

SITUAÇÃO DE VIDA, SAÚDE E DOENÇA DA POPULAÇÃO INDÍGENA POTIGUARA

LIFE, HEALTH AND DISEASE AMONG THE POTIGUARA PEOPLE

SITUACIÓN DE VIDA, SALUD Y ENFERMEDAD DE LA POBLACIÓN INDÍGENA POTIGUARA

Rita de Cassia Cordeiro de Oliveira¹
Antonia Oliveira Silva²
Silvana Carneiro Maciel³
Juliana Rízia Félix de Melo⁴

RESUMO

O objetivo com este estudo foi averiguar a situação de vida, saúde e doença dos índios potiguaras, aldeados na Paraíba. Trata-se de um estudo exploratório, com uma abordagem quantitativa. A amostra foi definida como o núcleo familiar de acordo com o cadastro do Sistema de Informação de Atenção a Saúde Indígena (SIASI). Foram realizadas 55 entrevistas com índios da aldeia São Francisco, em Baía da Traição-PB. O instrumento utilizado foi uma entrevista semiestruturada com questões relativas à temática e à caracterização socioeconômica. Este estudo possibilitou o conhecimento da realidade social da amostra estudada, levantando índices elevados com relação ao baixo nível socioeconômico e suas consequências para a manifestação de doenças, alto índice de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), alcoolismo, dentre outras. Tais achados apontam para a necessidade de adoção de propostas voltadas para a melhoria das condições de saúde dessa comunidade. A Equipe Multiprofissional em Saúde Indígena (EMSI), em especial a enfermagem, deve promover a integração entre o sistema local de saúde e a sabedoria indígena, de modo que, mediante abordagens culturais, possibilite compreender o universo cultural dos índios potiguaras, suas práticas relacionadas à saúde e a doenças, tornando, assim, as intervenções de controle mais eficazes, principalmente em relação às doenças infecciosas e parasitárias.

Palavras-chave: Enfermagem; População Indígena; Processo Saúde/Doença; Condições de Vida.

ABSTRACT

This research aimed at studying the life and health conditions as well as the occurrence of diseases among the potiguara people in the state of Paraíba. It is an exploratory, quantitative study. The sample unit consisted of the nuclear family according to the Health Information System for Indigenous Peoples survey (in Portuguese, SIASI). The 55 potiguara Indians interviewed belonged to the São Francisco indigenous settlement in the municipality of Baía da Traição, Paraíba. Semi-structured interviews with questions related to the issue and the socioeconomic characterization were applied. This study provided information on the study sample social reality, the low socioeconomic status of the population and its relationship with the appearance of diseases, the high levels of STD, and alcoholism, among others. Such results indicate the need for the improvement of the community's health conditions. In this context a Multidisciplinary Team dedicated to indigenous health care, and particularly the nursing team, should promote integration between the local health system and indigenous knowledge. A cultural approach to the situation might contribute to understand the potiguara Indians culture, their health care and disease control practices, and to intervene more efficiently in the control of infectious and parasitic diseases.

Keywords: Nursing; Indigenous Population; Health and Disease Process; Social Conditions.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo evaluar las condiciones de vida, salud y enfermedades de los indios potiguara del Estado de Paraíba. Se trata de una investigación exploratoria con enfoque cuantitativo. La muestra consistió en el núcleo familiar de acuerdo con el registro de las familias en el Sistema de Información de Atención de la Salud Indígena (SIASI). Se realizaron 55 entrevistas con indios de la aldea São Francisco en Baía da Traição – Paraíba. El instrumento utilizado fue la entrevista semiestruturada, con cuestiones relativas al tema y a la clasificación socioeconómica. Este estudio permitió conocer la realidad social de la muestra que señala altos índices de bajo nivel socioeconómico, sus consecuencias para la manifestación de enfermedades, el alto índice de ETS y de alcoholismo, entre otros. Los resultados apuntan a la necesidad de adotar propuestas para mejorar las condiciones de salud de esta población, en la que el Equipo Multiprofesional de Salud Indígena, en especial la enfermería, promueva la integración entre el sistema local de salud y la sabiduría indígena. El enfoque cultural de la situación podría contribuir a entender la cultura, la salud y las prácticas de control de enfermedades de los indios potiguara y, a partir de ello, controlar y tratar con más eficiencia las enfermedades infecciosas y parasitarias.

Palabras clave: Enfermería; Población indígena; Proceso Salud-Enfermedad; Condiciones Sociales.

¹ Enfermeira da Fundação Nacional de Saúde. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. ritaoliver2002@yahoo.com.br.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Professora Associado II da Universidade Federal da Paraíba/Centro de Ciências da Saúde/CCS/UFPB. alfaleida@hotmail.com.

³ Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba. Coordenadora do Curso de Psicologia da UFPB. silcamaciell@ig.com.br.

⁴ Graduanda do curso de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba. julianarizia@yahoo.com.br.

Endereço para correspondência: Rua Caetano Figueiredo, 2131, Cristo João Pessoa/PB, Brasil, CEP: 58.071-220. E-mail: ritaoliver2002@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

A partir da década de 1990, a população indígena vem fazendo reivindicações constantes e sistemáticas ao governo e à sociedade nacional, dado o agravamento progressivo de suas condições de saúde, as quais são caracterizadas por altos índices de morbimortalidade e pela oferta inadequada e ineficaz dos serviços de saúde. Essas reivindicações têm como pano de fundo uma situação socioeconômica precária, a indefinição territorial e as relações interétnicas conflitantes que comprometem diretamente a integridade física e etnocultural dos povos indígenas.¹

São vários os fatores determinantes para as condições de vida e saúde dos índios brasileiros. O respeito ao índio, a atenção à saúde e a preservação da vida desses povos são influenciados por uma série de questões em que os índios se veem dependentes, em sua maioria, do governo local. Dentre outras questões, destacam-se o assédio de usineiros, garimpeiros, posseiros, fazendeiros, de madeireiras e da sua própria tolerância diante das políticas indigenistas direcionadas para a alimentação, educação, moradia, saúde e previdência social.²

