

Os serviços de saúde nas terras pankararu -

etnografia e políticas

A ethnography health services in the area native Pankararu

Una etnografía servicios de salud en el area natural Pankararu

Renato Monteiro Athias¹
Juli Joi Ferreira de Oliveira²
Gabriela de Jesus Prado³

GMayanna Myrenna Trindade da Silva⁴

1 Pós Doutor em Antropologia, Professor Associado II, Departamento de Antropologia e Museologia, docente do Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco

2Nutricionista, Especialista em Saúde da Família por meio da Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela SESAB/Sociedade Hólon/Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Pós – graduanda em Nutrição na Atenção Básica pela FIOCRUZ. Atua no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da Secretaria Municipal de Esplanada – Bahia.

3Nutricionista, Especialista em Saúde da Família por meio da Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela SESAB/Sociedade Hólon/ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Pós – graduanda em Gestão da Política de Alimentação e Nutrição pela FIOCRUZ. Atua no Programa de Alimentação Escolar do município de Cristinápolis – Sergipe.FIOCRUZ. Atua no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da Secretaria Municipal de Esplanada – Bahia.

4 Odontóloga, Especialista em Saúde da Família por meio da Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela SESAB/Sociedade Hólon/ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Atua na Estratégia Saúde da Família (ESF) da Secretaria Municipal de Saúde da Ilha de Vera Cruz – Bahia.

RESUMO

Os métodos qualitativos vêm sendo crescentemente aplicados na pesquisa em saúde coletiva, dentre eles encontra-se a etnografia largamente desenvolvido pela antropologia. A construção de uma etnografia sobre os serviços de saúde na área indígena Pankararu teve como objetivo inicial o conhecimento da estrutura organizacional e de funcionamento do serviço de saúde na região, bem como de, ao longo de sua construção, identificar pontos de fortalecimento e entraves, que possam apoiar ações a nível micro e no macro sistema de saúde indígena, com vistas a estimular a melhoria e aperfeiçoamento permanente do serviço oferecido à comunidade Pankararu. Foi elaborada como parte do estágio Opcional em Saúde da População Indígena, por meio de uma parceria entre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da cidade do Salvador-Bahia e a Universidade Federal de Pernambuco. Foi desenvolvida no período de 2 meses, através da inclusão das Residentes nas Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI), sendo realizada observação participante, além de disponibilizar alguns serviços à comunidade Pankararu, como: Educação

popular em saúde, atendimentos individuais e em grupo, visitas domiciliares, capacitações, etc. Essa produção está subdividida em sete tópicos, como: Estruturação dos serviços de saúde na área Pankararu, as equipes, formação dos profissionais, programas de saúde na área Pankararu, dentre outros.

Palavras-chave: Etnografia, Saúde de populações indígenas, comunidade Pankararu.

ABSTRACT

The qualitative methods have been increasingly applied in the public health research, among them meet ethnography is largely developed by the anthropology. The construction of an ethnography on the services of health in the aboriginal Pankararu area had as objective initial the knowledge of the organizational structure and functioning of the service of health in the region, as well as of, along its construction, to identify reinforcement points and thwarts, that they can support action the level micron and in the macro system of aboriginal health, with seen to stimulate the improvement and permanent perfecting of the service offered to the Pankararu community. It was elaborated as part of the Optional training in Health of the Aboriginal Population, by means of a partnership between the Residence Multiprofessional in Health of the Family of the city of the Salvador-Bahia and the Federal University of Pernambuco. It was developed in the period of 2 months, through the inclusion of the Residents in the Teams Multidisciplinary Aboriginal Health, being accomplished participant comment, beyond making available some services to the Pankararu community, as: Popular education in health, individual assistance and group,

domiciliary visits, qualifications, etc. This production is subdivided in seven topics, as: structuring of health services in the Pankararu area, the teams, training of the professionals, programs of health in the Pankararu area, among others.

Word-key: Ethnography, Health of aboriginal populations, Pankararu community.

RESUMEN

Los métodos cualitativos se han aplicado cada vez más en la investigación en salud pública, incluyendo la etnografía se desarrolla en gran parte por la antropología. La construcción de una etnografía de los servicios de salud en el Pankararu indígena dirigido conocimiento inicial de la estructura organizativa y el funcionamiento de los servicios de salud en la región, así como, a lo largo de su construcción, identificar los puntos fuertes y las barreras, que pueden apoyar las acciones en el sistema de salud indígena micro y macro, con el fin de estimular la mejora y la mejora continua del servicio a la comunidad Pankararu. Fue desarrollado como parte de la etapa opcional de Salud Indígena, a través de una asociación entre la Residencia Multidisciplinaria de Salud de la Familia de la ciudad de Salvador de Bahía y la Universidad Federal de Pernambuco. Fue desarrollado en el plazo de dos meses, a través de la inclusión de los residentes en Salud Indígena multi (EMSI), está llevando a cabo la observación participante, además de ofrecer algunos servicios a la comunidad Pankararu como: La educación popular de salud, consultas individuales y grupales visitas domiciliarias, capacitación, etc. Esta producción se divide en siete temas como: la estructuración de los servicios de salud en el

área Pankararu , los equipos , la formación profesional , los programas de salud en el área Pankararu , entre otros.

Palabras clave: Etnografía, Salud de poblaciones indígenas, Pankararu comunidad.

INTRODUÇÃO

Os métodos qualitativos vêm sendo crescentemente aplicados na pesquisa em saúde coletiva, tendo focos de atenção diferenciados, como: o funcionamento do sistema sanitário, a avaliação da qualidade dos serviços, práticas populares, dentre outros. Estes possuem predominantemente uma lógica indutiva, centrada na descrição de pessoas e de grupos em situações particulares.¹

Dentro deste universo, encontra-se a etnografia, considerada por muitos autores como a forma mais básica de investigação social. Assim, numa etnografia existe o desenvolvimento de pesquisa de campo, por período prolongado, sendo efetivada por meio de contato direto com o objeto de estudo e finalizada com a sistematização da experiência sob a forma de texto.²

A construção de uma etnografia sobre os serviços de saúde na área indígena Pankararu teve como objetivo inicial o conhecimento da estrutura organizacional e de funcionamento do serviço de saúde na região, bem como de, ao longo de sua construção, identificar pontos de fortalecimento e entraves, que possam apoiar ações a nível micro e no macro sistema de saúde indígena, com vistas a estimular a melhoria e aperfeiçoamento permanente do serviço oferecido à comunidade Pankararu.

