índio de 42 anos residente nesta aldeia. Presenciei relatos dos moradores sobre este óbito, onde alguns deles estavam espantados com o caso ao afirmarem “[...] ele adoeceu de repente foi encaminhado para João Pessoa e quando retornou já foi num caixão lacrado e que ninguém podia abrir [...]”. Outros moradores ficaram apreensivos, alegando “[...] que desconhecia a existência de casos na aldeia; que membros da sua família (filhos menores) sempre visitavam a casa dele [...]”. Nesse período, ao realizar estas entrevistas, abordando questões relacionadas aos casos de óbito em família, cinco participantes afirmaram a ocorrência de óbitos, dentre eles, este caso de tuberculose. Isto chama atenção pela questão do parentesco e proximidade entre eles, em que todos os cinco afirmaram ter parentela (irmão, primo, tio) com ele.

Observando esta proximidade entre os índios e de acordo com a organização social e distribuição geográfica, torna-se preocupante a disseminação não só da tuberculose, como também outras doenças transmissíveis.

No caso em especial sobre a população indígena, ela merece uma maior dedicação no combate a tuberculose e demais doenças transmissíveis em virtude de ser considerada uma população vulnerável, justamente por conta da sua diversidade sociocultural e ambiental existente.

Segundo Silva (2006, p.4), “para promover a saúde se deve conhecer a pessoa a quem é prestado o cuidado, atitudes como ouvir e compreender recebe importância singular, bem como os aspectos variados de sua cultura”.

4.2.1.2 CLASSE 2 – CONTEXTOS DE SAÚDE

Esta classe deteve 64 UCEs (22,86%) do total de UCEs retidas com 102 palavras selecionadas. Contribuíram para esta classe as UCES produzidas por índias com idade entre

(20 a 50) anos, solteiras, escolaridade (ensino fundamental incompleto) pertencente ao núcleo familiar com (04 pessoas ou mais).

As palavras de maior representação por ordem decrescente do X^2 , foram às seguintes: *alimentação, atende, serviço de saúde, casa, gosto, família, boa, satisfeito, reforma, pudesse, reunir, costume, comemoração, condição de vida, saúde, hábito, lazer, fazer, falta, precisa, triste, tenho, acamado, viver, ajuda, dinheiro, trabalho, melhorar.*

Nesta classe os participantes do estudo estabeleceram um significado para a sua situação de saúde estreitamente relacionada com suas atividades diárias na aldeia (ocupação, alimentação, acesso aos serviços de saúde, trabalho, renda familiar e dança do toré). Podemos citar, por exemplo, quando relacionam a saúde com a disposição de trabalhar na agricultura e a participação na dança do toré, eles agregaram uma representação para o conceito de saúde, já quando afirmaram que a doença e a velhice causam tristeza e o impede de ir para o roçado, expressaram o conceito de doença.

As UCEs apresentadas a seguir, denotam bem estas representações:

Saúde é quando a pessoa está alegre, sempre pronta para trabalhar [...] a doença deixa pessoa acamado [...] Saúde é quando podemos trabalhar, doença impede a gente trabalhar porque ficamos acamados [...] Saúde é quando não sentimos nada, e a doença deixa a gente acamado [...] Saúde é ter condições de trabalhar e a doença deixa acamado [...] Só digo quando está doente, quando a pessoa nao pode trabalhar mesmo e a saúde é quando ele pode trabalhar todos os dias, está bem disposto[...]Meu estado de saúde está bom, porque todo dia eu trabalho[...].

Corroboramos com Madeira (2005, p. 460), quando diz que o sujeito em seu saber prático

vai se apropriando dos objetos, a partir das informações a que tem acesso nas experiências, vivências e relações [...] que as representações enquanto sentidos atribuídos a um dado objeto mobilizam o sujeito todo, sua história, seus afetos, sua cultura, sua inserção na totalidade social.

Podemos assim considerar, por conseguinte que os sentidos atribuídos a saúde e doença, são contextualizadas pelos valores, modelos, símbolos e normas pelos quais os índios vêm definindo em suas experiências ao longo de suas vidas em seus espaços sociais.

A palavra “alimentação” nesta classe está associada a satisfação de consumir o próprio alimento produzido na agricultura (mandioca, macaxeira, milho, feijão). A manutenção das casas de farinha destinadas à produção do beiju, da tapioca e da farinha de mandioca são objetos considerados por eles como a própria representação da sua cultura. Em sua maioria, destacaram que alimentação deles é saudável e que está de acordo com a condição de vida deles. Os segmentos de textos das UCEs apresentadas a seguir contextualizam bem esta associação. “[...] Gosto da minha alimentação, ela é boa, estou satisfeita. [...] Alimentação da gente é de acordo com o que a gente produz na agricultura [...] Minha alimentação é saudável. Graças a Deus acho boa minha alimentação [...] Gosto da alimentacao, ela é saudável [...]”.

É oportuno destacar que, enquanto na classe 1, conforme já foi apresentado, a palavra “alimentação” representa uma das causas para o aparecimento de “doenças” na aldeia, nesta classe (2) ela representa o “estado de saúde” dos índios. Em referência as condições de vida na aldeia se observam nos depoimentos dos índios representações sociais com duas situações distintas. Na situação 1, observa-se que as necessidades referenciadas pelos índios são em relação a moradia, a renda, ocupação do grupo familiar e benefícios recebidos pelo Programa de Governo. Na situação 2, percebe-se, no entanto, a satisfação dos índios com atribuições a qualidade de vida na aldeia. Estes depoimentos vêm ratificar os dados apresentados e discutidos anteriormente na TABELA 2. As UCEs expostas adiante no QUADRO 3 mostram estes depoimentos.

SITUAÇÃO	CONCEPÇÕES SOBRE CONDIÇÕES DE VIDA NA ALDEIA
SITUAÇÃO 1	[...] Condição de vida precisa melhorar, porque a gente que é pobre necessita de ajuda, ter trabalho para meu filho, só vivemos da bolsa-família e da lavoura [...] Condição de vida daqui não é boa, só vivo da agricultura, falta recursos, acho que poderia ser melhor, se a Funai nos incluísse, poderia melhorar [...] A gente se acostuma com vida que tem, condição de vida na aldeia depende do trabalho e não tem, muitos sobrevivem por causa da aposentadoria [...] Minha casa é de taipa, cabe toda família, se tivesse condição faria casa de tijolo[...] Minha condição de vida não é muito boa, porque estou desempregada [...] Vivemos de acordo com as necessidades da gente, todos nós somos pobres não podemos exigir muito [...] Gosto da minha casa, mas gostaria de fazer reforma, fazer banheiro [...] Gosto da minha casa, mas gostaria de fazer uma reforma, fazer um banheiro [...]Quando tiver condições financeiras vou fazer reforma na casa, vou trocar toda madeira do telhado [...] As condições são precárias, quando recebemos a cesta básica, melhora as condições do dia a dia [...] Para a gente que nasceu aqui, estamos acostumados com essa vida daqui, mas o problema é que não tem recurso para trabalhar e ganhar dinheiro. [...]Trabalhamos somente na agricultura para a subsistência da família. A condição de vida na aldeia não está boa, está faltando trabalho. Muita família está com dificuldades financeiras, estão passando fome [...]
SITUAÇÃO 2	[...] Gosto da minha condição de vida, estou satisfeita [...] Condição de vida é boa [...] Aqui é bom de viver, aldeia é tranqüila [...] Condição de vida é boa, apesar de minha casa ter espaço pequeno para plantar [...] Minha condição de vida aqui é boa. [...] A vida na aldeia é tranqüila, andamos a qualquer hora do dia ou da noite, não tem violência. Enquanto que fora da aldeia, em outros locais na cidade, escutamos notícias de violência [...]

QUADRO 3 – Concepções emitidas pelos participantes do estudo sobre condições de vida na aldeia São Francisco/Baía da Traição, 2008.

Conforme Helman (2006, p.25) os fatores econômicos,

particularmente, constituem causas importantes de doenças, uma vez que a pobreza e a riqueza e o desemprego podem resultar em precária nutrição, habitações superlotadas, vestuário inadequado, estresse psicológico e abuso de álcool.

A referida autora afirma que nos países em desenvolvimento, seja qual for a sua cultura local, as más condições de saúde geralmente estão intimamente ligadas à baixa renda o que, por sua vez, influencia no tipo de saneamento, de água, no alimento e na moradia que o indivíduo pode pagar. Portanto, “uma cultura nunca pode ser analisada num vácuo, mas sim como componente de um complexo de influências que se refere àquilo em que as pessoas acreditam e ao modo como vivem” (HELMAN, 2006, p.25).

Outras denominações identificadas nesta classe pelos participantes do estudo para expressão das representações sociais sobre a saúde foram: lazer entre familiares, dança do toré e o atendimento a saúde feito pela EMSI no posto de saúde da aldeia São Francisco e no posto (Pólo-Base de Baía da Traição) na aldeia Forte.

Em relação ao lazer ou atividades de recreação, este estudo teve o intuito de saber se havia no cotidiano social dos índios, alguma atividade de lazer próprio a sua cultura, com comemoração de alguma data em especial realizada especificamente com membros do seu núcleo familiar. Nos depoimentos, a maioria deles alegaram que não tinham esse costume, o qual é muito comum entre nós, não índios. No entanto, outros em sua minoria responderam que preparam almoço, jantar, bolo de aniversário seguindo assim, o nosso costume. Os segmentos de textos abaixo descritos exemplificam esta característica.

Não tenho hábito de lazer [...] Não tenho esse costume de reunir a família [...] para recreação, faço almoço, jantar, bolo de aniversário [...] Não temos costume de reunir ou sair com família para lazer. [...] Só comemoramos juntos o dia do índio [...] Comemoramos dia do índio [...] Não temos nenhum hábito para diversão. Muito difícil reunir todos familiares, quando se reúnem é às vezes no dia dos pais, e às vezes sem combinar, vamos à casa de algum parente para aquela conversa rápida [...].

Em contrapartida a dança do toré, foi referenciada por eles com muita alegria e satisfação por ser uma prática realizada coletivamente entre seus familiares e parentes, a qual vem sendo mantida desde os seus antepassados. Esta cerimônia ritualística da dança do toré representa para eles a preservação da sua cultura e importante celebração de amizade entre os seus parentes de cada aldeia.