O estudo desses determinantes é de grande relevância para o conhecimento do processo saúde-doença nessas comunidades. Entretanto, existem limitações e dificuldades para a realização desses estudos, em virtude de informações insuficientes, na maioria das vezes indisponíveis para o diagnóstico e a avaliação das condições de saúde das comunidades indígenas.³

Somente com a estruturação de um sistema de estatísticas contínuas e com o 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.³

Atualmente, a população indígena brasileira é estimada em, aproximadamente, 538 mil pessoas, pertencentes a 210 povos, com mais de 170 línguas identificadas. Estão presentes em todos os Estados brasileiros, exceto no Piauí e no Rio Grande do Norte, vivendo em 579 terras indígenas que se encontram em diferentes situações de regularização fundiária, e ocupam 12% do território nacional. Uma pequena parcela vive em áreas urbanas, geralmente em periferias.³

Para a reestruturação da Atenção à Saúde Indígena, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria de nº 254, de 31 de janeiro de 2002, a "Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas". O objetivo 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). Tais princípios contemplam 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.²

A organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas é prestada por meio dos Distritos Sanitários

Especiais Indígenas (DSEI) e Polos Base, em âmbito local, reunindo as terras indígenas e os municípios. A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) é responsável pela prestação da atenção básica mediante atuação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem, agentes indígenas de saúde (AISs) e agentes indígenas de saneamento (AISANs), com referências para os serviços de média e alta complexidade.²

OS ÍNDIOS POTIGUARAS

No Estado da Paraíba existe a população indígena potiguara, a única comunidade indígena reconhecida nesse Estado, sendo uma das maiores do Brasil e a maior do Nordeste etnográfico. Sua população é de 13.790 índios, dos quais 2.061 são desaldeados, residindo em outras cidades do Estado. Os demais aldeados estão distribuídos em 29 aldeias nos municípios de Baía da Traição, Marcação e Rio Tinto.^{4,5}

Os índios potiguaras são referidos no litoral do Estado desde 1501 e suas condições de saúde estão estritamente relacionadas com os diversos impactos causados pela interação com a sociedade, a qual vem, desde a chegada dos colonizadores europeus no século XVI, com alterações no seu perfil epidemiológico e demográfico, tais como a ruptura com o passado e suas tradições, miscigenação étnica intensa e adaptação agressiva a novos meios socioeconômicos e ambientais.^{4,6} Mota⁶ ratifica essa questão quando diz que "as matrizes culturais mais antigas certamente sofreram o impacto da colonização, tendo sido impostas por novos modos de viver e de conhecer o mundo".

A assistência à saúde da população potiguara é feita pelo DSEI potiguara, localizado em João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, e dista das terras indígenas cerca de 90 quilômetros. Dispõe de três Polos Base, situados nos municípios acima citados, os quais são responsáveis pela administração local dos serviços de atenção básica das 29 aldeias existentes. Para os serviços de média e alta complexidade, os índios são referenciados para a rede SUS e a rede privada no Estado.⁴

Atualmente, os potiguaras sobrevivem da agricultura, pesca, artesanato e outros meios, enfrentando situações distintas de tensão social, vulnerabilidade, perda da identidade e da autoestima. A expansão das frentes econômicas (extrativismo e trabalho assalariado temporário) vem ameaçando além da preservação cultural a integridade do ambiente nos seus territórios. O fato de a comunidade potiguara localizar-se em zona litorânea favorece o surgimento do turismo acentuado e desordenado, trazendo como consequência as mudanças de hábitos e de costumes, associadas ao surgimento de doenças como as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)/aids e a tuberculose.⁴

Pode-se afirmar, assim, que essas alterações trouxeram como consequência problemas relacionadas aos modos de vida dos índios, levando-os, forçadamente, à mudança

dos costumes no seu próprio território. Desse modo, para discutir a situação de saúde dos índios potiguaras, faz-se necessário ir além dos fatores epidemiológicos determinantes, pois é preciso observar diversidade social existente e os fatores culturais e ambientais que estão influenciando suas condições de saúde.

Mediante tais considerações e observando as Diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que se baseiam no princípio de respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde e doença própria a cada sociedade indígena, objetivou-se com este estudo averiguar a situação de vida, saúde e doença dos índios potiguaras aldeados na Paraíba.

A relevância deste estudo centra-se no contexto sociocultural e científico como produção de conhecimento, visando oferecer informações úteis para o fortalecimento e a avaliação das ações voltadas para a promoção da saúde indígena, o que corrobora no planejamento de estratégias de intervenção para a melhoria da situação de vida dessa população.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, documental, com abordagem quantitativa para o levantamento das questões relacionadas à situação de vida, saúde e doença dos índios potiguaras aldeados na Paraíba. Foi utilizada amostragem não probabilística intencional. Esse tipo de técnica amostral não tem interesse na generalização dos resultados, tem caráter de investigação e visa apenas à opinião de elementos da população sobre o assunto estudado, elencando um número mais reduzido de depoentes em razão da saturação dos resultados. De todo modo, permite a apreensão dos significados e dos fatores determinantes da saúde-doença na população indígena potiguara e a verificação de serviços de saúde voltados para as problemáticas encontradas.

A unidade amostral foi definida considerando o núcleo familiar de acordo com o cadastro das famílias no Sistema de Informação de Atenção a Saúde Indígena (SIASI), sendo identificado um membro por família de ambos os sexos e acima de 18 anos. Para tanto, foi utilizado como parâmetro uma tabela de números aleatórios simples para a seleção e a identificação da família no SIASI.