Esperamos que esta produção sirva de base para as diversas ações desenvolvidas entre os Pankararu, seja por parte do Distrito Sanitário Especiais Indígenas (DSEI) de Pernambuco Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, representantes da universidade e qualquer outro profissional de saúde que for inserido no trabalho e/ou pesquisa com o grupo.

A resistência Pankararu tem uma história muito longa e não se apresenta como uma ação recente, pois desde 1931 esse povo se encontra em um processo contínuo de negociação com o Estado sobre suas terras, e na busca de projetos econômicos de subsistência. As terras Pankararu foram identificadas em 1940 pelo Serviço de Proteção ao Índio (SPI) em 14.294ha., porém apenas 8.100ha. (Terra Indígena Pankararu) foi demarcada em 1996, e recentemente, em 2003 foi iniciado o processo de demarcação do restante, ou seja, 7.800 (Terra Indígena Entre-Serras). A tradição oral Pankararu, relata que o Imperador Dom Pedro II doou quatro léguas em quadro de terras, a contar do prédio da Igreja edificado no Brejo dos Padres. Até a presente data os Pankararu continuam a negociar com Estado suas terras e a participar de sem-números de comissões e embaixadas junto à Administração Regional Recife e de caravanas à Brasília.

Os Pankararu fazem parte de um grupo maior, talvez antigos moradores da Serra Negra e forçados a movimentar-se em direção à margem do Rio São Francisco, pelos criadores de gado. Os missionários dão notícias desses índios quando fazem referência a Cana-brava (atual Tacaratu) e ao Brejo dos Padres. Estes sinalizam as cachoeiras de Paulo Afonso e Itaparica como local tradicional de seus ancestrais que teriam sido sucumbidos por um

dilúvio.

Observa-se, assim, no caso dos Pankararu, que o intrusamento das suas terras constitui um dos principais determinantes das carências e das inúmeras dificuldades vivenciadas por esse povo indígena. Proceder a retirada dos posseiros e promover a regularização fundiária da área, considerando pelo menos todo o perímetro reconhecido oficialmente (14.294 ha.), seria providência que poderia proporcionar, em curto prazo, melhorias significativas nas condições de vida do povo Pankararu. Porém, o desintrusamento das terras indígenas, não tem sido prioridade para o Estado. E as tentativas no sentido de sua regularização têm esbarrado em limitações orçamentárias e, no atual governo, também em entraves políticos interpostos por representantes anti-indígenas que parecem estar a lograr crescente influência em alguns setores decisivos do Ministério e no Congresso Nacional.

A insuficiência de terra tem estimulado ainda a emigração de índios Pankararu para cidades como São Paulo, já existindo nessa cidade um núcleo residindo no Real Parque no Murumbi. Informações de lideranças em 1999 apontaram a existência, já naquela época, de 800 a mil pessoas morando em precárias condições.³

As dinâmicas identitárias surgem a partir do reconhecimento oficial por parte do Estado Brasileiro dos direitos originários dos índios. A politização do étnico será parte elementar dos processos reivindicatórios dos povos indígenas, contrariamente do que se previa como a integração do índio genérico na sociedade envolvente. E o fortalecimento das identidades étnicas tirou os índios das intervenções localistas para as políticas nacionais. ‘Nós

somos federais’, dizem os Pankararu.

METODOLOGIA

Esta etnografia foi elaborada como parte do estágio em Saúde da População Indígena, realizado por três Residentes em Saúde da família, duas Nutricionistas e uma Odontóloga, por meio de uma parceria entre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da cidade do Salvador (promovida pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e Sociedade Hólon) e a Universidade Federal de Pernambuco, por meio do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Etnicidade (NEPE).

A experiência foi desenvolvida no período de 2 meses Abril a Junho de 2011, através da inclusão das Residentes nas Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI). As mesmas realizaram observação participante, oferecendo durante este período alguns serviços à comunidade Pankararu, como: Educação popular em saúde, atendimentos individuais e em grupo nas áreas de Nutrição e Odontologia, visitas domiciliares, capacitações, etc. A carga horária em campo nas aldeias foi de 40 horas e 20 horas extra campo, totalizando 60 horas semanais. A coordenação do trabalho foi realizada pelo professor Dr. Renato Athias.

ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ÁREA PANKARARU

Os serviços de saúde na área Pankararu são configurados a partir do subsistema de saúde indígena e estruturados no modelo dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI. O mesmo localiza-se a aproximadamente 400 km de distância das aldeias Pankararu,

especificamente na cidade de Recife, onde ocorre toda a organização e acompanhamento do trabalho nas comunidades indígenas do Estado de Pernambuco, bem como a capacitação de algumas categorias profissionais que atuam na área. Em outro texto se explica o funcionamento dos DSEIs e discute-se a questão do “controle social” em nas terras Pankararu.⁴

Mais próximos geograficamente das comunidades Pankararu estão os pólos-base, sendo dois no total, situados nos municípios de Jatobá e Tacaratu. Nesta produção iremos descrever detalhadamente o pólo base de Jatobá, pois foi o local de vinculação das pesquisadoras. O mesmo fica situado na Aldeia Brejo dos Padres e é responsável por 13 aldeias, são elas: Agreste, Bem Querere de Baixo, Bem-Querere, Brejo dos Padres, Caldeirão, Carrapateira, Caxiado, Espinheiro, Jitó, Macaco, Saco Dos Barros, Serrinha e Tapera.

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI, 2011), o pólo-base de Jatobá atende 6.262 índios, tendo maior concentração de pessoas nas aldeias do Saco dos Barros (1279) e no Brejo dos Padres (1216). Os postos de Saúde localizam-se nas próprias aldeias, sendo utilizados para ações assistenciais das EMSI.

