



REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SAÚDE E DOENÇA CONSTRUÍDAS POR ÍNDIOS POTIGUARA
SOCIAL REPRESENTATIONS ABOUT THE HEALTH AND DISEASES BUILT BY POTIGUARA INDIANS
REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE SALUD Y ENFERMEDAD CONSTUIDAS POR LOS INDIOS POTIGUARA

Rita de Cassia Cordeiro de Oliveira¹, Lenilde Duarte de Sá², Antonia Oliveira Silva³, Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna⁴, Aline Soares de Lima⁵, Annelissa Andrade Virginio de Oliveira⁶

RESUMO

Objetivo: identificar representações sociais sobre saúde e doença construídas por índios Potiguara. **Metodologia:** estudo exploratório com abordagem qualitativa, realizado com 55 índios em Baía da Traição/PB e aporte teórico nas Representações Sociais. O *corpus* foi submetido à análise pelo *Software* Alceste. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo nº 05/2008. **Resultados:** verificou-se que as Representações Sociais dos Potiguara referentes à saúde/doença estão centradas em sua maioria (66,7%) em duas dimensões: orgânico-fisiológica, em que os índios associam saúde e doença ao conceito biomédico; e a outra sociocultural, representada pela relação trabalho, alimentação e saúde, sendo responsável pelo engajamento dos índios em suas práticas. **Conclusão:** a relevância do estudo é evidenciada no campo da saúde pública, uma vez que as representações sociais podem proporcionar fundamentos teóricos contextualizados socialmente para a elaboração e avaliação de estratégias e/ou políticas de saúde adotadas pelas instituições responsáveis pela saúde dos índios no Brasil. **Descritores:** Saúde; Doença; Índio; Cultura; Representações Sociais.

ABSTRACT

Objective: to identify social representations of health and diseases built by Potiguara Indians. **Methodology:** This is an exploratory study with qualitative approach, conducted with 55 Indians in Baía da Traição/PB and it is a theoretical contribution on Social Representations. The analysis of the *corpus* was through *Alceste Software*. The Ethics Committee in Research, protocol number 05/2008, approved the research project. **Results:** we found that the Social Representations of Potiguara Indians relating to health/disease are mostly (66.7%) in two dimensions: organic-physiological, in which the Indians associate health and disease to the biomedical concept; and other sociocultural, represented by the relationship work, food and health, being responsible for the participation of the Indians in their practices. **Conclusion:** the relevance of the study is in the field of public health, since the social representations can provide socially contextualized theoretical foundations for the development and evaluation of strategies and/or health policies adopted by the institutions responsible for Indians' health in Brazil. **Descriptors:** Health; Disease; Indian; Culture; Social Representations.

RESUMEN

Objetivo: identificar representaciones sociales sobre salud y enfermedad construidas por indios Potiguara. **Metodología:** estudio exploratorio con enfoque cualitativo, realizado con 55 indios en Baía da Traição/PB y aporte teórico en las Representaciones Sociales. El *corpus* fue sometido al análisis por el *Software* Alceste. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, protocolo nº 05/2008. **Resultados:** se verificó que las Representaciones Sociales de los Potiguara referentes a la salud/enfermedad están centradas en su mayoría (66,7%) en dos dimensiones: orgánico-fisiológica, en que los indios asocian salud y enfermedad al concepto biomédico; y la otra sociocultural, representada por la relación trabajo, alimentación y salud, siendo responsable por la participación de los indios en sus prácticas. **Conclusión:** la relevancia del estudio es evidenciada en el campo de la salud pública, una vez que las representaciones sociales pueden proporcionar fundamentos teóricos contextualizados socialmente para la elaboración y evaluación de estrategias y/o políticas de salud adoptadas por las instituciones responsables por la salud de los indios en Brasil. **Descritores:** Salud; Enfermedad; Indio; Cultura; Representaciones Sociales.

¹Enfermeira, Professora, Centro Universitário de João Pessoa/Unipê, Douroranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba/PPGENF/CCS/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: ritaoliver2002@yahoo.com.br; ²Enfermeira, Professora Pós-doutora, Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba/PPGENF/CCS/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: sa.lenilde@gmail.com; ³Enfermeira, Professora Pós-doutora, Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba/PPGENF/CCS/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: alfaleda@hotmail.com; ⁴Engenheiro de Alimentos, Professor Pós-doutor, Programa Interdisciplinar de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição, Universidade Federal da Paraíba/CCS/UFPB. João Pessoa, (PB), Brasil. E-mail: vianna@ccs.ufpb.br; ⁵Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem, Centro Universitário de João Pessoa/Unipê. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: alinelimajp@hotmail.com; ⁶Enfermeira, Douroranda em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília/UnB. Brasília (DF), Brasil. E-mail: annelissa.andrade@gmail.com

INTRODUÇÃO

A situação de saúde das populações indígenas no Brasil apresenta condições distintas nas diferentes regiões do país devido à ocorrência de transformações acarretadas por fenômenos sociais, econômicos, históricos e ambientais vinculados à estabilização e manifestação de forças demográficas e econômicas da população.¹