Participaram do estudo 55 famílias pertencentes à aldeia São Francisco, município de Baía da Traição-PB. Além dos sujeitos, foram consultados relatórios, profissionais e sujeitos-chave na comunidade estudada.

O instrumento para coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada, elaborada especificamente para este estudo, com seleção das seguintes variáveis: socioeconômicas (idade, sexo, escolaridade, estado civil, ocupação, renda familiar, núcleo familiar, usuário de programa do governo); instalações sanitárias (destino do lixo, uso e tratamento da água, uso de banheiro); visita domiciliar pelo AIS; uso de bebida alcoólica e

fumo; morbidade e óbito no núcleo familiar (causa, idade, doença).

Foi utilizado gravador de voz para registro das informações, desde que permitido pelos índios, após o devido esclarecimento feito pela pesquisadora com leitura e entrega do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). O tratamento do *corpus* produzido nas entrevistas foi submetido à análise através do *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão Windows 15.

Esta pesquisa seguiu as determinações da Instrução Normativa 01/95/FUNAI/PRESI e as observâncias éticas contempladas nas Resoluções nº 196/1996 e nº 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 UFPB (CEP/HULW, Protocolo nº 05/2008) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Parecer nº 695/2008/CONEP).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

De acordo com os resultados obtidos, observa-se que o sexo feminino representa 80% da amostra estudada. Esse alto percentual feminino na amostra pode ter ocorrido pelo fato de as entrevistas terem sido realizadas no horário diurno (horário de trabalho formal ou informal). Esse resultado corrobora os dados obtidos por várias outras pesquisas, demonstrando que, na atual sociedade, as mulheres ainda permanecem mais tempo em casa, sendo responsáveis pelo trabalho doméstico, enquanto o homem sai em busca de trabalho e de dinheiro, sendo considerado o mantenedor da casa.⁷

Quanto à idade, constata-se a predominância da faixa etária de 20 a 50 anos, somando 65,4% do total da amostra. Em seguida, aparece o grupo etário de 51 a 65 anos, que obteve, também, um percentual expressivo de 34,5%. Em relação ao estado civil, 47,3% eram casados representando o maior percentual, depois os solteiros, que correspondem a 27,3%.

Quanto à escolaridade, houve predomínio daqueles com o ensino fundamental incompleto, representando 63,6% dos entrevistados. Esse dado revela que dificilmente os índios conseguirão trabalho mais bem remunerado, em razão do baixo nível de escolaridade. Constata-se essa questão quando se comparam com os resultados referentes à ocupação profissional, os quais mostraram que 67,3% dos índios potiguaras desenvolvem atividades voltadas para a agricultura, 9,1% estão aposentados, 3,6% são artesãos, 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).

Diante disso, pode-se inferir que, em sua maioria, os potiguaras sobrevivem de uma economia mais voltada para a subsistência, pois, em relação à fonte de renda, verifica-se que a agricultura aparece com 72% como

única fonte de rendimentos. As demais fontes provêm da aposentadoria, com 9,1% e trabalho assalariado (18,9%). Acredita-se que essa condição econômica vem se agravando com o desmatamento e o despejo de agrotóxicos nos mananciais com implicação direta nas atividades agrícolas e pesqueiras, com perda de lavouras e a diminuição do pescado nas terras indígenas potiguaras. Isso se dá, também, em razão da proximidade dessas terras das áreas urbanas dos municípios circunvizinhos.⁴

Os fatores econômicos, particularmente, constituem causas importantes de doenças, uma vez que a pobreza e o desemprego podem resultar em precária nutrição, habitações superlotadas, vestuário inadequado, estresse psicológico e abuso de álcool. Nos países em desenvolvimento, seja qual for 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".⁸

A religião que se destaca entre os potiguaras é a católica com 76,4%, seguida da protestante/evangélica, com 14,6%, e apenas 1,8% afirmou sua religiosidade ao deus Tupã. O catolicismo é a religião mais institucionalizada entre os potiguaras, remontando ao período colonial e fonte dos símbolos étnicos, históricos e territoriais. São representadas pelas velhas igrejas de Nossa Senhora dos Prazeres e São Miguel, com seus oragos e festas anuais. Há, também, a presença das demais crenças cristãs, como as igrejas Batista, Betel e Assembleia de Deus, além de cultos afro-brasileiros, como a Umbanda e a Jurema Sagrada.⁴

No que se refere ao núcleo familiar, 82% dos entrevistados têm sua família constituída de quatro pessoas, enquanto 18% são constituídos de três pessoas. Percebe-se, portanto, que o núcleo familiar potiguara é numeroso, o que, aliado às condições econômicas precárias dessa população, pode trazer péssimas condições de vida, gerando uma dependência acentuada por programas assistenciais do governo. Esses programas não são suficientes para resolver um problema que é estrutural e reflete a necessidade de solucionar as questões relacionadas às terras e as de autossustentação econômica dos povos indígenas.²

Os resultados demonstram que 90,9% dos depoentes são usuários de algum programa assistencial do governo, dos quais 72,8% são beneficiados com o programa Bolsa Família e 18,1% com a cesta básica, distribuída pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI).

Hoje as áreas que esses povos ocupam dificilmente possibilitam uma vida autônoma de produção e reprodução de suas culturas, tradições e valores para as quais necessitariam do resgate e da reorganização social. Por causa disso, essas comunidades indígenas tornaram-se dependentes das políticas assistenciais do

governo ou da sociedade de maneira geral. As possíveis soluções para seus problemas quase sempre dependem exclusivamente da vontade política do governo, portanto, alheias aos seus desejos e necessidades.²

Em 2007, o Sistema de Informação em Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) potiguara identificou que, das 1.608 crianças menores de 5 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 observada na comunidade potiguara a introdução precoce de alimentos para bebês menores de seis meses de idade. Somente 26% das mães declararam que alimentavam seus filhos exclusivamente com amamentação até esta idade.⁵

Quanto à qualidade da água utilizada na aldeia, 89,1% dos entrevistados afirmaram que a água é boa e 98,2%, que não fazem nenhum tratamento na água para uso doméstico, pois ela já vem tratada da caixa d'água e que o AISAN faz a manutenção dos equipamentos e tratamento da água.