Dentre as treze aldeias de responsabilidade do pólo-base de Jatobá existe um total de nove postos de saúde em funcionamento. Vale ressaltar que as aldeias do Agreste, Bem querere de baixo e Jitó não possuem postos construídos, sendo necessário que os índios se desloquem para a aldeia mais próxima. Porém, nem sempre a unidade de saúde mais próxima fica realmente perto, por exemplo, os índios da

aldeia do Agreste, por residirem mais afastados do centro e não terem transporte público precisa caminhar aproximadamente 10 km até chegarem à unidade de saúde da Aldeia de Serrinha. Isto notadamente dificulta o acesso de muitos indígenas aos serviços disponibilizados pelo sistema de saúde indígena. Ainda nesta aldeia citada e em outras da etnia Pankararu, o deslocamento das pessoas que necessitam de atendimento de urgência e emergência até o hospital, situado num município vizinho é dificultado, por conta da falta de transporte público ou carros/ambulâncias da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) disponíveis para a prestação deste tipo de ação. Assim, nestas situações a liderança indígena local junto com a família reúne-se e custeiam o transporte até o hospital.

No geral as unidades de saúde possuem aproximadamente três consultórios, sendo que apenas uma delas tem consultório odontológico equipado e em funcionamento. Outros dois estão em processo de construção, com equipamentos já adquiridos, porém em aguardo de questões referentes ao fornecimento de energia, já que na região o fornecimento é inconstante, e de estruturação física das unidades.

Alguns fatores dificultam a execução do trabalho nas unidades de saúde, como a falta de água constante, interrupção no fornecimento de energia, falta de materiais básicos de uso rotineiro (álcool, papel toalha, sabão, papel higiênico, luvas, etc.), número de carros oficiais insuficientes para a equipe de trabalho, principalmente quando a assistência é realizada em aldeias distantes, em localidade de acesso dificultado.

Na tentativa de montar mais um consultório

odontológico a SESAI/Fundação Nacional de Saúde (Funasa) adquiriu uma cadeira Odontológica para instalação e utilização na aldeia do bem querer, porém o equipamento foi entregue, por engano, na aldeia do caldeirão, que apesar de possuir unidade de saúde não possui consultório odontológico, sendo uma reivindicação antiga da comunidade ao DSEI-PE. Assim, a população da aldeia do caldeirão, exercendo seu direito de participação popular no sistema de saúde, impediu a retirada da cadeira odontológica do local, apontando como argumentos a alta demanda da comunidade pelos serviços de odontologia e a distância da aldeia em relação às outras unidades de saúde. Em resposta, o DSEI de Pernambuco tentou convencer a comunidade a devolver a cadeira à unidade de saúde do Bem querer, já que na aldeia do bem querer existe um consultório odontológico montado e na aldeia do caldeirão precisaria construí-lo, tornando o processo mais demorado. Porém, os índios do caldeirão, partindo de um processo democrático informaram: “Já que o problema é o consultório não construído, então aguardamos a sua construção, porque cadeira já temos!”.

Esta atitude mostra o grau de participação dos indígenas no sistema de saúde e nas decisões locais, algo que é garantido na Lei Orgânica 8142, que trata da participação popular no Sistema Único de Saúde (SUS).

As equipes na Atenção Primária à Saúde (APS)

As EMSI na área Pankararu atuam em nível de atenção primária. De acordo com o Ministério da Saúde, a atenção básica ou primária configura-se como:

“Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades”.⁵

Esta amplitude de ações realizadas pela Atenção primária e o seu potencial para atuar evitando o adoecimento da população, bem como as complicações decorrentes de doenças crônicas de grande prevalência na comunidade, exige a integração de diversos campos do saber, sendo representados pelas diferentes profissões que hoje fazem parte das equipes de atenção básica, bem como daquelas que ainda não estão inseridas nestas equipes, e que possuem papel essencial no atendimento primário da população.

Atualmente as EMSI da área Pankararu são formadas por médicos, enfermeiros, técnicos de Enfermagem, Odontólogos, Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e pelos Agentes Indígenas de Saúde (AIS). No pólo-base de Jatobá existe três equipes formadas e no de Tacaratu (Entre serras Pankararu) uma equipe. Vale ressaltar que neste último a equipe de saúde bucal é composta apenas por uma Odontóloga.

Vale destacar que através do trabalho com a comunidade Pankararu foi possível perceber grande demanda por serviços de outras categorias da saúde, refletindo a necessidade de profissionais como Psicólogos, Nutricionistas e Assistentes Sociais atuando

dentro das aldeias e não apenas nos DSEI, distantes geograficamente da comunidade. Em diversos momentos famílias em situação de extrema pobreza, com crianças desnutridas, configurando insegurança alimentar grave (em situação de fome), que apesar de ter direito ao Programa de transferência direta de renda do governo federal não o possuíam, devido à dificuldade de deslocamento até a cidade ou porque não conseguiam, depois de diversas tentativas, resolverem problemas cadastrais ou algo semelhante. Percebe-se assim a importância da atuação do profissional da Assistência social dentro das aldeias, minimizando a distância e a dificuldade de acesso aos serviços da categoria. O mesmo vale para o Nutricionista e o Psicólogo. Notam-se altas demandas para estes profissionais, porém como não existe atuação dentro das aldeias, os índios são encaminhados para acompanhamento municipal, o mesmo disponível para a população geral, o que se distancia da proposta de atendimento diferenciado aos índios.

Isto torna clara a ausência de atendimento específico para a população indígena em algumas áreas básicas do cuidado, o que pode interferir nas práticas de cuidado por meio desses indivíduos. Acreditamos que dificilmente profissionais não capacitados para atuar neste contexto específico considerarão as práticas tradicionais de cura indígena como algo importante, e por vezes determinante, no processo de cuidado da saúde.

A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

A seleção para o cargo de AIS ocorre de acordo com a necessidade da área adscrita ao pólo-base. São selecionados através de entrevista pela coordenação do pólo,

posteriormente o candidato é apresentado ao conselho local de saúde, as lideranças e a comunidade para ser ou não aprovado. Se aprovado, o AIS deverá iniciar o Curso Introdutório para Agentes Indígena de Saúde oferecido pelo DSEI.

O curso é dividido em seis níveis, sendo explorados temas como: Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Diarréia e doenças parasitológicas, saúde bucal, etc. O número de pessoas sob responsabilidade de cada AIS varia de acordo com a população da aldeia, tendo o número máximo de 700 pessoas por AIS na área adscrita.