A prática de ritual através da dança do toré é realizada com índios representantes de todas as aldeias em dias festivos, no dia do índio, para celebrar alguma vitória e ou conquista para eles, em ocasiões especiais quando pessoas (turistas, alunos, entidades oficiais) visitam a aldeia. Os exemplos a seguir denotam esta situação: “[...] Como atividade de recreação fazemos rituais que é a dança do toré [...] Sempre dançamos o toré, no dia do índio, para comemorar entre os parentes, para o turista que vem na aldeia comprar o artesanato [...]”.

Os achados identificados nos segmentos das UCEs desta classe revelaram ainda que a participação do índio no ritual da dança do toré representa a própria saúde dele. Estas UCEs representativas destes achados são citadas a seguir.

Quando a gente está com saúde sempre mostramos a saúde através da cultura nossa, com dança do toré. Quando não estamos com saúde não vamos a lugar nenhum, por isso, já passei duas vezes, quando a pessoa chegou e convidou para dança do toré e eu não poder sair de casa porque estava com dor de coluna. Quando estou com estado de saúde bom, a festa do toré é sempre boa, a minha energia é para dançar mesmo [...] Eu amo muito minha cultura, que para mim é o ritual do toré, posso ser desprovido de qualquer coisa na vida, mas a cultura eu não deixo, esta prática vem dos nossos antepassados, e espero manter e repassar para os meus filhos e netos a manutenção desta tradição cultural [...] A dança do toré nos fortalece e nos deixa animados com energia e disposição. Quando estou dançando o toré me sinto outra pessoa [...].

Quanto à prestação da assistência à saúde disponível na aldeia e no Pólo-Base, representam para os índios importante questão para a sua qualidade de vida. Os relatos evidenciaram que a existência de carros para transporte de índios da aldeia para outros serviços, a disponibilidade de medicamentos e o encaminhamento para outros centros especializados de referências no estado, foram citados por eles como recursos indispensáveis de representação para a sua saúde.

A presença do profissional médico, nos postos de saúde, também constitui fator de importância pela representação da figura desse profissional para os índios. Como ele denota

conhecimento, confiança e solução para os seus problemas de saúde, muitas vezes fortalece a crença na utilização dos serviços.

Outra questão elencada por eles como elemento essencial a sua saúde foi em relação ao atendimento prestado no posto de saúde na aldeia e no Pólo-Base situado na aldeia Forte pela equipe multiprofissional contratada pela FUNASA através de convênios com o município de Baía da Traição.

Como exemplo para evidenciar estes relatos, extraímos dos segmentos de textos as UCEs mais representativas destes elementos.

Serviços de saúde atende sim aos problemas de saúde [...] Serviços de saúde da aldeia e do Pólo nos atende sim, hoje é difícil adoecer porque sempre tem médico aqui na aldeia. [...] Estou satisfeito com serviços de saúde na aldeia e no Pólo, [...] Sempre que preciso sou atendida no posto de saúde [...] Eu me sinto feliz com a FUNASA cuidando da saúde dos índios [...] Atende sim, quando vou à João Pessoa para me consultar com o médico particular, ele passa a receita, e sempre pego aqui no posto de saúde. [...] Atende sim, quando tem encaminhamento para algum exame ou consulta fora da aldeia, eles vem deixar o encaminhamento aqui na casa da gente [...] O médico encaminha e vamos cuidar da doença em outro local [...] A gente vai ao posto e com encaminhamento vamos para o Pólo na aldeia forte [...] Hoje graças a Deus temos assistência, a FUNASA encaminha, tem carro para levar para João Pessoa [...] Quando estamos doentes precisamos de medicamento para ficar bom [...] Se estivermos doentes, vamos ao posto médico da FUNASA consultar, pegar remédio, e se precisar, pedir carro para levar em João Pessoa. [...] Depois da consulta, a FUNASA vem entregar remédio em casa e deixar também os encaminhamentos para fazer exames no pólo ou em João Pessoa [...] Temos aqui no posto o médico, enfermeira, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudióloga, odontólogo, nutricionista. Acho que se alguém reclamar do atendimento está sendo injusto, porque temos profissionais envolvidos e compromissados com o trabalho[...].

Com estas denotações observa-se que eles elegeram determinados elementos indispensáveis a sua qualidade de vida na aldeia. A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá (CARTA DE OTTAWA, 1986) conceituou a promoção a saúde, como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde. De acordo com Silva (2006), para se atingir um estado de completo bem estar, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.

Nos debates científicos, as discussões estão voltadas para um modelo ampliado de saúde, vinculado a qualidade de vida e bem estar. Através de um grupo de especialistas de

diferentes culturas, foi elaborado um documento com três aspectos fundamentais referentes à construção da qualidade de vida. Assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) na década de 90 apresentou três dimensões influentes: subjetividade, multidimensionalidade e presença de dimensões positivas e negativas (CARTA DE OTTAWA, 1986; SILVA, 2006).

Estes aspectos se desdobram em domínios que englobam, desde o domínio físico até o espiritual. Como exemplo, citamos a capacidade que o indivíduo tem de se locomover como sendo uma dimensão positiva e a dor como sendo uma dimensão negativa para o indivíduo. Observa-se, assim, que a deficiência em um dos sistemas do corpo físico corresponde apenas a um elemento que influencia a saúde. Dentre estes domínios sabemos que um deles pode ter maior importância que outro, tendo maior ou menor significância como a ausência do emprego, vestiário, transporte. Neste sentido, percebe-se que os domínios recebem interpretações peculiares que podem variar de acordo com a cultura de cada grupo ou comunidade.

Com o avanço nestas discussões sobre um modelo de saúde é imperativo a adoção de modelo representativo com conceitos que contextualizem aspectos culturais presentes nos momentos em que o indivíduo expressa a sua experiência (vivência) sobre saúde e doença.

4.2.1.3 CLASSE 3 – PRÁTICAS DE PREVENÇÃO E CURA FRENTE À DOENÇA

A classe três deteve 59 UCEs (21,07%) do total de UCEs retidas com 72 palavras selecionadas. As palavras que obtiveram maior associação nesta classe por ordem decrescente do X^2 , foram às seguintes: *adoece, penso, são, quem, idoso, práticas de cura, rezadeira, mais, ervas, capim santo, prevenção das doenças, evitar, igual, criança, idade, lambedor, índio, uso, queimar, lixo, como, dengue, deve, mastruz, chá.*

Para esta classe, as maiores contribuições para a produção das UCEs foram produzidas por índios com variáveis bem diversificadas, ou seja, não houve uma uniformidade nas variáveis dos sujeitos contribuintes para a formação das UCEs, como foi no caso da classe 2, onde todos pertenciam a uma única denominação nas variáveis. Assim, os sujeitos contribuintes foram do sexo feminino e masculino, com idade entre 20 a 65 anos, escolaridade do ensino fundamental incompleto até o nível superior, católicos, protestantes, casados, solteiros e viúvos, com núcleo familiar de duas até quatro pessoas.

De conformidade com o dendograma, esta classe está associada à classe 1, ou seja, contêm em suas UCEs, segmentos de textos representativos à *doença*. Na classe 1, conforme já apresentado anteriormente, observamos as questões relacionadas as doenças acometidas no passado, nos dias de hoje, bem como as suas causas. Já nesta classe (3), os segmentos de textos revelam os significados relacionados a prevenção e determinadas práticas adotadas frente às doenças, bem como a utilização das plantas medicinais para a cura de enfermidades, conforme se apresenta abaixo no QUADRO 4.

NOME VULGAR	USOS	PARTES UTILIZADAS
AROEIRA	Inflamação no baixo ventre.	Casca do tronco
ACEROLA	Resfriado, gripe.	Frutos
ARRUDA	Dor, cólica, calmante e cicatrizante.	Folhas
BABOSA	Inflamação, queimadura, dor reumática.	Folha, polpa e seiva
BOLDO	Indigestão.	Folhas
BABATENON	Antiinflamatória e cicatrizante.	Raiz
CAJU	Cicatrizante, expectorante.	Fruto (castanha), pseudo-fruto (caju),folhas novas
CAPIM SANTO	Vermífugo, calmante, antiespasmódico, analgésico e febre.	Folhas
CIDREIRA	Insônia, cólica, problemas gastrintestinais.	Folhas
ERVA DOCE	Cólica, indigestão, agitação.	Semente
EUCALIPTO	Gripe, febre.	Folhas
ESPINHEIRA-SANTA	Anti-séptico, analgésica, cicatrizante, diurética.	Folhas
FEDEGOSO	Laxante, vermífugo, antiinflamatório.	Folhas
GOIABA	Diarréia.	Folha nova
JATOBÁ	Problemas respiratórios, vermífugo, dores no estômago, estimulante do apetite, infecção intestinal e cicatrizante.	Fruto, casca, folha.
HORTELÃ MIÚDA	Asma, bronquite crônica, sinusite, cólicas, flatulência.	Folhas
HORTELÃ GRAÚDA	Asma, bronquite, coriza, dor de cabeça, dor de ouvido, gripe, febre, inflamação no colo do útero, rouquidão.	Folhas frescas.
LARANJEIRA	Calmante, digestiva e diurética	Folhas
MANGUEIRA	Diarréia, digestão	Entrecasca, raiz
MASTRUZ	Bronquites, asma, catarros crônicos do pulmão, laringites, anti-helmíntico, tônico, estimulante.	Folhas
MALVA	Bronquite, tosse, asma, constipação intestinal.	Folhas, frutos, sementes
MACELA	Flatulência, má digestão, diarréias, cólicas abdominais, azia, inflamações.	Inflorescências
MANJERICÃO	Febre, alergia, sinusite.	Folhas e flores
ROMÃ	Diurético, vermífugo, anti-séptico e antiinflamatório.	Toda a planta; cascas da raiz, do caule, do fruto
PITANGA	Febres, diarréias, afecções do fígado, infecções da garganta, reumatismos e gota.	Folhas
SABUGUEIRO	Depurativo, febre, provoca suor nas gripes, sarampo e varíola.	Folha, raiz, casca

QUADRO 4 – Plantas medicinais citadas pelos participantes do estudo, aldeia São Francisco, Baía da Traição/PB, 2008.

As UCEs seguintes são representativas dessa classe.