No campo de recursos humanos, tem-se viabilizado a seleção e contratação de AISANs por meio de convênios celebrados entre a FUNASA e os municípios, com vista à operação e à manutenção dos serviços de saneamento. O AISAN, como membro da aldeia, é indicado pela comunidade e capacitado para desempenhar funções voltadas para a realização de censo sanitário das aldeias, operar e manter os sistemas de abastecimento de água, realizar análise de cloro residual e pH da água para consumo humano, orientar a comunidade para a utilização adequada dos serviços de saneamento e realizar ações de educação em saúde ambiental, atuando com os AISs.¹⁰

Atualmente, 67,07% da população indígena brasileira possui sistema de abastecimento de água, seja com atendimento domiciliar, seja coletivo. Em termos de cobertura por Unidade de Federação, observa-se que os maiores déficits, em termos populacionais, ocorrem nos Estados do Amazonas, Acre e Roraima, onde a cobertura com sistemas de abastecimento ainda não alcançou os 50%. Em termos de alcance de aldeias, porém, somente os Estados do Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraíba, Santa Catarina e Sergipe têm mais de 80% das aldeias com abastecimento de água. Segundo dados do Departamento de Engenharia da FUNASA/CORE/PB, das 29 aldeias existentes nas terras indígenas potiguaras, com uma população de 13.790 índios,¹⁰ 28 (96%) têm sistema de abastecimento de água.

No que se refere às instalações sanitárias existentes na aldeia, verifica-se que 87,3% dos entrevistados têm banheiro na sua residência. De acordo com o cadastro do Censo Sanitário indígena, dos 3.039 domicílios existentes nas aldeias potiguaras, 2.405 dispõem de privadas individuais instaladas, perfazendo um percentual de cobertura de 79,14%, ocupando, assim, o 4º lugar entre os 24 Estados brasileiros que têm população indígena com melhorias sanitárias individuais instaladas nos domicílios indígenas.¹⁰

Sobre o destino do lixo produzido em casa, 63,6% dos participantes afirmaram que enterram o lixo e os demais (36,4%), que o queimam. Todos eles foram unânimes quanto ao recolhimento e destino adequado do lixo, pronunciando que todos os índios são responsáveis pela limpeza da aldeia.

Em relação aos resíduos sólidos (lixo domiciliar) produzido nas 29 aldeias potiguaras em Baía da Traição, Marcação e Rio Tinto, apenas 9 aldeias dispõem de serviços de coleta e transporte: Jaraguá e Mont Mor (Rio Tinto), Três Rios, Caeira, Camurupim, Tramataia e Ibikuára (Marcação), Akajutibiró e Forte (Baía da Traição). Nas demais aldeias, o lixo é coletado e enviado para um local adequado (próprio para receber o lixo) para ser enterrado ou queimado. Para isso, toda comunidade deve ser orientada e acompanhada pelos AISs e AISANs, sob a supervisão da equipe técnica da FUNASA. Quanto aos resíduos sólidos provenientes dos atendimentos feitos pela equipe de saúde nos postos das aldeias, estes são acondicionados e levados para os três Polos Base dos municípios acima citados e recolhidos pelo serviço municipal de coleta e transporte.¹⁰

Quanto à visita domiciliar realizada pelo AIS, os resultados mostram que 90,9% dos entrevistados afirmaram receber a visita dos AISs. Quanto à frequência dessas visitas, eles disseram que era quinzenal (43,6%), mensal (45,5%) e bimestral (1,8%). Esses 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 Polo Base.

Para atuar na saúde indígena, o AIS passa por um processo seletivo dentro das comunidades previamente esclarecidas sobre seu papel, com assessoria dos Conselhos Distritais de Saúde. São exigidos requisitos para ser AIS: ser indicado pela comunidade; residir na área de atuação; pertencer preferencialmente à sociedade (etnia) na 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.

Após esse processo de seleção, o AIS recebe formação/capacitação com carga horária total de 1.080 horas com 700 horas de concentração em salas de aula (teórica) e 380 horas para dispersão (prática) nas aldeias, onde o enfermeiro/facilitador com habilitação pedagógica o acompanha no decorrer de sua formação e atuação nas aldeias.

Em seu universo cultural, os índios potiguaras estão, hoje, vivenciando um movimento significativo de valorização e intensificação das suas tradições, caracterizado pela sua expressão étnica. "Estão o tempo todo realizando releituras e novas proposições sobre sua cultura, em conexão direta com os processos étnicos, políticos e sociais"⁴

Nesse sentido, a dança do toré foi referenciada por eles com muita alegria e satisfação por ser uma prática

de ritual sagrado realizada coletivamente entre seus familiares e parentes, para celebrar alguma vitória e ou conquista, em ocasiões especiais, quando pessoas (turistas, alunos, entidades oficiais) visitam a aldeia. O toré representa, para os índios potiguaras, aquilo de mais precioso na sua cultura: é um momento de celebração, de comunicação com seus ancestrais, com os seres da natureza. A dança do toré é o ritual mais característico dos povos indígenas do Nordeste.⁴

Como adorno para a celebração do toré, os potiguaras usam brincos, colares e pulseiras de sementes, penas, quenga de coco, ossos, conchas, dentes de animais, espinhos de guandu, dentre outros. A pintura corporal é feita de urucum e a vestimenta usada, de imbirá de jangada encontrada na mata e na antecasca do pau de jangada.⁴

Dentre essas atividades práticas de conteúdo cultural denominada por alguns deles de *resgate cultural*, cita-se: a formação/capacitação de professores indígenas bilíngues para reabilitação do uso da língua tupi; a semana cultural potiguara para divulgação das danças, cânticos, músicas, desenhos, pinturas corporais, artesanato com a confecção de enfeites e instrumentos musicais para a comunidade; e a semana dos jogos indígenas, realizada pela Organização dos Professores Indígenas Potiguara (OPIP/PB), para práticas com o uso de arco e flecha, arremesso de lança, corrida com toras, tendo como objetivo despertar nas crianças essas modalidades exercidas pelos seus antepassados.