Entre os AIS da área indígena Pankararu somente alguns concluíram o curso introdutório, havendo ausência de nivelamento teórico entre eles no referido período de permanência das pesquisadoras nas aldeias. Alguns deles realizaram somente o primeiro nível, outros já concluíram todos os módulos, existindo ainda aqueles que não iniciaram o curso introdutório e já se encontram na prática da profissão. Tal realidade mostra que o processo de formação é heterogêneo, podendo ser influenciado pelo tempo de serviço, quantitativo de AIS para fazer a capacitação no mesmo nível e disponibilidade de técnicos do DSEI para a realização do curso.

Vale destacar que não foi referido outro momento de educação permanente realizado com os AIS junto ao DSEI, somente em ocasiões específicas com outros profissionais que desenvolvem ações na área Pankararu. Para os Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Odontólogos e Auxiliares de Saúde Bucal não há capacitação específica para atuação na área indígena.

A seleção para a EMSI faz-se da seguinte forma: Caso o candidato à vaga for índio este pode oferecer seu serviço ao pólo-base, havendo a vaga, o DSEI é comunicado que existe um índio disponível para ocupar o cargo. Uma reunião é realizada com o conselho local de saúde, onde o candidato é apresentado às lideranças, a comunidade e aos conselheiros. Caso seja aceito na reunião, o profissional passa a integrar a equipe de saúde.

Caso o candidato não seja indígena, todos os trâmites são conduzidos pelo DSEI de Pernambuco, estando este profissional, já no exercício da profissão, sujeito a contínua avaliação da comunidade Pankararu. Atualmente todas as técnicas de enfermagem, ASB, AIS e dois profissionais de nível superior são indígenas procedentes da etnia Pankararu.

EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA

O processo de educação continuada na área indígena de Pankararu ocorre somente para os técnicos de Enfermagem, sendo realizada pelos enfermeiros das equipes. Vale destacar que após o período do curso introdutório não ocorrem capacitações destinadas para o AIS. Aos demais profissionais, não foi referido à realização de ações de educação continuada.

PROGRAMAS DE SAÚDE NA ÁREA PANKARARU

Os programas de saúde desenvolvidos nas aldeias não são em sua totalidade específicos para a população indígena. A maioria acompanha o modelo da gestão federal para a população geral, podendo ter pequenas adaptações à realidade das comunidades.

Os programas ativos nas aldeias Pankararu são: a puericultura, o Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), a Suplementação de Micronutrientes, o Pré-natal, a Vacinação, o Programa de Prevenção do Câncer de Colo de Útero (PCCU), o Hiperdia, a distribuição de Leite Fome Zero e a distribuição de escova e fio dental. Segue abaixo a descrição detalhada dos programas supracitados:

- **Puericultura:** Destina-se ao acompanhamento da saúde das crianças indígenas do nascimento até os 4 anos 11 meses e 29 dias e assemelha-se a puericultura em área não indígena. Atualmente na área Pankararu, devido ao grande quantitativo de crianças por aldeia, a puericultura é realizada em crianças até 2 anos de idade, porém aquelas em situação de risco nutricional/baixo peso são acompanhadas até os 4 anos 11 meses e 29 dias. A atividade engloba avaliação antropométrica, com aferição de peso e comprimento/altura da criança, avaliação do calendário vacinal, estado geral de saúde e suplementações de micronutrientes. Esses procedimentos são realizados pelo Enfermeiro(a), de acordo com a área de abrangência de cada EMSI, nos postos de saúde situados nas aldeias. São utilizados os seguintes instrumentos: Balança antropométrica infantil, infantômetro, balança digital e fita métrica.

- **SISVAN:** Visa acompanhar o estado antropométrico (peso e comprimento/estatura) da população, bem como seu padrão alimentar, permitindo o cruzamento da avaliação qualitativa da dieta com o estado nutricional dos indivíduos. As equipes de saúde ligadas ao pólo base de Jatobá realizam o SISVAN apenas com crianças até a idade de cinco anos, sendo

realizada a aferição de peso e comprimento/estatura pelos AIS, por domicílio, mensalmente. Vale ressaltar que a avaliação do padrão alimentar pelo SISVAN não é realizada na área Pankararu. Os dados coletados são entregues aos coordenadores de cada equipe e nos dias de reunião geral no pólo base são repassados para a funcionária responsável pelo lançamento dos dados no sistema online. Através deste sistema é possível elaborar relatórios, por período, idade e sexo, constando o perfil antropométrico dos indivíduos avaliados, expondo o total de pessoas com eutrofia (peso normal), risco nutricional, baixo peso, muito baixo peso, sobrepeso ou obesidade. Este retrato da situação nutricional das crianças direciona as ações da equipe de saúde, afim de sanar os problemas de ordem nutricional e revela as famílias em situação de insegurança alimentar ou que necessitam de maior atenção e apoio intersetorial.

- **Suplementação de Micronutrientes:**

A suplementação de micronutrientes (Ferro, vitamina A e Ácido fólico) é realizada nas Unidades de Saúde das aldeias e seu acompanhamento executado mensalmente pelo Enfermeiro da equipe. É necessário registrar as doses aplicadas, doses perdidas, estoque, remanejamento e acoplar a produção mensal, enviando posteriormente ao DSEI. Em momentos de fluxo irregular de sulfato ferroso, vitamina A e Ácido fólico para o pólo-base de Jatobá os municípios vizinhos disponibilizam os produtos para as EMSI, a fim de suprir a demanda nas aldeias. De acordo com os programas federais Saúde de Ferro e Vitamina A Mais estes produtos devem ter distribuição garantida para crianças e gestantes, respeitando faixa etária específica para crianças e as áreas

endêmicas de hipovitaminose A, no caso da suplementação de vitamina A, como é o caso da população Pankararu e de outras etnias residentes no Nordeste.

- **Pré-natal:** Este programa é oferecido em todas as unidades de saúde cobertas pelo pólo-base de Jatobá. Os Enfermeiros das equipes são responsáveis por desenvolver o acompanhamento das gestantes da área. Composto os procedimentos padrões tem-se o acompanhamento do ganho de peso, da investigação laboratorial da gestante, da suplementação de ferro e ácido fólico e da situação geral da saúde. Nota-se uma fragilidade na realização de processos educativos, com vistas à prevenção de agravos e promoção da saúde na gestação.