Historicamente, no Brasil, as comunidades indígenas percorreram uma longa “jornada de luta pelo reconhecimento dos seus direitos, pelo respeito as suas peculiaridades e diversidade cultural e a busca constante de usufruir um sistema de saúde que respeitasse as suas diversidades”.^{2:1952}

No tocante aos índios Potiguara que vivem na Paraíba, estes apresentam alterações em seu perfil epidemiológico e demográfico, tais como a ruptura com o passado e com suas tradições, miscigenação étnica intensa e a adaptação a novos meios socioeconômicos e ambientais.³⁻⁵

Os índios Potiguara são referidos no litoral da Paraíba desde 1501, ocupando um território que se estendia pela costa nordestina entre as atuais cidades de João Pessoa/PB e Fortaleza/CE. De acordo com os cronistas portugueses, esses índios possuíam 50 aldeias. Atualmente, constituem a única comunidade indígena reconhecida na Paraíba e uma das maiores do Brasil, sendo a maior do Nordeste em termos etnográficos. Estima-se que sua população seja de 15.120 índios distribuídos em 30 aldeias nos municípios de Baía da Traição, Marcação e Rio Tinto.^{3,6}

A organização dos serviços de atenção à saúde da população Potiguara é feita por intermédio do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Potiguara, localizado no município de João Pessoa, capital do estado da Paraíba, e dista das terras indígenas cerca de 90 km. Dispõe de três Polos-Base, situados nos municípios acima citados, os quais são responsáveis pela administração local dos serviços de atenção básica nas aldeias mediante atuação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). Para os serviços de média e alta complexidade, os índios são referenciados para a rede SUS e para a rede privada do estado da Paraíba.⁶

As terras indígenas Potiguara localizam-se em zona litorânea, região na qual o turismo ocorre de modo acentuado e desordenado, havendo a presença de não indígenas residindo nas aldeias, como proprietários de bares e restaurantes, e linhas diárias de ônibus com rotas turísticas que saem das

cidades com direção às aldeias para a compra de artesanato local. Tal situação corrobora para as mudanças de hábitos e costumes dessa população em seu próprio território, associadas ao surgimento de doenças, como hipertensão, diabetes, doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), tuberculose, o uso abusivo de bebidas alcoólicas e outras questões de saúde que demandam não apenas tratamento, mas, sobretudo, prevenção.⁷

Observa-se lacunas no que diz respeito a instrumentos direcionados à identificação da representação social das práticas dos índios, ou seja, a representação do cotidiano social (valores, práticas) dos índios Potiguara. Considerando os Potiguara como um grupo minoritário, com distinções culturais e sociais, os quais têm maneiras próprias de entender o que seja saúde e doença, diferentemente da concepção biomédica dominante sobre o tema, torna-se indispensável estar atento à diversidade social e aos fatores culturais e ambientais que circundam esta comunidade.

O estado de saúde e doença para os povos indígenas, em seu principal aspecto, é resultado do tipo de relação individual e coletiva que se estabelece com as demais pessoas e com a natureza. A saúde não se constitui como um espaço autônomo ou isolado, mas refere-se às questões mais gerais das relações sociais, das relações com a natureza, da cosmologia, da organização social, do exercício do poder, dentre outros.⁸

É importante identificar de que forma os Potiguara se organizam coletivamente para compreender e desenvolver técnicas/práticas em resposta às experiências vivenciadas no processo saúde/doença, sejam elas individuais ou coletivas, observadas em seus contextos históricos, culturais e sociais.⁹ Sob esse prisma, torna-se relevante conhecer a opinião dos Potiguara sobre a saúde e doença articulando as implicações advindas dos seus conhecimentos e comportamentos diante das práticas no intuito de entender as representações sociais atribuídas à cura, ao adoecer e as suas relações com aspectos sociais, tais como o trabalho, a moradia, a estruturação econômica e familiar, entre outros. Devido a essa especificidade, a temática será abordada com embasamento na Teoria das Representações Sociais (TRS) proposta por Moscovici.¹⁰ A TRS são formas de conhecimento sustentadas por grupos sociais específicos dentro de um determinado contexto sócio-histórico e o modo como as representações sociais incidem sobre as práticas dos sujeitos, sendo referidas, em geral, em uma classe de ideias e crenças

(religião, ciência, mito) e que necessitam ser explicadas e descritas.¹⁰

A partir dos resultados deste estudo, subsídios científicos podem ser fornecidos para a implementação de ações na atenção básica, respeitando-se as práticas, as crenças e os costumes dessa população. Face ao exposto, esta pesquisa tem o objetivo de:

- identificar as representações sociais sobre saúde e doença construídas por índios Potiguara.

MÉTODO

Artigo elaborado a partir da dissertação << *Representações sociais sobre a situação de vida, saúde e doença na concepção indígena Potiguara* >> e apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa/PB, Brasil. 2009.