Quanto ao uso de bebida alcoólica, os resultados deste estudo mostram que 41,8% têm, pelo menos, um membro da família fazendo uso desse tipo de bebida. Desses, 27,3% disseram que a bebida traz, sim, problemas para toda a família, como casos de óbito, causados pela cirrose hepática (5,5%). O uso do álcool é multideterminado, envolvendo fatores biopsicossociais, com grande incentivo ao uso, por ser esta uma droga lícita e amplamente consumida. Faz parte de festividades e de relações sociais, de tal modo que o consumo abusivo de álcool tem sido vivenciado nas mais diversas culturas,¹¹ e atualmente vem afligindo, também, a população indígena potiguara.

Discutir o uso de bebida alcoólica na população indígena requer que se desvende uma rede de relações que envolvem essa prática, e para isso faz-se necessário entender as múltiplas causas relacionadas ao processo de alcoolização nas comunidades indígenas. Entre os agravos que acometem os povos indígenas no Brasil, é notório que o consumo de bebida alcoólica tem se intensificado, embora faltem dados precisos para quantificar tais tendências.¹¹ Tal condição se aplica aos índios potiguaras, pois até o momento o DSEI não dispõe de nenhum registro (levantamento de dados) sobre o uso de bebida alcoólica na etnia potiguara.

Quanto ao uso do fumo, 54,5% dos participantes 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

momento, o fumo não lhes trouxe nenhum problema de saúde.

No que diz respeito à morbidade referida pelos participantes, a hipertensão apresenta-se com maior percentual (16,4%), seguida de problemas na coluna com 5,5%, dor de cabeça 3,6% e demais doenças (diabetes, sinusite, artrose, gripe, pneumonia, hemorroidas) com apenas 1,8%. Apesar de a hipertensão e a diabetes representarem, respectivamente, apenas 16,4% e 1,8% das doenças citadas pelos índios, são as que chamam atenção, pois elas vêm, dentre outros agravos, destacando-se no decorrer dos anos no DSEI potiguara, em virtude do número de atendimentos médicos (TAB. 1) realizados nas aldeias aos índios cadastrados no Programa Hipertensão.

Observam-se, também, outras questões, que poderão estar contribuindo para a frequência desses agravos, uma vez que a maioria dos idosos não tem como prática a procura dos serviços de saúde na aldeia para a realização de exames ou outros procedimentos de prevenção às doenças; a ingestão de alimentos provenientes da pesca (peixe e camarão) é muitas vezes conservada no sal; alguns índios, nessa faixa etária, já estão aposentados, não desenvolvem atividades na agricultura no mesmo ritmo quando eram mais jovens e o próprio ritmo de vida na aldeia conduz ao sedentarismo, com pouca atividade física; e, por fim, o uso abusivo do fumo e do álcool.

O controle da hipertensão e da 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.¹²

O seguimento dessas orientações é um processo complexo para os índios de maneira geral, porque essas 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 tais aspectos não forem considerados pela Equipe Multidisciplinar que atua nas aldeias na prevenção e controle desses agravos, poderão ser ineficientes as intervenções prestadas a essa população.

Por causa da transição epidemiológica e demográfica que vem ocorrendo nas comunidades indígenas, observam-se mudanças nos padrões alimentares e nutricionais, revelando a complexidade dos modelos de consumo e de seus fatores determinantes, cujos déficits nutricionais estão marcados por alterações nos níveis de atividade física e composição da dieta.³ Naquelas comunidades indígenas que têm um relacionamento mais estreito com a população regional próxima às 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 obesidade, hipertensão arterial, diabetes, câncer e alcoolismo.³

Para Luciano-Baniwa,² o problema número 1 para essas questões é a terra. São grandes concentrações de pessoas em pequenos espaços, ao contrário da cultura que lhes é própria. “Tradicionalmente, quando havia projeções de novas lideranças, os índios se dividiam, iam cada um para um canto. Hoje, é impossível. Os grupos familiares são obrigados a conviver em um espaço reduzido com imposições constantes dos não índios em seus territórios”.

Por causa desses problemas de saúde, atrelados a questões conflitantes de tensão social, como a expansão de frentes econômicas e a indefinição territorial, é que o controle social indígena vem, desde a época do movimento pela Reforma Sanitária, em 1986, conseguindo significativas reivindicações e conquistas em prol da melhoria das condições de vida dessa população.²

O Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) potiguara foi criado em consonância com as propostas da Política de Saúde do índio, sendo um órgão de caráter

TABELA 1 – 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, 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	1.059	340	778	73,5	192	56,5
2007	8.556	844	205	693	82,2	171	83,4
Total	36.996	3.121	912	2.492	79,8	658	72,1

Fonte: Relatório mensal/FUNASA/DSEI potiguara, 2004-2007.

permanente e deliberativo para o exercício do controle social, instituído nos termos do Decreto n. 3.156, de 27 de agosto 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 na abrangência do DSEI potiguara na Paraíba.¹³

Atualmente o CONDISI é composto de 32 Conselheiros, dos quais 16 são representantes de usuários indígenas; de 8 profissionais de saúde dos 3 Polos Base e 7 de instituições governamentais (FUNAI, FUNASA, UFPB, SES, SMS); e 1, representante da instituição não governamental Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo (APOINME), atualmente representado pelo cacique-geral dos potiguaras, o índio Caboquinho. Vinculados ao CONDISI potiguara, existem 3 Conselhos Locais de Saúde, composto por 29 conselheiros, representantes das 29 aldeias dos 3 Polos Base.