- **Vacinação:** A vacinação é realizada em todas as unidades de saúde da área Pankararu, porém por conta de problemas na estruturação física das unidades, falta de equipamentos necessários para o armazenamento das vacinas e fornecimento irregular de energia, que põe em risco a qualidade e eficácia dos produtos, todo material para a vacinação é transportado no dia específico para esta ação, de acordo com o cronograma de cada equipe de saúde, sendo retirada da rede de frio do município de Jatobá, onde fica armazenada até o momento da utilização.

- **PCCU:** O Programa de Prevenção do Câncer de Colo de Útero é realizado nas unidades de saúde das aldeias. Os Enfermeiros realizam a coleta de material ginecológico de mulheres com idade entre 25 e 64 anos, encaminhando-o para análise, o que origina o exame citopatológico do colo do útero, mais conhecido como Papanicolau ou preventivo e o

exame histopatológico. Seu objetivo principal é diminuir a incidência e a mortalidade pelo câncer de colo de útero e garantir o tratamento e o monitoramento da saúde da mulher. A aceitabilidade das índias Pankararu para a realização do exame preventivo é satisfatória, havendo rejeição apenas em casos onde o profissional de Enfermagem é do sexo masculino. Neste caso, como ocorre em uma das equipes da área, é realizado um acordo com a comunidade para que outra profissional, do sexo feminino, realize a coleta dos materiais das mulheres da área. Essa estratégia adotada mostrou-se efetiva na resolução dessa questão, evitando a redução do quantitativo de exames realizados.

- **Hiperdia:** O Hiperdia na área indígena Pankararu acompanha as diretrizes do Ministério da Saúde (MS) para a população geral (não índios). Desenvolvem-se diversas ações específicas para os hipertensos e diabéticos, como: Cadastro no Sistema Nacional do HIPERDIA, a fim de informar ao MS o número total de indivíduos com as patologias, que estão sendo acompanhados pelo serviço de saúde, o que permite planejamento adequado das ações de controle, como por exemplo, a regulação farmacêutica; atendimentos para acompanhamento do tratamento medicamentoso; dispensação de medicamentos essenciais, dentre outras. Nota-se que a maioria dos índios Pankararu recorre às unidades de saúde para controlar a Hipertensão arterial e o Diabetes Mellitus. Porém, alguns deles optam por realizar tratamento com os curandeiros da aldeia, através das práticas tradicionais de cura. Foi possível observar que alguns curandeiros, por terem atualmente maior conhecimento sobre estas patologias

e suas complicações orientam os índios que buscam a cura tradicional a realizarem tratamento com a EMSI, reconhecendo alguns limites e novas possibilidades de cuidado. Reforçam ainda que as práticas tradicionais de cura sejam empregadas quando se tratar de doenças do espírito ou outras patologias que necessitem de intervenção dos guias espirituais para sua resolução. Considera-se este fato um grande avanço para a comunidade indígena, pois é possível perceber que os dois sistemas de cura (Médico e o tradicional) já conseguem identificar o papel de cada um no cuidado, porém ainda é necessário aprimorar e fortalecer o diálogo entre os atores envolvidos nestes sistemas. Por exemplo: Nota-se a ausência de diálogo por parte da equipe de saúde quando um índio opta pelo cuidado tradicional, já que é respeitado o princípio da autonomia do indivíduo. Porém, nada impede que o profissional responsável pelo cuidado na unidade de saúde (médico, enfermeiro ou outro profissional) entre em contato com o curandeiro responsável pela prática tradicional e dialogue sobre a situação de saúde e as opções de tratamento. É importante ressaltar que esta não seria uma tentativa de interferir na opção de tratamento, mas sim de manter canal de diálogo aberto para traçar planos alternativos de cuidado e em alguns casos planos complementares. Nesse caso deve-se considerar que alguns rituais de cura tradicional indígena não permitem a realização de outras formas de cuidado, como por exemplo, o cuidado médico.

- **Distribuição de Leite:** O programa de distribuição de Leite Fome Zero visa reduzir a insegurança alimentar de famílias que se encontram em vulnerabilidade social e com

dificuldades de acesso a alimentos. Na área indígena de Pankararu a distribuição do leite ocorre semanalmente a 50 famílias que são previamente selecionadas, tendo com critério de inclusão a existência de criança menores de 5 anos desnutridas ou com baixo peso na família. A entrega ocorre num ponto de distribuição fixo, situado na unidade de saúde do Bem Querer de Cima, às quintas-feiras, das 12 às 14 horas. O leite ofertado é o de cabra, oriundo de pequenos agricultores participantes do Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar (PAA), podendo cada família receber oito litros por semana.

Foi realizada a escuta qualificada dos beneficiários do programa Leite Fome Zero, visando verificar a adesão, utilização do leite e o grau de satisfação das famílias atendidas pelo programa. Utilizou-se um questionário contendo seis questões discursivas, ficando livre a participação dos beneficiários. Pode-se verificar que a maioria dos entrevistados referiu que o leite ajuda na alimentação da família, pois economizam dinheiro o que possibilita utilizá-lo para a aquisição de outros alimentos.

“O programa ajuda muito. Porque a pessoa não tem condição de comprar toda semana..É bom pra evitar fraqueza e dor nos ossos. Ajuda a família, ajuda na renda. Boto de toda forma, uso com Nescau, na papinha ou puro. Tem o cheiro forte, mas é bom. Uso pela necessidade e porque é bom.” [Beneficiária 1]

“É bom porque não tem necessidade de comprar outro. Não se compara ao tradicional, do mercado, tem cheiro forte, mas ajuda. Uso “no

mingau e no café, não dá pra beber puro porque tem o cheiro muito forte.” [Beneficiária 2]

“Ajuda no crescimento das criança, evita doença e no lado do dinheiro também. Pego porque o menino gosta do leite. Se eu pegasse e ele não gostasse eu deixava de pegar, mas como ele gosta eu continuo.” .” [Beneficiária 3]

Relataram também que apesar do leite ser distribuído devido à existência de criança desnutrida, a utilização do mesmo ocorre por todos os membros da família (se tratando geralmente de famílias extensas), sendo somente referido uso exclusivo das crianças em três casos.

O leite é usado para preparar mingaus, papa com farinha de mandioca, bolo, cuscuz de milho e como bebida. Alguns beneficiários expressaram o desejo de mudança do tipo de leite para o leite de vaca integral em pó, devido o leite de cabra ser “forte” e causar episódios de diarreia nas crianças. Porém foi verificado que algumas famílias não possuíam geladeiras, cuidados na manipulação do leite e informação sobre o armazenamento adequado do produto, sinalizando possível contaminação microbiológica desse alimento, o que se associa diretamente com o aparecimento de episódios diarreicos.