Estudo exploratório com abordagem qualitativa. Foram realizadas 55 entrevistas com os Potiguara pertencentes à aldeia São Francisco, município de Baía da Traição, Paraíba, através da técnica de amostragem não probabilística, por conveniência, tendo como critério de inclusão: ser maior de 18 anos, estar cadastrado no Sistema de Informação e Atenção à Saúde Indígena (SIASI) e aceitar participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas foram feitas individualmente, com uso de gravador de áudio, utilizando-se um roteiro semiestruturado, no período de agosto a setembro de 2008, em horários previamente agendados, e realizadas nos locais de trabalho e/ou nas residências dos índios.

Para a análise do *corpus* formado pelos conteúdos semânticos coletados por meio das entrevistas, utilizou-se o *software* Alceste (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*), versão 4.8. O Alceste possibilita a exploração da estrutura e organização do discurso, bem como permite o acesso às relações entre os universos lexicais.¹¹ Este software agrega testes estatísticos e baseia seus cálculos nas leis de distribuição do vocabulário para a realização da análise léxica das palavras de um conjunto de textos.

Inicialmente, para a formatação do *corpus*, seguindo o modelo proposto¹¹, realizou-se a transcrição das entrevistas e as mesmas foram salvas em um único arquivo digitado no *Microsoft Word* 2010, salvo no tipo texto-txt. Em seguida, as variáveis descritivas foram digitadas nas linhas de asteriscos ou de

comando, linhas estas que foram digitadas antes de cada conteúdo semântico da entrevista, com o intuito de separar cada Unidade de Contexto Inicial (UCI), que diz respeito às respostas dos índios diante das perguntas norteadoras.

Após a formatação do *corpus*, procedeu-se a análise no *software* Alceste, que envolve quatro etapas operacionais: Etapa A: leitura do texto e cálculo dos dicionários; Etapa B: cálculo das matrizes de dados e classificação das UCE's; Etapa C: descrição das classes de UCE's; Etapa D: cálculos complementares.¹²

Esta pesquisa seguiu as observâncias éticas contempladas nas Resoluções 196/1996 e 304/2000 do Conselho Nacional de Saúde que trata da ética em pesquisas envolvendo seres humanos e da temática em especial população indígena, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (CEP/HULW/UFPB - Protocolo Nº 05/2008) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (parecer nº 695/2008/CONEP). Os participantes do estudo estão identificados pela letra S (sujeito) dispostos na sequência de acordo com sua realização em S1 a S55.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os Potiguara que participaram deste estudo têm idade entre 20 e 65 anos, sendo 80% do sexo feminino, 47,3% casados, seguidos de 27,3% solteiros; 63,6% têm o ensino fundamental incompleto, 14,6% são analfabetos e apenas 3,6% possuem o ensino superior completo, chamando atenção nesta amostra para a baixa escolaridade dessa população.

Quanto à fonte de rendimentos, verificou-se que a agricultura apareceu como única para 72% da amostra. As demais fontes provinham do trabalho assalariado (18,9%) e da aposentadoria própria ou de outros membros da família (9,1%).

No processamento da análise realizada pelo Alceste, o *corpus* foi constituído de 55 entrevistas ou UCIs, totalizando 12.121 ocorrências, sendo 5.471 palavras diferentes, com a frequência média de seis ocorrências por palavra. Para a análise que se seguiu, foram consideradas as palavras com frequência (F) igual ou superior a 6 (média característica deste *corpus*) e com qui-quadrado (χ^2) de associação à classe $\geq 3,84$ (significativa a 0,05). Após a redução do vocabulário às suas raízes, selecionou-se 1.344 palavras reduzidas e analisáveis e 366 UCEs.

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) reteve 76,5% do total das UCEs do *corpus*. De acordo com esta classificação,

foram identificadas quatro classes de segmentos de UCEs de categorias temáticas, diferentes entre si, assim denominadas: classe 1 (dimensão orgânico-fisiológica da saúde), classe 2 (dimensão sociocultural da saúde), classe 3 (práticas de prevenção e cura diante da doença) e a classe 4 (saúde *versus* idade), apresentadas a seguir (Tabela 1):

Tabela 1. Frequência de ocorrência de palavras associadas significativamente às classes, Baía da Traição, PB, 2009.