[...] chá com erva do mato. Estas ervas são erva cidreira, espriteira, capim santo. [...] Minha mãe usa erva cidreira, mastruz, pé de anador, folha de louro, práticas de cura que vejo ainda são o lambedor, e chá [...] Práticas de cura são remédios que nos fazemos, com a erva babosa, aroeira, cajueiro, eucalipto, hortelã grande, hortelã miúda, jatobá, pitanga, que serve para fazer chá, lambedor. Temos ainda hoje as rezadeiras [...] Ervas usadas antigamente era casca de pau, folha de mangueira, sabugueiro, laranjeira [...] Práticas de cura são as rezadeira e o uso de remédio medicinal. [...] Fazemos lambedor e chá com raízes de pau. Usamos raiz de babatenon que serve para inflamação, considerado como antibiótico [...].

Quando questionados sobre as práticas de cura que eram utilizadas pelos seus antepassados e quais destas ainda hoje eram realizadas na aldeia, eles elencaram práticas relacionadas ao uso das ervas, lambedor, as rezadeiras e as curas espirituais.

Em relação as curas espirituais constatamos que a maioria dos participantes deste estudo denota como sendo a própria representação da cultura indígena e que esta faz parte da própria natureza com explicação para a sua religiosidade. Portanto, para eles a saúde não é considerada como espaço autônomo ou isolada, ela se refere às questões de ordem geral sobre as relações sociais, relações com a própria natureza, da organização social e ambiental em que vivem.

Eles seguem através de um ritual toda orientação espiritual sobre a cura de determinadas doenças, distinguindo as curas materiais e a espirituais, com indicações se deve ou não procurar a ajuda do médico. A UCE a seguir ilustra esse aspecto.

As práticas de cura de antigamente eram curas espirituais. Nessas curas espirituais tinha explicações para cura material e cura espiritual. Espíritos diziam quais tipos de remédios que a gente devia usar para determinada doença, qualquer tipo de infecção, orientava se devíamos procurar ajuda médica, porque às vezes a cura era material e não espiritual. Esta prática não é acreditada por todos, mas temos que observar que isso é cultura. A gente tem que ver que é diferente da religião. A cultura é nata, é da natureza e a religião é imposta, é uma imposição, todo mundo sabe disso. Mas a cultura ela tem a ver com uma explicação para a religiosidade. Isso se diz respeito às práticas indígenas [...] Para a gripe, pegávamos alcançú raspava e colocava dentro de uma panela de barro nova e bebíamos varias vezes ao dia até ficar bom da gripe. Este remédio ficava tipo mel, ainda hoje fazemos e às vezes eu sonho com os espíritos, eles vem dizer o que fazer em relação à doença [...].

Observa-se neste depoimento que há uma referência quanto a imposição de outras práticas religiosas. Acredita-se que esta referência citada é por conta da presença de outros segmentos religiosos ora existente na aldeia e que na visão de alguns indígenas são impostas condições a eles que diferem da sua tradição indígena.

Segundo Palitot (2005), cada aldeia possui sua capela e seu santo padroeiro e que nos últimos anos tem crescido a atuação de missionários católicos nas aldeias. As chamadas igrejas evangélicas ou protestantes estão também presentes entre os Potiguara desde a década de 1960. Há também os umbandistas e juremeiros que são alvos de muitos estigmas, sendo acusados de feitiçaria. É com discrição que os índios mencionam o contato com aqueles que eles consideram como os espíritos dos seus antepassados durante o ritual do toré e a pajelança.

Conforme já apresentamos anteriormente, a religião que se destaca entre os Potiguara é a católica com 76,4%, seguida da protestante/evangélica com 14,5%, e apenas 7,3% afirmaram a sua religiosidade ao Deus Tupã. A partir destes dados podemos observar mais uma influência dos não índios em suas práticas, com interferência sobre a sua maneira de agir e pensar.

A cultura indígena está relacionada com a maneira de ver e de se situar no mundo; de acordo com a sua organização social, política, econômica e espiritual de cada etnia. Neste sentido, Luciano-Baniwa (2006) afirma que cada grupo étnico tem uma cultura distinta da outra, porque se situa no mundo e se relaciona com ele de maneira própria.

Tendo a doença sua origem na natureza, seja como reação da própria natureza, ou seja, pela manipulação dos homens, surge daí a importância do pajé como profundo conhecedor dos segredos da natureza para os indígenas. Por isso o pajé tem tanto poder de curar doenças como forma de restabelecer o equilíbrio das situações, podendo tanto curar como provocar a doença e ou a morte dos seus parentes.

Em referência as curas espirituais citadas acima, algumas delas são realizadas através da pajelança. Ressalta-se que o Brasil tem apenas cinco pajés do sexo feminino, entre elas a pajé desta etnia (OS POTIGUARA, 2006). Por ocasião das famílias sorteadas para as entrevistas, a sua família foi contemplada e durante o seu depoimento ela nos informou que:

[...] as pessoas da minha família quando estão doentes, primeiro passam pela cura espiritual, não levo direto para o posto. A pajelança é um ritual de cura. É realizada toda vez que houver necessidade, não se tem hora nem dia marcado para a prática da pajelança. Através da pajelança vai se descobrir

qual o remédio que vai curar a partir da orientação espiritual. A comunidade sempre me procura, e havendo necessidade eu vou atender as pessoas [...].

Outro fato importante, revelado nesta classe, foi sobre a procura dos serviços de saúde como alternativa para substituir as práticas de cura de seus antepassados. Muitos afirmaram que fazem uso primeiramente das ervas, com utilização de chás, banhos de imersão e lambedor, e a procura por rezadeiras/benedeiras para tratarem de seus familiares, caso não resolva os problemas daquela doença, eles vão procurar o médico. Outros, disseram o contrário e procuram primeiramente o posto de saúde, o AIS para telefonar e conseguir um carro para levar para o hospital, outros associam as suas práticas com as da medicina convencional. Não houve, portanto, uma uniformidade de condutas frente às práticas de cura adotadas por eles.

Acredita-se que isto aconteça porque ao longo de mais de cinco séculos de presença e intervenção de não índios, os índios passaram também a valorizar e utilizar a medicina do homem não índio, a qual está centrada no uso abusivo de medicamentos e utilização de recursos tecnológicos e que a cada dia vem aumentando com demandas crescentes de procura por grandes centros hospitalares e exames sofisticados (Luciano-Baniwa, 2006).

As UCEs abaixo descritas apontam esta realidade entre os índios Potiguara.

[...] se não conseguir consulta com médico, ofereço chá com erva do mato [...] quando não resolve vamos ao posto de saúde procurar médico [...] Se as ervas não curar, vou procurar ajudar no posto de saúde e no hospital [...] Quando estamos doentes precisamos de medicamento para ficar bom [...] porque se não tiver médico vou procurar em Rio Tinto e João Pessoa [...] Ofereço chá e depois levo ao posto para consultar [...] Quando está doente a gente procura mais é o agente de saúde indígena para dar uma força para dar um medicamento ou mesmo se for o caso de tirar do lugar para levar para hospital [...] O agente de saúde indígena telefona para o posto e levamos para o hospital [...] Quando está doente leva para o médico, se não resolver o problema aqui no posto da aldeia, somos encaminhado para Rio Tinto e João Pessoa [...] Quando não tinha médico usávamos as ervas do mato [...].

Podemos conferir com as expressões emitidas nesta classe que os índios Potiguara sempre deteve suas concepções e formas próprias de tratamento e cura das doenças. E que a partir do contato com tecnologia dos não índios eles foram adquirindo novos hábitos e

passando a valorizar as várias modalidades de assistência e tecnologias feitas especificamente para atender o homem.

Neste sentido, Moscovici (2003) destaca a relevância das representações sociais sobre às crenças coletivas e seus significados, do saber popular e do senso comum. O autor destaca ainda que não pode separar o indivíduo da sociedade, é preciso entender que os indivíduos com suas experiências, vivem e convivem em uma sociedade com regras e com normas que o regulam. E com o dinamismo dessa sociedade e o constante processo de mudanças, favorecem para a agregação de novos conhecimentos individuais e sociais com adoção de novas práticas.

Nesta classe foram identificadas também nos segmentos de textos, questões pertinentes a idade dos índios que mais adoecem nos dias de hoje e atividades descritas para a prevenção das doenças. Quanto à idade dos índios que vem mais adoecendo, diríamos que as respostas dos entrevistados foram divididas em percentuais iguais para os idosos e crianças, outra parcela muito pequena disse que não via diferença e que todos adoeciam igualmente. Para aqueles que elegeram as crianças e os idosos como os que mais adoecem na aldeia, estes justificaram suas respostas dizendo que isto acontece devido às doenças próprias da idade.

Como atividade de representação social descrita para a prevenção das doenças, os índios elencaram praticamente a mesma atividade, que era de limpar a aldeia, enterrar e queimar o lixo, recolher garrafas e plásticos para evitar a transmissão da dengue. Isto demonstra que em relação a dengue eles estão bem informados, mas quanto a outras medidas de prevenção, precisam ser abordadas e discutidas entre eles. Cito como exemplo a prevenção das doenças transmissíveis, embora já saibamos da atuação da equipe de saúde e das demais organizações indígenas estarem trabalhando nesse sentido, mas se precisa de ações mais eficazes e com eficiência por parte de todos os envolvidos com a saúde indígena, como lideranças, conselheiros, professores indígenas, bem como toda equipe técnica do DSEI, FUNASA, FUNAI e as Secretarias Municipais de Saúde de Baía da Traição, Marcação e Rio Tinto.

Para tanto, é relevante destacar que deverão ser adotadas estratégias que se utilizam das abordagens culturais, as quais são segundo Barata (2005) típicas das ciências sociais em saúde, através da vertente antropológica. Para a autora a importância maior desta abordagem está justamente na possibilidade de compreensão do universo cultural das pessoas suscetíveis ou afetadas em situações para poder instrumentalizar as intervenções de controle tornando-as mais efetivas, principalmente em relação as doenças infecciosas e parasitárias.

4.2.1.4 CLASSE 4 - SAÚDE *VERSUS* IDADE

Esta classe deteve 34 UCEs (12,14%) do total de UCEs retidas com 81 palavras selecionadas. Contribuíram para esta classe as UCES produzidas por índios do sexo masculino e feminino, com idade entre 20 a 64 anos, casados, escolaridade de (analfabeto até o ensino médio completo) católicos, com ocupação predominante para artesões e agricultores pertencente ao núcleo familiar de três até sete pessoas.