“[...] Essa semana o leite cortou todinho, mas em outros dias foi bom. Eu pego porque botam pra eu pegar. Boto no cuscuz, na papa ou no café.

Todo mundo lá em casa usa. O do mercado é melhor, os menino se dão. Quando tiro o bolsa escola compro no mercado.”

[Beneficiária 4]

Vale dizer que durante as visitas domiciliares algumas famílias com critérios de inclusão no programa relataram que não recebiam o leite devido à distância entre o ponto de distribuição e as aldeias, falta de transporte e recursos financeiros para o deslocamento.

- **Distribuição de escova e fio dental:**

A distribuição de escova e fio dental é realizada pela Funasa, sendo repassada do DSEI Pernambuco para o pólo base de Jatobá e posteriormente para os Odontólogos, ASB e AIS. Porém, de acordo com a comunidade esta ação ocorre de maneira descontínua. Algumas famílias não possuem condições financeiras para aquisição da escova e do fio dental, outras não adquirem por considerarem esta ação como obrigação da Funasa e outras famílias, diante da pouca disponibilidade financeira compram uma única escova para uso comum entre os membros da família. Foi comum encontrar indivíduos utilizando escova de dente em condições inadequadas (cerdas danificadas, má higienização...), devido aos longos períodos de utilização sem troca.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS POR CATEGORIA PROFISSIONAL

Médico:

Entre as atividades desenvolvidas pela equipe médica está o atendimento ambulatorial em todos os ciclos de vida (criança, adolescente, adulto e idoso), atendimento domiciliar para

acamados, HIPERDIA e a avaliação clínica dos escolares.

Enfermeiro:

Os enfermeiros das equipes de saúde indígena na área dos Pankararu realizam atendimento ambulatorial, puericultura, pré-natal, HIPERDIA, PCCU, atendimento domiciliar em casos específicos, vacinação, consolidação dos dados de produção e capacitação com os técnicos de enfermagem.

Técnico de enfermagem:

Entre as ações realizadas pelos técnicos de enfermagem pode-se citar a administração da vacinação, aferição de peso e pressão arterial e organização da demanda de atendimento ambulatorial. Além dessas atividades há um caso específico de uma técnica de enfermagem que realiza o PCCU da população adstrita a sua área, com supervisão do enfermeiro da equipe.

Agente Indígena de Saúde:

As atribuições deste profissional são: realizar acompanhamento de crescimento e desenvolvimento de crianças; acompanhamento de gestantes; atendimento aos casos de doenças mais frequentes (infecção respiratória, diarreia e outras), acompanhamento de pacientes crônicos; promoção à saúde e prevenção de doenças nos domicílios, em escolas e espaços sociais da comunidade, acompanhamento da vacinação, visita domiciliar, convocação da comunidade para as consultas e eventos ligados ao pólo-base e notificação dos casos de agravos como, por exemplo, a diarreia.

Odontólogo:

Os profissionais de saúde bucal dentro do cronograma de atividades realizam atendimento ambulatorial efetivando serviços de competência da atenção básica, visitas domiciliares, atividades educativas nas escolas e nos estabelecimentos de saúde, onde também são realizadas escovações supervisionadas, aplicação tópica de flúor e distribuição de cremes dentais, escovas e fio dental.

Auxiliar em Saúde Bucal:

As auxiliares de saúde bucal realizam atividades educativas, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor, distribuição de cremes dentais, escovas e fio dental nas escolas e nos estabelecimentos de saúde. Além disso, acompanham os dentistas nos atendimentos ambulatoriais; realizam a desinfecção e esterilização dos instrumentais utilizados durante o atendimento ambulatorial

e instrumentalizam o dentista durante a realização de procedimentos clínicos.

REDE DE REFERÊNCIA

A rede de referência para os usuários indígenas da área Pankararu é organizada pelas Secretarias de Saúde dos Municípios de Jatobá, Tacaratu e Petrolândia. É dividida em três níveis, sendo o primeiro relacionada às cidades onde se situam as aldeias e cidades circunvizinhas, o segundo, compreende os municípios-referência na micro-região, que possuam especialidades e equipamentos não existentes nas cidades do nível 1. Caso exista alguma necessidade que não seja atendida nos 1º e 2º níveis, geralmente relacionadas à média e alta complexidade, o usuário é encaminhado para o 3º nível. As cidades supracitadas podem ser vistas no quadro 01.

Quadro 01: Municípios pertencentes aos níveis de referência da área indígena Pankararu.

NÍVEL DE REFERÊNCIA	MUNICÍPIOS
I	Petrolândia - PE (Média complexidade) Jatobá - PE Tacaratu - PE Garanhuns - PE Águas Belas - PE Paulo Afonso - BA (somente urgência)
II	Arco Verde - PE Serra Talhada - PE
III	Recife - PE Caruaru - PE

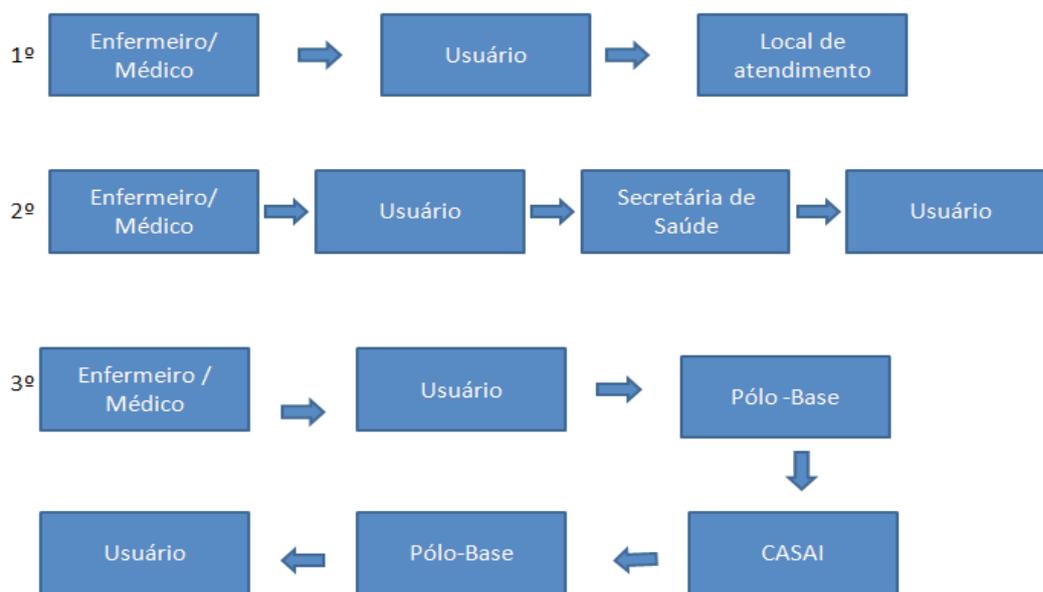
Fonte: Secretário de saúde de Tacaratu, Secretário de saúde de Jatobá e coordenação do Pólo-base de Jatobá, 2012.