Classe 1		Classe 2		Classe 3		Classe 4	
Dimensão orgânico-fisiológica da saúde		Dimensão sociocultural da saúde		Práticas de prevenção e cura diante da doença		Saúde <i>versus</i> idade	
Palavras	F	Palavras	F	Palavras	F	Palavras	F
Doença	84	Alimentação	38	Adoece	38	Saúde	15
Hoje	48	Saúde	29	Mais	32	Trabalho	14
Antigamente	45	Atende	27	Índio	18	Quando	13
Morreu	27	Serviço	24	Prática	14	Gente	10
Gripe	25	Fazer	23	Cura	14	Pode	09
Sarampo	25	Condição-vida	17	Gripe	12	Temos	08
AIDS	24	Tenho	15	Ervas	12	Ficar	07
Causa	17	Satisfeito	14	Rezadeira	11	Idade	07
Febre	16	Trabalho	14	Chá	11	Roçado	06
Tuberculose	14	Precisa	13	Como	11	Nada	06
Cuidar	14	Pudesse	11	Prevenção	10	Fazer	06
Aconteceu	13	Melhorar	10	Evitar	09	Problemas	06
Trazida	13	Falta	10	Lambedor	09		
Conhecimento	11	Costume	09	Deve	09		
Verminose	11	Comemoração	09	Mastruz	07		
Homem branco	10	Ajuda	08	Capim santo	07		
Varíola	09	Acamado	06	Hortelã	07		
Funasa	09	Viver	06	Uso	06		
Catapora	08	Hábito	06	Igual	06		
Contaminar	08	Mundo	06				
Coqueluche	07	Roçado	06				
Matou	06	Triste	06				
Bexiga	06						
Vacina	06						

♦ **Classe 1 - Dimensão orgânico-fisiológica da saúde**

A classe 1 detém 123 UCEs correspondentes a 43,93% das UCEs retidas. Nesta classe, a saúde se apresenta em uma dimensão orgânico-fisiológica, na qual os Potiguara associam a saúde ao conceito biomédico. Estes dados referenciam à TRS quando os Potiguara se apropriam do discurso médico/científico e ancoram suas representações nas questões vinculadas às suas vivências.

Para os Potiguara, a saúde é definida como ausência de doença, sendo possível distinguir, nestas representações, três eixos interpretativos: o primeiro aponta aspectos epidemiológicos das doenças (em particular, as que têm maior prevalência na comunidade); o segundo eixo descreve causas das doenças (centrada na noção de contágio com a população não indígena), em que eles afirmam que o contato com o homem branco é uma das causas das doenças que acometem os Potiguara e, por último, o terceiro eixo em que os Potiguara descrevem as doenças e reforçam os cuidados que recebem ou precisam receber dos profissionais que trabalham na aldeia (sobretudo, vacinas e cuidados prestados pela equipe da Fundação Nacional de Saúde/FUNASA).

No primeiro eixo da descrição epidemiológica das doenças, os Potiguara citam as mais comuns na comunidade e

apontam sua ocorrência e forma de transmissão/contágio. Dessa forma, este eixo é interpretado em uma dimensão temporal na qual os Potiguara dividem as doenças em dois grupos: as antigas e as atuais. Para estes, doenças como sarampo, varicela (catapora), coqueluche, varíola (bexiga), verminose e malária (maleita) são consideradas como “*antigas*” e não representam perigo de acometê-los mais, por serem combatidas e controladas, mediante práticas culturais e de saúde.

Já as doenças atuais são gripe, diabetes, hipertensão, derrame (Acidente Vascular Cerebral), tuberculose e AIDS. Vale destacar, em especial, as duas últimas doenças pela incidência e gravidade com que acometem as populações indígenas:

Doenças de antigamente era catapora, bexiga, sarampo, coqueluche, tuberculose (S05). Nessa época morreu muita criança. Graças a Deus essas doenças hoje não acontecem mais. (S13) antigamente tinha a tuberculose, e ainda hoje tem. (S09) doenças de hoje são a gripe, conjuntivite, hipertensão, diabetes. Escuto falar de doença chamada Aids (S19).

A situação sanitária das comunidades indígenas é semelhante à dos grupos “pobres da população geral: altas incidências de desnutrição, tuberculose, problemas de saúde bucal, parasitas, alcoolismo, alta mortalidade infantil, baixa expectativa de vida”^{13:212} e há, ainda, uma grande preocupação de que a AIDS

se torne uma epidemia que ameace a sobrevivência dos povos indígenas nos próximos anos.¹³

Quanto às causas para o aparecimento da AIDS, os Potiguara destacaram diversos motivos, dentre eles:

Os jovens não tomaram o conselho dos pais (S10), tem envolvimento com pessoas de fora da aldeia, principalmente por parte das índias (S6) com a vinda destas pessoas ((turistas)) para a aldeia, frequentam os bares na aldeia, começando assim a disseminação não só do vírus HIV como outras DSTs (S21).

A presença das DSTs nas aldeias Potiguara se deve principalmente pela presença de núcleos pesqueiros nos municípios próximos às aldeias, a migração dos indígenas para centros urbanos, ao não uso de preservativos e a influência da mídia introduzindo valores relacionados à sexualidade.^{3,7}

Observa-se nos conteúdos desta classe que os Potiguara verbalizam suas crenças para explicarem a presença da AIDS e do vírus HIV associadas a sentimentos próximos ao medo, à insegurança e preconceitos, demonstrando, ainda, apreensão ao afirmarem a ocorrência de morte na aldeia:

Conheço a Aids que foi trazida para a aldeia (S3); ouvi falar sobre a aids ou o vírus HIV, acho muito perigoso aparecer estas doenças aqui [...] já morreu índio com essa doença, dá muito medo (S48); se uma pessoa tiver Aids acontece de todo mundo se afastar dela (S17); 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 (S25).

A representação social relativa à AIDS, mesmo em diferentes momentos históricos, apresenta características semelhantes em outros grupos sociais, sendo associada ao preconceito, à discriminação e ao estigma, os quais estão intimamente relacionados com os sentimentos de insegurança e medo. “Estas representações elaboradas pelos grupos sociais acerca da doença e de seus atingidos influenciaram, e ainda influenciam, as atitudes das pessoas diante dos grupos acometidos”^{14:823}, em que o indivíduo 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”^{15:457}. O indivíduo passa então a representar a própria doença.

Por sua vez, a tuberculose representa historicamente uma proeminente causa de morbimortalidade entre grupos indígenas.¹⁶ Em 2004, foi implantado o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) na rotina dos serviços das equipes de saúde indígena, na

perspectiva de atingir 85% de sucesso de tratamento e 70% de detecção de casos. No período de 2004 a 2010, foram confirmados 18 casos de tuberculose e 10 casos de coinfeção TB/HIV na população Potiguara.⁶

Em uma pesquisa¹⁷ realizada com profissionais do DSEI Potiguara, destaca-se que nas ações de busca ativa dos Sintomáticos Respiratórios (SR) são enfrentados desafios particulares para a sua efetivação na prática. Observou-se que o PCT necessita estar adequado à realidade cultural dos índios Potiguara, não sendo eficaz na medida em que apenas reproduz as diretrizes estabelecidas em nível nacional.

Quanto ao segundo eixo definido pelas “causas” atribuídas às “doenças” pelos Potiguara, em que a saúde é associada basicamente à transmissão das doenças pelos não índios, eles afirmam que elas são “trazidas” pelo “homem branco”, único responsável em “contaminar” o índio:

Os responsáveis pelas doenças são os portugueses, alemães e negros, quando vieram para cá na época da colonização (S30) os colonizadores da época que trouxe primeiro essas doenças (S26).

O contato entre índios e não índios ainda é apontado como uma razão atual de muitas doenças, principalmente a AIDS.

A “alimentação e a má convivência social com o homem branco” foram também referenciados pelos Potiguara como causas para o aparecimento das doenças na atualidade. Para eles, as mudanças alimentares provocadas pelo convívio social com o homem branco representam um “problema social” que antes não existia:

É porque tudo tem o problema social, hoje nós 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 (S36); Nossa alimentação mantém um pouco da estrutura da saúde. (S25); eu acho que as doenças de hoje são por causa dos alimentos trazidos pelo homem-branco, porque o peixe hoje vem congelado, antes o peixe era mais sadio, tudo hoje é congelado (S11).

Os povos indígenas do Brasil estão vulneráveis a problemas nutricionais, como a desnutrição e a obesidade. Resultados de pesquisa realizada sobre Nutrição Indígena têm mostrado que a prevalência de anemia e desnutrição em crianças indígenas é muito maior do que em crianças não indígenas.^{18:1892} Em sua maioria, isto se dá em decorrência de uma série de transformações que vêm ocorrendo em seus modos de vida, desde os

primeiros contatos com não índios. “O tempo de contato pode variar enormemente, havendo tanto povos que interagem com não índios desde o século XVI até aqueles que estabeleceram contato nas últimas décadas do século XX”^{19:160}.

Apesar desta ameaça à tradição alimentar, é oportuno destacar que eles ainda preservam parte da sua cultura alimentar, por meio da manutenção e funcionamento de casas de farinha, produzindo beiju, tapioca, farinha e massa de mandioca para o consumo familiar a fim de vender e/ou trocar por outros alimentos, ajudando, assim, na subsistência da família. Como também a pesca, de onde retiram a sua maior fonte de proteínas através da pesca do peixe, camarão e da coleta do caranguejo e marisco.

Desse modo, o fenômeno das representações sociais como construções mentais revela evidências que fazem parte do dia a dia, ressaltando 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.²⁰ Isto demonstra que os Potiguara estão em busca contínua de informações que são de grande relevância à sua vida cotidiana, necessitando compreender o mundo em que vivem e nele sobreviver, quer administrando-o, quer enfrentando-o.

No terceiro eixo, os Potiguara associam a saúde aos cuidados que necessitam ou precisam receber dos profissionais que atuam nas aldeias representadas a partir da adoção de práticas preventivas:

Hoje temos vacina e medicamentos (S8); a equipe da Funasa está cuidando da gente (S20); temos a ação da equipe de saúde da Funasa. (S23); participamos de palestras educativas (S38); temos dentistas cuidando da saúde das crianças nas escolas (S52).

Percebe-se, ainda, que os Potiguara se apropriaram do saber biomédico, não apenas para representarem a doença mas também na crença pelo tratamento orgânico tradicional.

Serviços de saúde da aldeia e do pólo nos atende sim, hoje é difícil adoecer porque sempre tem médico aqui na aldeia. (S45); quando tem encaminhamento para algum exame ou consulta fora da aldeia, eles vem deixar o encaminhamento aqui na casa da gente (S49); temos aqui no posto o médico, enfermeira, psicólogo, odontólogo, nutricionista (S51).

Os Potiguara reforçam a presença do médico nos postos de saúde como um aspecto importante. Isto é uma referência positiva por considerarem um profissional que inspira confiança na solução de seus problemas de saúde. Além do médico, a presença de outros

profissionais integrantes da equipe de saúde é ressaltada e são considerados responsáveis pela boa interação da comunidade com os profissionais e o serviço de saúde. Estes profissionais oferecem auxílio material e informação à comunidade, representados como suporte social para melhoria das condições de vida e de saúde dos índios.

♦ Classe 2 - Dimensão sociocultural da saúde

A classe dois detém 64 UCEs, o que corresponde a 22,86% das UCEs retidas. Nesta classe, os Potiguara estabeleceram significados para a saúde centrada em uma dimensão sociocultural. Os elementos representativos desta classe expressam as condições sociais e culturais envolvidas na elaboração do conceito saúde para os Potiguara, não como definição, mas como construção subjetiva sobre saúde centrada nos seus aspectos constitutivos. Neste sentido, a relação lógica entre a definição de saúde e a sua constituição existe na medida em que as representações exercem um papel predominante nas ciências sociais para o tratamento cultural de questões relativas à identidade social e à vida corporal.²¹

Para melhor aprofundar esta dimensão sociocultural da saúde, é possível ressaltá-la como um significante social importante, por ser a doença uma expressão do imaginário social, definido como fenômenos de discursos que variam em função da história, da cultura e de acordo com as inserções sociais e grupais dos sujeitos. Assim, as representações dão sentidos e orientações às práticas, tanto privada quanto institucional, capazes de guiarem os comportamentos e/ou as práticas intra e intergrupais.²¹

Para os Potiguara, a saúde está vinculada às condições/disposição para o trabalho diário:

Saúde é quando podemos trabalhar (S18); pode trabalhar todos os dias (S24); está bem disposto (S34); meu estado de saúde está bom, porque todo dia eu trabalho (S40); saúde é quando a pessoa está alegre, sempre pronta para trabalhar (S28).

Tais concepções de saúde dos Potiguara remetem ao pensamento do sujeito que em seu saber prático vai se apropriando dos objetos a partir das informações a que têm “acesso nas experiências, vivências e relações [...] as representações enquanto sentidos atribuídos a um dado objeto mobilizam o sujeito todo, sua história, seus afetos, sua cultura, sua inserção na totalidade social”.^{22:460}

Nos conteúdos desta classe, identificamos ainda que “saúde” está associada ao lazer e às práticas culturais da comunidade, sendo

representada pela participação dos índios na dança do toré e outras festividades, próprias da comunidade.

Quando a gente está com saúde sempre mostramos a saúde através da cultura nossa, com dança do toré (S1); eu amo muito minha cultura que para mim é o ritual do toré (S16); posso ser desprovido de qualquer coisa na vida, mas a cultura eu não deixo (S40) esta prática vem dos nossos antepassados, (S22); a dança do toré nos fortalece e nos deixa animados com energia e disposição (S35); quando estou dançando o toré me sinto outra pessoa (S55).

O Toré é uma prática de ritual sagrado e representa para os Potiguara aquilo de mais precioso na sua cultura. É o ritual mais característico dos povos indígenas do Nordeste. 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 guandu, entre outros. A pintura corporal é feita de urucum e a vestimenta usada é feita de imbirá de jangada encontrada na mata e na antecasca do pau de jangada.³⁻⁴

♦ Classe 3 - Práticas de prevenção e cura diante da doença

A classe três detém 59 UCEs, correspondendo a 21,07% das UCEs retidas. Os segmentos de textos nesta classe revelam os significados relacionados à prevenção e determinadas práticas adotadas diante das doenças, bem como a utilização das plantas medicinais para a cura de enfermidades.

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:

Práticas de cura são remédios que nós fazemos com a erva babosa, aroeira, cajueiro, eucalipto, hortelã grande, hortelã miúda, jatobá, pitanga, que serve para fazer chá, lambedor. (S29); temos ainda hoje as rezadeiras, fazemos lambedor e chá com raízes de pau (S27); levo para a rezadeira de nossa aldeia (S2); procuro a pajé da aldeia para cura das doenças (S7); usamos raiz de babatenon que serve para inflamação, considerado como antibiótico (S50).

Em referência às práticas utilizadas nas sessões de curas espirituais, os Potiguara afirmam ser a própria representação da cultura indígena e que esta faz parte da própria natureza, razão de suas religiosidades.

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. (S33); 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 (S39); 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 (S50); 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 (S7).

Nestas UCEs acima descritas, verifica-se que os Potiguara seguem, através de um ritual, toda a orientação de entidades espirituais sobre a cura de determinadas doenças, distinguindo as curas materiais das espirituais, com indicações se devem ou não procurar a ajuda profissional. Observa-se também uma referência quanto à imposição de outras práticas religiosas pelos diferentes segmentos religiosos existentes na aldeia. Entretanto, na visão de alguns indígenas são impostas condições a eles que diferem da sua tradição indígena.

Cada aldeia possui sua capela e seu santo padroeiro. Nos últimos anos, houve um crescimento na atuação de missionários católicos nas aldeias. As chamadas igrejas evangélicas ou protestantes estão também presentes entre os Potiguara desde a década de 1960. Tais dados demonstram a forte aculturação desta comunidade, onde a maioria investigada (76,4%) professa ser católica, o que corrobora com dados do IBGE²³ em 2010 sobre a religiosidade dos brasileiros, segundo os quais 64,6% referiram a sua religião como católica apostólica romana, sendo, pois, o catolicismo a religião que tem maior número de adeptos no Brasil, no entanto, devido à miscigenação cultural por conta dos vários processos migratórios, também encontramos em nosso país diversas outras religiões (cristã, islâmica, afro-brasileira, judaica).²⁴

Em relação às curas espirituais, algumas delas são realizadas por meio da pajelança. Ressalta-se que o Brasil tem apenas cinco pajés do sexo feminino, entre elas a pajé desta etnia.⁴ Em 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 (S15).

O Pajé é considerado pelos índios como profundo conhecedor dos segredos da natureza. Ele tem poder de curar doenças, de restabelecer o equilíbrio das situações, como também pode provocar a doença e/ou a morte dos seus parentes.⁸ No entanto, nem todas as comunidades indígenas recorrem igualmente ao Pajé para intermediar nos processos de cura. Há comunidades que nem sequer possuem a figura do Pajé como especialista para desempenhar seu papel na cura ou prevenção das doenças.¹⁹

Outro fato importante revelado nesta classe foi a procura dos serviços de saúde como alternativa para substituir as práticas de cura de seus antepassados.

Se não conseguir consulta com médico, ofereço chá com erva do mato (S4); quando não resolve vamos ao posto de saúde procurar médico (S14); quando estamos doentes precisamos de medicamento para ficar bom (S43); 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 (S32); quando não tinha médico usávamos as ervas do mato (S18).

Acredita-se que isto aconteça porque ao longo de mais de cinco séculos de presença e intervenção de não índios, os Potiguara passaram também a valorizar e a utilizar a medicina do homem branco, 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.⁸

Destaca-se a relevância das representações sociais sobre as crenças coletivas e seus significados, do saber popular e do senso comum, que não se deve separar o indivíduo da sociedade, visto que é preciso entender que os indivíduos com suas experiências vivem e convivem em uma sociedade com regras e com normas que o regulam.¹⁰ Além disso, 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.

♦ Classe 4 - Saúde versus idade

A classe quatro detém 34 UCEs correspondentes a 12,14% das UCEs. De acordo com esta ordem e suas UCEs

significativas, percebe-se que elas representam a “saúde condicionada à idade”, a qual está baseada 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.

Saúde é quando pode trabalhar o dia todo no roçado e não sente nenhuma doença (S41); quando chega a velhice adoecemos e não podemos mais trabalhar (S51); a saúde é quando podemos trabalhar (S46); a doença me impede de fazer atividades de casa e no roçado. (S18).

Esta classe associa-se à classe 2, contém em suas UCEs segmentos de textos representativos na *dimensão sociocultural da 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, acesso aos serviços de saúde, diferentemente desta classe (4) que revela representações relacionadas a doenças decorrentes da idade avançada.

O processo de envelhecimento ocorre em função de diversas variáveis, tais como estilo, qualidade de vida, condição socioeconômica, origem étnica e cultural.²⁵ Na compreensão dos Potiguara, a saúde é representada como algo relativo ao bom funcionamento do corpo para o desempenho diário das atividades, enquanto que a doença está associada à velhice, trazendo prejuízos à sua saúde. O sentido da representação predominante nesta classe consistiu em estabelecer uma relação de dependência do estado de saúde para as atividades laborativas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostraram as representações sociais dos Potiguara para saúde/doença centrada em sua maioria (66,7%) em duas dimensões: orgânico-fisiológica, em que os índios associam saúde e doença ao conceito biomédico; e a outra sociocultural, representada pela relação trabalho, alimentação e saúde, sendo responsável pelo engajamento dos índios em suas práticas. É possível apontar para os dois processos (objetivação e ancoragem) responsáveis pela formação das representações sociais, salientando as ancoragens psicossociais e socioculturais.

Este estudo possibilitou a identificação de uma realidade social que, apesar de não diferir muito de outras comunidades indígenas, aponta diversos aspectos que precisam ser conhecidos e levados em

consideração quanto à prestação de serviços de saúde para essa população. Neste âmbito, sugere-se que os profissionais da saúde trabalhem na perspectiva de integração entre o sistema local de saúde instituído e a sabedoria indígena, na valorização e reconhecimento de suas práticas relacionadas à saúde.

No campo da saúde pública, evidencia-se a relevância deste estudo, uma vez que as representações sociais construídas podem proporcionar fundamentos teóricos contextualizados socialmente para a elaboração e avaliação de estratégias e/ou políticas de saúde adotadas pelas instituições responsáveis pela saúde dos índios no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Santos RV, Coimbra-Jr CEA. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: Coimbra-Jr CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 2003. p.13-47.
2. Fernandes MNF, Nóbrega AR, Marques RS, Cabral AMF, Simpson CA. Um breve histórico da saúde indígena no Brasil. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2010 Nov [cited 2013 Apr 3];4(spe):1951-960. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1515/pdf_255
3. Palitot EM. Parecer antropológico DSEI Potiguara. Relatório Projeto FUNASA/PRODOC. João Pessoa: Funasa; 2005.
4. Moonen F. Os índios Potiguara da Paraíba. 2nd ed. digital aumentada. Recife, 2008. p.41.
5. Melo RJF, Maciel SC, Oliveira RCC, Silva AO. Implicações do uso do álcool na comunidade indígena potiguara. Physis [Internet]. 2011 [cited 2013 Jan 3];21(1):319-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a18.pdf>
6. Fundação Nacional de Saúde. Plano Distrital de Saúde Indígena (2008-2010). João Pessoa: Funasa; 2010.
7. Oliveira RCC, Silva AO, Maciel SC, Melo JRF. Situação de vida, saúde e doença da população indígena Potiguara. Rev Min Enferm. [Internet]. 2012 [cited 2013 Jan 23]; 16(1): 81-90. Available from: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4fccf66a17245.pdf
8. Luciano-Baniwa GS. O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília: Ministério da Educação; 2006.
9. Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. 2010 May [cited 2013 Feb 21]; 18(3): 173-181. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23.pdf
10. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Rio de Janeiro: Vozes; 2003.
11. Alba M. El Método ALCESTE y su aplicación al estudio de las Representaciones Sociales del Espacio Urbano: El caso de la Ciudad de México. Papers on Social Representations [Internet]. 2004 [cited 2013 Feb 15]; 13(1): 01-20. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23.pdf
12. Camargo BV. Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: Moreira ASP, Jesuino JC, Camargo BV (org). Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária; 2005. p.511-539.
13. Langdon EJ. Políticas públicas de saúde indígena: implicações para minorias e saúde reprodutiva. In: Monteiro S, Sansone L (org). Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. p.211-220.
14. Oliveira DC, Formozo GA, Gomes AMT, Acioli S, Marques SC, Costa TL, Heringer A. A produção de conhecimento sobre HIV/AIDS no campo da teoria de representações sociais em 25 anos da epidemia. Rev Eletr Enferm [Internet]. 2007 [cited 2013 Mar 20]; 9(3): 821-834. Available from: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n3/pdf/v9n3a21.pdf
15. Schaurich D, Coelho DF, Motta MGC. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da Aids após os anti-retrovirais. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2006 July [cited 2013 Mar 20]; 14(3): 455-462. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v14n3/v14n3a19.pdf>
16. Escobar AL, Coimbra-Jr CEA, Camacho LA, Portela MC. Tuberculose em populações indígenas de Rondônia, Amazônia, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2001 Mar [cited 2012 Dec 12]; 17(2): 285-298. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n2/4174.pdf>
17. Nóbrega RG, Nogueira JA, Ruffino-Netto A, Sá LD, Silva ATMC, Villa TCS. A busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle

da tuberculose, no cenário indígena potiguara, Paraíba, Brasil. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. 2010 Nov [cited 2013 Mar 03]; 18(6): 01-08. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_18.pdf

18. Souza LG, Santos RV, Pagliaro H, Carvalho MS, Coimbra-Jr CEA. Demography and health of the Xavante Indians of Central Brazil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2011 Out [cited 2013 Mar 07]; 27(10):1891-1905. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v27n10/03.pdf>

19. Coimbra-Jr CEA, Santos RV, Cardoso AM. Processo Saúde-doença. In: Barros DC, Silva DO, Gugelmin AS (org). Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

20. Jodelet D. As representações sociais. Rio de Janeiro:UERJ/Editora Universitária; 2001.

21. Jodelet D. Contributo das representações sociais para o domínio da saúde e da velhice. In: Lopes M, Mendes F, Moreira A (org). Saúde, educação e representações sociais: exercícios de diálogo e convergência. Coimbra: Formasau; 2009. p.71-88.

22. Madeira MC. Representações sociais e processo discursivo. In: Moreira ASP (org). Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária; 2005. p. 459-469.

23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Brasília: IBGE; 2010.

24. Menezes R, Teixeira F. As religiões no Brasil: continuidades e rupturas. São Paulo: Vozes; 2006.

25. Séguin E. Minorias e grupos vulneráveis: uma abordagem jurídica. Rio de Janeiro: Forense; 2002.

Submissão: 19/09/2013

Aceito: 20/06/2014

Publicado: 01/08/2014

Correspondência

Rita de Cassia Cordeiro de Oliveira
Rua Caetano Figueiredo, 2131
Bairro Cristo
CEP 58071-220 — João Pessoa (PB), Brasil