Ao serem questionados sobre a existência e participação nas reuniões dos Conselhos existentes – o Conselho Local e Distrital Indígena –, os dados apontaram que 53% afirmaram que conheciam sobre o Conselho Local e desses somente 18,2% tinham participação nas reuniões. Em relação ao CONDISI, apenas 20% declararam ter conhecimento desse Conselho, no entanto apenas 3,6% disseram que tinham participação efetiva nas reuniões, como conselheiros distritais e locais, representando o segmento de usuário indígena; ou seja, na amostra estudada nenhum dos sujeitos teve participação nas reuniões como ouvinte, convidado pelas lideranças locais da aldeia.

Sabe-se que existe uma organização e normas que devem ser seguidas para a composição paritária dos membros/conselheiros estabelecidas pelo Conselho

Nacional de Saúde (CNS), por meio da Resolução nº 333/2003. 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 representá-los.

Pode-se, assim, considerar que a comunidade indígena potiguara precisa tomar conhecimento das decisões e da participação dos Conselhos locais já instituídos nas aldeias. As lideranças precisam buscar alternativas para o incentivo e maior envolvimento dos índios nas reuniões dos Conselhos locais, visto que é com base nos resultados dessas reuniões que estes, atuando com o CONDISI, terão autonomia para deliberar em prol da saúde de toda a população potiguara.

No tocante a outras morbidades presentes na população potiguara estão as doenças infecciosas e parasitárias (amebíase, esquistossomose, micose, helmintíase, tuberculose, DST/HIV), que têm os maiores percentuais (TAB. 2) sobre as demais morbidades do mesmo grupo.

Historicamente, a morbimortalidade na população indígena tem sido dominada pelas doenças infecciosas e parasitárias.³ No tocante aos índios potiguaras, acredita-se que isso se dê pela deficiência e ineficácia de um trabalho de educação em saúde permanente nas aldeias sobre práticas de higiene pessoal e domiciliar. Contudo, são bastante relevantes os aspectos culturais dessa comunidade em relação aos hábitos, como: grandes aglomerações domiciliares, andar descalço, tomar banho em rios, e o fato de não utilizarem as melhorias sanitárias domiciliares.¹³

Com as alterações ocorridas no delineamento da morbimortalidade no Brasil, há diminuição de importância quanto às doenças transmissíveis, especialmente a partir da década de 1980, com falsas expectativas de que esse grupo de doenças estaria próximo da extinção. No entanto, o que se observa é que as doenças

TABELA 2 – Distribuição de frequência das doenças infecciosas e parasitárias segundo os atendimentos médicos realizados no período de 2004 a 2007 – DSEI potiguara-PB – 2008

Morbidade	2004		2005		2006		2007	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Doenças infecciosas e parasitárias								
Doenças infecciosas intestinais	661	34,8	94	5,8	65	3,5	162	11,2
Amebíase	48	2,5	67	4,3	84	4,6	145	10,0
Micoses	132	7,0	168	10,6	199	10,9	130	9,0
Helmintíases (ascaridíase, oxiúriase).	635	33,5	781	49,0	737	40,4	382	26,6
Pediculose, acariíase e escabiose	173	9,1	346	21,7	374	20,5	268	18,7
Tuberculose	04	0,2	02	0,1	02	0,1	03	0,2
DST	245	12,9	137	8,5	362	20,0	349	24,3
Total	1.898	100,0	1.595	100,0	1.823	100,0	1.439	100,0

Fonte: Relatório mensal/FUNASA/DSEI potiguara, 2004 a 2007.

transmissíveis ainda causam impacto na morbidade, principalmente aquelas que ainda não dispõem de mecanismos eficazes de controle e prevenção.¹⁴

A presença da tuberculose e das DSTs/HIV entre os potiguaras é preocupante em razão de quatro casos confirmados da coinfeção tuberculose/HIV entre 2006 e 2008. Sabe-se que a coinfeção dessas enfermidades constitui, nos dias atuais, um desafio para a saúde pública, podendo levar ao aumento da morbidade e mortalidade pela tuberculose em muitos países. Um indivíduo infectado pelo HIV é 25 vezes mais susceptível à tuberculose em relação aos não infectados e o risco de morte em pacientes coinfectados pelo HIV e TB é duas vezes maior que em pacientes com HIV sem tuberculose.¹⁵

Historicamente, a tuberculose sempre representou uma proeminente causa de morbimortalidade entre grupos indígenas, tendo contribuído para o expressivo declínio populacional. 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.¹⁶

Existem fatores que favorecem a incidência da tuberculose entre os índios. Dentre eles, observa-se a 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, linguística e cultural) aos centros de referência para o tratamento; a falta de supervisão dos doentes pelos serviços de saúde ambulatorial; o abandono frequente do tratamento; e a prática ineficiente de atividades educativas nas aldeias.¹⁶

As DSTs na comunidade potiguara são evidenciadas pelos atendimentos prestados às 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 forma geral, acontece também no gênero masculino da etnia potiguara em relação ao controle das DSTs. Há, no entanto, uma subnotificação dessas afecções entre os homens indígenas, em virtude de a maioria não procurar 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. Essas evidências são ratificadas por meio do número de atendimentos prestados a essa população, em que se encontra uma diferença de 90%, constando, em 2007, 1,7% de atendimento masculino e 98,3% feminino.⁵

Em 1986 foram registrados os primeiros casos da infecção pelo vírus HIV entre os índios do Brasil. No período de 1988 a 2007, foram registrados 624 casos de aids na população indígena. De acordo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) entre 2000 e 2008, foram registrados 401 casos de aids em populações indígenas. A proporção de casos entre os sexos é semelhante à da população em geral,

com 1,6 em homens para cada 1 em mulheres, mas essa tendência vem mudando, com um número maior de mulheres sendo afetadas; as pessoas na faixa etária de 30 a 60 são as mais vulneráveis, representando 65% de todos os casos notificados.¹⁷