A equipe de saúde indígena é responsável pelo atendimento primário da população adstrita. Em caso de encaminhamento para outras localidades fora da área indígena o enfermeiro e o médico fornecem guias de marcação solicitando a consulta ou a realização do exame. Cada equipe recebe cotas mensais de consultas e exames que devem ser utilizadas a depender da necessidade da comunidade.

A figura 01 mostra os fluxogramas que orientam a marcação para as especialidades e exames, sendo expostas 3 alternativas de encaminhamento que dependerá da demanda do usuários e da capacidade de atendimento

dos municípios em questão. O primeiro (1º) fluxo aponta quando o usuário é encaminhado diretamente ao local do atendimento com a requisição oferecida pela equipe. O segundo (2º) atribui ao usuário a responsabilidade de procurar a Secretária de Saúde do município onde reside para a marcação no local. E o terceiro (3º), o usuário precisa se dirigir ao pólo-base, que encaminha a requisição a Casa de Apoio à Saúde do Índio (CASAI), ficando assim responsável pela marcação. Após a confirmação da mesma pela CASAI, o paciente é informado sobre o dia e horário do procedimento através do pólo-base.

Figura 01: Fluxogramas da marcação da rede de referência na Área Indígena Pankararu.



Fonte: Secretário de saúde de Tacaratu, secretário de saúde de Jatobá e coordenação do pólo-base de Jatobá, 2012.

O município de Jatobá, segundo o Secretario de Saúde, dispõe de 03 (três) equipes de saúde da família e 01 (uma) de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), esta última atuante dentro da área indígena, e em alguns momentos desenvolve ações como campanhas e atendimentos, juntamente com as equipes de saúde indígena. Ainda possui um hospital estadual, onde são realizados diversos procedimentos e atendimentos de várias categorias de saúde.

As especialidades encontradas no município são: Cardiologia, Cirurgia geral, Pediatria, Otorrinolaringologia, Ginecologia, Reumatologia, Clínico geral, Urologia, Cirurgia vascular, Anestesiologia, Ortopedia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Odontologia, Biomedicina e Nutrição. O exames de ultrassonografia, raio-X, eletrocardiograma e laboratoriais também estão disponíveis na cidade. A cidade de Jatobá possui em sua secretária de saúde o departamento de Regulação.

Em Tacaratu existem 04 (quatro) equipes de Saúde da Família, porém nenhuma atua na área indígena Pankararu. O município dispõe de um hospital e uma unidade básica de saúde denominada de Unidade Mista, que contam com uma equipe formada por Neurologista, Nutricionista, Ortopedista, Psicólogo, Assistente Social, Otorrinolaringologista, Psiquiatra, Pediatra e Ginecologista. Tacaratu também oferece exames de ultrassonografia, eletrocardiograma, raio-X e exames laboratoriais. Na cidade não há sistema de regulação, estando esta em fase de construção.

Jatobá e Tacaratu fazem parte da referência nível I para a área indígena Pankararu. Entre

os municípios não existe convênio oficial de pactuação de atendimento e realização de procedimento, com transferência de recursos. A pactuação entre as cidades ocorrem de maneira informal, através de acordo verbal entre os Secretários de Saúde das cidades, permitindo que moradores possam ser atendidos por especialidades não existentes no município. O município de Petrolândia, na atual gestão, está somente atendendo as demandas dos usuários residentes na cidade, não disponibilizando vagas para os índios e não índios que residem fora da localidade.

Em Jatobá, quando a demanda por determinado procedimento ou especialidade é maior do que a capacidade de resolução, são seguidos critérios de priorização como condições sócio-econômicas e situação clínica do paciente para a sua realização. Vale dizer, segundo o Secretário de Saúde de Jatobá, que o município recebia, até dezembro de 2011, incentivo financeiro para o atendimento a saúde da população indígena, sendo esse recurso usado para a remuneração dos profissionais que exerciam atividades na área de Pankararu. A suspensão desse recurso se deu pela responsabilização do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueiras (IMIP) pela contratação e remuneração dos profissionais EMSI. O recurso adquirido pelo município de Jatobá referente ao cuidado da saúde da população indígena é somente oriundo do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo.

Os gestores referiram dificuldades para o referenciamento nas cidades do nível 2, devido a falta de vagas disponíveis. Desta forma, Recife e Caruaru que são referências responsáveis pela realização de tomografia e cirurgia de grande porte, passaram a serem

solicitadas também para suprir a necessidade não atendidas no nível 2.

Na área indígena é possível conseguir transporte para os usuários que necessitem se deslocar para outras localidades para a realização de procedimentos em saúde. A solicitação deve ser feita no pólo-base, sendo informado o dia e o horário para a reserva de carro.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E SANITÁRIA

A notificação de agravos compulsórios na área Pankararu segue o recomendado pelo Ministério da Saúde, o estado de Pernambuco e as recomendações específicas para áreas indígenas. Em caso de notificação de agravos e em caso de surto, a vigilância epidemiológica e sanitária são acionadas para realização da investigação e controle na área indígena.

DISCURSOS E PRÁTICAS

Em se tratando do tema pertinente a saúde coletiva, pode-se também localizar elementos com os quais é possível elaborar possibilidades de desenvolverem-se serviços de saúde adequados as realidades culturais de povos indígenas, que sejam democráticos e culturalmente sensíveis. Seria interessante iniciar esta discussão analisando a noção de participação nos discursos que permeiam os grupos de profissionais que atuam na saúde indígena.