As palavras de maior representação por ordem decrescente do X^2 , foram as seguintes: *trabalho, querer, pode, roçado, nada, quando, saúde, temos, ao, ficar*. De acordo com estas palavras mais representativas e suas UCEs significativas foi possível inferir que elas representam a *saúde condicionada a idade*, as quais estão baseadas na disposição diária para o trabalho no roçado, que o único impedimento para exercer suas atividades de plantar na própria terra, é por causa da velhice que na maioria das vezes vem acompanhada das doenças.

As UCEs que tem maior associação a estes significados, expostas adiante contextualizam bem esta situação.

[...] saúde é quando pode trabalhar o dia todo no roçado e não sente nenhuma doença. Quando chega a velhice adoecemos e não podemos mais trabalhar. Quando era jovem plantava no roçado o dia todo, cortava lenha, trabalhava em casa, hoje não posso mais fazer nada disso. Sou teimosa vou para o roçado, e meu filho reclama, pede que não faça isso [...] Antigamente eu tinha saúde, quando era mais novo, hoje é diferente a gente sempre sente alguma coisa, tempos atrás eu ia para o roçado passava o dia todo e não sentia nada, hoje vou ali ao roçado trabalho meia hora, meio dia e venho embora para casa. O que eu sinto mais é problema na coluna, mas graças a Deus venho tomando remédio e tem melhorado [...] A saúde é quando podemos trabalhar. A doença me impediu de fazer atividades de casa e do roçado. Hoje não tenho saúde, tenho artrose, sinto muitas dores durante a crise da doença, fico acamada vários dias [...] Ultimamente estou com problemas de hemorróidas. Tempos atrás tinha muito roçado, plantação de milho, feijão, batata, jerimum [...].

De acordo com o dendograma esta classe associa-se à classe 2, ou seja, contém em suas UCEs, segmentos de textos representativos a *contextos de saúde*. Na classe 2, destaca-se

representações sociais vinculadas ao seu estado de saúde de uma forma abrangente, estabelecendo parâmetros para uma vida saudável através da alimentação, ocupação, renda, lazer, acesso aos serviços de saúde. Já nesta classe (4) os segmentos de textos revelam representações relacionadas a doenças decorrentes da idade avançada.

Conforme assinala Gualda; Bergamasco (2004, p. 26)

A cultura guia como as pessoas vivem o que é geralmente acreditado e valorizado, como se comunicam, quais são seus hábitos, costumes e gostos. O conhecimento cultural existe em todos os âmbitos da existência, incluindo a subsistência ou manutenção da ordem, religião, gênero, lazer, saúde e doença.

A partir destas representações sociais sobre práticas de cura e prevenção das doenças construídas pelos índios Potiguara nestas classes 2 e 4, podemos assim dizer que eles através das representações sociais identificaram ser a saúde e doença integrantes de um mesmo processo composto de fatores econômicos, culturais e sociais. A dimensão das representações sociais se dá no momento em que eles atribuem conceitos do que é *ser ou estar doente* ou o que é *ser ou estar saudável*.

4.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção à saúde da população indígena brasileira é uma importante questão que vem sendo debatida desde a década de 1980 em virtude das demandas do movimento no país pela Reforma Sanitária. Esta pesquisa teve como objetivos: averiguar sobre a situação de vida, saúde e doença na concepção dos índios Potiguara, salientando as representações sociais interfaceadas aos aspectos epidemiológicos; identificar o perfil socioeconômico, cultural e epidemiológico dos índios participantes deste estudo; apreender representações sociais sobre saúde e doença na concepção dos índios Potiguara; verificar aspectos psico-socio-econômicos e culturais a partir das representações sociais sobre saúde e doença e evidenciar as práticas adotadas pelos índios Potiguara frente à doença.

Esta pesquisa se configurou do tipo exploratória, documental, em uma abordagem quanti-qualitativa. Para tanto, adotamos como aporte a Teoria das Representações Sociais

proporcionando um enfoque compreensivo sobre o fenômeno estudado. Compreender como os índios Potiguara representam suas práticas sobre saúde e doença exige uma reflexão histórica sobre o ambiente político, social, cultural e econômico em que eles estão inseridos, haja vista que suas práticas, idéias e crenças são distintas em virtude de sua diversidade sociocultural existente.

Conhecer sobre o modo de vida dos índios, o contato com aqueles que convivem em seu ambiente e as representações sobre saúde e doença são questões fundamentais para o exercício dos profissionais que atuam na saúde indígena e para a efetivação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Os dados apreendidos a partir das representações sociais de saúde e doença construídas pelos sujeitos participantes deste estudo salientando-se os aspectos socioeconômicos, culturais e epidemiológicos possibilitou se conhecer a realidade social dos sujeitos e se pontuar aspectos relevantes desta população.

Tais achados apontam à necessidade das entidades, instituições, lideranças indígenas e demais atores sociais que tem compromisso com a população Potiguara se reúnam para adoção de propostas voltadas para melhoria das condições de vida, pois observou-se que as condições socioeconômicas dos índios na aldeia São Francisco estão abaixo do recomendado pelo Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos que estipula valores de acordo com os preceitos da Constituição Federal sobre os direitos sociais, determinando que todos os cidadãos tenham acesso a moradia, alimentação, educação, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, direitos estes que são considerados como necessidades básicas para o sustento de uma família. Infelizmente, vê-se que a grande maioria das famílias Potiguara não estão usufruindo alguns destes direitos, conforme apontou os resultados desta pesquisa.

Vale salientar que na 1ª Conferência Distrital do CONDISI Potiguara realizada em 2001 foi deliberado como uma das propostas finais a adoção de uma política governamental de auto-sustentabilidade, repetindo a sua especificidade regional, para incentivo a agricultura de subsistência com garantia de assessoria técnica e recursos financeiros para deste modo, combater a fome e a desnutrição, desde então, já presente na comunidade Potiguara.

A atuação dos Agentes Indígenas de Saúde na aldeia é considerada positiva em virtude do importante papel que eles vêm executando para promover a saúde da comunidade, eles representam o elo entre a comunidade e os serviços de saúde disponíveis na aldeia e no Pólo-Base. No entanto, precisa-se um maior empenho das instituições e das lideranças indígenas para buscar incentivos para a categoria como: reconhecimento da profissão, melhoria salarial,

revisão da atual política de contrato trabalhalista firmado entre a FUNASA e prefeituras e adesão de novas medidas no processo de formação/capacitação.

Das questões relacionadas à atuação do controle social na comunidade Potiguara, entendemos que as lideranças locais deveriam buscar alternativas para estimular a participação dos índios nas reuniões dos Conselhos Locais, visto que é a partir dos resultados destas reuniões que o Conselho Local atuando conjuntamente com o Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) terão autonomia para deliberar em prol da saúde de toda população Potiguara.

Em relação ao uso de bebida alcoólica entre os Potiguara, evidenciamos uma preocupação de alguns entrevistados, alegando que a bebida alcoólica traz problemas para a família. Quase inexistem documentos ou trabalhos científicos que abordem sobre esta temática envolvendo populações indígenas. No entanto, sabe-se que o consumo de bebidas alcoólicas têm se intensificado em algumas comunidades indígenas do Brasil. Para discutirmos sobre esta questão é necessário entender que além da diversidade étnica e cultural, existem diversos aspectos relacionados ao processo de alcoolização, demandando assim que se investigue uma variada rede de relações que encerram esta prática em cada comunidade indígena.

Diante dos problemas de saúde citados pelos participantes do estudo e observando o relatório do DSEI Potiguara sobre o atendimento médico realizado com a população Potiguara no período de 2004 a 2007, identificamos que as doenças mais frequentes foram: as doenças infecciosas e parasitárias (DST/aids, amebíase, micose, helmintíase, tuberculose, esquistossomose, escabiose e doença infecciosa intestinal), cardiovasculares (hipertensão, AVC/trombose) e endócrinas (diabetes).

Dentre estas enfermidades presentes na população Potiguara, as que chamam atenção é a hipertensão, o diabetes, DST/aids e a tuberculose. O controle da Hipertensão e do diabetes requer além do uso contínuo de medicações, alterações nos hábitos de vida e comparecimento periódico a consultas médicas e serviços de saúde. Medidas de combate ao alcoolismo, tabagismo, sedentarismo e condutas não medicamentosas como redução do peso, do sal e do açúcar da dieta são capazes de contribuir eficazmente para o controle dos níveis de sódio e glicose no sangue.

O seguimento destas orientações é um processo complexo para os índios de uma maneira em geral, porque estas medidas de controle exigem mudanças quanto aos seus hábitos alimentares, os quais envolvem aspectos socioeconômicos e culturais importantes para eles. Deve-se ressaltar que se estes aspectos não forem considerados pela equipe de saúde

para prevenção e controle destes agravos, estes aspectos poderão favorecer para a manutenção/aumento destas enfermidades entre eles.

Hoje é preocupante a situação da tuberculose nas aldeias, sendo agravada pela presença do vírus HIV e já com casos confirmados da co-infecção TB/HIV. A questão do parentesco, a proximidade entre os índios, a forma da organização social e a distribuição geográfica são questões que podem favorecer para a disseminação não só da tuberculose, como também outras doenças transmissíveis. No caso em especial sobre a população indígena, ela merece uma maior dedicação em virtude de ser considerada uma população vulnerável, justamente por conta de sua diversidade sociocultural existente.

Considerando estes problemas de saúde, as representações sociais sobre a saúde e a doença e o modo de vida e de interpretação dos índios Potiguara, inferimos ser necessário que a Equipe Multiprofissional que presta assistência nas aldeias promova a integração entre o sistema local de saúde e a sabedoria indígena, no qual através de abordagens culturais possibilitará compreender o universo cultural dos índios Potiguara sobre suas práticas relacionadas à saúde e a doença, tornando, assim, as intervenções de controle mais eficazes, principalmente em relação às doenças infecciosas e parasitárias. Para isto, é indispensável uma definição quanto à política de recursos humanos para a saúde indígena e Capacitação/qualificação destes profissionais sobre os povos indígenas em relação a sua organização social, política, cultural e principalmente no que diz respeito a sua concepção sobre saúde e doença.