Os dados epidemiológicos mostram que a principal categoria de exposição é a heterossexual, representando 61% dos casos notificados. Mesmo assim, 21% dos casos foram notificados nas categoriais homo e bissexual, e 6,7% na categoria de usuários de drogas injetáveis. Com relação à transmissão vertical do HIV, de 2001 a 2008, 94 casos de mulheres índias foram registradas no SINAN. Com relação à aids entre os potiguaras, foram registrados 32 casos no período de 1998 a 2008, dos quais 17 (masculino) e 15 (feminino) no DSEI potiguara.¹⁷

O curto período de tempo transcorrido entre o diagnóstico e o óbito dos pacientes, a falta de informação entre os índios sobre os modos de transmissão do vírus e a prevenção da doença, bem como as limitações de ordem linguística e cultural para a comunicação com eles, são desafios a enfrentar e expressam a situação altamente vulnerável adiante da tendência de interiorização da epidemia de aids no País.¹⁷

A desestruturação interna das comunidades, a falta de informação entre os índios sobre os modos de transmissão do vírus, a mobilidade sazonal em busca de trabalhos temporários, garimpos, exploração madeireira e turismo são fatores diretamente associados à magnitude do problema de disseminação do vírus HIV entre os indígenas no País.¹⁷

A presença das DSTs na etnia potiguara se deve, principalmente, à presença de núcleos pesqueiros nos municípios próximos; à migração dos indígenas para centros urbanos; à ocorrência frequente de alcoolismo; ao não uso de preservativos (masculino e feminino); à influência da mídia introduzindo valores relacionados à sexualidade e relações pessoais; e ao movimento turístico constante nas aldeias, por ser região litorânea, levando à desestruturação interna nas aldeias e aumento da violência (prostituição e tráfico de drogas).^{4,17}

Para superar esses 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 Polos Base, tendo como objetivo ações básicas de prevenção, assistência, vigilância e monitoramento. Para tanto, o DSEI potiguara vem, desde 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 a Equipe Multidisciplinar que atua nas terras indígenas. Em 2007, foi implantado o exame Teste Rápido para Diagnóstico do HIV nos três Polos Base e uma Capacitação de 103 horas para os 37 AIs sobre DST/aids e hepatites virais.¹⁷

Quanto aos óbitos, os resultados desta pesquisa revelaram que 58,2% dos entrevistados referiram casos de óbito na família nos últimos cinco anos, e, desses, 25,5% não souberam informar a causa da morte. Ao somar o número

de óbitos causados pelas doenças do aparelho circulatório e endócrino, constata-se que 16,4% estão relacionados a hipertensão, acidente vascular cerebral (AVC), problema do coração e diabetes. As demais causas foram para: cirrose (5,5%), acidente com veículo automotor (3,6%), tuberculose (1,8%), tétano (1,8%), tumor de esôfago (1,8%) e infecção pulmonar (1,8%).

Quanto ao fato de o óbito por tuberculose ser de apenas 1,8% do total dos óbitos citados, merece atenção pelo fato de que era um caso que não tinha acompanhamento médico nem pelo DSEI potiguara nem pelos demais serviços de referência no Estado. Vale destacar que esse caso foi citado por cinco participantes da pesquisa como óbito no núcleo familiar. Levando em conta a questão do parentesco, a proximidade, a organização social e a distribuição geográfica, torna-se preocupante a disseminação não somente da tuberculose, como também de outras doenças transmissíveis.

Em relação à idade, percebe-se que 43,6% dos óbitos entre os potiguaras ocorreram com índios a partir de 51 anos. No Brasil, dados demográficos têm demonstrado que a partir da década de 1970, a população de pessoas mais velhas vem aumentando lentamente. Entre os povos indígenas, a despeito da escassez de estudos demográficos, existe uma tendência semelhante. A análise de dados relativos aos indivíduos autodeclarados indígenas nos censos demográficos de 1991 e 2000 aponta para um aumento consistente da população idosa (com 65 anos ou mais).¹⁸

De modo geral, o envelhecimento tem ocorrido, principalmente, nas populações urbanas, estando associado aos mesmos determinantes observados entre não indígenas – redução da fecundidade e da mortalidade infantil. Nas populações rurais, que correspondem de modo geral às populações aldeadas, o grau de envelhecimento foi menor. De todo modo, é relevante considerar que doenças pouco expressivas no passado estão se tornando cada vez mais prevalentes, em especial as crônicas não transmissíveis (hipertensão, diabetes, câncer).¹⁸

O Departamento de Saúde Indígena (DESAI) mostra que o coeficiente geral de mortalidade indígena por mil habitantes, em 2000 e 2006, foi, respectivamente, 7,10 e 3,11. Para o DSEI potiguara, esse coeficiente aparece com um percentual no mesmo período de 6,96 em 2000 e 2,12 em 2006. Quanto ao percentual e número de óbitos indígenas por causas agrupadas, no período de 2003 a 2006, as mortes por outras causas maldefinidas aparece em primeiro lugar com cerca de 20% na média, o que indica precariedade no sistema de informação, falta de diagnóstico ou investigação de causas ou subnotificação nos registros. Dos óbitos ocorridos nesse mesmo período, as doenças infectocontagiosas aparecem com um percentual entre 32,2% e 36,67% comparadas com as demais causas.¹⁹

A distribuição por grupos de causas de mortalidade pode sugerir associações com fatores contribuintes ou determinantes das doenças. Nesse sentido, proporções

elevadas de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias refletem, em geral, baixas condições socioeconômicas e de saneamento ambiental nas comunidades indígenas.¹⁹