A **participação** enquanto tema relativo ao desenvolvimento social, e sobretudo a saúde coletiva tem uma literatura vasta e quando se trata de participação em saúde os registros são

bastante expressivos no Brasil. A formação dos profissionais de saúde no país está, prioritariamente, voltada para a intervenção e atendimento individual das demandas espontâneas, pautadas pela ética profissional que os responsabiliza pela luta na preservação da vida. Muitas vezes isso dificulta a percepção mais ampla da necessidade de participação do grupo social, nesse caso específico, de um grupo étnico, nos aspectos inerentes a atenção à saúde. Neste sentido, existe uma prática de organização de serviços de saúde que relega ao segundo plano a participação social, perdendo-se assim, a oportunidade de um diálogo conceitual e mesmo organizativo, por exemplo, entre a prática médica ocidental e a medicina tradicional indígena, o que certamente, poderia contribuir para o desenvolvimento de um sistema local de saúde adequado à realidade dos povos indígenas.

Outra área de conhecimento que consideramos central no debate é o **planejamento e organização de serviços de saúde**. Neste aspecto, seria necessário obter informações acerca das concepções de saúde e doença das populações indígenas, essencial para se estabelecer um processo que contemple as necessidades básicas e estratégicas do grupo indígena em que se está atuando.

A noção de saúde e de doença, existente entre os povos indígenas, interfere no modelo de atenção já preconizado, e os profissionais de saúde encontram dificuldade em adaptar tais modelos provocando assim óbices na organização dos serviços de saúde. Isto porque alguns profissionais de saúde não se mostram tão flexíveis em aceitar ‘outros’ modelos, que fogem àqueles já preconizados na assistência à saúde. E isso é resultado, em grande parte

da lacuna no processo de formação acadêmica dos profissionais de saúde em relação à falta de inclusão, nos currículos, de disciplinas relacionadas às Ciências Sociais e Antropologia da Saúde.

Esses modelos de atenção estão organizados a partir do conhecimento epidemiológico, e concentram a seguinte visão: a) as doenças que mais ocorrem na área; b) o que afeta a população; c) as soluções de problemas de saúde e d) acompanhamento e avaliação. Uma maior flexibilidade neste aspecto daria uma maior abertura para a compreensão e a identificação clara dos problemas de saúde e, conseqüentemente, surgiria um modelo de atenção mais adequado à realidade indígena local.

Os conselhos de saúde, juntamente com o DSEI ampliaram a discussão sobre as questões de saúde, porém com uma tendência presente de explorar mais as questões imediatas e administrativas, do que uma discussão estratégica sobre o modelo de atenção e sobre as possibilidades surgidas a partir da organização dos serviços de saúde. Para tanto, seria relevante abordar nas reuniões dos conselhos locais temáticas como: qualidade dos serviços, satisfação das populações indígenas, medicina indígena e medicina ocidental.

Evidentemente, a participação popular não pode ser medida apenas pela presença dos índios nos conselhos de saúde. Aqui a entendemos também, com o envolvimento da comunidade no desenvolvimento e avaliação dos diversos programas implantados na área indígena. Portanto, a temática da participação ainda merece ser discutida, e até mesmo investigada nas diversas áreas, sem, no entanto,

restringir-se unicamente às atividades dos conselhos locais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho etnográfico na área Pankararu foi importante para o levantamento e sistematização de dados inéditos sobre a estruturação do serviço de saúde indígena e sobre a organização interna dos índios dessa etnia com relação ao quesito saúde. Percebeu-se a necessidade de prolongamento do tempo destinado a observação participante, o que oportunizaria o aprofundamento das questões levantadas nessa produção, porém a ausência de financiamento para esta pesquisa impossibilitou tal feito.

As demandas de saúde da população Pankararu evidenciaram a necessidade de investimentos na ampliação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, associando outras categorias profissionais às equipes mínimas formadas pelo DSEI. Sabendo-se que cada Distrito possui autonomia para formar as equipes de saúde, de acordo com as necessidades locais, salienta-se a importância de profissionais de Nutrição, Psicologia, Assistência Social e Fisioterapia atuando dentro das aldeias, de forma a responder às demandas da comunidade indígena, o que não acontece atualmente devido à saturação do sistema de saúde municipal que oferece estes profissionais a população geral de não índios.

Sugere-se que questões acerca da participação popular do povo Pankararu no sistema de saúde sejam mais exploradas pelos pesquisadores, devido ao comportamento peculiar dos Pankararu na defesa dos seus interesses e de seu grupo. Bem como, o

aprofundamento de questões relacionadas às práticas tradicionais de cura como potentes auxiliadoras no processo terapêutico de cuidado desse grupo.

Vale pôr relevo na importância das iniciativas estimuladoras da pesquisa em áreas indígenas, visando ampliar o conhecimento sobre os povos, por etnia e região, o que implica em melhoria na qualidade dos serviços prestados a população indígena. Uma estratégia interessante e que mostrou-se eficiente na área Pankararu foi a parceria realizada entre o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Sociedade Hólton, SESAB e Escola Bahiana de Medicina e Saúde pública com a Universidade Federal de Pernambuco. Isso aponta um caminho possível de ser adotado por outros Programas de Residências Médicas e Multiprofissionais Nacionais, visando potencializar o serviço de saúde para a população indígena brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Caprara A, Landin LP. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. Interface (Botucatu) [online]. 2008, 363-376 p.

2. Fabietti U, Remotti, F. Dicionario di antropologia, voce etnografia. Bologna: Zanichelli, 1997.

3. Veiga, Santos & Resende – Relatório sobre os Pankararu de São Paulo –Morumbi/ Real Parque, Mimeo, 2000.

4. Athias, R. M. Saúde, Participação e Faccionalismo entre os Pankararu. In: Renato

Athias. (Org.). Povos Indígenas de Pernambuco - Identidade, Diversidade e Conflito. 1ed. Recife: Editora da UFPE, 2007, v. 1, p. 33-48.

5. Brasil. Lei 2.488 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

Artigo apresentado em: 07/10/2013

Artigo aprovado em: 25/11/2013

Artigo publicado no sistema em 3/12/2013