No tangente ao DSEI Potiguara, este deveria intensificar parcerias com os Conselhos Locais de Saúde, Secretarias de Saúde e Educação do município e lideranças indígenas para elaboração de estratégias de promoção, prevenção e recuperação em saúde com a participação da comunidade local. Que o DSEI reveja a sua estrutura organizacional de modo a favorecer o acompanhamento efetivo das ações de saúde realizadas na atenção básica e nos serviços de referência e contra referência.

Entre os elementos ordenadores de representação social para descrição das doenças, as abordagens foram para as doenças do passado, dos dias de hoje, as doenças trazidas para a aldeia e as suas causas. As doenças (sarampo, catapora (varicela), bexiga (varíola), maleita (malária), coqueluche e tuberculose) acometidas no passado representa para os índios Potiguara o resultado de uma relação estabelecida com os não índios em seu território na época da colonização do Brasil. Para as doenças (hipertensão, AVC, DST, câncer e pneumonia) acometidas nos dias de hoje a “alimentação e a má convivência social” representam as principais causas para o aparecimento destas doenças. A dimensão desta

representação para as doenças de hoje, está diretamente relacionada à questão da proximidade das terras indígenas à área urbana dos não índios dos municípios circunvizinhos.

A influência da alimentação dos não índios na aldeia representa ainda para os Potiguara uma ameaça a sua tradição alimentar, a qual eles vêm tentando preservar com a manutenção das casas de farinha, a pesca no mar ou no mangue e agricultura.

Em relação ao combate de algumas doenças, como por exemplo, o sarampo que antigamente foi visto com temor porque matou “muita criança”, representa hoje para os índios “doença do passado” devido a assistência prestada pela Equipe Multiprofissional com intensificações nas ações de imunização, acompanhamento de Crescimento Desenvolvimento (CD) e vigilância nutricional.

Podemos assim considerar, por conseguinte que os sentidos atribuídos a saúde e doença, são contextualizadas pelos valores, modelos, símbolos e normas pelos quais os índios vêm definindo em suas experiências ao longo de suas vidas em seus espaços sociais.

Para ilustrar sobre as doenças trazidas para a aldeia, os índios foram quase unânimes em destacar a presença da aids e do vírus HIV. A representação social para o vírus HIV e a aids se configura através de sentimentos ligados ao medo, a insegurança, o preconceito, atribuindo ao portador propriedade do estigma. A infecção pelo vírus HIV, mesmo em diferentes momentos históricos e em diferentes sociedades apresentou caracterizações culturais semelhantes na coletividade como o preconceito, a discriminação e o estigma relacionados ao indivíduo acometido pela infecção. Reforça-se desse modo a imposição social de descaracterizar a pessoa que é portadora de uma doença, atribuindo-lhe as propriedades do estigma, no qual o indivíduo passa a representar a própria doença.

Outra representação social para a aids e o vírus HIV, diz respeito a informação da existência de casos na aldeia. Verificou-se que foram os jovens e adultos que detiveram mais conhecimento sobre a aids e o vírus HIV, enquanto que a maioria dos idosos desconheciam a existência de casos na aldeia. Acredita-se que isto ocorra pelo fato de serem os jovens e adultos que tem maior acesso à informação através das escolas, nas atividades educativas realizadas pela equipe de saúde e pelas organizações indígenas existentes na aldeia.

A Teoria das Representações Sociais nos mostra que determinado objeto pode se diferenciar segundo cada grupo social e com isto determinará comportamentos e gerando práticas grupais dos seus membros frente ao objeto representado. Dessa maneira, é possível compreender os dois tipos de explicações dadas pelos jovens/adultos e idosos sobre o conhecimento/existência da aids e do vírus HIV na aldeia.

Os resultados demonstram que os índios Potiguara construíram representações sociais para a saúde e doença, vinculadas às necessidades básicas como alimentação, acesso aos serviços de saúde, ocupação, trabalho, lazer, moradia e transporte. Através das representações sociais identificaram ser a saúde e doença integrantes de um mesmo processo composto de fatores econômicos, culturais e sociais.

A dimensão das representações sociais se dá no momento em que eles atribuem conceitos do que é *ser ou estar doente* ou o que é *ser ou estar saudável*. Podemos citar, por exemplo, quando relacionam a saúde com a disposição de trabalhar na agricultura e a participação na dança do toré, eles agregaram uma representação para o conceito de saúde, já quando afirmaram que a doença e a velhice causam tristeza e o impede de ir para o roçado, expressaram o conceito de doença.

Na representação social relacionada à ocupação, a agricultura aparece como destaque, uma vez que eles atribuíram condições físicas adequadas para o plantio e consumo do alimento produzido em seu território. O alimento se destaca pela representação simbólica sobre a sua abundância e garantia de subsistência econômica para toda a família. Está também associado a satisfação de consumir o próprio alimento produzido na agricultura (mandioca, macaxeira, milho, feijão). A manutenção das casas de farinha destinadas à produção do beiju, da tapioca e da farinha de mandioca são considerados por eles como a própria representação da sua cultura.

Quanto à moradia, renda familiar, benefícios do Bolsa Família, acesso aos serviços de saúde, disposição de carros oficiais (FUNASA) para o transporte de índios da aldeia para outros serviços, a disponibilidade de medicamentos e o encaminhamento para outros centros especializados de referências no estado, estes são recursos indispensáveis de representação para a saúde dos Potiguara.

A presença do profissional médico, nos postos de saúde, também constitui fator de importância pela representação da figura desse profissional para os índios. Como ele denota conhecimento, confiança e solução para os seus problemas de saúde, muitas vezes fortalece a crença na utilização dos serviços.

A dança do toré representa para o índio Potiguara a sua saúde sendo referenciada com muita alegria e satisfação por ser uma prática realizada coletivamente entre seus familiares e parentes, a qual vem sendo mantida desde os seus antepassados. A cerimônia ritualística da dança do toré representa ainda a preservação da sua cultura e importante celebração de amizade entre eles.

As representações sociais para as práticas de cura foram relacionadas ao uso das ervas, rezadeiras, curas espirituais através da pajelança, comunicação com entidades espirituais e a utilização dos serviços de saúde existentes na aldeia. Não houve, portanto, uma uniformidade de condutas frente às práticas de cura adotadas por eles. Evidencia-se, assim, a associação do sistema tradicional de saúde indígena com o conhecimento científico no cuidado a saúde dos Potiguara.

Acredita-se que isto aconteça porque ao longo de mais de cinco séculos de presença e intervenção de não índios, os índios passaram também a valorizar e utilizar a medicina do homem não índio, a qual está centrada no uso abusivo de medicamentos e utilização de recursos tecnológicos e que a cada dia vem aumentando com demandas crescentes de procura por grandes centros hospitalares e exames sofisticados.

As plantas medicinais utilizadas pelos índios são na forma de chás caseiros, banhos de imersão e lambedores. Dos índios Potiguara que se utilizam das ervas para a cura das doenças e enfermidades, esta prática representa a manutenção da sua tradição, pois está relacionada aos saberes e crenças dos seus antepassados. O contato com os espíritos para a cura das doenças foi referenciada pela minoria dos índios, como sendo a própria representação da cultura indígena e que esta faz parte da própria natureza com explicação para a sua religiosidade. Eles seguem através de um ritual toda orientação espiritual sobre a cura de determinadas doenças, distinguindo as curas materiais e a espirituais, com indicações se deve ou não procurar a ajuda do médico.

A realização desta pesquisa possibilitou uma melhor compreensão sobre a situação de saúde dos índios Potiguara. No campo da saúde pública, evidencia-se a relevância deste estudo uma vez que as representações sociais podem proporcionar fundamentos teóricos contextualizados socialmente para elaboração e avaliação de estratégias e ou programas de saúde adotados pelas instituições responsáveis pela saúde dos índios no Brasil.

Portanto, espera-se que esta pesquisa possa contribuir para a melhoria da saúde indígena, em especial aos índios Potiguara, no campo do ensino, pesquisa e extensão, em que se conheça a visão da população indígena sobre saúde e doença.

REFERÊNCIAS

ABRIC, Jean-Claude. **Pratiques sociales et représentations**. Paris: Presses Universitaires de France, 1994.

ALBUQUERQUE, Marcos Alexandre dos Santos. **Destreza e sensibilidade: os vários sujeitos da jurema, as práticas rituais e os diversos usos de um enteógeno nordestino**. 2002. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia)-Universidade Federal de Campina Grande, PB, 2002.

ALMA-ATA. **Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários**. Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 1978.

ATHIAS, Renato; MACHADO, Marina. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2001.

BARATA, Rita Barradas. **Abordagens sociais, culturais e comportamentais em doenças endêmicas, 2005**. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/reportagens/2005/06/08.shtml>> Acesso em: 03 ago. 2008.

BARUZZI, Roberto Geraldo et al. Saúde e doenças em índios Paraná (Kreen-Akarôre) após vinte e cinco anos de contato com o nosso mundo, com ênfase na ocorrência da tuberculose (Brasil central). **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2001.

BITTENCOURT, Maria, et al. **Acre, Rio Negro e Xingu: a formação indígena para o trabalho em saúde**. São Paulo: Associação Saúde Sem Limites, 2005.

BRANCO, Maria Alice Fernandes. **Informação em Saúde como Elemento Estratégico para a Gestão**. Belo Horizonte, BH, 2001.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 16 nov. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. **Aprova as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Brasília, DF, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 304, de 09 de agosto de 2000. **Aprova as Normas para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos – Área de Povos Indígenas**. Brasília, DF, 2000.

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

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Vigilância Ambiental em Saúde. **Textos de Epidemiologia para Vigilância Ambiental em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 333/2003, 04 de novembro de 2003**. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/resolucao333.htm>. Acesso em: 16 nov. 2008.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. **Programa de Aquisição de Alimentos/PAA instituído pelo artigo 19 da Lei nº. 10.696, de 2 de julho de 2003, e regulamentado pelo Decreto nº. 6.447, de 07 de maio de 2008**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/programas/seguranca-alimentar-e-nutricional-san/programa-de-aquisicao-de-alimentos-paa..> Acesso em: 15 nov. 2008.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. **Lei Nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: < <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/>>. Acesso em: 15 nov. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde: módulo DST/AIDS**. Brasília, DF, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde: Introdutório**. Brasília, DF, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2005: Uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília, DF, 2005c.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. Brasília**, DF, 2005d.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças Infecciosas e Parasitárias**. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. 6. ed. rev., Brasília: Ministério da Saúde, 2005e.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **100 anos de Saúde Pública: a visão da FUNASA**. Brasília, DF, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Conferências Nacionais de Saúde Indígena**. Relatórios Finais. Brasília, DF, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena**. Rio Quente, Goiás, de 26 a 31 de março de 2006. Relatório Final. Brasília, DF, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Relatório de dados e informações sobre saúde indígena: análise de processo dos indicadores do projeto VIGISUS II, 2004-2006**. Brasília, DF, 2007b.