Em relação aos óbitos ocorridos nas outras faixas etárias entre os potiguaras, percebe-se que não foi citado nenhum óbito abaixo de 20 anos na população estudada. A taxa de mortalidade infantil (TMI) na etnia potiguara, no período de 2003 a 2007, foi, em média, de 19,16%. Em 2006 representou 35,8, passando para 7,2 em 2008.⁵

Entre os indicadores de saúde existentes, a TMI é considerada um dos indicadores mais sensíveis à 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”. A definição de faixas de valores da TMI consideradas altas ou baixas é sempre arbitrária e sujeitas a controvérsias. Os valores atualmente utilizados são: inferior (<20 óbitos), intermediário (20 a 40 óbitos) e elevado (≥ 50 óbitos).²⁰

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.²⁰

Vem ocorrendo uma queda da TMI na área indígena potiguara, dado o aumento no número de profissionais nas Equipes de Saúde Indígena, gerando, assim, intensificações nas ações de enfermagem, como: imunização, acompanhamento do crescimento desenvolvimento (CD), acompanhamento de gestantes e vigilância nutricional, como também maior frequência de visitas domiciliares realizadas especialmente pelos AIs nas aldeias.¹³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa possibilitou melhor compreensão sobre a situação de saúde dos índios potiguaras e pontuar aspectos relevantes dessa população. Conhecer sobre o modo de vida dos índios, o contato com aqueles que convivem em seu ambiente e as representações sobre o processo saúde/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.

Diante dessa condição de vida e de saúde dos índios potiguaras, torna-se necessário que a Equipe Multiprofissional, em especial a enfermagem, promova a integração entre o sistema local de saúde e a sabedoria indígena. Isso porque abordagens culturais possibilitarão compreender o universo cultural dos índios potiguaras sobre suas práticas relacionadas à saúde e à doença, tornando, assim, as intervenções de controle mais eficazes, principalmente em relação às doenças

infecciosas e parasitárias. Para isso, é indispensável uma definição da política de recursos humanos para a saúde indígena e capacitação/qualificação de profissionais sobre os povos indígenas em relação à sua organização social, política, cultural e, principalmente, no que diz respeito a sua concepção sobre saúde e doença.

Quanto ao DSEI potiguara, este deveria intensificar parcerias com os Conselhos Locais e Distrital de Saúde,

Secretarias de Saúde e Educação dos municípios sede dos Polos Base e lideranças indígenas para a elaboração de estratégias de promoção, prevenção e recuperação da saúde com a participação da comunidade local. Sugere-se, portanto, que o DSEI potiguara reveja sua estrutura organizacional de modo a favorecer o acompanhamento efetivo das ações de saúde realizadas na atenção básica e nos serviços de referência e contrarreferência.

REFERÊNCIAS

1. Bittencourt MF, Toledo ME, Argentino S, Oliveira LSS. Acre, rio negro e xingu: a formação indígena para o trabalho em saúde. São Paulo: Associação Saúde Sem Limites; 2005.
2. Luciano-Baniwa GS. O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília: LACED/Museu Nacional; 2006. 224 p.
3. 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.
4. Palitot EM. Parecer antropológico DSEI potiguara. João Pessoa; 2005. 109 p.
5. Fundação Nacional de Saúde. DSEI potiguara. Relatório de produção mensal das equipes de saúde dos Pólos-Base (2004-2008). João Pessoa (PB); 2008.
6. Mota CN. Saúde e povos indígenas: tradição e mudança: cultura corporal indígena, Guarapuava: Unicentro; 2003.
7. Carlos MS. O papel das mulheres safristãs no interior da unidade familiar: hierarquia e complementariedade. Florianópolis: UNISC; 2006. 109p.
8. Helman CG. Cultura, saúde e doença. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2006.
9. Brasil. Lei Nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Dispõe sobre Programa Bolsa Família e dá outras providências. Brasília (DF); 2004. {citado em: 2009 jan. 15}. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/>>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Saneamento em áreas indígenas do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde; 2009.
11. Souza JA, Oliveira M, Kohatsu M. O uso de bebidas alcoólicas nas sociedades indígenas: algumas reflexões sobre os kaingáng da bacia do Rio Tibagi, Paraná. In: Coimbra-Jr CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. Epidemiologia e Saúde dos povos indígenas do Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz & Abrasco; 2003. p.149-167.
12. Rosa RF, Franken RA. Tratamento não farmacológico da hipertensão arterial. In: Timerman A, César LAM, Ferreira JFM, Bertolami MC. Manual de cardiologia: SOCESP. São Paulo: Atheneu; 2000.
13. Lacerda ATA. Parecer técnico contendo manual de suporte técnico aos DESAI/DSEI/CORE/PÓLOS BASE e Casas do índio. DSEI potiguara. João Pessoa (PB); 2006.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
15. Rodrigues-Jr AL, Ruffino-Netto A, Castilho EA. Distribuição espacial da co-infecção M. tuberculosis/HIV no Estado de São Paulo, (1991–2001). Rev Saúde Pública. 2006; 40(2):265-70.
16. Escobar AL, Coimbra Jr CEA, Camacho LA, Portela MC. Tuberculose em populações indígenas de Rondônia, Amazônia, Brasil. Cad de Saúde Pública. 2001; 17(2):285-98.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Controle e prevenção das DST e Aids. Projeto AIDS-SUL, programa brasileiro para a atenção à saúde da população indígena em HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tendências demográficas: uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostra dos censos demográficos, (1991 a 2000). Relatórios metodológicos. Rio de Janeiro: IBGE; 2005. 144p.
19. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Saúde Indígena. Indicadores de Saúde Indígena, (2000-2007). Brasília (DF): Fundação Nacional de Saúde; 2007.
20. Vermelho LL, Costa AJL, Kale PL. Indicadores de Saúde. In: Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2006.

Data de submissão: 29/3/2010

Data de aprovação: 3/11/2011