_____. Ministério da Cultura. **Prêmio Culturas Indígenas**. Brasília, DF, 2007c. Disponível em: < <http://www.cultura.gov.br/premioculturasindigenas/> > . Acesso em: 07 nov. 2008.

CAMARGO, Brígido Vizeu. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: **Perspectivas Teórico- Metodológicas em Representações Sociais**. MOREIRA, Antonia Silva Paredes (Org.) Editora Universitária: UFPB, João Pessoa, 2005.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, Canadá, 1986.

CASTRO, Eduardo Viveiros de, A fabricação do corpo na sociedade xinguana. In: OLIVEIRA FILHO, João Pacheco de. **Sociedades indígenas e indigenismo no Brasil**. Rio de Janeiro: Marco Zero/UFRJ, 1981.

CIMI. Conselho Indigenista Missionário. **Saúde dos Povos Indígenas: direito a uma atenção diferenciada**. 1999.

CONDISI Potiguara. **Relatório das Conferências Locais e Distritais de Saúde Indígena Potiguara**. João Pessoa/PB, 2001.

_____. **Relatório das Conferências Locais e Distritais de Saúde Indígena Potiguara**. João Pessoa/PB, 2005.

_____. **Relação dos Membros do Conselho Distrital de Saúde Indígena/CONDISI Potiguara**. Baía da Traição, PB, 2008.

COIMBRA – JUNIOR, Carlos E. A.; SANTOS, Ricardo Ventura. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

_____. Carlos E. A.; SANTOS, Ricardo Ventura; ESCOBAR, Ana Lúcia (Org.). **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 2003.

_____. Carlos E. A.; SANTOS, Ricardo Ventura; CARDOSO, Andrey Moreira. Processo Saúde-doença. In: **Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena**. BARROS, Denise Cavalcante; SILVA, Denise Oliveira e; GUGELMIN, Sílvia Ângela. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2007.

DESAI, Fundação Nacional de Saúde. **Boletim Informativo nº01/2006**. Brasília, DF, 2006.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Indicadores de Saúde Indígena, 2000 a 2007**. Brasília, DF, 2007.

DSEI Potiguara. **Regimento Interno do Conselho Distrital de Saúde Indígena/CONDISI Potiguara/PB**. João Pessoa, PB, 1999.

_____. **Relatório de produção mensal das equipes de saúde dos Pólos-Base**. FUNASA/CORE/PB, João Pessoa, PB, 2006.

_____. **Relatório de produção mensal das equipes de saúde dos Pólos-Base**. FUNASA/CORE/PB, João Pessoa, PB, 2007.

_____. **Relatório de produção mensal das equipes de saúde dos Pólos-Base**. FUNASA/CORE/PB, João Pessoa, PB, 2008.

DUVEEN, Gerard. O poder das idéias (Introdução). In: MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. Título original: Social representations: explorations in social psychology,

ESCOBAR, Ana Lúcia et al. Tuberculose em populações indígenas de Rondônia, Amazônia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2001.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Educação à distância. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008.

FUNAI. Instrução Normativa nº 01/95/PRESI/FUNAI. **Normas que disciplinam o ingresso em terras indígenas com finalidade de desenvolver pesquisa científica**. Brasília, DF, 1995.

FUNASA. CORE/PB/DSEI Potiguara. **Plano Distrital de Saúde Indígena 2005-2007**. João Pessoa, PB, 2005.

_____. CORE/PB/DSEI Potiguara. **Boletim do SISVAN Indígena Potiguara**. Ano 01 n.1, João Pessoa, PB, 2007a.

_____. CORE/PB/DSEI Potiguara. **Vamos ajudar a comunidade Potiguara a se prevenir das DST e AIDS**. João Pessoa, PB, 2007b.

_____. CORE/PB/DSEI Potiguara. **Plano Distrital de Saúde Indígena 2008-2010**. João Pessoa, PB, 2007c.

GUALDA, Dulce Maria Rosa; BERGAMASCO, Roselena Bazilli. (Org.) **Enfermagem cultura e o processo saúde-doença**. São Paulo: Ícone editora, 2004.

GRUNEWALD, Rodrigo. Etnogênese e regime de índio na serra do umã. In: OLIVEIRA, João Pacheco de (Org.) **A viagem da volta: etnicidade, política e reelaboração cultural no Nordeste indígena**. Rio de Janeiro: contracapa, 2004.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 4 ed., Porto Alegre: artes médicas, 2006.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2001. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007>. Acesso em: 10 abr. 2008.

IMAGE. **ALCESTE: Analyse de données textuelles**. Toulouse: Manuel d'utilisateur. 1998.

JODELET, Denise. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: MOSCOVICI, Serge (Org.). **Psicología social**. Barcelona/Bueno Aires/México: Paidós, 1984.

_____. Denise (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro, editora UERJ, 2001.

KERR-PONTES, Ligia R. S.; OLIVEIRA, Fabíola A. S.; FREIRE, Cristina A. M. Tuberculose associada a AIDS: Situação de região do nordeste brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 4, 1997.

LACERDA, Ana Teresa de Azevedo. **Parecer técnico contendo manual de suporte técnico aos DESAI/DSEI/CORE/PÓLOS BASE e Casas do índio**. DSEI Potiguara, João Pessoa, PB, 2006.

LANGDON, Esther Jean. **A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica**. Escola Paulista de Medicina: São Paulo, 1995.

LIMA, Antonio Carlos de Souza. **Um grande cerco de paz: poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1995.

LUCIANO-BANIWA, Gersem dos Santos. **O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje**. Brasília: Ministério da Educação, LACED/Museu Nacional, 2006.

MADEIRA, Margot Campos. Representações Sociais e Processo Discursivo. In: **Perspectivas Teórico-Metodológicas em Representações Sociais**. MOREIRA, Antonia Silva Paredes (Org.) Editora Universitária: UFPB, João Pessoa, 2005.

MARQUES, Irânia Maria da Silva Ferreira. **A Política de Atenção à Saúde Indígena: implementação do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá/MT**. 2003. 243f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MELLO, Leonardo Garcia. Antropologia cultural, objeto e método. In: MELLO, Leonardo Garcia. **Antropologia cultural: iniciação, teoria e temas**. Petrópolis, Rio de Janeiro: vozes, 1995.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social, teoria, método e criatividade**. Editora Vozes, Petrópolis, RJ, 1994.

MOONEM, Frans; MAIA, Luciano Mariz. **Etnohistória dos índios Potiguara: ensaios, relatórios e documentos**. João Pessoa: PR/PB-SEC/PB, 1992.

MOTA, Clarice Novaes. **Saúde e povos indígenas: tradição e mudança**. Cultura corporal indígena, Guarapuava: Unicentro, 2003.

MOSCOVICI, Serge. (Org.) **Psychologie sociale**. Paris: PUF, 1984.

_____. Serge. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. Título original: Social representations: explorations in social Psychology.

MUNIZ, Jordana Nogueira, et al. Aspectos epidemiológicos da co-infecção tuberculose e o vírus da imunodeficiência humana em Ribeirão Preto, São Paulo, de 1998 a 2003. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v 40, n. 2, 2006.

NOBREGA, Sheva Maia. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes (Org.). **Representações sociais**: teoria e prática. João Pessoa: Universitária, 2001.

OLIVEIRA, Silvana P. de; THEBAUD-MONY, Annie. Estudo do consumo alimentar: em busca de uma abordagem multidisciplinar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, 1997.

OLIVEIRA, Fátima de Oliveira; WERBA, Graziela Cucchiarelli. Representações sociais. In: JACQUES, Maria da Graça Correa. **Psicologia Social Contemporânea**. Petrópolis: vozes, 2000.

OLIVEIRA, Márcio B. de. Representações Sociais e Sociedades: contribuições de Serge Moscovici. **Revista brasileira de ciências sociais**, Paraná, v.19, n. 55, 2004.

OLTRAMARI, Leandro castro; CAMARGO, Brígido Vizeu. **Representações sociais de profissionais do sexo sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e contracepção**. Psicologia: teoria e prática. Santa Catarina, SC, 2004.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento Humano**, 1992. Disponível em: <<http://www.onu-brasil.org.br/>>. Acesso em: 05 nov. 2008.

OS POTIGUARA. Disponível em: <<http://www.pt.wikipedia.org/wiki/potiguara>>. 2006. Acesso em: 02 nov 2008.

PALITOT, Estevão Martins. **Parecer antropológico DSEI Potiguara**. João Pessoa, PB, 2005.

REINERT, Max. **ALCESTE, une methodologie d'analyse dès données textuelles et une application**: Aurélia de G. de Nerval. Bulletin de methodologie sociologique. 1990.

RIVERS, William Halse. **Medicine, Magic and religion**. New York. AMS Press, 1979 (original em 1924).

RODRIGUES, Aryon Dall'Igna. **Sobre as línguas indígenas e sua pesquisa no Brasil**. Ciência e cultura. São Paulo, V. 57, n. 2, 2005. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000967252005000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2008.

RODRIGUES-JR, Antonio L.; RUFFINO-NETTO, Antonio; CASTILHO, Euclides Ayres. Distribuição espacial da co-infecção M. tuberculosis/HIV no Estado de São Paulo, 1991 – 2001. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v 40, n 2, 2006.

ROSA, Ronaldo Fernandes; FRANKEN, Ronaldo Alexandre. Tratamento não farmacológico da Hipertensão Arterial. In: TIMERMAN, Ari; et al (Edit.) **Manual de Cardiologia**: SOCESP. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

ROSENFELD, Patricia. **The potencial of transdisciplinary reserach for sustaining and extending linkages between health and social sciences**. Social Sciences and Medicine. 1992.

SANTOS, Ricardo Ventura; COIMBRA JR, Carlos E. A. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil**. COIMBRA JR, Carlos E. A. ; SANTOS, Ricardo Ventura; ESCOBAR, Ana Lúcia (Org.). Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 2003.

SCHAURICH, Diego; COELHO, Débora Fernandes e MOTTA, Maria da Graça Corso da. A Cronicidade no Processo Saúde-Doença: repensando a epidemia da AIDS após os anti-retrovirais. **Revista Enfermagem**, UERJ, set. 2006, v.14, n.3, 2006.

SILVA, Jorge Luiz Lima da. O processo saúde-doença e sua importância para a promoção da saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, v.2, n.1, p. 03-05, 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>>. Acesso em: 10 dez 2008.

SOARES, Célia. Em torno do pensamento social e do conhecimento do senso comum. A aplicação da metodologia ALCESTE em contextos discursivos distintos. In: **Perspectivas Teórico- Metodológicas em Representações Sociais**. MOREIRA, Antonia Silva Paredes (Org.) Editora Universitária: UFPB, João Pessoa, 2005.

SOUZA, Juberty Antonio de; OLIVEIRA, Marlene; KOHATSU, Marilda. O uso de bebidas alcoólicas nas sociedades indígenas: algumas reflexões sobre os Kaingáng da Bacia do Rio Tibagi, Paraná. In: **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas do Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 2003.

TASSINARI, Maria Imperatriz. Sociedades Indígenas: introdução ao tema da diversidade cultural. In: SILVA, Aracy Lopes da; GRUPIONI, Luís Donisete Benzi. **A temática indígena na escola**. Brasília: Ministério da Educação e Desporto, 2004.

TEIXEIRA, Carmem; VILASBOAS, Ana Luiza. **Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde**. São Paulo, 2004.

UNIC/RIO. Centro de Informacao das Nações Unidas para o Brasil. **Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas**, 2008. Disponível em: <<http://rio.unic.org/>>. Acesso em: 05 nov. 2008.

VANDEZANDE, René. **Catimbó**: pesquisa exploratória sobre uma forma nordestina de culto mediúnico. 1975. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Pernambuco/PE, 1975.

VALA, Jorge. Representações sociais para uma psicologia do pensamento social. In: VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedicta (Org). **Psicologia Social**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.

VELOZ, Maria Cristina Trigueiro; NASCIMENTO-SCHULZE, Clélia Maria; CAMARGO, Brígido Vizeu. Representações sociais do envelhecimento. **Psicologia: reflexão e crítica**, V.12 n. 2, Porto Alegre, 1999.

VERMELHO, Leticia Legay; COSTA, Antonio José Leal; KALE, Pauline Lorena. Indicadores de Saúde. In: **Epidemiologia**. MEDRONHO, Roberto A. et al. São Paulo: editora Atheneu, 2006.

APÊNDICES

Roteiro preliminar para entrevista

Nome: _____ N° família no SIASI: _____

Entrevista N° _____ Data: ____/____/____

I – Condições socioeconômicas e culturais:

1. Sexo: _____
2. Idade: _____
3. Grau de escolaridade (até que série/ano estudou)? _____
4. Religião: _____
5. Estado civil: _____
6. Qual a sua ocupação ou atividades que realiza na aldeia? _____
7. Qual (is) a (s) fonte (s) de renda do grupo familiar?
8. Quantas pessoas fazem parte do núcleo familiar?
(1) mora sozinho (2) duas (3) três (4) quatro (5) cinco (6) seis (7) + seis pessoas
9. O senhor (a) é usuário de algum Programa do Governo?
(0) não (1) sim, se sim, especificar: _____
12. O senhor (a) tem conhecimento e ou participação no Conselho Local e ou Conselho Distrital de Saúde Indígena/CONDISI?

II – Questões relacionadas a saúde e a doença:

1. Segundo a cultura indígena Potiguara, quando é que uma pessoa é considerada com saúde? E quando é considerada doente?
2. Os serviços de saúde existentes no Pólo-Base de sua aldeia atendem aos seus problemas de saúde?
3. Quais atividades de recreação que o senhor (a) costuma realizar quando está reunido com os seus familiares e ou parentes?
4. O senhor (a) acha a sua alimentação boa?
5. O senhor (a) acha que sua casa é boa, confortável, ela cabe toda família, tem alguma coisa na sua casa que você gostaria de mudar?
6. O que o senhor (a) tem a dizer sobre suas condições de vida na aldeia?
7. De um modo geral, como o senhor (a) considera o seu estado de saúde?
8. Quais são as doenças que o senhor (a) conhece que antigamente acometeram os índios Potiguara? E nos dias de hoje, quais são estas doenças?
9. O senhor (a) tem conhecimento de alguma doença que foi trazida pelos não índios para a sua aldeia?
10. O que o senhor (a) tem a dizer sobre as doenças que aparecem na aldeia?
11. De um modo geral, quando o senhor (a) e ou alguém de sua família estão doente, o que fazem?
12. Quais as práticas de cura que o senhor (a) conhece que era utilizada pelos seus antepassados e que ainda hoje é realizada na aldeia?
13. O senhor (a) sabe qual é a faixa etária dos índios que mais vem adoecendo na aldeia?
14. Em sua opinião, o que o índio Potiguara deve fazer para prevenir as doenças?

15. Morreu alguém da sua família nos últimos 05 (cinco) anos (causa principal)?
 (0) não (1) sim
16. Se sim, responder:

Idade	Causa	Grau de parentesco

17. Ocorreu algum problema de saúde com o senhor (a) ou alguém da sua família no último ano? (0) não (1) sim se sim, qual? _____
18. Tem alguém na família que faz uso de bebida alcoólica?
 (0) não (1) sim,
 Em caso afirmativo: isto traz algum problema? (0) não (1) sim
19. O senhor (a) fuma ou já fumou alguma vez na vida? (0) não (1) sim
 Se sim, isto lhe trouxe algum problema de saúde? (0) não (1) sim
20. O senhor (a) recebe visita periódica do Agente Indígena de Saúde (AIS)?
 (0) não (1) sim
 Se sim, com que frequência?
 (1) quinzenal (2) mensal (3) bimestral (4) raramente
21. O que o senhor (a) faz com lixo que é produzido na sua casa?
 (1) enterra (2) queima (3) outro, especificar: _____
22. Como é a qualidade da água utilizada na sua casa?
 (1) ótima (2) boa (3) regular
23. O senhor (a) faz algum tratamento para o uso da água em casa?
 (0) não (1) sim
24. Em sua residência existe banheiro?
 (0) não (1) sim
25. O senhor (a) tem alguma (s) pergunta (s), sugestão (ões) comentário (s) ou dúvida (s)?

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa intitula-se “construção de um instrumento para avaliação das condições de saúde da população indígena Potiguara”. Está sendo desenvolvida por Rita de Cassia Cordeiro de Oliveira, Enfermeira da Fundação Nacional de Saúde e mestranda em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do Professor Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna. Essa pesquisa tem como objetivo construir um instrumento para avaliar as condições de saúde da população indígena Potiguara.

A finalidade desta pesquisa é contribuir para a melhoria das condições de saúde desta população, possibilitando oferecer informações úteis para a prevenção das doenças e promoção da saúde dos índios Potiguara.

Solicitamos a sua colaboração para a realização de entrevistas com o uso de gravador de voz, como também a sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicação em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.

Esclarecemos que essa pesquisa não oferece riscos previsíveis para a sua saúde, que a sua participação é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decidir não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano ou prejuízo.

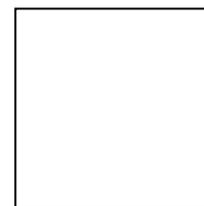
A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Eu, _____, abaixo assinado, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicar os resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Aldeia São Francisco, ____ de _____ de 2008.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da testemunha



Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com a pesquisadora Rita de Cássia Cordeiro de Oliveira. Endereço: Rua Prof. Geraldo Von Shosten, 285, Jaguaribe, João Pessoa/PB. Fone: 83-3216-2432.

Rita de Cassia Cordeiro de Oliveira
Mestranda

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO AS LIDERANÇAS INDÍGENAS POTIGUARA

Venho pelo presente, solicitar de Vossa Senhoria, que representa a liderança indígena Potiguara, a autorização para realizar a pesquisa intitulada “Construção de um instrumento para Avaliação das Condições de Saúde da População Indígena Potiguara”, que será desenvolvida na aldeia São Francisco, no período proposto de junho a agosto de 2008.

Informo que a referida pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/UFPB), sob a orientação do Professor Doutor Rodrigo Pinheiro Toledo Vianna. Tem como objetivo construir um instrumento para avaliar as condições de saúde da população indígena Potiguara, possibilitando melhoria das condições de saúde desta população, e oferecer informações úteis para a prevenção das doenças e promoção da saúde dos índios Potiguara.

A pesquisa será realizada com índios de ambos os sexos maiores de 18 anos, através de entrevistas com o uso de gravador de voz para o registro das informações, desde que permitido pelos índios. A pesquisa não trará risco nem desconforto ao participante, a contribuição é voluntária, portanto, não haverá nenhuma forma de ressarcimento nem de indenização pela participação.

Informo que as informações coletadas serão totalmente confidenciais, serão apenas utilizadas para objetivos da pesquisa bem como, apresentação dos resultados em revistas acadêmicas e científicas.

Informo ainda que a referida pesquisa já tem a anuência do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Lauro Wanderley (UFPB), e que já foi encaminhado cópias do projeto e demais documentações para a Presidência e Administração Regional da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Diante do exposto, solicito de Vossa Senhoria a autorização para efetivar a referida pesquisa e posteriormente, apresentá-la em eventos e revistas acadêmicas e científicas. Comprometo-me a apresentar o resultado final a quem interessar nas terras indígenas Potiguara.

João Pessoa/PB, 27 de março de 2008.

Atenciosamente,

RITA DE CÁSSIA CORDEIRO DE OLIVEIRA
Mestranda do PPGEN da UFPB

ANEXO A

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA – CONDISI
Fundado em 23/09/1999.Portaria nº 1.163/99-GM.Lei nº9.836/99

DECLARAÇÃO

Declaramos que em reunião Ordinária do Conselho Distrital de Saúde Indígena – CONDISI/Potiguara, em 21/12/2007, realizada na Baía da Traição/PB, foi analisada a solicitação da realização da pesquisa referente ao projeto “CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA POTIGUARA”, da pesquisadora RITA DE CÁSSIA CORDEIRO DE OLIVEIRA, estando todos os membros presentes de acordo com a solicitação, deliberando pela emissão da presente declaração.

Baía da Traição, 21 de dezembro de 2007.



MANOEL EUFRÁSIO RODRIGUES
Presidente do CONDISI

ANEXO B

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DAS LIDERANÇAS INDÍGENAS
POTIGUARA

Em atendimento à solicitação da pesquisadora RITA DE CÁSSIA CORDEIRO DE OLIVEIRA para realizar nas Terras Indígena Potiguara a pesquisa intitulada **Construção de um Instrumento para Avaliação das Condições de Saúde da População Indígena Potiguara**, declaramos que nós, representantes da comunidade indígena Potiguara, autorizamos a realização desta pesquisa que será desenvolvida na Aldeia São Francisco pertencente ao Pólo-Base do município de Baía da Traição/PB no período proposto de maio a agosto de 2008.

Baía da Traição/PB, 27 de março de 2008.



Antonio Pessoa Gomes - índio Caboquinho
Cacique Geral



Robson Cassiano Soares - Aldeia Camurupim



Alcides da Silva Alves - Aldeia São Francisco



Manoel Eufrásio Rodrigues - Aldeia São Miguel



Irenildo Cassiano Gomes - Aldeia Forte



Antonio Ferreira da Silva - Aldeia Akajutibiró

ANEXO C



MINISTÉRIO
Conselho Nacional
de Saúde

PARECER Nº 434/2008

Registro CONEP: 14667 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

CAAE – 0005.0.126.000-08

Processo nº 25000.055924/2008-30

Projeto de Pesquisa: "Construção de um Instrumento para Avaliação das Condições de Saúde da População Indígena Potiguara."

Pesquisador Responsável: Rita de Cássia Cordeiro de Oliveira

Instituição: Fundação Nacional de Saúde – FUNASA – Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI Potiguara ; Instituição Vinculada: Universidade Federal da Paraíba - Centro de Ciências da Saúde; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

CEP de origem: Hospital Universitário Lauro Wanderley/Universidade Federal da Paraíba

Área Temática Especial: População Indígena

Patrocinador: Pesquisa sem patrocinador

Sumário geral do protocolo

A presente pesquisa tem como objetivo geral construir um instrumento para avaliação das condições de saúde dos índios Potiguara, respaldando-se na sua cultura e sabedoria. São objetivos específicos: 1) observar a opinião dos índios Potiguara sobre suas condições de saúde; 2) verificar a prevalência das principais morbidades na População Potiguara; 3) identificar os indicadores de saúde, morbimortalidade e de qualidade de vida desta população; 4) construir o instrumento baseado nos determinantes do processo saúde/doença, fatores socioculturais e econômicos, condições de moradia e de saneamento da população Potiguara e 5) estruturar o instrumento com base nos indicadores identificados.

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória, observacional, descritiva com uma abordagem quantitativa.

A pesquisa será realizada na aldeia São Francisco, pertencente ao Pólo- Base de Baía da Traição – Paraíba. A população de estudo compreende todos os índios da aldeia, maiores de 18 anos e de ambos os sexos. A unidade amostral será definida como o núcleo familiar de acordo com o cadastro do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI). A escolha dessa aldeia se deu por haver um maior número de índios, com cerca de 934 residentes. Destes, 315 são do sexo masculino e 306 do sexo feminino na faixa etária acima de 15 anos. O cálculo do tamanho da amostra utiliza como parâmetros: número aproximado de 208 famílias, prevalência de até 50% de morbidade, margem de erro de 10% e intervalo de confiança de 95%. Estes parâmetros estimam um número aproximado de 70 famílias participantes selecionados a partir de um plano de amostragem aleatória simples.

Para viabilizar a coleta dos dados, um roteiro de entrevista semi-estruturada será o instrumento utilizado. As entrevistas serão realizadas através de uma demanda espontânea por acessibilidade no local de trabalho, local de estudos e residências dos índios na aldeia. Para tanto, será utilizado gravador de voz para o registro das informações, desde que permitido pelos índios. Foi determinado previamente o desenvolvimento de duas etapas na pesquisa: a) observação sobre a opinião dos índios Potiguara sobre suas condições de saúde; b) construção do instrumento. Para tanto,

Ciente!
Rita de Cássia Cordeiro de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - CEP/HULW

Cont. Parecer 434/2008

adotar-se-á um roteiro preliminar de entrevista (Apêndice 4 do protocolo) elaborado especificamente para abordagem dos temas centrais (determinantes do processo saúde/doença, aspectos socioculturais e econômicos, condições de moradia e de saneamento). Esse roteiro passará por um teste piloto para verificar a aplicabilidade do mesmo, com 10 participantes fora do plano amostral. Após a aplicação do roteiro de entrevistas com todos os participantes selecionados na amostra, as entrevistas serão analisadas e categorizadas de acordo com os termos e conceitos centrais emitidos nas respostas, as quais subsidiarão a construção do instrumento proposto na pesquisa.

A relevância dessa pesquisa se dá não somente pelo fato de ter um melhor conhecimento dessa realidade, mas preencher uma lacuna no que concerne a viabilização de um instrumento que possibilite oferecer informações úteis para o fortalecimento das ações voltadas para prevenção das doenças e promoção da saúde, contribuindo de forma significativa para melhoria das condições de saúde da população indígena Potiguara.

Comentários/Considerações

Trata-se de pesquisa para título de mestrado da pesquisadora Rita de Cássia Cordeiro de Oliveira, Enfermeira da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA e mestranda em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro Tolledo Vianna.

O currículo da pesquisadora demonstra habilidades para o desenvolvimento de pesquisas com população indígena, uma vez que é técnica responsável pela Formação/Capacitação dos Agentes Indígenas de Saúde/AIS do Distrito Sanitário Especial Indígena/DSEI Potiguara/PB. Por sua atuação profissional nesta área, deduz-se que respeita as particularidades sócio políticas, culturais e religiosas das populações indígenas, como preconiza o item III.2 da Resolução 304/2000 do Conselho Nacional de Saúde.

Consta do protocolo a Autorização das Lideranças Indígenas Potiguara, datada de 27 de março de 2008, bem como a Ata da Reunião Ordinária do Conselho Distrital de Saúde Indígena, datada de 21/12/2007, ocasião em que apresentou o projeto e obteve a devida autorização para realização da pesquisa.

O orçamento da pesquisa está apresentado com a informação de que as despesas referenciadas serão de responsabilidade da própria pesquisadora. Demais equipamentos e serviços utilizados e não listados no orçamento serão negociados com a instituição envolvida na pesquisa.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE descreve a justificativa, os objetivos, os procedimentos, esclarecendo que a pesquisa não oferece riscos previsíveis para a saúde dos participantes.

O protocolo (projeto de pesquisa e demais documentos que o compõem) não está devidamente numerado conforme Norma de Procedimentos – Np 002/2007, “item a): *Protocolo com páginas numeradas de forma seqüenciada. A numeração pode ser manual, lembrando que mesmo havendo páginas numeradas de documentos, deve constar uma numeração desde a primeira página até a última. Procedimento sob responsabilidade do CEP*”. Somente os documentos que foram anexados posteriormente, por solicitação da Secretaria Executiva da CONEP, possuem numeração. Sem prejuízo da presente análise, a CONEP solicita que nos próximos encaminhamentos o CEP observe o atendimento da Norma citada.

A CONEP solicitou Consultoria *ad hoc* à Comissão Nacional de Saúde Indígena – CISI/CNS/MS, conforme previsto no item VI.2 da Resolução 304/2000, tendo a CISI emitido o seguinte parecer:

“Avaliamos que o projeto sobre *“Construção de um instrumento para avaliação das condições de saúde da População Indígena Potiguara”* contempla o previsto na Resolução

2/3

Ciente!

 Iaponira Cortez Costa de Oliveira
 Coordenadora do Comitê de Ética
 em Pesquisa
 CESP/UFPA

GG

Cont. Parecer 434/2008

CNS nº 304, de 09 de agosto de 2000, especialmente, no que se refere às peculiaridades de cada povo, à concordância da comunidade alvo da pesquisa e à participação do Conselho Distrital.

Entendemos que a pesquisa precisa esclarecer melhor os benefícios e vantagens resultantes do seu desenvolvimento, como previsto na Resolução CNS 304, item III, as quais "devem atender às necessidades de indivíduos ou grupos alvo do estudo, ou das sociedades afins e/ou da sociedade nacional, levando-se em consideração a promoção e manutenção do bem estar, a conservação e proteção da diversidade biológica, cultural, a saúde individual e coletiva e a contribuição ao desenvolvimento do conhecimento e tecnologia próprias."

Isto posto, nosso parecer é favorável a realização do projeto."

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto, com a seguinte recomendação:

- Que o CEP verifique o cumprimento dos esclarecimentos necessários levantados no parecer da CISI, com retorno à CONEP, antes do início da pesquisa.

Situação: Protocolo aprovado com recomendação.

Brasília, 30 de junho 2008.


Gyselle Saddi Tannous
 Coordenadora da CONEP/CNS/MS

Ciente!

 Iaponira Cortez Costa de Oliveira
 Coordenadora do Comitê de Ética
 em Pesquisa - CEP/HULW

ANEXO D



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS



CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos e no Parecer nº 695/2008 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP em 09 de setembro de 2008, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba, em reunião realizada em 30 de setembro de 2008, resolveu considerar **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado: **CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA POTIGUARA**, da Pesquisadora RITA DE CÁSSIA CORDEIRO DE OLIVEIRA.

- Obs: 1) Modificações no protocolo devem ser submetidas ao CEP/HULW, assim como alterações no delineamento do estudo.
- 2) A pesquisadora deve apresentar relatórios periódicos do andamento da pesquisa ao CEP/HULW. O primeiro relatório até 31/10/2008.
- 3) No final da pesquisa apresentar relatório ao CEP/HULW, contendo o trabalho na íntegra, em CDR.

João Pessoa 03 de outubro de 2008

Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - CEP/HULW

Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW