



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

ARKELEY XÊNIA SOUZA DA SILVA

AMBIENTE PESQUEIRO E SAÚDE

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SAÚDE E DOENÇA DE PESCADORES E
MARISQUEIRAS NOS DISTRITOS DE DIOGO LOPES, BARREIRAS E
SERTÃOZINHO – MACAU – RN

Natal – RN
2013

ARKELEY XÊNIA SOUZA DA SILVA

AMBIENTE PESQUEIRO E SAÚDE

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SAÚDE E DOENÇA DE PESCADORES E
MARISQUEIRAS NOS DISTRITOS DE DIOGO LOPES, BARREIRAS E
SERTÃOZINHO - MACAU – RN**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito para a obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração:
Dinâmicas Culturais, Práticas e Representações

Orientadora:
Prof^a Dr^a Lore Fortes

Natal – RN
2013

Catálogo da Publicação na Fonte.
Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes (CCHLA).

Silva, Arkeley Xênia Souza da.

Ambiente pesqueiro e saúde : representações sociais sobre saúde e doença de pescadores e marisqueiras nos distritos de Diogo Lopes, Barreiras e Sertãozinho – Macau -RN / Arkeley Xênia Souza da Silva. – 2013.

121 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais, Natal, 2013.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Lore Fortes.

Linha de Pesquisa: Dinâmicas Sociais e Representações.

1. Pesca Artesanal – Representações Sociais. 2. Ambiente Pesqueiro – Rio grande do Norte. 3. Comunidade Pesqueira - Saúde. 4. Comunidade Pesqueira - Doenças. 5. Sujeito Coletivo - Discurso. I. Fortes, Lore. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/BSE-CCHLA

CDU 639.2:304.2 (813.2)

ARKELEY XÊNIA SOUZA DA SILVA

AMBIENTE PESQUEIRO E SAÚDE

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SAÚDE E DOENÇA DE PESCADORES E
MARISQUEIRAS NOS DISTRITOS DE DIOGO LOPES, BARREIRAS E
SERTÃOZINHO - MACAU – RN

Aprovada em: ____ / ____ / ____

Prof^a Dr^a Lore Fortes – Orientadora
Doutora em Sociologia pela Universidade de Brasília – UNB
Professora do Departamento de Ciências Sociais da UFRN

Prof. Dr. Fernando Lefèvre
Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo – USP
Professor Titular da Universidade de São Paulo – USP

Prof. Dr. Edmilson Lopes Júnior
Doutor em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP
Professor do Departamento de Ciências Sociais da UFRN

**NATAL – RN
2013**

DEDICATÓRIA

Aos meus pais:

Bosco Martiniano e Miriam Souza

Que fazem do ato de educar um sinônimo de viver.

Uma emoção que jamais será traduzida por palavras. Vocês são o meu tudo.

Amo vocês!

Ao meu avô:

José de Souza Filho (*In memoriam*)

Suas atitudes foram verdadeiros exemplos para todos aqueles que conviveram em sua companhia. Fui abençoada!

AGRADECIMENTOS

- À Deus, pela proteção e por guiar os meus passos, sempre.. e em especial, ao longo dessa jornada. Sou abençoada em poder contar com sua bondade e misericórdia;
- Aos meus pais e meus irmãos. Vocês conhecem minhas conquistas e fraquezas; e sempre estão ao meu lado, fazendo parte de cada instante, constituindo-se o alicerce da minha própria existência. As palavras não conseguem expressar o meu imenso agradecimento pela atenção e dedicação... em especial, por terem respeitado a minha ausência, por tempos, do convívio familiar, no período da construção desta pesquisa. A vocês dedico toda a minha existência.
- À Prof.^a Dra. Lore Fortes, procuro adjetivos que a qualifique como tudo de mais sublime que surgiu em minha vida acadêmica. Deus não poderia ter me concedido honra maior do que conviver com uma das pessoas mais espirituosas, sensíveis, e tranquilas, que já tive oportunidade de conhecer. Muito mais que orientadora, uma amiga que me permitiu a construção da pesquisa, acreditando na minha capacidade, com um sorriso afável em todos os momentos, apontando caminhos, decifrando minhas angústias e por se dispor de horas a me ouvir com muita paciência. Um fio condutor de muitas discussões e reflexões conduzidas ao longo da pesquisa. Meu eterno agradecimento.
- À Adriana Câmara, obrigada pelo apoio e estímulo sempre presente. Você é uma força, nesta mística, neste tempo, neste sobrado que os sábios chamam de amizade e que nos ajuda a enfrentar os medos que sentimos.
- A todo o pessoal da Reserva de Desenvolvimento Sustentável Ponta do Tubarão – Macau – RN.

- A equipe do IDEMA, em especial Gizella Mazzolini.

- Aos pescadores e marisqueiras das comunidades de Barreiras, Diogo Lopes e Sertãozinho. Aqui externo um modo que tenho de dividir o que creio sobre tantas coisas... O mais belo de tudo: vocês são pessoas fantásticas.

- À Andréia Silva, funcionária da Colônia de Pescadores Z-41, pela presteza e consideração externadas desde a primeira conversa.

- À Gilmar Santos, pelas informações prestadas na Secretaria Municipal de Saúde em Macau-RN.

- À Gilvan Júnior, pela confecção do mapa de delimitação dos distritos da pesquisa.

- Aos amigos Otânio e Jefferson, funcionários do PPGCS/UFRN, pela presteza e atendimento prestados.

- Aos colegas do PPGCS/UFRN.

- Aos professores e professoras do PPGCS/UFRN.

- À Monalisa Silva, pela paciência demonstrada na correção bibliográfica.

- À Banca da Qualificação, o Prof. Dr. Thadeu de Sousa Brandão (UFERSA), pelas valiosas contribuições e em ser um referencial de docência, ética e profissionalismo; a Prof^a Dra. Irene Alves de Paiva (UFRN), pela presteza e ricas sugestões; o Prof. Dr. Edmilson Lopes Júnior (UFRN), exemplo de profissionalismo e competência intelectual.

- À banca examinadora: Prof. Dr. Fernando Lefèvre (USP), Prof. Dr. Edmilson Lopes Júnior (UFRN) e Prof^a Dra. Lore Fortes – Orientadora (UFRN).

- À todos que desde o início do projeto até a correção final, ofereceram contribuições e apoio.

“A semente não germina senão na terra que a espera”.
Vergílio Ferreira

RESUMO

O Ministério da Pesca e Aquicultura traduz que os pescadores artesanais são responsáveis por uma significativa produção pesqueira a nível nacional, levando a percepção da importância dessa atividade. No Rio Grande do Norte a pesca vem se constituindo uma importante alavanca no processo econômico e social. Neste contexto, encontram-se as comunidades de Barreiras, Diogo Lopes e Sertãozinho, inseridos na Reserva de Desenvolvimento Sustentável Ponta do Tubarão (RDSEPT), situada nos municípios de Macau e Guamaré, litoral norte do Estado. Pescadores e marisqueiras vem desenvolvendo estreitas relações com a natureza, em particular com o mar, de onde extraem a subsistência de suas famílias, por conseguinte, enfrentando diversas questões relativas às condições de vida, saúde e doença. Analisa-se as representações sociais no discurso do pescador artesanal e da marisqueira nesse ambiente pesqueiro, sócios ativos e cadastrados no período de 2008 a 2011 na Associação Colônia de Pescadores Z-41, envolvendo a verificação do perfil socioeconômico; identificação e análise das principais doenças representativas no grupo e as representações atribuídas à saúde e doença. A pesquisa desenvolveu-se na busca de elementos para a compreensão das relações entre essas representações sociais e o ambiente pesqueiro em que vivem. O estudo ocorreu de forma quali-quantitativa, através de entrevistas (estruturadas e questões abertas) gravadas e transcritas. Para análise das entrevistas, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposto por Lefevre & Lefevre (2002), por meio do programa QualiQuantiSoft®. Os resultados demonstram que no seu cotidiano, os fenômenos de saúde e doença que acontecem, e as representações sociais atribuídas não são somente estados abstratos, são também estados físicos, que interferem em todas as dimensões da vida, constituindo um conjunto de informações relevantes, indicando, que os mesmos trazem uma visão do próprio contexto sociocultural, econômico, ambiental e político.

Palavras-chave: Ambiente Pesqueiro. Saúde. Doenças. Representações Sociais. Discurso do Sujeito Coletivo.

ABSTRACT

According to Brazil's *Ministry* of Fisheries and Aquaculture, artisanal fishermen are responsible for a significant fish production at national level, highlighting the importance of this activity. In Rio Grande do Norte State, Brazil, fishing has become an important part of economic and social processes. In this context, there are many inland fishing communities such as Barreiras, Diogo Lopes and Sertãozinho, which are part of Ponta do Tubarão State Reserve of Sustainable Development (RDSEPT), located in Macau and Guamaré, Rio Grande do Norte coastline cities. Fishermen and women, the last ones known as "marisqueiras" who work alongside the menfolk at sea, especially in the shellfish harvest, have been developing narrow relationships with nature, mainly with the sea, from where they extract their families subsistence. However, those communities have been facing several issues related to living conditions, health and diseases. Social representations have been analyzed in the speeches of fishermen/women who were registered active members in a fishermen association named Associação Colônia de Pescadores Z-41, regarding the period from 2008 to 2011. The analysis involved socio-economic profiles verification, identification and analysis of the group's main representative diseases and representations related to health and illness. This study searched for elements in order to provide the comprehension of the relationships among people's social representations and the fishing environment in which they live.. This qualitative study was performed using recordings and transcriptions of structured and open-question interviews. The Collective Subject Speech technique proposed by Lefevre & Lefevre (2002) was applied to perform the interviews analysis using QualiQuantiSoft® software. The results showed that health and illness phenomena as well as social representations related to them in the fishing environment are not only abstract states but also physical ones, which interfere in all life extensions, establishing a set of relevant information that indicates that those people realize their own socio-cultural, economic, environmental and political context.

Keywords: Fishing environment, health, diseases, social representations, Collective Subject Speech.

LISTA DE FOTOS

Foto 1: Barcos de Pesca em Diogo Lopes e ao fundo Sertãozinho.....	16
Foto 2: Barcos de Pesca – Diogo Lopes.....	32
Foto 3: Reserva de Desenvolvimento Sustentável Ponta do Tubarão (1º distrito: Barreiras).....	49
Foto 4: Localização: Distritos de Barreiras, Diogo Lopes e Sertãozinho.....	52
Foto 5: Ecoposto Estadual Ponta do Tubarão (localizado entre os distritos de Barreiras e Diogo Lopes).....	54
Foto 6: Marco sinalizador de entrada na Área de RDSEPT-Macau-RN.....	55
Foto 7: Marco na entrada do distrito de Barreiras.....	55
Foto 8: Divisa entre os distritos de Diogo Lopes/Sertãozinho.....	55
Foto 9: Posto de Saúde da Família (PSF) – Diogo Lopes – Macau/RN.....	56
Foto 10: Posto de Saúde da Família (PSF) - localizado no distrito de Barreiras Macau/RN.....	56
Foto 11: Colônia de Pescadores – Z-41 (Distrito de Diogo Lopes).....	57
Foto 12: Vista de Diogo Lopes.....	60
Foto 13: Barcos em Diogo Lopes.....	88
Foto 14: Barcos de pesca no distrito de Sertãozinho.....	99

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Campo de Estudos da Representação Social.....	41
Gráfico 02: Pescadores entrevistados e participantes da pesquisa nos distritos de Barreiras, Diogo Lopes e Sertãozinho – Macau/RN, 2012.....	66
Gráfico 03: Estado Civil dos Pescadores Entrevistados.....	66
Gráfico 04: Renda salarial dos Pescadores participantes da pesquisa.....	67
Gráfico 05: Nível de escolaridade dos pescadores entrevistados.....	67
Gráfico 06: Idade dos pescadores entrevistados.....	68
Gráfico 07: Distribuição da frequência da hipertensão e diabetes nos pescadores entrevistados.....	68
Gráfico 08: Marisqueiras entrevistadas e participantes da pesquisa nos distritos de Barreiras, Diogo Lopes e Sertãozinho – Macau/RN, 2012.....	69
Gráfico 09: Nível de Escolaridade das Marisqueiras.....	69
Gráfico 10: Estado Civil das Marisqueiras Entrevistadas.....	70
Gráfico 11: Renda salarial das Marisqueiras.....	70
Gráfico 12: Idade das marisqueiras.....	71
Gráfico 13: Distribuição da frequência de hipertensão e diabetes nas marisqueiras participantes da pesquisa.....	72
Gráfico 14: Distribuição das categorias/representações frente à pergunta 01...	73
Gráfico 15: Distribuição das categorias/representações frente à pergunta 02...	79
Gráfico 16: Distribuição das categorias/representações frente à pergunta 03...	82
Gráfico 17: Distribuição das categorias/representações frente à pergunta 04...	85

LISTA DE MAPAS

Mapa 1: Distribuição regional dos pescadores profissionais registrados no Brasil em 2010, de acordo com o gênero.....	22
Mapa 2: Mapa de delimitação da Reserva de Desenvolvimento Sustentável Ponta do Tubarão.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DOR - Distúrbios Osteo-Musculares Relacionados ao Trabalho

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

IBAMA – Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDEMA – Instituto de Desenvolvimento do Meio Ambiente

IFRN – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

LER – Lesão por Esforço Repetitivo

MPA – Ministério da Pesca e Aquicultura

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PPGCS – Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais

PSF – Programa Saúde da Família

RDSEPT – Reserva de Desenvolvimento Sustentável Ponta do Tubarão

RGP – Registro Geral da Atividade da Pesca

SUS – Sistema Único de Saúde

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO.....	20
1.2 PROBLEMÁTICA.....	26
2 RESGATE TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	33
2.1 NOTAS INTRODUTÓRIAS E HISTÓRICAS SOBRE SAÚDE E DOENÇA.....	33
2.2 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	39
2.3 DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC).....	43
3 LOCALIZAÇÃO DE MACAU E DA RDSPET PONTA DO TUBARÃO.....	49
3.1 LOCALIZAÇÃO DOS DISTRITOS DE BARREIRAS, DIOGO LOPES E SERTÃOZINHO.....	51
3.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	58
3.4 SUJEITOS DA PESQUISA.....	58
3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	58
4 O RESGATE DO PENSAMENTO COLETIVO.....	61
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	61
4.2 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	61
4.3 APLICAÇÃO DO PRÉ-TESTE.....	62
4.4 ANÁLISE DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	65
4.4.1 Procedimentos e Tabulação de Dados.....	65
4.5 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	65
4.6 DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO.....	72
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS COM O DSC.....	89
5.1 DISCURSO SOBRE A EXISTÊNCIA DE PROBLEMA DE SAÚDE.....	89
5.2 DISCURSO SOBRE O PROCEDIMENTO ADOTADO QUANDO SURGEM PROBLEMAS DE SAÚDE CONSIDERADOS IMPORTANTES.....	93
5.3 DISCURSO SOBRE O SIGNIFICADO DE SAÚDE.....	95
5.4 DISCURSO SOBRE O SIGNIFICADO DE DOENÇA.....	97
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
REFERÊNCIAS.....	104

APÊNDICE A - Questionário socioeconômico.....	112
APÊNDICE B - Perguntas utilizadas na entrevista.....	114
ANEXO A – Parecer de aprovação de realização da pesquisa pela RDS Estadual Ponta do Tubarão.....	116
ANEXO B – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética – UFRN.....	117
ANEXO C – TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	119
ANEXO D – Termo de Autorização de Gravação de Voz.....	121

Foto 01: Barcos de Pesca em Diogo Lopes e ao fundo Sertãozinho



Fonte: Arquivo da Pesquisadora

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

Os rostos emergem em contraluz, enquanto as mãos vão desenhando mecânicos movimentos, aprendidos numa vida inteira de labuta. As palavras, instigadas pela maresia, soltam-se fluidas, ávidas de colheita de ouvinte atento, adornadas de metáforas que a memória ternamente fixara[...] Pescadores de Mar Muito – (Ângelo Farinha)

OS PASSOS INICIAIS

[...] o vento é cheio desse mistério. Do mesmo modo, o mar. Também ele é complicado. Debaixo de suas vagas de águas, que se veem, há outras vagas de forças, que se não veem. Compõe-se de tudo. De todas as misturas, a do oceano é a mais invisível e a mais profunda. [...] é reservatório para as fecundações, cadinho para as transformações [...] Victor Hugo, Les Travailleurs de La Mer.

Chegando através desse vento, movida pelas transformações misteriosas e silenciosas da vida, porém reais, na construção desta dissertação, que representa o significado de um sonho concretizado. Mais que isso, ela traduz uma ideia emanada desde minha adolescência, qual seja, o sentido de conviver com o coletivo, com o humano, com o indivíduo. Mas o caminho para as fecundações, conforme Victor Hugo revestiu-se de desafios, surpresas e esperanças. A coragem foi vital para aqui chegar. Essas fecundações me levaram gradativamente aos estudos dos insondáveis mistérios da vida, ao cursar Ciências Biológicas, fazendo-me olhar do global ao microscópico, constituindo o passaporte inicial no caminhar. E quanto mais eu procurava entender uma realidade, mais claramente enxergava outras formas de dar significado, em uma jornada de aprender, desaprender e reaprender.

Novamente em campo, trabalhando projetos interventivos em comunidades, algo ainda me inquietava, agora sob a égide do prisma constitucional, ao buscar respostas a uma das dimensões do mínimo existencial à dignidade da vida humana: a saúde. Uma segunda fecundação, indispensável, que me fez conviver com uma multiplicidade de novos conceitos, e novamente faço um retorno aos bancos catedráticos, cursando Ciências Jurídicas.

Esse atravessar de fronteiras disciplinares, me faz chegar a uma terceira fecundação, ao ser aprovada na Seleção de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (PPGCS-UFRN), resultando nesta Dissertação de Mestrado, tendo como objeto de estudo a comunidade pesqueira na área da Reserva de Desenvolvimento Sustentável Ponta do Tubarão – Macau – RN. Conhecer os distritos constituintes da Reserva e alguns aspectos da vida social, agregados a exuberante paisagem litorânea, me fez enxergar a possibilidade de desenvolver uma pesquisa naquela região, de uma maneira especial, pela formação

de comunidades, pelos mecanismos presentes nos processos de competição e de relações simbióticas, que agem criando e recriando laços que tornam os seres humanos interdependentes. Uma área relativamente isolada, onde os moradores vivem quase que exclusivamente da pesca artesanal. E o desafio estava lançado! Conciliar teorias e a prática, envolvendo ao mesmo tempo uma visão pessoal da experiência com a teoria.

O contato com a realidade de campo de pesquisa, transitando entre os espaços masculinos e femininos, levou-me a permitir conviver entre diversificadas estações, envolvendo símbolos, conhecimento popular e em especial a complexidade e a riqueza dos significados dessas comunidades. Durante boa parte do tempo fui ouvinte... outra parte eu observava apenas... fazendo meus registros escritos e fotográficos.

Não considero aqui um término de um ciclo. Que venham mais fecundações... Estamos em movimento. Estamos na estrada. E diante de todos esses cruzamentos, acredito que os instrumentos das Ciências Sociais aos quais fui apresentada, acrescidos aos das Ciências Biológicas e Ciências Jurídicas, expliquem nas linhas que se seguem, o começo... não o fim... de uma pesquisa que procura dar conta de uma conexão entre saúde e doença de pescadores e marisqueiras nos distritos de Barreiras, Diogo Lopes e Sertãozinho, diminuindo a distância entre o social e o biológico. A pesquisa também é um resultado de que é possível atravessar fronteiras, e compartilhar conhecimentos.

Assim, as palavras, instigadas pela maresia, soltam-se fluidas em pensamentos, desejos, ideias, medos, angústias e esperanças, representadas por gestos, por vozes, por falas. Nessa fluidez sentidos são atribuídos. Passamos a compartilhar um sistema de ideias, que se comunicam. Vozes que não se deixam calar. Palavras que seguram o significado do vivido e desafiam o tempo. Um sistema social compartilhado, no qual a experiência individual e os valores sociais se inserem.

Uma infinita curiosidade nos instiga e motiva a interagir nesse contexto de fluidez verbal, a esse conhecimento, a essa experiência, enunciados por um vai e vem entre ondas dançantes, entre marés altas e baixas, onde a espuma do mar faz ressurgir um aroma que perfuma a existência de um ambiente pesqueiro constituído de pescadores e marisqueiras (homens e mulheres do mar), portadores de preciosas experiências, precisando ser lidas, ouvidas e interpretadas.

Pensar a pesquisa desenvolvida no ambiente pesqueiro significou mergulhar em um mundo de diversos significados e importância. Nesse momento, faço uma interação com a literatura, buscando Jorge Amado em sua obra “Mar Morto”, a descrição de forma singular a religiosidade dos pescadores em torno da “Rainha do Mar”, Iemanjá. Através dela, os pescadores buscam no mar uma “dádiva”, uma melhoria de vida.

A estruturação textual da presente pesquisa de Dissertação, procurando dar conta desse desafio, analisando as representações sociais em um ambiente pesqueiro, tratando do objeto saúde/doença, envolvendo pescadores e marisqueiras, apresenta a seguinte configuração:

Um **Capítulo 2**, que apresentamos as discussões bibliográficas e teóricas acerca da saúde e doença e suas significações que norteiam e orientam ações individuais e coletivas transmitidas historicamente, a partir de dados coletados através da pesquisa bibliográfica e documental, considerando os aspectos da sociologia da saúde, da saúde do pescador e da marisqueira. Nesse contexto, as representações sociais de saúde/doença abarcam múltiplas dimensões, como expressões social e individual, envolvendo significações culturais, históricas e relações sociais. Discussões no sentido de que, são indissociáveis o conceito de saúde e a noção de direito social. Mostramos também a abordagem e apresentação dos procedimentos teórico-metodológicos da Teoria das Representações Sociais e do Discurso do Sujeito Coletivo.

O campo da pesquisa – a colônia de pescadores é descrita no **capítulo 3** com a localização da área de estudo, as características da RDS Ponta do Tubarão, a sua importância econômica e social. Uma análise da atividade do pescador e da marisqueira nas comunidades de Barreiras, Diogo Lopes e Sertãozinho, ligadas à sua sobrevivência. Também estão identificados os critérios de inclusão utilizados para a escolha dos sujeitos da pesquisa.

O **capítulo 4** direciona-se ao resgate do pensamento coletivo incorporando a aplicação do método de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposto por (LEFÈVRE, F. e LEFÈVRE, A., 2010) através da análise quali-quantitativa desenvolvida na pesquisa.

O **capítulo 5** apresenta a discussão dos resultados do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), considerando à realidade dos depoimentos obtidos, sobre saúde e

doença da comunidade pesqueira da RDESPT, estruturados em fragmentos de discursos coletivos, representativos de uma abordagem estratégica de tornar clara uma específica representação social.

Nas **considerações finais**, serão apresentadas as conclusões acerca das nossas reflexões e análises referentes às representações sociais de saúde e doença do pescador e da marisqueira e a forma de como lidam com esses aspectos na RDS Ponta do Tubarão, observando que este momento significa um ponto contínuo para uma reflexão acerca da população pesqueira e saúde.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Considerando o ambiente pesqueiro enquanto um desses grupos sociais, e buscando registros históricos acerca das atividades extrativistas antrópicas, verificamos que a pesca encontra-se dentre as primeiras. No litoral nordestino brasileiro, os inúmeros sambaquis, depósitos de conchas encontrados em sítios arqueológicos ao longo do litoral atestam a importância da atividade da pesca e coleta, por serem registros de que durante anos grupos indígenas que habitavam a zona costeira e dependiam essencialmente da coleta de moluscos e que paralelamente se ocupavam da pesca, caça e cultivo de raízes de carapaças de bivalves, certamente usuários dos recursos marinhos em seu cotidiano. MARTIN (1997) se debruça sobre esse tema e problematiza acerca do aparecimento desse vestígio de sambaquis no registro arqueológico.

Praticadas pelo homem desde os tempos da pré-história, a pesca e a mariscagem fornecem meios necessários à subsistência envolvendo contingente expressivo de pessoas. Antes da segunda metade do século VIII a.C, a pesca já demandava aptidões do pescador, exercida pelos fenícios no Estreito de Messina (DIEGUES, 2003).

Resultante da interação humana, e objeto de curiosidade e de conhecimento e práticas culturais antigas, a expressão simbólica de ambiente pesqueiro é referenciado em passagens bíblicas.

[...] estava ele junto ao lago de Genesaré, e viu estar dois barcos junto à praia do lago; e os pescadores, havendo descido deles, estavam lavando as redes. [...] faze-te ao mar alto, e lançai as vossas redes para pescar [...] e fazendo assim, colheram uma grande quantidade de peixes. (Bíblia Sagrada, Livro de Lucas, cap.5 v. 1 a 5).

Entre os principais fatores determinantes pela diversidade das sociedades marítimas, de acordo com (DIEGUES, 2001a, p. 370) está “à valorização positiva ou negativa do mar, o modo de organização econômica e social, o lugar reservado às atividades pesqueiras na economia, o modo de integração das comunidades litorâneas”, levando-se também em consideração o caráter simbólico das comunidades litorâneas, que podem variar de cultura para cultura.

As comunidades marítimas se constituem pela atividade no mar, em um ambiente natural marcado pelo risco, pelo perigo e pela instabilidade contínua, temores e medos, acidentes e naufrágios. Com a morte muitas vezes incorporada no universo da pesca, como muito bem retrata um trecho da composição de Dorival Caymmi, contando a história dos pescadores que não tem história, “[...] é doce morrer no mar, nas ondas verdes do mar [...]”.

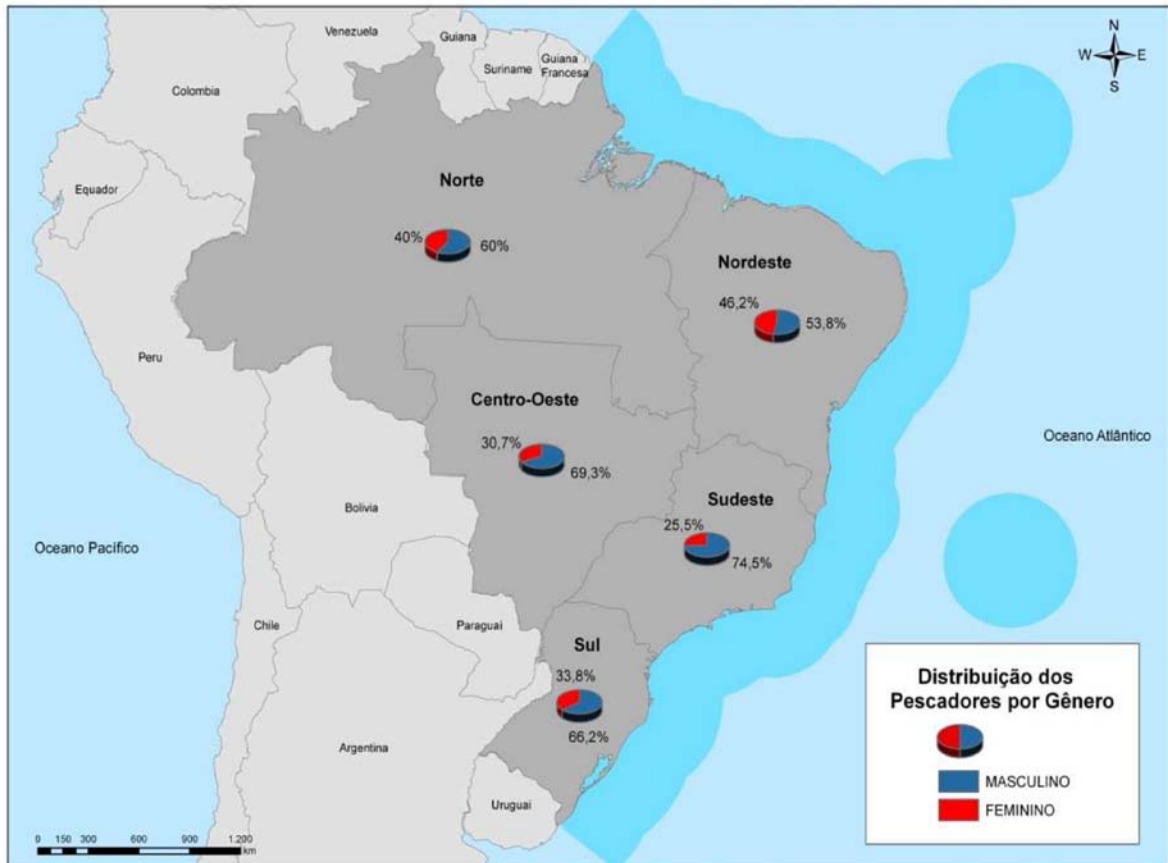
Dall’oca (2004) faz referência à atividade pesqueira desde os primórdios de vida, suscitando também que a atividade pesqueira é constituída por dificuldades e complexidades, das quais os elementos agressivos à vida e a saúde do pescador. Assim, pescadores e marisqueiras vem desenvolvendo estreitas relações com a natureza, em particular com o mar, de onde extraem a subsistência de suas famílias, por conseguinte, enfrentando diversas questões relativas às condições de vida, saúde e doença. No seu cotidiano, os fenômenos de saúde e doença que acontecem, não são somente estados abstratos, mas também estados físicos, que interferem com todas as dimensões da vida.

De acordo com dados estatísticos publicados pelo Ministério da Pesca e Aquicultura os pescadores artesanais são responsáveis por 65% da produção pesqueira nacional que representa mais de 500 mil toneladas por ano, levando a percepção da importância dessa atividade no país (BRASIL, 2009)

Dados do Registro Geral da Atividade Pesqueira (RGP) do Ministério da Pesca e Agricultura (2012) mostram que até 31/12/2010 estavam registrados e ativos 853.231 pescadores profissionais, distribuídos nas 27 Unidades da Federação. A Região Nordeste concentrando o maior número de pescadores, com 372.787 registros, o que representa 43,7% do total do país. Considerando a questão de gênero, 59,15% (504.678) dos pescadores registrados no RGP são do sexo masculino, e 40,85% (348.553) do sexo feminino. No Rio Grande do Norte um

contingente de 15.982 pescadores registrados, onde 9.510 do sexo masculino e 6.472 totalizando respectivamente percentuais de 59,50% e 40,50% (BRASIL, 2010)

Mapa 1: Distribuição regional dos pescadores profissionais registrados no Brasil em 2010, de acordo com o gênero.



Fonte: Boletim Estatístico, MPA, (2010).

De acordo com levantamento do Ministério da Pesca e Agricultura, considerando-se a questão de gênero, 59,15% (504.678) dos pescadores registrados no RGP são do sexo masculino, e 40,85% (348.553) do sexo feminino. Em termos regionais, o Nordeste apresenta a proporção mais igualitária entre os gêneros, com 172.327 mulheres, representando 46,3% do total, contra 200.460 homens, referente a 53,7% (BRASIL, 2010).

Em vista dessa breve trajetória, torna-se necessário estabelecer relação com as condições de vida e saúde, do pescador e da marisqueira, no momento atual. As transformações demográficas, sociais e econômicas configuram e delimitam novas demandas para o sistema de saúde do País, pressionando-o no sentido de adaptar-se ao novo perfil de necessidades. Segundo o (IBGE 2009), essa nova configuração

traz à tona novas bases para a discussão de políticas dirigidas a específicos segmentos etários, envolvendo determinadas populações e grupos sociais, no que concerne à assistência médica, preocupação com a saúde, que assume, portanto, um grau crescente de complexidade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera “a saúde como um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não simplesmente à ausência de doença ou enfermidade” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946).

Entendemos que o conceito de saúde é dinâmico, precisando contemplar diversos aspectos e olhares, de fronteiras imprecisas. A saúde como qualidade de vida, e não apenas ausência de doença, em um processo envolvendo equilíbrio físico, psíquico e social. Um equilíbrio direcionado ao desenvolvimento de possibilidades de natureza biológica, psicológica e social de modo que cada um determine a sua funcionalidade, face ao seu contexto e projetos de vida, de modo a atingir a sua máxima competência.

Em referência às populações pesqueiras há necessidade de verificação das atuais condições de vida em questões relacionadas à saúde e a doença. Por serem conceitos construídos historicamente permeados por condições histórico-sociais, na medida em que considera não apenas os determinantes biológicos da saúde, mas também leva em conta o processo saúde-doença como resultado do binômio corporeamente e de sua interação com o meio ambiente.

É nesse percurso de instigação que ancoramos no espaço empírico da presente dissertação, a Reserva de Desenvolvimento Sustentável Estadual Ponta do Tubarão, (RDSEPT) que abrange uma área total de 12.940,07 hectares (IDEMA, 2004). Criada em 17 de junho de 2003, teve como objetivo preservar os recursos naturais e a sustentabilidade da população local. A Reserva compreende seis comunidades pesqueiras: Diogo Lopes, Barreiras e Sertãozinho (Macau/RN) e as comunidades agrícolas de Mangue Seco I e II e Lagoa Doce (Guamaré/RN). É considerada uma área de destaque para a realização de pesquisas, em particular, no âmbito das Ciências Sociais, em face das relações socioculturais existentes, envolvendo uma luta pela preservação do meio ambiente e da cultura de produção de bens de sobrevivência necessários à sustentabilidade territorial (GOULART, 2007).

Nessa pesquisa, as concepções de saúde e doença dos pescadores e marisqueiras, o cenário socioeconômico e cultural onde desenvolvem suas

atividades, dentre tantos outros aspectos, são elementos que se imbricam e exigem um aporte multidisciplinar que nos propicie observar/analisar essas relações sob variados olhares. Para tanto, ao referencial sociológico soma-se o aporte de referenciais tais como os da antropologia da saúde, a sociologia da saúde e o meio ambiente.

A utilização de representação social, portanto, estabelecendo uma articulação entre os fenômenos individuais e sociais, entre o indivíduo e a sociedade, caracterizados como uma forma de interpretação e pensamento de uma determinada realidade cotidiana, um conhecimento da atividade mental desenvolvida pelos indivíduos e grupos para afirmar seus posicionamentos em relação a situações, eventos e comunicações que lhes concernem. O social intervindo de diversas maneiras: o contexto de situação do grupo e das pessoas; pela comunicação estabelecida; pelos processos culturais; pelos códigos; pelos símbolos, valores e ideologias relacionados às ligações sociais específicas.

Um dinamismo de incorporação, pelo grupo, de elementos constituintes da realidade social que ao seu modo, exterioriza os conteúdos simbólicos interiorizados, compartilhando os traços de uma cultura comum. Uma forma prática que pescadores e marisqueiras, pelo *habitus*, adquiram e incorporam nas suas condições de existência, fazendo com que as ações e representações apareçam e se constituam na vida social. (BOURDIEU, 1988) entende por *habitus*, um sistema de elementos interconectados adquiridos pelo indivíduo durante seu processo de socialização.

Ancorando também em Jodelet (1989; 1985; 2001;) referindo-se às representações sociais enquanto uma forma de pensar através da qual o sujeito se relaciona a um objeto, contribuindo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Elas exprimem em suas representações o sentido que dão a sua experiência no mundo social, servindo-se dos sistemas de códigos e interpretações fornecidos pela sociedade.

Por conseguinte, há um entrelaçamento do objeto de estudo (saúde e doença) com a Teoria das Representações Sociais na medida em que aparecem articuladas às visões que os homens e mulheres (pescadores e marisqueiras) possuem do biológico e do social. As representações sociais estão inseridas na realidade social e histórica, envolvendo aspectos relacionados à história, a cultura, crenças, valores, ideologias, atitudes que contribuem para sua construção. Entender

o sujeito sob o dinamismo social dos significados é considerá-lo como detentor de um conhecimento organizado e partilhado socialmente pelas mútuas relações (JODELET, 2001).

Como método sistemático de tratamento e análise quali-quantitativa dos dados reportamos ao Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) - (LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A., 2003), permitindo uma maior objetividade e confiabilidade no processo interpretativo dos dados, recuperando as Representações Sociais. Na perspectiva de que procuramos garantir uma mesma unidade de sentido de conteúdos (abordagem qualitativa), sem perder o vínculo mensurável da pesquisa (abordagem quantitativa).

Ao levantarmos a discussão sobre representações sociais em saúde e doença, buscamos referências em Minayo (2010), mencionando a importância das representações sociais de saúde-doença no campo das Ciências Sociais, afirmando que para compreendermos as representações, é necessário estudá-las a partir dos substratos econômico, político e cultural de uma sociedade.

Em Herzlich (1986; 1991; 2001;) que nos conduzirá ao entendimento e importância de temas como “saúde” e “doença” no campo das representações sociais.

Bourdieu (1992;1998; 2001; 2003) que nos auxiliará a entender o sujeito epistêmico e as dimensões do poder simbólico, uma compreensão mais precisa do funcionamento das relações simbólicas, fazendo correspondência, no pensamento, às representações sociais, através da valorização da fala como expressão das condições da existência, em determinadas condições históricas, sócioeconômicas e culturais, podendo ser analisadas através do conceito de *habitus*, enquanto uma subjetividade socializada. Individual x pessoal x subjetivo são simultaneamente sociais e coletivos, “constituindo uma relação mútua entre o *habitus* e o mundo que o determina” (Bourdieu e Wacquant, 1992).

Na perspectiva de discutirmos ambiente pesqueiro, buscamos também apoio teórico em Maldonado (1993); Dias, E. C. (2000); Diegues (2001; 2003); Dias, T. L. et al (2005); Nobre (2005); Goulart (2007); Moraes (2009); Oliveira (2010) e Miller (2012).

Dentre os estudos que tematizam sobre a saúde no cenário da pesca artesanal e enriquecer nosso campo teórico na presente dissertação, ancoramos em: Sá e Diniz (1997) ao refletirem sobre saúde e qualidade de vida na Amazônia,

expõem o complexo caráter da temática da saúde, ao afirmarem que os mecanismos sociológicos, econômicos ou situações ambientais tem forte interferência na criação das condições de adoecimento, na manifestação e na incidência de doenças, e, às vezes, na própria origem de patologias.

Barbosa (2004) que nos mostra uma pesquisa com pescadores artesanais em Itaipu/RJ, identificando altos níveis de estresse e pressão arterial elevada, em decorrência da atividade pesqueira.

Brasil (2009) que analisa a relação entre trabalho, saúde e doença no cenário da pesca artesanal no Estado do Pará.

Rosa e Mattos (2010) em pescadores e catadores de caranguejos da Baía de Guanabara, destacando agravos à saúde como, por exemplo: pneumonia e tuberculose, alta exposição aos raios ultravioletas, hipertensão, varizes, problemas visuais, dores de cabeça, cansaço e sono, doenças infectocontagiosas, estresse e alcoolismo, alergia e diabetes.

Oliveira (2010) em pesquisa com a pesca artesanal com jangadas no RN, considerando que o desgaste físico, condições de higiene precárias, alterações no estado nutricional dos jangadeiros, contribuem para o quadro de agravos à saúde.

1.2 PROBLEMÁTICA

A Constituição Federal do Brasil de 1988, em seu artigo 196, elucida que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL,1988) garantida mediante políticas socioeconômicas que visem à redução de patologias e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Fortes (2007) sustenta que esse artigo da Constituição trouxe uma ampliação do conceito de saúde, passando de um modelo assistencial centrado na doença para um modelo integral à saúde.

De acordo com a (Organização Mundial da Saúde, 2007), a saúde é definida como o estado de completo bem estar do ser humano integral: biológico, psicológico, social e espiritual.

Canguilhem (1990) expõe que desde o período da Grécia antiga, sob a perspectiva da epistemologia, existia uma dificuldade de definir saúde, devido à complexidade da inter-relação de diversos fatores. Isso levou, durante muito tempo, a saúde ser considerada como a ausência de doenças. Com o advento do século

XX, o conceito de saúde passa a apresentar um novo enfoque. O social já não aparece sob a forma de uma variável adicionada ao elenco de fatores causais da doença, mas como um campo estruturado no interior do qual a doença adquire um específico significado social.

Esse modo de compreender a saúde tem sido evidenciado como uma ampliada definição, pois não simplifica saúde à ausência de doença, originando a ideia de que uma situação de vida saudável não se resolve somente com a garantia do acesso aos serviços de saúde, mas depende, sobretudo, da garantia de apropriadas condições de vida, que em conjunto podem proporcionar a situação de saúde. Nesse sentido, são inseparáveis o conceito de saúde e a noção de direito social. A saúde enquanto um direito fundamental, uma importante meta social, cuja realização necessita da participação e ação de setores sociais e econômicos. O direito à saúde compreende uma das grandes conquistas do movimento social brasileiro pela democratização. O Estado, para tanto, deve por em prática medidas concretas para combater as desigualdades, promovendo saúde à todos que precisam, garantindo a própria dignidade da pessoa humana.

Saúde e vida biológica tornam-se pontos basilares da vida enquanto poder o que leva o direito à saúde estar sempre mais determinado pelas estruturas do biopoder, Foucault (2010). A saúde e a medicina estão no centro das primeiras análises foucaultianas sobre o biopoder e, portanto, da constituição do indivíduo e da população modernos. Ele vai explicar o aparecimento da medicina social a partir das condições de possibilidades externas, situando-a como um dispositivo eminentemente político, uma *peça nas relações de poder*. Revelando o papel disciplinador e de controle que a medicina exerce sobre *“as classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas”*. (FOUCAULT, 2010, p. 196). Uma forma estratégica de regulamentação do corpo social, não considerando os determinantes sociais da saúde como um direito dos indivíduos e um dever do Estado.

Valls-Llobet (2010) em uma análise das relações de poder considerando que estas relações são exercidas de diversas formas na medicina e atribui as reflexões de Foucault ao analisar o biopoder, a natureza e as relações do poder e os modos de institucionalização na sociedade. Um poder reproduzido em sua dimensão histórica, não somente ligado à história dos povos, mas também a sua consciência histórica.

Ressurge nesse ponto, uma necessidade de se redimensionar o debate sobre saúde e doença através de um outro ângulo de observação, que ultrapasse o biológico e incorpore aspectos sociais, econômicos, políticos e ambientais.

Um investimento estético, dietético e sanitário em torno da saúde e do corpo passa a ser constituído como exigência de qualidade de vida e de realização pessoal nas sociedades contemporâneas. Uma concepção de saúde relacionada com a qualidade de vida, com a capacidade de trabalhar em melhores condições.

Machado (2001) demonstra a necessidade de compreender a doença como um fenômeno sociocultural e biológico, por entender que há uma manifestação da doença se existir um contexto social, possibilitando assim, sua emergência. Em uma visão antropológica, Mauss (2003) e Levi-Strauss (2003) sinalizam que o processo saúde e doença refletem a visão de mundo de um determinado grupo social.

Nesse direcionamento, Martins e Fontes (2004) discorrem sobre a existência de uma relação entre a sociologia e os estudos sobre a saúde, apontando a necessidade de compreensão da saúde como um fenômeno social com nascimento a partir de um específico campo sociológico, resultado de relações humanas. Nesse momento, a Teoria das Representações Sociais ganha interesse para o estudo de questões relativas à saúde. Uma mudança da ideia de saúde, que para (ARRUDA, 2002, p. 215) “se transforma em fato cultural incontornável, ganhando uma grande visibilidade fora dos espaços especializados e torna-se objeto de interesse das ciências sociais e humanas”.

Destarte, o processo de apreensão da realidade social investigada, para inferirmos sobre as informações de atividade pesquisa sobre saúde e doença entre os pescadores e marisqueiras das comunidades de Barreiras, Diogo Lopes e Sertãozinho, objetivando a construção do quadro teórico, apoiamos inicialmente em dados coletados através de documentação bibliográfica, pesquisa documental, junto aos acervos de jornais locais, relatórios, pesquisas nas instituições: IBAMA, IDEMA, IFRN, UFRN, UFCG, UFPB, USP; dados na Secretaria de Saúde Municipal de Macau e na Associação dos Pescadores Z-41, em Diogo Lopes.

A Reserva de Desenvolvimento Sustentável Estadual Ponta do Tubarão (RDSEPT) é caracterizada por ser um dos maiores produtores de pescado do RN. Pontua-se, portanto, que a pesca é a atividade de trabalho preponderante na Reserva, caracterizando-se pela pesca artesanal.

No entanto, para desenvolvermos nossos questionamentos teóricos e as nossas hipóteses, situamos a problemática de nosso estudo no âmbito da atividade pesqueira envolvendo a saúde e doença; a) pesca e mariscagem são tipos de atividades imprevisíveis e causadoras de danos à saúde; b) a atividade da pesca e mariscagem está relacionada ao índice de hipertensão e diabetes e c) Pescadores e marisqueiras atribuem significados à saúde e doença;

Para isso, é pertinente focar a motivação inicial para o desenvolvimento da pesquisa, que convergiram como ponto de partida na construção do desafio reflexivo na estrutura da presente dissertação. Respectivamente, esses aspectos foram:

1. O município de Macau é o maior produtor de pescado de sardinha-laje (*Ophisthonema oglinum*) e voador (*Hirundichthys affinis*), sendo o primeiro no Rio Grande do Norte e o terceiro no Brasil. Neste contexto, encontram-se na Reserva de Desenvolvimento Sustentável Ponta do Tubarão, as comunidades de Diogo Lopes, Barreira e Sertãozinho e 85% da produção do município provêm destas comunidades, ou seja, a pesca artesanal é a maior fonte de renda. Uma parte representativa da comunidade vive direta ou indiretamente dessa pesca que desencadeia uma rede produtiva, segundo dados do (IDEMA, 2011). As praias macauenses possuem um contingente aproximado, de 1.100 pescadores, distribuídos nas suas várias comunidades, onde a pesca é exclusivamente artesanal, realizadas por 329 embarcações veleiras e motorizadas.
2. A constatação realizada a partir de pesquisas bibliográficas em artigos de periódicos, livros, revistas e de pesquisa em meios eletrônicos, de que não há produção associada às representações sociais sobre doença e saúde dos pescadores e marisqueiras nas respectivas comunidades. O pouco material encontrado não faz referência direta ao que está proposto na pesquisa. Corroborando com essa afirmação, cita-se Goulart (2007) e (IDEMA, 2005) que em estudos comprovam que os pescadores aos 50 anos não têm mais condições para a pesca, motivados por alguns fatores, direcionando apenas a falta de condições do ambiente.
3. Apesar da importância econômica e social da comunidade e do expressivo contingente de pescadores e marisqueiras, ínfimos são os dados sobre condições de saúde e doença.

4. Na comunidade pesqueira de Diogo Lopes/Macau, as mulheres desempenham inúmeras atividades, algumas delas dedicam-se à catação de mariscos, ou seja, escavam a lama do mangue para retirar os mariscos e comercializá-los na comunidade. Passam de 1 a 6 horas no mangue, em geral de 2 a 6 dias por semana, ficando vulneráveis a situações de perigo, como exemplo, acidentes biológicos e físicos.
5. Um alto índice de hipertensos e diabéticos na população (de acordo com informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (PSF – Diogo Lopes e Barreiras) da Secretaria Municipal de Saúde de Macau/RN, obtidas entre 2008 a 2011.

Estas percepções nos inquietam, e assim cinco grandes questões nos fazem refletir para a construção da problemática: Que problemas de saúde são mais comuns na comunidade pesqueira de Diogo Lopes, Barreiras e Sertãozinho? Que tratamento específico pescadores e marisqueiras buscam quando surge uma doença? Como definem saúde e doença, na relação da atividade pesqueira? Que significa o cuidado do corpo para pescadores e marisqueiras?

Surgindo assim, a pergunta-problema formatada nos seguintes termos: *Mesmo diante de uma realidade, que confirma ser a pesca uma das atividades laborais mais perigosas e propensa a danos à saúde e à vida, de que maneira pescadores e marisqueiras da comunidade pesqueira de Diogo Lopes, Barreiras e Sertãozinho lidam e entendem o processo saúde-doença?*

Diante disso, a pesquisa “**Ambiente Pesqueiro e Saúde: Representações Sociais sobre Saúde e Doença de Pescadores e Marisqueiras nos Distritos de Diogo Lopes, Barreiras e Sertãozinho – Macau – RN**”, busca como **objetivo geral**:

- Analisar as representações sociais de saúde e doença no discurso do pescador artesanal e da marisqueira na comunidade de Diogo Lopes, Barreiras e Sertãozinho: Macau (RN).

Para atingir o objetivo proposto, foram determinados os seguintes **objetivos específicos**:

- Identificar e analisar as principais doenças que pescadores e marisqueiras enfrentam;

- Identificar os significados atribuídos à saúde e doença no discurso do pescador e das marisqueiras;
- Analisar o discurso do cuidado do corpo na prática social da saúde na comunidade, no processo de resignificação nas concepções sobre saúde e doença.

Para responder ao objetivo da presente pesquisa adota-se como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais e enquanto método o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), para a organização e análise quali-quantitativa dos dados. Dessa forma, para a coleta de dados foram utilizados os seguintes procedimentos:

a) aplicação de um questionário socioeconômico aos pescadores e marisqueiras participantes da pesquisa, cadastrados na Associação Colônia de Pescadores Z-41, localizada no distrito de Diogo Lopes, município de Macau-RN, no período de 2008-2011. (Apêndice A)

b) aplicação de entrevistas estruturadas individuais com 04 (quatro) questões abertas (Apêndice B) e seus respectivos objetivos: As situações descritas foram apresentadas de maneira a fazer o entrevistado pensar sobre o tema da saúde nos diversos aspectos e conseqüentemente estimular a fala. Nessa construção do roteiro de entrevista, trabalhamos na seguinte proposta: as perguntas foram analisadas de acordo com os operadores necessários e estabelecidos para produção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Este modo de análise possibilitou organizar e tabular a fala dos sujeitos entrevistados, pergunta por pergunta, e analisar, por meio de recortes no discurso, as Expressões-Chave, que por sua vez, inspiraram uma Ideia Central, a qual permitiu estabelecer categorias de discurso.

Desse modo, acreditamos que o estudo reveste-se de relevância social, pois também poderá ser fonte de dados para pesquisadores, entidades e instituições e a própria comunidade. Nessa perspectiva, esperamos que sirva de fundamento e de indicativo para a melhoria da atividade dos pescadores e marisqueiras, constituindo um importante subsídio para estudos em Sociologia da Saúde na compreensão e entendimento da realidade social e para delineamento de programas de saúde direcionados e aplicados na área estudada.

Foto 2: Barcos de Pesca – Diogo Lopes



Fonte: (Arquivo da Pesquisadora)

CAPÍTULO 2

Madrugadinha, vão saindo barra afora os pescadores do alto, os botes deslizando no vento preguiçoso. Em verdade, convidam a despertar, estas madrugadas praiieras, serenas e luminosas. O sol não se ergueu ainda nos horizontes do mar, mas seus clarões matinais já se derramam nas areias da praia e brilham na lâmina ondulada das águas. (Cartas da Praia, HÉLIO GALVÃO, 2006, p.267)

2 RESGATE TEÓRICO METODOLÓGICO

2.1 NOTAS INTRODUTÓRIAS E HISTÓRICAS SOBRE SAÚDE E DOENÇA

Ao estudarmos as representações sociais sobre saúde e a doença na comunidade pesqueira norte-riograndense, torna-se necessário compreender uma historicidade que surge sobre esses dois conceitos.

[...] a doença pertence não só à história superficial dos progressos científicos e tecnológicos como também à história profunda dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações, às mentalidades [...] (LE GOFF;1985, p. 7).

Le Goff (1985) ao tratar sobre a história das doenças introduz uma discussão sintetizando que, da mais primitiva antiguidade aos tempos modernos, os comportamentos e atitudes em face às doenças em nada se modificaram. Exemplifica e argumenta que na trajetória da doença há uma história do sofrimento, considerando que a sociedade tem um caminho misterioso e dificultoso a percorrer face às doenças. Um conjunto de conhecimentos envolvendo dores, sofrimentos, epidemias centradas em duas esferas: pesquisa médica e prática da medicina e por outro ângulo, a crença na eficácia da magia.

Nesse pensamento, o autor nos remete ao tempo presente, interrogando a possibilidade de definirmos a fronteira entre esses dois lados. Cada grupo na história sentindo e combatendo as doenças de formas diferentes, consideradas reflexos de crenças, costumes e da própria organização social.

Através dos tempos, as civilizações desenvolveram uma história das representações de saúde e doença de forma peculiar, onde o senso comum era um ponto comum e gerador para analisar os casos de enfermidades e patologias. No entender de SEVALHO (1993)

A história das representações de saúde e doença foi sempre pautada pela inter-relação entre os corpos dos seres humanos e as coisas e os demais seres que os cercam. Elementos naturais e sobrenaturais habitam estas representações desde tempos imemoriais, provocando os sentidos e impregnando a cultura e os espíritos, os valores e as crenças dos povos. Sentimentos de culpa, medos, superstições, mistérios, envolvendo o fogo, o ar, a terra, os astros, a organização da natureza, estão indissoluvelmente ligados às expressões de doença, à ocorrência de epidemias, à dor, ao sofrimento, às impressões de desgaste físico e mental, à visão da

deterioração dos corpos e à perspectiva da morte. (SEVALHO, 1993, p.352).

Considerando a evolução histórica do ser humano é possível verificar que cada época apresenta uma forma peculiar de tratar com a saúde e a doença. Nessa busca do homem por compreender de que maneira os estados de saúde e doença se desenvolvem no corpo humano, Ornellas (1999), teoriza que as concepções caminham do sobrenatural para o natural e, evidentemente, para o social. Desde a antiguidade, até os dias atuais, analisando os aspectos da evolução humana, questões como essas estão centralizadas na mente do homem.

Reverendo os conceitos de saúde e de doença ao longo da história, havia uma ligação entre representações de saúde e doença com magia, nos antigos povos da Mesopotâmia. Em seguida, a doença passou a ser analisada na esfera das crenças religiosas, como determinação dos deuses. Esses elementos passaram a ser representados por objetos que simbolizavam as ações de espíritos ou divindades. Para os povos primitivos, como percebe Gurgel (2010), os fenômenos naturais eram indistinguíveis dos sobrenaturais.

Assim, analisando, desde a antiguidade, as grandes civilizações, como exemplo Mesopotâmia e Egito que cultuavam as religiões politeístas, a saúde era dádiva e a doença castigo dos deuses, levando em conta aspectos religiosos, sobrenaturais e mágicos. Na Grécia, os tratamentos médicos fundamentavam-se na mitologia e os que exerciam a medicina eram considerados deuses. A história de pacientes, escritas nas paredes dos templos, constitui um tipo exemplar de registro.

Com Hipócrates (460-370 a.C), considerado o pai da medicina, separa o mistério da magia, liberando os deuses de suas responsabilidades na prevenção e no tratamento das doenças, que segundo ele, tinham uma causa natural. O tratado “Os Ares e os Lugares”, construindo um conceito de fatos naturais para os eventos presentes no mundo. Relacionando com a saúde e a doença: os locais de moradia, a água para beber, os ventos. Aqui a saúde considerada uma isonomia (com um equilíbrio de quatro elementos).

Conforme Sevalho (1993) o homem era constituído por quatro humores corporais: sangue, bÍlis amarela, bÍlis negra e a fleuma, provenientes de quatro elementos da natureza: calor, frio, umidade e aridez. Nesse panorama, a saúde e a doença era explicada pelo equilíbrio ou desequilíbrio dos humores.

Durante a Idade Média, todas as ciências, inclusive a medicina, tornaram-se, para os povos ocidentais, novamente misteriosas e mágicas. A doença volta a ser considerada algo sagrado, provocado pelo sobrenatural, mesmo com manifestações do organismo em relação ao meio físico e social (QUEIROZ, 1986).

Na Idade Moderna, surgem os primeiros hospitais como instituições prestadoras de cuidados de saúde e os doentes, em geral, eram anciãos e pobres. No Renascimento, há um despertar das ciências e das artes. São descobertas novas drogas e realizadas pesquisas sobre causa de doenças. Na tradição histórica ocidental, a saúde, como um direito social a ser conquistado pelos indivíduos e como problemática teórica, se inscreveu no campo da medicina em meados do século XVIII. Variados conhecimentos e saberes que pretenderam elucidar verdades científicas sobre o corpo, a vida, a morte e as enfermidades.

Foucault (1977) vem destacando a problemática do poder, e a elaboração da medicina social, oferecendo ferramentas de acontecimentos no campo da saúde coletiva. Ao relacionar saúde e doença, a partir do século XIX, Foucault estabelece um discurso hegemônico médico sobre a doença, a percepção do paciente enquanto *sujeito-da-doença*. Ou seja, é para a doença que o saber médico precisa propor um significado, e não para o indivíduo. Partindo de que a “concepção da doença na medicina moderna assume o papel de um saber sobre o corpo doente, em que o tratamento deverá atender à singularidade da doença”. (FORTES, 2008, p.200).

Aguiar e Nascimento (2005) descrevem que no início do século XX emergiram estudos de sociólogos e antropólogos, com forte base empírica, que demonstravam ser a doença, a saúde e a morte categorias relacionadas com os modos de agir, sentir e pensar da cada sociedade, que não podiam ser reduzidas a evidências orgânicas, naturais e objetivas.

Considerando esse realismo, em todas as sociedades, algumas doenças, em especial, são analisadas de forma específica e focalizadas no imaginário coletivo, efetuando-se uma relação entre doença e ordem social. A origem da doença a partir de uma relação conflituosa com o social. Conforme defendem Adam e Herzlich (2001), “Para interpretar os fenômenos orgânicos, as pessoas apoiam-se em conceitos, símbolos e estruturas de referências interiorizadas conforme os grupos sociais e culturais a que pertencem” (ADAM; HERZLICH, 2001, p.82).

Cada tempo histórico desenvolveu, portanto, um conceito de saúde que expressava uma determinada representação social, interiorizada conforme os grupos sociais e culturais a que pertenceu, construindo-se, dessa forma, a compreensão de saúde. Determinado processo representa o conjunto de variáveis e relações que produz e condiciona o estado de saúde e doença de uma população, que sofre mudanças nos variados momentos da historicidade e do desenvolvimento científico da humanidade.

Ao considerarmos tais elementos na definição do que seja a saúde, a doença e a morte em cada sociedade, nos diversos momentos da história, passamos a compreender que tais categorias são realidades construídas no seio das culturas.

Um conjunto de elementos duráveis e transferíveis que operam como suporte das práticas e das representações sociais vinculadas a uma determinada maneira de existência, levando o indivíduo a agir mediante situações. O *habitus* dessa forma é interiorizado e convertido em um processo de construção sendo mediado por instâncias produtoras de identidades e valores culturais, em um processo de socialização, onde o corpo passa a ser portador do *habitus*, através de uma modulação advinda das condições materiais e culturais. Um entendimento dinâmico do “corpo sendo percebido e construído socialmente” (LOPES JÚNIOR E COSTA, 2011).

Os valores culturais ligados à maneira de viver e de sentir determinam os padrões de saúde ou doença em um determinado ambiente. Minayo (2010) considera que a cultura ao ser introduzida na definição do conceito de saúde, ela amplia e contém as articulações da realidade social. Nesse sentido, a saúde passa a ser entendida como um fenômeno complexo, envolvendo condições objetivas e subjetivas. Uma abordagem totalizadora que respeite a complexidade dos fenômenos da vida, saúde, doença, sofrimento e morte.

As pesquisas pioneiras de investigação sociológica, construídas sobre a problemática da saúde, da doença e da medicina, são datadas em meados de 1950 e 1960, nos Estados Unidos e na Inglaterra.

Barreto (2003) apud Brasil (2009) mostra como esse ideário se afirma como modelo de explicação do real, passando a influenciar inclusive as Ciências Sociais e Humanas, conforme vemos nessa citação:

Comte, para explicar a sociedade, apropria-se de conceitos de saúde como 'estado de homeostase', o qual é perturbado por anomalia do exterior ou invasão externa que provoca perda do equilíbrio. Organização, organismo, corpo social, consenso, norma e sistema são conceitos extraídos da medicina e utilizados por ele para designar o 'estado' da sociedade da sociedade. Essa perspectiva orientou a concepção de saúde como falha, perturbação, prejuízo, alterações da estrutura do corpo ou desigualdades do corpo que impedem as pessoas de fazerem o que inicialmente faziam. No limite, adoecer torna-se incapacidade de produzir (BARRETO, 2003, p.47 apud BRASIL, 2009, p.41).

Ainda, de acordo com (BRASIL 2009) e diante da profusão de noções encontradas nos estudos sobre saúde, doença e cura; aduzindo Abreu (2003) ao sublinhar a contribuição que a sociologia e a antropologia oferecem aos que estudam esses temas:

Qual a razão da existência de múltiplos modelos explicativos sobre a doença? Que representações têm os indivíduos sobre a doença? Qual o significado que para eles têm a saúde? Por que razão aderem (ou não aderem) às ações de prevenção da doença e às políticas de redução de riscos? A sociologia e a antropologia têm fornecido dados relevantes para se compreender o alcance destas questões e identificar as lógicas simbólicas subjacentes a muitas atitudes e comportamentos que só aparentemente podem ser considerados irracionais (ABREU, 2003, p. 22-23 apud BRASIL, 2009, p.44).

A sociologia e a antropologia da saúde e da doença apontam de que maneira as manifestações sociais e culturais em que os grupos sociais chegam a definir saúde e doença, quando interpretam as percepções dos sintomas denominados patológicos. Ao discorrer sobre essa temática, Lefèvre (1999) oferece uma possibilidade de reflexão:

Como nos ensina a antropologia, todo o nosso cotidiano, e não apenas os momentos explicitamente religiosos, é constituído por mitos e ritos; o campo da saúde e da doença, não foge à regra, evidentemente (LEFÈVRE, 1999, p. 13)

Uma das pesquisas pioneiras na análise do papel das representações sociais da saúde e da doença, desenvolvido por Herzlich (1991) onde a autora sustenta que:

O recurso à história como um caminho para a análise das concepções da doença deve perseguir o conjunto dos fenômenos macrossociais, a demarcação da articulação das representações de saúde e doença com a patologia de uma época e sua configuração histórica e ideológica (HERZLICH, 1991, p.23).

De acordo com a autora, a experiência individual e os valores sociais se inserem. Ou seja, há um enraizamento das representações na realidade social e histórica. O homem forma e dá sentido à experiência orgânica, inserindo paralelamente, a construção de uma realidade social, coletivamente compartilhada.

Nas palavras de Herzlich (1991), o que dá sentido a doença é justamente as ideias opostas de “saúde-doença” e “indivíduo-sociedade”. A doença adquire um significado inserido numa imagem social, de acordo com a vivência dos sujeitos.

Ao discorrer sobre saúde e doença, o homem também expõe a natureza de seus vínculos com o ambiente físico e social. Nas representações da saúde e da doença surgem, de forma relacionada, visões do biológico e do social.

Corroborando com esse pensamento, Flick (1992) lança dois questionamentos importantes acerca dessa problemática: Qual é a percepção que os indivíduos fazem da sua saúde e da doença? E de que depende essa percepção? Como resposta duas variáveis são consideradas: as características socioeconômicas dos indivíduos e a subjetivação da saúde e da doença nas representações sociais.

Como resultado de um processo de inter-relação biológica, socioeconômica, cultural, psicossocial e espiritual, face à doença, há uma infiltração de atitudes e comportamentos, ao conjunto de relações sociais de uma sociedade.

A historicidade na área da saúde no Brasil, narra uma longa história. As mudanças ocorridas na sociedade levaram à necessidade de uma ampliação do entendimento sobre saúde. Em 1945 o país esteve representado na Conferência da ONU sobre Organizações Internacionais, realizada em São Francisco, o que resultou na fundação da OMS. No Brasil, a saúde só foi garantida constitucionalmente como direito universal de cidadania e dever do Estado a partir de 1988.

Em 1988, a Constituição Brasileira, em seu art. 196, reconheceu a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, estabelecendo bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em decorrência de lutas políticas e participação do Movimento da Reforma Sanitária. No cenário nacional, pulveriza-se a garantia desse direito mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, maximizando o papel social do Estado.

Nesse ponto, entendemos a existência de um duplo dever para o Estado e nos apoiamos em Dallari (1988) ao considerar que somente o Estado desenvolvido econômico, social e culturalmente é que poderá garantir medidas igualitárias protetivas e recuperadoras de saúde extensiva aos indivíduos, que em contrapartida terão a liberdade de procurar o próprio bem-estar.

Apesar de esse conceito ser alvo de muitas críticas ele é basilar na implantação para as políticas públicas de saúde, na medida em que considera não apenas os determinantes biológicos da saúde, mas também leva em conta o processo saúde-doença como resultado do binômio corpo-mente e de sua interação com o meio ambiente.

2.2 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O sujeito está vinculado a outros através de um fenômeno de recíproca dependência, envolvendo interdependência. A dinâmica social expressa através do conhecimento sobre o conteúdo do pensamento dos indivíduos. As pessoas atribuem sentido ao mundo que as cerca, dando suporte para as relações humanas.

Uma complexidade de estruturas e conteúdos gerados pelo mecanismo da sociedade, considerando o indivíduo e sua relação existencial.

A Teoria das Representações Sociais teve seus primórdios na Europa, no ano de 1961, quando Serge Moscovici publica sua tese de doutorado intitulada *La Psychanalyse: son image et son public*, tendo como objeto de pesquisa investigativa a apropriação da psicanálise pelo público francês na década de 1950 .

Moscovici (1978) interpreta as Representações Sociais como uma área de um determinado conhecimento que tem por função a elaboração de atitudes comportamentais, procurando: interpretar a realidade cotidiana na modernidade; pensar o homem e os acontecimentos sociais e orientar o comportamento das pessoas.

O indivíduo foi e ainda é, em grandes proporções, a única possibilidade de referência para prévios conhecimentos envolvendo atitudes, atribuições, esquemas.

As Representações Sociais apresenta, nessa perspectiva, possibilidades de centrar sobre a relação “sujeito e objeto”, recuperando um sujeito que, através de sua atividade e relação com o objeto-mundo, constrói tanto o mundo como a si

próprio; estabelecendo assim, uma síntese teórica entre fenômenos, que, em nível real, estão intimamente ligados.

Estão, portanto, ligadas a valores, conhecimentos e práticas individuais que norteiam e direcionam as condutas no dia a dia das relações sociais e expressam-se por intermédio de sentimentos, atitudes, palavras, gestos, frases e expressões. As representações sociais sendo então entendidas como a linguagem do senso comum.

Na perspectiva de Moscovici (2003), se caracterizam as representações sociais como uma teoria onde as formas de conhecimento são construídas e sustentadas por determinados grupos sociais, considerando um específico contexto sócio-histórico, a maneira como as representações incidem sobre as práticas dos sujeitos que necessitam ser descritas e interpretadas.

Nessa perspectiva o autor define representação social como:

Um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo, e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de sua comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social. (MOSCOVICI, 2003, p.21).

A construção das representações sociais envolve, de acordo com Moscovici (2001) a proximidade com um mundo prático. Assim,

As representações sociais são entidades quase tangíveis. Elas circulam, entrecruzam-se e cristalizam-se sem cessar por meio de uma fala, um gesto, um encontro, em nosso universo cotidiano. A maioria das relações sociais estabelecidas, dos objetos consumidos ou produzidos, das comunicações trocadas estão impregnadas delas. (MOSCOVICI, 2001, p. 207)

Para Jovchelovitch e Guareschi (1995) a formação do significado simbólico é, ao mesmo tempo, uma ação de conhecimento e uma ação de afetividade. Tanto a cognição como os afetos que estão presentes nas representações sociais encontram sua base na realidade social.

As representações sociais apresentam influência na maneira como os sujeitos interpretam os acontecimentos ao seu redor e sobre as respostas que produzem ao construir determinados julgamentos. Assim, no momento que uma representação é

construída, os integrantes de um grupo social constroem uma realidade que legitima as previsões e explicações oriundas dessa representação.

Enquanto formas de conhecimento, as representações sociais necessitam ser compreendidas desde o contexto que as originam seguidas de seu mecanismo nas interações sociais do cotidiano, concentrando dois distintos e importantes campos: as representações sociais enquanto forma de conhecimento prático direcionado para a compreensão do mundo; e construções e elaborações de sujeitos sociais sobre objetos socialmente legitimados.

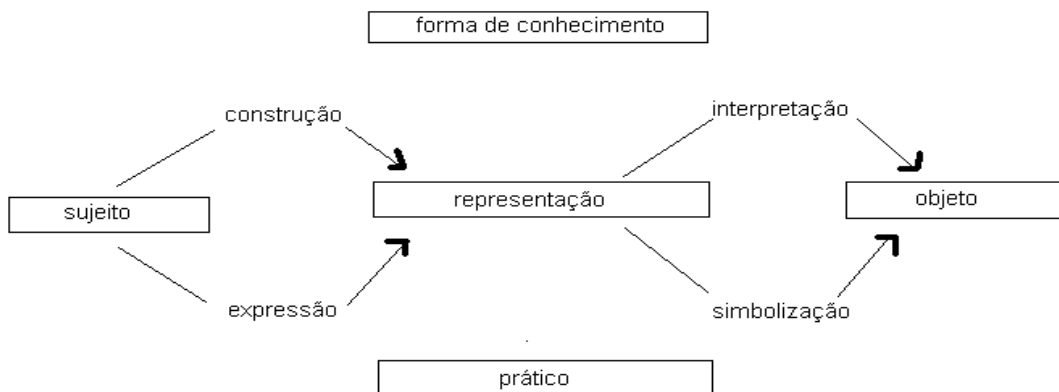
Segundo Jodelet (2001, p.22) as representações sociais constituem “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. Ou seja, um sistema de interpretação que rege nossa relação com o mundo e com os outros, orientando e organizando nossas condutas.

Vários são os componentes que constituem o conceito de Representação Social. Por apresentar um conceito dinâmico, agrega realidade social, histórica e transformadora a aspectos culturais, cognitivos e valorativos. Um conceito condicionado por uma série de atitudes recíprocas, de relação, de uma forma de conhecimento e dessa maneira, social.

O sujeito, para Jodelet (2001), busca o que lhe é peculiar e familiar – efetiva uma conversão do que é novo – participa com os demais integrantes da sociedade – legitima comportamentos, atitudes, crenças e valores.

Pensamento representado no esquema abaixo:

Gráfico 1: Campo de Estudos da Representação Social.



Fonte: Adaptado de Jodelet, (2001, p. 33).

Situando o sujeito em seu contexto sócio-histórico, envolvido por suas práticas e experiências, a teoria das representações sociais torna possível unir elementos que compõem interconexão de significados e trazem subsídios para calcular a forma de apropriação e reconstrução de sentidos vinculados aos objetos.

Um sistema de ideias que se comunicam, chamado de representação social. Uma classe de conhecimento construído no dia a dia na vida das pessoas, um intercâmbio social viabilizando que grupos sociais sejam sistemas simbólicos, um sistema compartilhado de ideias.

As representações sociais funcionam como um sistema de interpretação da realidade, atuando nas relações estabelecidas pelos sujeitos no meio em que estão inseridos, orientando, assim, seus comportamentos e práticas.

Na perspectiva de Moscovici, (2003 p.71), “a ancoragem e a objetivação constituem processos formadores das representações sociais”.

Ancorar é “classificar e dar nome a algo”. Dessa maneira, é direcionar, é classificar o que é inclassificável. Consiste na fundamentação da representação. Com a utilização de procedimentos que decompõem o conjunto dos discursos de um coletivo de sujeito em torno de uma questão ou objeto de estudo.

A objetivação – central para o entendimento da origem de uma representação social - constitui um processo de concretização para a realidade através de três estágios: inicialmente, surge a descontextualização da informação através de preceitos culturais; seguidos de constituição de um núcleo reprodutor da estrutura conceitual; e a transformação das imagens em elementos da realidade (processo da naturalização). Mais precisamente, a combinação entre conceito e imagem.

Moscovici (2003) discorre sobre a importância que a teoria das representações sociais aduz às crenças coletivas e seus significados, quando da crescente importância à ideologia, ao saber popular e ao senso comum.

No campo das representações sociais sobre “saúde” e “doença”, Herzlich (1986), considera em primeira análise tal representação no campo social. Em trabalho pioneiro sobre representações sociais de saúde e doença, explana um exemplo do conjunto de palavras representativo do núcleo central (modelo de saúde-doença) de acordo com o processo de objetificação, proposto por Moscovici (1981).

O processo saúde e doença compreendida como uma extensão de caráter histórico formalizada pelos indivíduos a partir da realidade social e histórica, com

valores culturais. Para Herzlich (1986), quando se busca as representações sociais da doença tem-se acesso às interpretações, às crenças, ao componente conjuntural de relações sociais de um determinado grupo.

Por meio da saúde e da doença, se dá uma das formas de acesso à imagem da sociedade, de suas “imposições”, tais como o indivíduo as vive. A doença, nessa perspectiva, adquire uma significação. Uma representação social permite, em princípio, compreender por que alguns problemas se destacam com maior nitidez numa sociedade e esclarecer alguns aspectos de sua inserção pelos sujeitos, como conflitos e discussões que se molduram entre diferentes grupos de atores.

Corroborando com essa visão, Adam e Herzlich (2001), comentam que as representações sociais estão enraizadas na realidade social e histórica, ao mesmo tempo em que contribuem para sua construção.

Aduz ainda Herzlich (2001)

As representações da saúde e da doença sempre aparecem articuladas às visões que os homens e mulheres possuem do biológico e do social. A importância da doença, da saúde, do corpo, dos fenômenos biológicos enquanto objetos metafóricos e enquanto suporte do significado da relação dos indivíduos com o social vem aumentando [...] (HERZLICH, 1991, p. 34).

Sendo assim, é de interesse apontar específicas representações da saúde e da doença pela significação delas na comunidade pesqueira de Barreiras, Diogo Lopes e Sertãozinho.

Nessa perspectiva, a Teoria das Representações Sociais é adequada ao nosso objeto de estudo, uma vez que vamos discorrer sobre crenças, valores e significados representados através dos pescadores e marisqueiras sobre saúde e doença.

2.3 DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)

A opção pela metodologia, de acordo com Goulart (2007), busca uma proposta de desenvolvimento de um método de verificação e análise dos discursos de diversos sujeitos de um determinado grupo social, em situações de interação histórica e cultural, para pesquisadores do modelo qualitativo, através da transformação dos objetivos da pesquisa em perguntas de questionário, passível de ser aplicado no trabalho em campo e, posteriormente, serem, os dados coletados,

reordenados no formato de um discurso coletivo destes variados sujeitos, tendo como resultado imediato a formatação de um discurso unificado destes sujeitos, o que possibilita a sua localização e definição como o “discurso do sujeito coletivo”.

A utilização do Discurso do Sujeito Coletivo como método sistemático de tratamento e análise dos dados, em pesquisas fundamentadas nas Representações Sociais, permite maior objetividade e confiabilidade no processo interpretativo dos dados de uma pesquisa qualitativa, além de favorecer a construção de discursos que representam as falas do grupo de indivíduos sob estudo.

A análise de dados do Discurso do Sujeito Coletivo consiste no preparo da matéria-prima dos depoimentos obtidos da coletividade estudada. É um processo metodológico embasado na teoria das representações sociais. O DSC reúne discursos individuais em um só discurso, sendo resposta a um questionamento de sujeitos sociais que fazem parte de uma mesma cultura, de um grupo social homogêneo.

Refere-se, o DSC a um método qualitativo de análise do discurso que permite obter dados quantitativos da fala de um sujeito e, ao mesmo tempo, compreender qualitativamente o discurso. Um recurso que consiste em descrever o sentido dos discursos individuais existentes nas pesquisas de construção de sentido e de representações sociais. O discurso individual é recortado no que tem de essencial e, assim, o discurso-síntese é inserido em uma única fala coletiva, do conjunto de sujeitos pesquisados, representativa da fala de cada um, que se integra em um compartilhado pensamento coletivo compartilhado, sobre determinado tema.

A fala do discurso coletivo é expressa na *primeira pessoa coletiva do singular*, como se referem Lefèvre, F. e Lefèvre, A. (2010). Cumpre assim, dois aspectos funcionais: “ao mesmo tempo que sinaliza a presença de um sujeito individual no discurso, expressa uma referência coletiva na medida em que esse eu fala pela ou em nome de uma coletividade”. (LEFÈVRE, F. e LEFÈVRE, A., 2010, p. 24 e 25).

Dada a intenção de reconstruir a multiplicidade dos discursos existentes no campo social estudado, a seleção dos sujeitos deve, em conformidade com (LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.; TEIXEIRA, 2000) levar em conta a quantidade, variabilidade e qualidade dos sujeitos a serem entrevistados, em termos da possibilidade de fornecerem dados ricos, interessantes e suficientes para compor e reconstruir o Discurso do Sujeito Coletivo.

Na perspectiva do que apontam Lefèvre. F. e Lefèvre, A. (2003),

Quando se quer conhecer o pensamento de uma comunidade sobre um dado tema, é preciso realizar, antes de mais nada, uma pesquisa qualitativa, já que, para serem acessados, os pensamentos, na qualidade de expressão da subjetividade humana, precisam passar previamente, pela consciência humana. (...) Essas pesquisas devem ser, necessariamente, qualitativas porque tais pesquisas têm justamente como objetivo a geração ou reconstrução de qualidades, como é o caso do pensamento coletivo. (LEFEVRE, F.;LEFEVRE, A. 2003, p.9).

Assim, o valor do discurso é qualitativo, no sentido de ser uma materialidade expressiva e é quantitativo, por conduzir entendimentos e argumentar acerca de valores de pensamentos. É, por isso, um instrumento metodológico que pode ser empregado no estudo do pensamento, isto é, do que os indivíduos que compõem esses grupos pensam e, ao explicitá-lo, representam a partir do seu envolvimento pessoal com o dia a dia ou com os fenômenos produzidos num local de convivência ou de trabalho.

Associado aos softwares Qualiquantisoft e QLQT On-Line, que vem sendo desenvolvido na Universidade de São Paulo (USP), desde o final da década de 1990, para as pesquisas de opinião, de representação social ou, mais genericamente, de atribuição social de sentido, que tenham como material de base depoimentos ou outros suportes de material verbal.

Enquanto técnica o DSC consiste em uma série de operações sobre a matéria-prima dos depoimentos individuais ou de outro tipo de material verbal, operações que redundam, ao final do processo, em depoimentos coletivos. Cada um desses depoimentos coletivos ou DSCs permite veicular uma determinada e distinta opinião ou posicionamento.

Sociologicamente, isso torna-se possível na medida em que se entenda as formações sociais, em conformidade com a Teoria das Representações Sociais (JODELET, 1985), como entidades compostas por representações sociais sob a forma de discursos coletivos que os indivíduos internalizam e vivem como seus. Portanto, diferentes modos de pensar constituindo diferentes tipos de discursos.

As possibilidades teóricas e metodológicas que se pode utilizar numa pesquisa qualitativa podem ser consideradas maiores do que numa análise puramente quantitativa. A abordagem quantitativa leva a uma generalização estatística que no campo da ciência social não contempla adequadamente uma análise. A abordagem qualitativa, por sua vez, permite que haja manifestações mais

amplas, onde as ideias e pensamentos são aprofundados. A análise qualitativa exige a utilização de técnicas que permita uma adequada análise do que os sujeitos expressam em seus discursos, em suas falas.

Lefèvre, F. e Lefèvre, A. (2010, p. 27) apontam que:

O Discurso de Sujeito Coletivo como técnica de pesquisa empírica que tem como objeto o pensamento de coletividades permite iluminar o campo social pesquisado, resgatando nele o universo das diferenças e semelhanças entre as visões dos atores sociais ou sujeitos coletivos que o habitam. (LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A., 2010, p. 27)

O Discurso do Sujeito Coletivo (LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A., 2010) permite a identificação de representações sociais (MOSCOVICI, 1978; JOVCHELOVITCH, 1995) dos atores, realizada com a ajuda de instrumentos de pesquisa que privilegiam a análise de conteúdo do discurso. Esse aspecto é de fundamental importância, para Bourdieu (1997) na identificação da utilização particular de uma soma de sinais, códigos e linguagens, estabelecendo ações e relações humanas.

Nessa acepção, as representações sociais atuam como uma área de conhecimento específico que tem por finalidade a elaboração de condutas comportamentais e estabelece a comunicação entre sujeitos em um grupo social produtor de interações interpessoais (MOSCOVICI, 2001). São modelos de conhecimento organizados socialmente, viabilizando a compreensão e a comunicação dos indivíduos com o mundo, uma forma de conhecimento prático (JODELET, 1989) possibilitando a formação de um contexto comum a um grupo social. Ao retratar a realidade, portanto, as representações são pontuadas enquanto meios centrais na estrutura analítica do social, abrangendo, por conseguinte, a esfera política.

Spink (1993) considera que o aspecto construtivista das representações sociais compreende o conhecimento prático (senso comum) e a função desse saber consiste em estabelecer uma ordem que permita ao sujeito orientar-se em seu mundo social e material, possibilitando, dessa forma, a comunicação entre os membros de um mesmo grupo.

Para Moscovici (2003), representando-se uma coisa ou uma noção, não produzimos unicamente nossas próprias ideias e imagens: criamos e transmitimos um produto progressivamente elaborado em inúmeros lugares, segundo regras variadas. Dentro desses limites, o fenômeno pode ser denominado representação

social. Nesse pensamento, a técnica do *Discurso do Sujeito Coletivo* é construída do conhecimento verbal, agrupando-se em opiniões coletivas, originando um apanhado de discursos coletivos.

O resgate do pensamento de uma determinada coletividade sobre um objeto de estudo por meio de pesquisa empírica, só torna-se legítimo através de uma expressão linguística, por um depoimento discursivo, pelo posicionamento. No DSC, por discurso de vários indivíduos e a expressão de seus depoimentos mediante perguntas abertas, se chega ao discurso coletivo. Uma produção representada por uma soma de vários discursos.

Expressa, portanto, uma soma qualitativa (LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A., 2005) na medida em que cada depoimento ou extrato de depoimento de cada entrevistado faz parte de um determinado discurso coletivo que agrega relatos com sentidos semelhantes ou complementares. Sendo assim, a proposta dos Lefèvre (2005) fundamenta-se na teoria da Representação Social e nos pressupostos sociológicos, linguísticos e psicológicos, de forma a considerar que ao analisar o material verbal coletado em uma pesquisa de campo, pode-se compor um ou vários discursos-síntese que são, enfim, os DSC.

No DSC é através do discurso de vários indivíduos e a livre expressão de seus depoimentos possíveis mediante perguntas abertas, que se chega ao discurso coletivo. Esta operação de coleta de dados deve, portanto, obedecer ao princípio de que cada um dos depoimentos realizados na pesquisa carregam valores de pensamento coletivo, que devem ser extraídos, sistematizados e ordenados na forma de Expressões Chave, Ideias Centrais e Ancoragens.

Para que se produzam os DSCs, são necessários quatro operadores, que são de acordo com Lefèvre, F. e Lefèvre, A., (2010).

1. Expressões-chave (ECH): trechos literais (contínuos ou descontínuos) de partes dos depoimentos que melhor representam o conteúdo dos discursos mais diretamente relacionados ao objetivo da questão. Partes destacadas da fala do entrevistado, que expressam a essência do depoimento e adequada forma do conteúdo. São fundamentais para a elaboração do DSC, precisando ser adequadamente coletadas;
2. Ideia Central (IC): nome ou expressão linguística; fórmulas sintéticas que traduzem, revelam e descrevem o essencial do conteúdo discursivo

explicitado pelos sujeitos nos discursos. Cada conjunto homogêneo de ECHs recebe o nome de Categoria;

3. Ancoragem (AC): no momento em que se encontram, no discurso, os traços linguísticos externados em forma clara das teorias, hipóteses, conceitos, crenças e ideologias revelados e presentes na fala do entrevistado. Nem sempre as Ancoragens estão presentes nos discursos analisados;
4. Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): refere-se à reconstrução com partes de discursos individuais, buscando resgatar o discurso como signo de conhecimentos dos próprios discursos. Deve ser redigido na primeira pessoa do singular, de ECH que tem em comum a mesma IC ou AC.

Como atributos quantitativos do DSC considera-se a intensidade e a amplitude. O conceito de intensidade permite ao pesquisador conhecer, no campo pesquisado, o grau de compartilhamento das Representações Sociais entre a população pesquisada, pelo fato de referir-se ao número ou percentual de indivíduos que contribuíram com suas expressões-chave relativas às Ideias Centrais ou Ancoragens semelhantes ou complementares. Já a amplitude, refere-se à medida da presença de uma ideia ou representação social considerando o campo ou universo pesquisado (LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A., 2010).

Foto 3: Reserva de Desenvolvimento Sustentável Ponta do Tubarão.
(Primeiro distrito: Barreiras)



Fonte: Arquivo da Pesquisadora

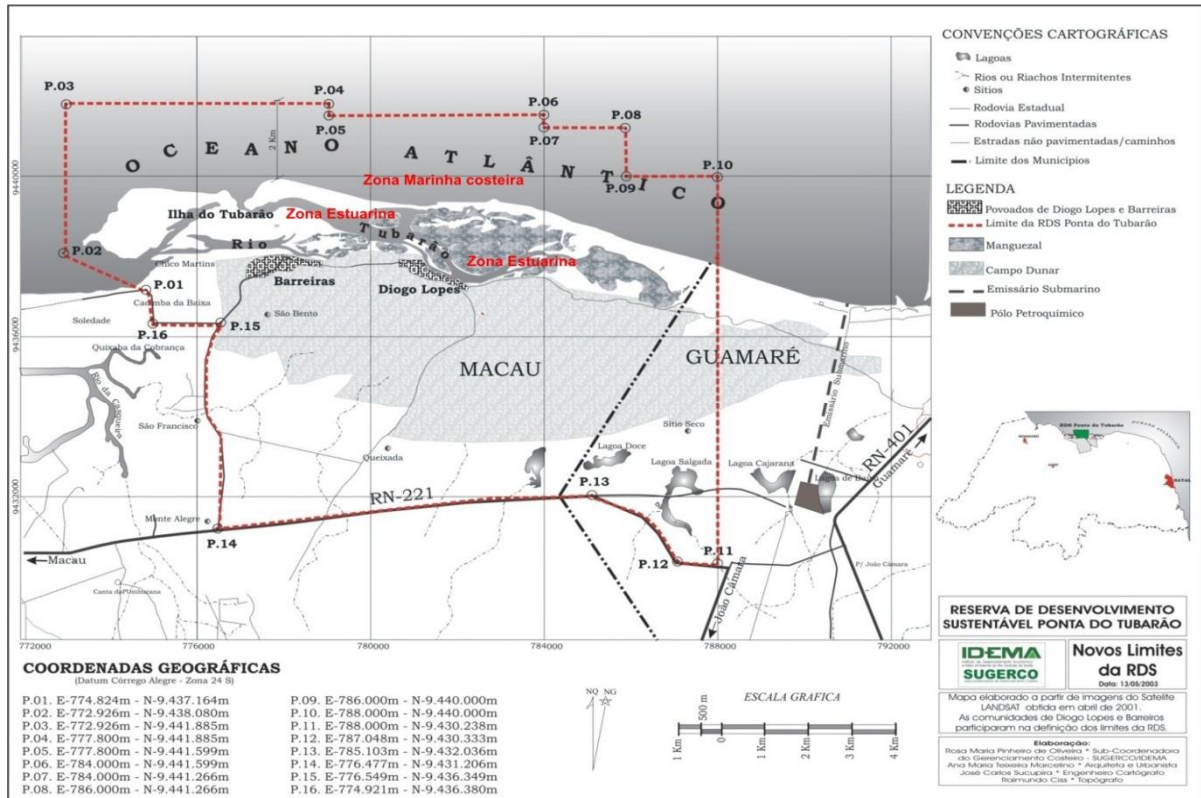
CAPÍTULO 3

O CAMPO DE PESQUISA

Inevitavelmente, qualquer trabalho que venha a ter como tema o universo dos seres humanos que vivem da pesca, se alimenta de expectativas literárias, dada a proximidade com o caráter mítico e fantástico que o ambiente suscita.. tem sido sempre assim: o fascínio precede e invoca a fantasia. (Histórias de Pescador: as culturas populares nas redes das narrativas, FONSECA, 2008, p.13)

3 LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE MACAU E DA RDSPET PONTA DO TUBARÃO

Mapa 2: Mapa de delimitação da Reserva de Desenvolvimento Sustentável Ponta do Tubarão



Fonte: IDEMA (2004)

O município de Macau/RN está situado na Subzona Salineira do Rio Grande do Norte (05 06' S e 36 38' 02" O), situando-se na várzea terminal do Rio Piranhas Açú. A distância da capital é de 180 km. Segundo o IBGE-CENSO (2010), a população total é de 28.954 mil habitantes. A área do município é de 788.022 km², o que equivale a 1,58% da superfície estadual. Limita-se ao Norte com o Oceano Atlântico; ao Sul com os municípios de Pendências, Afonso Bezerra e Alto do Rodrigues, ao Leste com Guimarães e Pedro Avelino; e ao Oeste com os municípios de Carnaubais e Porto do Mangue. A altitude média é 4m acima do nível do mar.

A Reserva de Desenvolvimento Sustentável Estadual Ponta do Tubarão (RDSEPT), criada em 2003, com o objetivo de preservar os recursos naturais e a sustentabilidade da população local, localiza-se no litoral setentrional do estado do Rio Grande do Norte, compreendendo seis comunidades pesqueiras localizadas no Município de Macau/RN. Nestas, habitam populações tradicionais, caracterizadas

pela íntima dependência dos recursos naturais, pelo pertencer e apropriar-se de um território onde se reproduzem social, econômica e simbolicamente pelo fato de permanecer na ocupação desse território por várias gerações (Diegues, 1996).

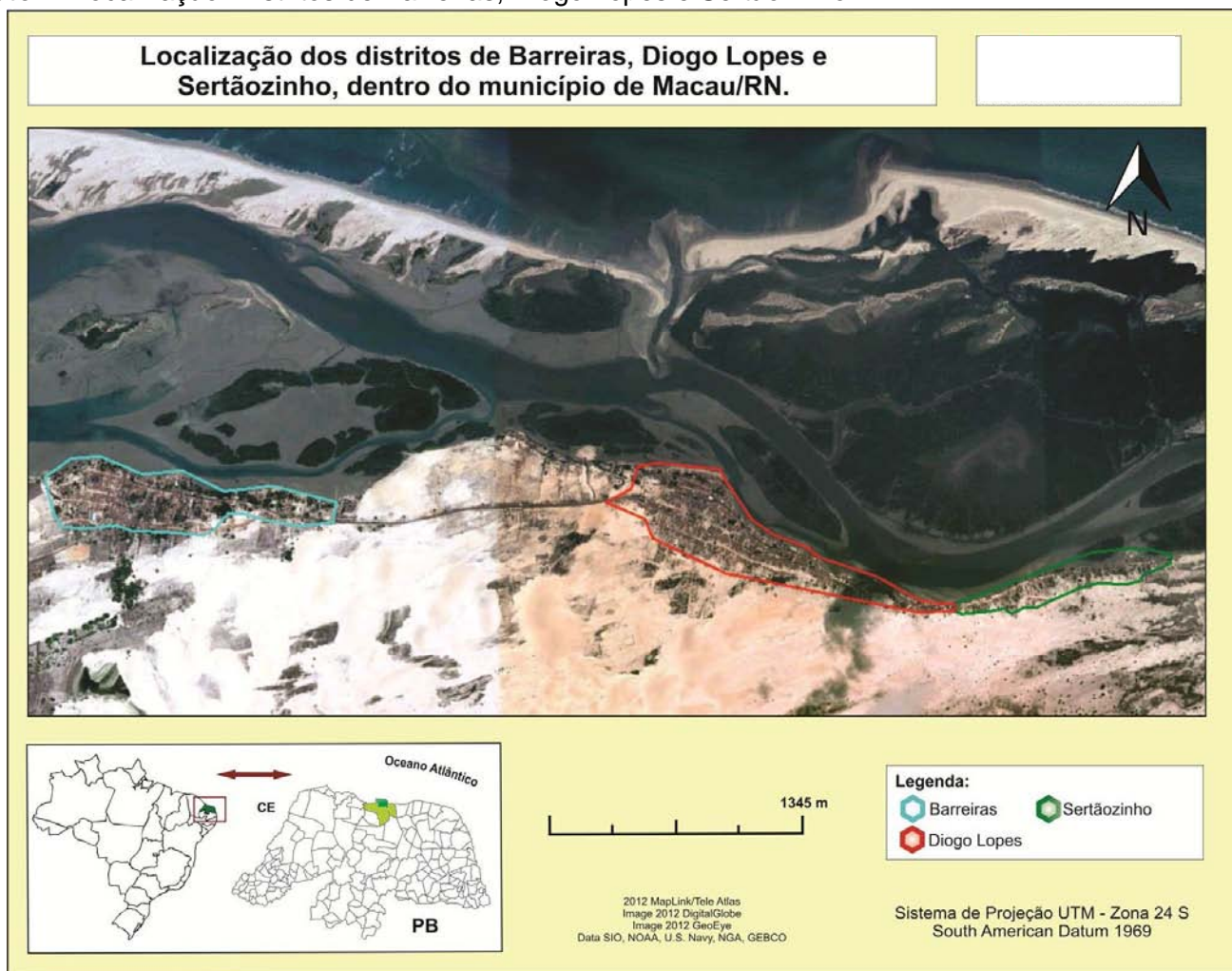
É uma região compreendida pelo sistema do Rio Tubarão, a Ponta do Tubarão; engloba as dunas e restingas adjacentes às comunidades pesqueiras de Barreiras, Diogo Lopes e Sertãozinho (Município de Macau) e as comunidades agrícolas de Mangue Seco I, Mangue Seco II e Lagoa Doce (Município de Guimarães). É denominada Reserva de Desenvolvimento Sustentável (RDS) a Unidade de Conservação de Uso Sustentável com áreas naturais que abrigam populações tradicionais, cuja existência baseia-se em sistemas sustentáveis de exploração dos recursos naturais, desenvolvidos ao longo de gerações.

A pesca, além da agricultura de subsistência, é responsável pela circulação da maior parte dos recursos financeiros produzidos na Reserva. A catação de búzio ou marisco é outra atividade desenvolvida, em geral pelas famílias dos pescadores, principalmente mulheres e crianças. Na RDSEPT, as mulheres mantêm uma estreita relação com o meio ambiente do manguezal, tirando dele, a complementação da renda familiar, e também para subsistência. Nobre (2005) mostra que basicamente todas as famílias sobrevivem direta ou indiretamente da pesca, gerando um comércio que faz circular grande parte dos recursos financeiros na própria comunidade.

3.1 LOCALIZAÇÃO DOS DISTRITOS: BARREIRAS, DIOGO LOPES E SERTÃOZINHO

Os distritos de Barreiras, Diogo Lopes e Sertãozinho possuem o maior contingente populacional da RDS Ponta do Tubarão, totalizando 4.581 habitantes (Prefeitura Municipal de Macau – 2012), caracterizando-se como área de maior produção material para a sobrevivência da população tradicional, em especial de pescadores artesanais e marisqueiras. Distritos caracterizados por uma variedade ambiental de mares, mangue, restinga, rio, estuário, dunas, falésias, coqueirais, caatinga, tabuleiros e lagoas, abrigando uma natureza intocável.

Foto 4: Localização: Distritos de Barreiras, Diogo Lopes e Sertãozinho



Fonte: Gilvan Melo Júnior (2012)

De acordo com a historiografia popular, o povoado de Diogo Lopes teve sua origem com os irmãos portugueses Diogo e Gaspar Lopes que aportaram no Rio Tubarão. Moura (2005) descreve que o nome Diogo Lopes, descende, de uma passagem histórica do período da colonização portuguesa.

As comunidades participam das etapas que envolvem o ciclo da pesca, em diferentes atividades, direta ou indiretamente. Os homens dedicam-se à pesca, e um percentual das mulheres se ocupa de atividades ligadas à pesca, à educação e à saúde da comunidade. A maioria dos pescadores exercem a atividade da pesca “tanto de dia quanto à noite” (MILLER, 2012 p. 206).

Para (DIAS, 2006, p.76) “embora uma parte significativa do sustento nas comunidades seja proveniente das pescarias realizadas em alto-mar (e.g. pescarias de sardinha e peixe-voador)”, os recursos do manguezal, “incluindo peixes, crustáceos e moluscos, são importante fonte de alimento e renda” para as comunidades ribeirinhas que vivem na região.

Até os anos 70, existia uma trilha carroçável ligando Diogo Lopes à Macau, mas era intransitável durante épocas de inverno ou nas grandes marés. Quando foi confirmada a produção de petróleo no campo terrestre, a Petrobrás nivelou e asfaltou as estradas da região. O diferencial de Diogo Lopes está no manguezal que separa a comunidade dos pescadores do mar. O mangue que é entrecortado pelo pequeno rio Tubarão, que quase desaparece quando a maré está seca.

A comunidade praiana da localidade de Barreira, situada a 20 quilômetros da cidade de Macau-RN, foi fundada no dia 9 de abril de 1853. A povoação ficou conhecida em decorrência de suas belas praias, dunas e coqueirais.

Por trás da pequena comunidade de Sertãozinho, as dunas móveis formam grandes falésias que encontram a caatinga, separando o sertão e o mar numa cena única, mágica.

Merece ressaltar, corroborando com Goulart (2007) e Nobre (2005), através de observações realizadas, sobre a luta social desenvolvida pela população, para a manutenção do território e a preservação dos modos tradicionais de vida diante das lutas sociais em sua própria história, representada por diversos segmentos da sociedade. Movimentos que apontam preocupações com a continuidade de sistemas naturais ou de ameaças de cunho social e humano. Um fato marcante devido a essa organização ocorreu em 05 de junho de 2003, com a criação da Reserva de

Desenvolvimento Sustentável Estadual – Ponta do Tubarão. Atualmente essa história da criação é narrada por diversos atores sociais que participaram direta e indiretamente do rito de criação.

Foto 05: Ecoposto Estadual Ponta do Tubarão (localizado entre os distritos de Barreiras e Diogo Lopes)



Fonte: Arquivo da Pesquisadora

A criação da RDS tem como objetivo preservar a natureza e, ao mesmo tempo, assegurar as condições e os meios necessários para a melhoria dos modos e da qualidade de vida das populações tradicionais, bem como valorizar, conservar e aperfeiçoar o conhecimento e as técnicas de manejo do ambiente pelas populações tradicionais. A sua gestão é feita através de um Conselho Deliberativo (Conselho Gestor), presidido pelo órgão responsável por sua administração (IDEMA/RN), representantes de órgãos públicos, de organizações da sociedade civil e das populações tradicionais residentes na região. O Conselho Gestor reúne-se a cada dois meses com a finalidade de discutir matérias relacionadas a administração da reserva, como por exemplo: elaboração de propostas referentes ao zoneamento ecológico econômico da área.

Foto 06: Marco sinalizador de entrada na Área de RDSEPT-Macau-RN



Fonte: Arquivo da Pesquisadora

A foto sinaliza como um “pontal” de entrada, onde o primeiro acesso é o distrito de Barreiras.

Foto 07: Marco na entrada do distrito de Barreiras



Fonte: Arquivo da pesquisadora

Foto 08: Divisa entre os distritos de Diogo Lopes/Sertãozinho



Fonte: Arquivo da Pesquisadora

Foto 09: Posto de Saúde da Família (PSF) – Diogo Lopes – Macau/RN
Inaugurado em 2005



Fonte: Arquivo da Pesquisadora

O PSF localizado em Diogo Lopes atende também à comunidade de Sertãozinho. De acordo com dados coletados pelos Agentes Comunitários de Saúde e na Colônia de Pescadores Z-41, cada PSF tem para atendimento à população: um médico, um enfermeiro e um dentista.

Foto 10: Posto de Saúde da Família (PSF) - localizado no distrito de Barreiras – Macau/RN



Fonte: Arquivo da Pesquisadora

Foto 11: Colônia de Pescadores – Z-41 (Distrito de Diogo Lopes)



Fonte: Arquivo da Pesquisadora

Sobre a historicidade e o surgimento das colônias de pescadores no Brasil, Moraes (2001) sinaliza que ocorreu a partir de 1919, em decorrência de que o país em início do século XX, importava peixes, apesar do vasto litoral; e por razões políticas, baseando-se na defesa nacional, após primeira guerra mundial, aumentou o interesse do Estado em defender a costa brasileira. Ninguém melhor do que os pescadores para conhecer e desafiar os “segredos” do mar.

Desde a Constituição Federal de 1988, os pescadores artesanais conquistaram avanços no que tange aos direitos sociais e políticos, quando as colônias de pescadores, por meio do artigo 8º foram equiparadas aos sindicatos de trabalhadores rurais, recebendo a configuração sindical (MORAES, 2001).

Em Diogo Lopes está localizada a colônia Z-41, criada em 11 de outubro de 1997 para atender reivindicações da comunidade pesqueira. Atualmente, esta colônia registra aproximadamente 880 sócios. Destes, há em torno de 370 pescadores e 80 marisqueiras na qualidade de sócios ativos. Aposentados somam em número de três.

3.2 ASPECTOS ÉTICOS

Seguindo critérios necessários, o projeto de pesquisa foi apresentado, pela pesquisadora, e recebeu aprovação, na 56ª Reunião Extraordinária do Conselho Gestor da RDS Estadual Ponta do Tubarão, ocorrida em 22 de Maio de 2012, no Ecoposto da Unidade de Conservação, localizada em Diogo Lopes. (ANEXO A)

Atendendo a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta investigações envolvendo seres humanos, processou-se o encaminhamento de toda a documentação referente ao protocolo da pesquisa ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CEP-CENTRAL), que deliberou Parecer como APROVADO para a realização da mesma. (ANEXO B)

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A população, integrante da pesquisa, é constituída por dois grupos de pescadores e marisqueiras, cadastrados e sócios ativos na Associação Colônia de Pescadores Z-41, localizada no distrito de Diogo Lopes, município de Macau-RN. Portanto, o procedimento seguido para a escolha dos sujeitos pautou-se na constituição de um universo limitado de ação da pesquisa, onde tornou-se possível o conhecimento de todos os elementos que o compõem, permitindo o conhecimento aprofundado das características de todo ou de quase todo o universo a ser pesquisado.

A escolha dos sujeitos representou o primeiro momento prático de aplicabilidade do método. Essa escolha se deu pela opção de trabalharmos com homens e mulheres que estejam no exercício da atividade e/ou afastados da pesca e mariscagem respectivamente, levando em conta suas características pessoais e ideológicas, as quais se integram à problemática do fato social com o intuito de destacar seus discursos sobre o tema em estudo.

Para a definição dos sujeitos da pesquisa foram adotados os seguintes procedimentos:

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

Levantamento de sócios (pescadores e marisqueiras) cadastrados na Colônia de Pescadores Z-41, localizada em Diogo Lopes, buscando atender aos seguintes critérios de seleção:

- ✓ Após inteirar-se do (TCLE) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C), aceitar participar do estudo;
- ✓ Aceitação, após leitura do termo, de permissão de gravação de voz. (ANEXO D)
- ✓ Ser sócio (a) ativo (a) cadastrado (a) no período de 2008-2011 (período selecionado em decorrência da organização estrutural e informatização dos dados cadastrais existentes na Colônia Z-41);
- ✓ Que estejam afastados da atividade pesqueira por motivos de saúde, mediante comprovação médica;
- ✓ Que estejam em atividade da pesca e/ou mariscagem;
- ✓ Ser residente em uma das comunidades objeto da pesquisa: Barreiras, Diogo Lopes e Sertãozinho;
- ✓ Ter na atividade da pesca/mariscagem o principal sustento da família;
- ✓ Que estejam aposentados por invalidez e/ou por tempo de serviço.

Após a aplicação de todos esses critérios, orientados pela lista com a relação total de inscritos na Associação Colônia de Pescadores Z-41, chegou-se a um número de 50 sujeitos a serem entrevistados, cadastrados e associados no período de 2008 a 2011.

A amostra, portanto, está constituída por dois respectivos grupos:

1. 21 pescadores cadastrados na Colônia Z-41, residentes nas comunidades de Barreiras, Diogo Lopes e Sertãozinho, que sejam sócios ativos, no exercício da atividade pesqueira (cadastrados no período de 2008-2011);
2. 29 marisqueiras, igualmente cadastradas na Colônia Z-41. Uma amostra com variação de faixa etária entre 18 e 60 anos, distribuída em intervalos.

Além dos dois respectivos grupos, foram consultados relatórios, documentos e funcionários em diversas instituições: Prefeitura Municipal de Macau; Secretaria de Saúde de Macau; Colônia de Pescadores Z-41; PSF de Barreiras; PSF de Diogo Lopes.

Foto 12: Vista de Diogo Lopes



Fonte: Arquivo da Pesquisadora

CAPÍTULO 4

*Mar, mangue, dunas e uma imensidão de azul
Neste ambiente que é teu caminho
Teu sossego, distração e ocupação
Pescadores, marisqueiras
Pescam teus peixes, coletam teus mariscos, sonhos e esperança.
(Arkeley)*

4 O RESGATE DO PENSAMENTO COLETIVO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa se configura do tipo exploratória, documental, descritiva e quali-quantitativa, desenvolvida e fundamentada com procedimentos correspondentes à metodologia escolhida.

Para o tratamento dos dados, utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo. Como propõem seus autores, possibilita a leitura dos dados quantificáveis com um considerável valor de subjetividade; põe em exercício a prática de um “enfoque quali-quantitativo, contribuindo para o tamanho das amostras e buscando associações entre todo tipo de variáveis objetivas e os discursos coletivos correspondentes”. (LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. 2003, p.7). O discurso é utilizado na primeira pessoa do singular, permitindo sinalizar que a sociedade se impõe ao indivíduo pela internalização inconsciente dos seus discursos.

A proposta do DSC, associada ao software Qualiquantisoft, apresenta por base os pressupostos da Teoria das Representações Sociais. A teoria funciona como um sistema de representação da realidade, que norteia os indivíduos em seu meio físico e social, identificando, assim, seus comportamentos e suas práticas.

4.2 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A proposta do DSC utiliza a forma tradicional de coleta de dados das pesquisas nas Ciências Sociais, como proposta para tabulação de informações provenientes de questões (fechadas e abertas), aplicadas no trabalho em campo.

Os Discursos do Sujeito Coletivo, Lefèvre, F. e Lefèvre, A. (2010) conformam um painel de representações sociais sob a forma de discursos que, enquanto pesquisas sociais empíricas, buscam, com base numa série de critérios metodológicos, resgatar o pensamento coletivo. Uma dupla representatividade – qualitativa e quantitativa – das opiniões coletivas que emergem da pesquisa: a representatividade é qualitativa porque na pesquisa com o DSC cada distinta opinião coletiva é apresentada sob a forma de um discurso, que recupera os distintos conteúdos e argumentos que conformam a dada opinião na escala social; mas a representatividade da opinião também é quantitativa porque tal discurso tem,

además, uma expressão numérica (que indica quantos depoimentos, do total, foram necessários para compor cada DSC) e, portanto, confiabilidade estatística, considerando-se as sociedades como coletivos de indivíduos.

Lefèvre, F. e Lefèvre, A. (2010), através do DSC, sustentam que a entrevista seja feita ao universo participante, possibilitando a ampliação de sujeitos e respectivos discursos para análise.

Dessa forma, a entrevista seguiu o roteiro descrito a seguir:

- ✓ Aplicação de um formulário estruturado, que forneceu o perfil socioeconômico. (questões fechadas);
- ✓ Aplicação de um questionário com 04 questões abertas e seus respectivos objetivos (organizado e estruturado de acordo com a pesquisa).

4.3 APLICAÇÃO DO PRÉ-TESTE

Iniciamos o trabalho de campo em 20 de agosto de 2012, estendendo-se até 30 de novembro de 2012, nos distritos de Barreiras, Diogo Lopes e Sertãozinho.

Efetivamente, prosseguindo com o trabalho em campo, estivemos em 20 de agosto, na Colônia Z-41 localizada em Diogo Lopes, no turno da manhã, para uma conversa com a funcionária Andréa Silva. Momento em que nos foi entregue uma cópia digitalizada com os nomes dos participantes da pesquisa.

Para tanto, seguimos criteriosamente as fases de: preparação para a pesquisa; elaboração do plano piloto; montagem do referencial teórico; montagem do aparato instrumental de abordagem e de coleta de dados (questionários, roteiros de entrevistas, etc); realização das entrevistas (previamente agendadas, realizada nas residências e nos ranchos. Utilizou-se Gravador SONY – ICD – Px312); aplicação de questionários; análise do material recolhido (tabulação, transcrição das entrevistas, montagem dos quadros dos Instrumentos de Análise de Discurso) e Construção do DSC a partir dos IAD e análise do DSC.

Como ponto de partida, para realização dos procedimentos correspondentes à metodologia escolhida, organizamos previamente um instrumento de coleta de dados com 05 (cinco) questões.

Efetivamos a aplicabilidade de um **pré-teste**, em campo, nos distritos de Barreiras, Diogo Lopes e Sertãozinho, realizado no período compreendido de 21 a 23 de agosto de 2012, para tão somente avaliar o instrumento de coleta de dados e a obtenção definitiva do roteiro de perguntas.

O pré-teste, para quem utiliza o DSC, é uma etapa considerada fundamental, pois com os objetivos propostos o pesquisador poderá analisar se os está atingindo e se todos os estratos de sujeitos pesquisados os estão compreendendo perfeitamente. (LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A., 2010, p.58)

Selecionamos 04 sujeitos da pesquisa, que obedeciam aos critérios de inclusão referidos anteriormente. Foram respectivamente entrevistados, 02 (dois) pescadores e 02 (duas) marisqueiras. Em Barreiras: 1 (uma) marisqueira; em Diogo Lopes: 2 (dois) pescadores e em Sertãozinho: 1 (uma) marisqueira. As entrevistas com os pescadores foram realizadas no rancho de pesca de propriedade dos entrevistados (localizado em Diogo Lopes) e com as marisqueiras, foram realizadas nas respectivas residências (com contato previamente agendado).

A escolha para o pré-teste deu-se por critérios de idade, tempo de atividade e/ou tempo de aposentadoria, considerando também em serem moradores dos três distritos: Barreiras, Diogo Lopes e Sertãozinho, respectivamente.

Foram transcritas em seguida, pela pesquisadora, as entrevistas do pré-teste. Dos discursos obtidos e analisados, houve necessidade de um ajuste em uma das questões do roteiro de perguntas, obtendo desta forma finalmente um roteiro satisfatório: um formulário estruturado que forneceu o perfil socioeconômico, a composição familiar e a percepção sobre saúde e doença pelos entrevistados e um roteiro com 4 (quatro) questões abertas com seus respectivos objetivos.

As entrevistas seguiram um roteiro estruturado, uma vez que se pretendeu, dar voz ao sujeito da pesquisa. Lefèvre, F. e Lefèvre, A. (2003) sugerem que a entrevista seja feita ao universo participante, possibilitando a ampliação de sujeitos e respectivos discursos para análise. Tal propósito exigiu da entrevistadora intervir apenas o necessário para não correr o risco de estar direcionando o conteúdo das opiniões. Todas as entrevistas realizadas foram previamente agendadas com os participantes da pesquisa. Os relatos dos sujeitos da pesquisa foram armazenados em instrumentos digitais adequados (Gravador SONY – ICD – Px312) e software para posterior avaliação e propostas.

Para a elaboração do roteiro de entrevista, contendo as perguntas com as quais realizamos o quadro de análise do DSC e respectivos objetivos, com base na orientação dos Lefèvre, F. e Lefèvre, A. (2003) chegamos ao resultado com as questões enunciadas a seguir:

Pergunta 1:

- Você teve ou tem algum problema de saúde? Fale um pouco sobre isso.

Objetivo: Conhecer os tipos de doenças que os pescadores e marisqueiras enfrentam e a representatividade que tem em sua vida.

Pergunta 2:

- O que o (a) senhor (a) faz quando aparece alguns desses problemas importantes?

Objetivo: Resgatar as estratégias de cuidado aos agravos a saúde.

Pergunta 3:

- Para o (a) senhor (a) o que significa saúde?

Objetivo: Identificar e conhecer a representação de saúde para eles.

Pergunta 4:

- Para o (a) senhor (a) o que significa doença?

Objetivo: Identificar e conhecer a representação de doença para eles.

Desta maneira, como resultados e discussão sobre o Método de Análise dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC), que experimentamos no pré-teste, comprovamos a validade de sua aplicação. A seguir, portanto, apresentamos os aspectos centrais e de análise do DSC, aplicado e desenvolvido na pesquisa.

4.4 ANÁLISE DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)

Acreditamos, conforme Goulart (2007) que o nível de escolhas do trabalho metodológico, corresponde às necessidades que se apresentaram no trabalho em campo. E dessa forma, tentamos, através do rigor procedimental, assegurar a aplicabilidade dos meios de trabalho propostos no DSC, para garantir validade e profundidade, tanto nos dados recolhidos, como em sua análise, de maneira a respeitar o modo de pensar sobre saúde e doença dos pescadores e marisqueiras.

4.4.1 Procedimento e tabulação de dados

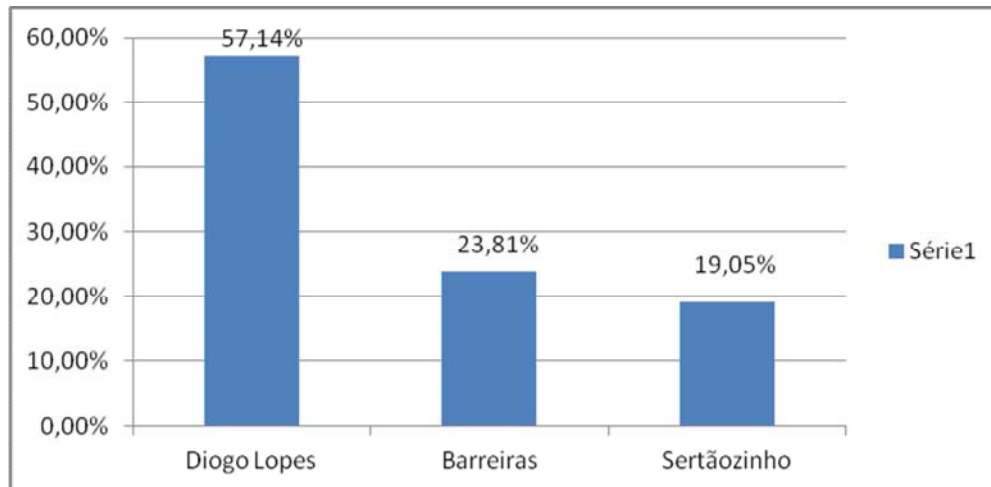
Durante a execução das entrevistas, os sujeitos foram identificados nominalmente, bem como na transcrição das fitas, para facilitar o processo de análise das mesmas e recorrer à memória visando a maior plenitude dos detalhes para a descrição da realização das entrevistas. Os nomes somente foram substituídos por letras (P01, P02, P03....) em referência a “pescador” e (M01, M02, M03...) em referência a “marisqueira”; na composição e construção do Discurso do Sujeito Coletivo.

Esse procedimento foi adotado para preservar a identidade dos entrevistados e garantir seu anonimato, conforme compromisso assumido com os mesmos pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

4.5 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Os dados utilizados para caracterização dos sujeitos do estudo foram realizados através das variáveis sociodemográficas e econômicas, que estão descritas nos gráficos a seguir:

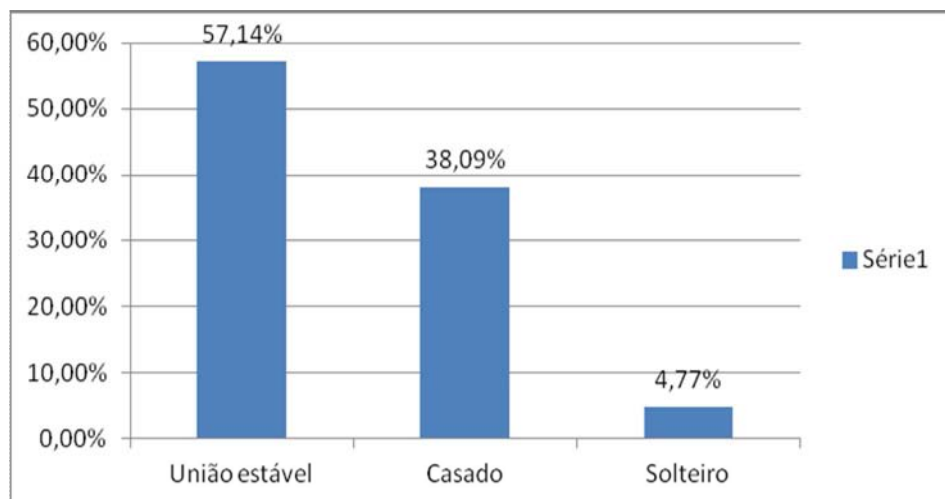
Gráfico 02: Pescadores entrevistados e participantes da pesquisa nos distritos de Barreiras, Diogo Lopes e Sertãozinho – Macau/RN, 2012



Fonte: Elaborado pela autora

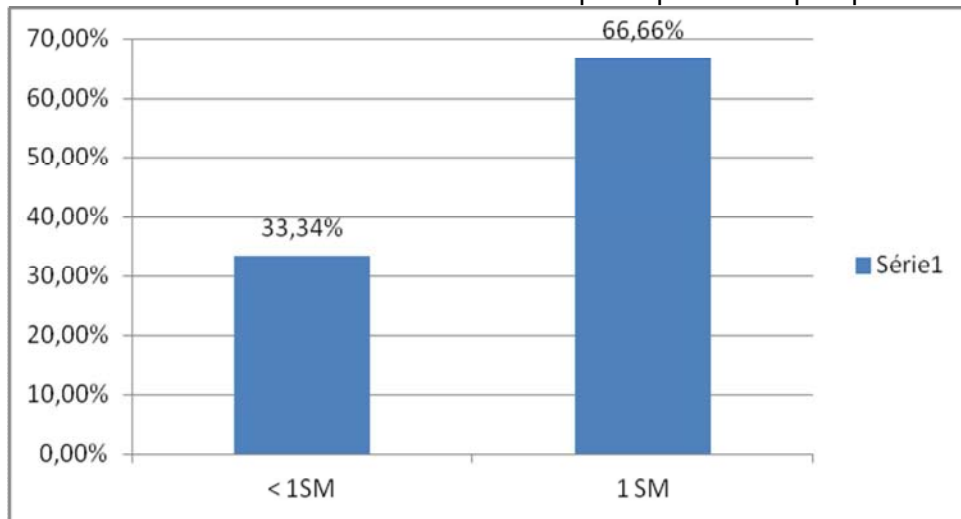
Observa-se que houve um percentual maior de pescadores entrevistados no distrito de Diogo Lopes, seguido de Barreiras e Sertãozinho. Fato decorrente da aplicabilidade dos critérios de inclusão selecionados pela pesquisa agregado a um maior contingente populacional no distrito.

Gráfico 03: Estado Civil dos Pescadores Entrevistados



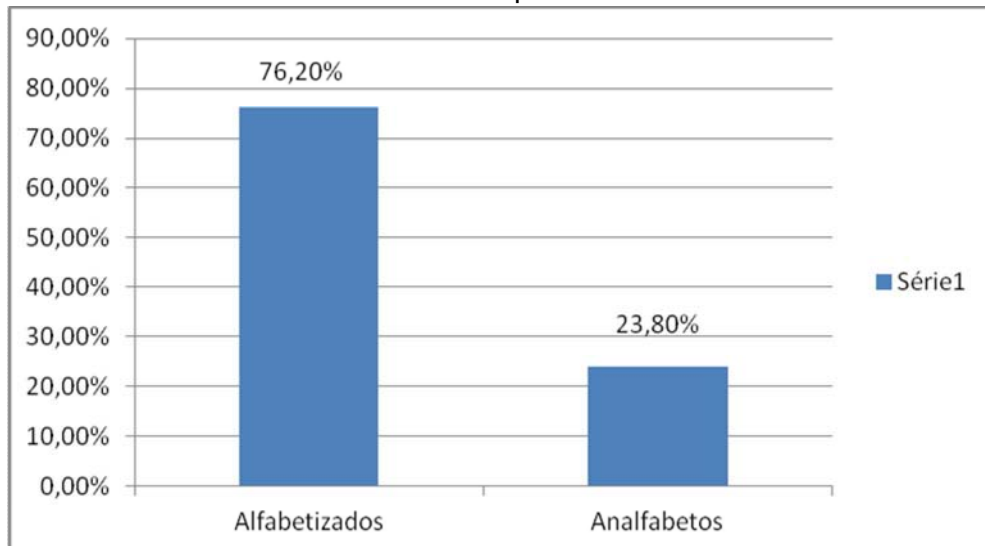
Fonte: Elaborado pela autora

Em referência ao estado civil, 57,14% dos pescadores entrevistados vivem em união estável representando o maior percentual, seguidos do regime casado, representado por 38,09% e 4,77% de solteiros.

Gráfico 04: Renda salarial dos Pescadores participantes da pesquisa

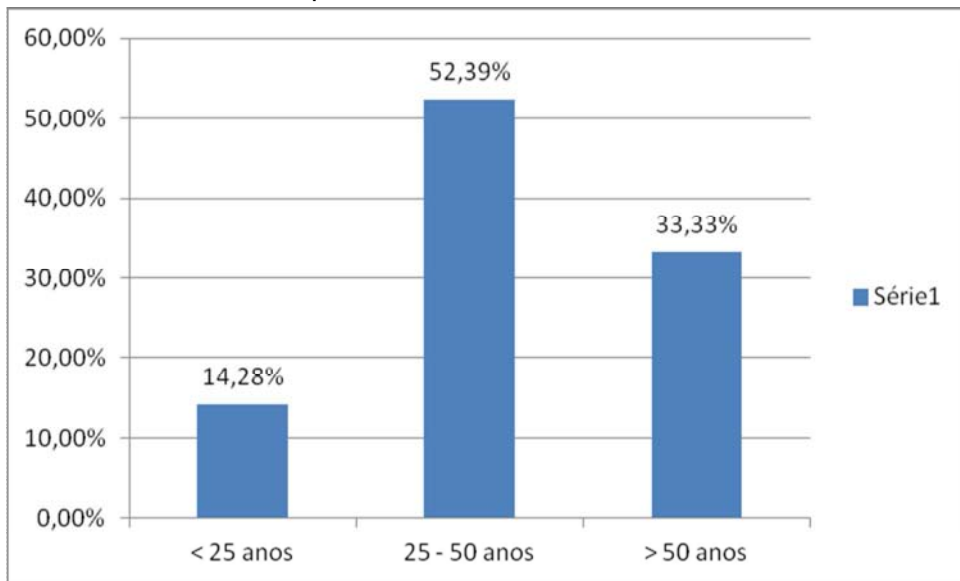
Fonte: Elaborado pela autora

Considerando a renda salarial dos pescadores entrevistados, é apontado pelo gráfico que 66,66% ganham mais de um salário mínimo por mês. E 33,34% menos de um salário mínimo vigente.

Gráfico 05: Nível de escolaridade dos pescadores entrevistados

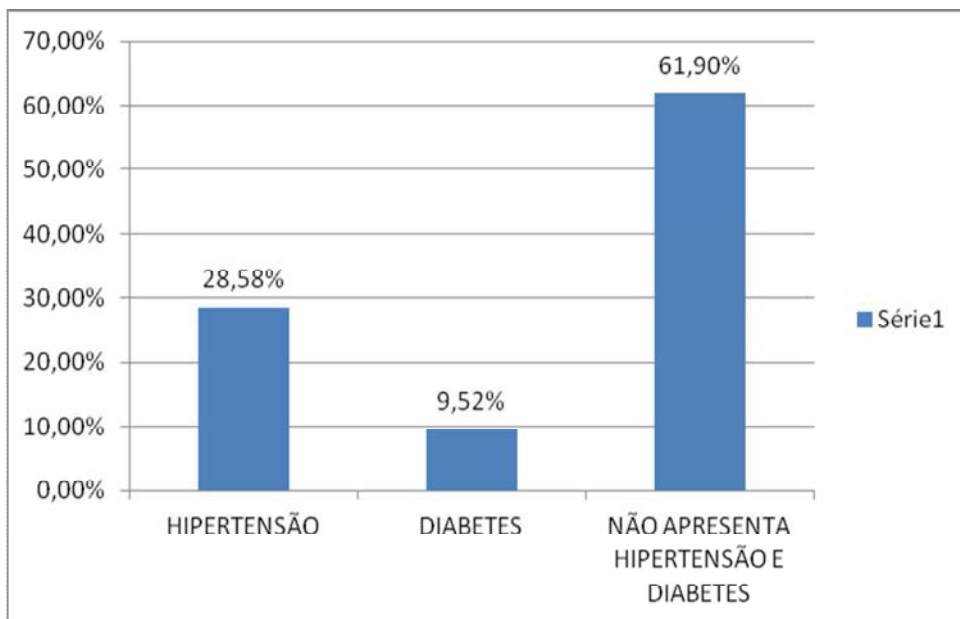
Fonte: Elaborado pela autora

Em referência à escolaridade dos pescadores participantes da pesquisa, houve predomínio dos alfabetizados (ensino fundamental incompleto), representadas por 76,20% e 23,80% de analfabetos.

Gráfico 06: Idade dos pescadores entrevistados

Fonte: Elaborado pela autora

Quanto à idade, observa-se, nos pescadores participantes da pesquisa, uma predominância na faixa etária de 25 a 50 anos, perfazendo um expressivo percentual de 52,39%, seguido do grupo etário de maior de 50 anos com 33,33% e de menores de 25 anos, representado por 14,28%, fato indicador de dificuldades na renovação da força de trabalho desse setor.

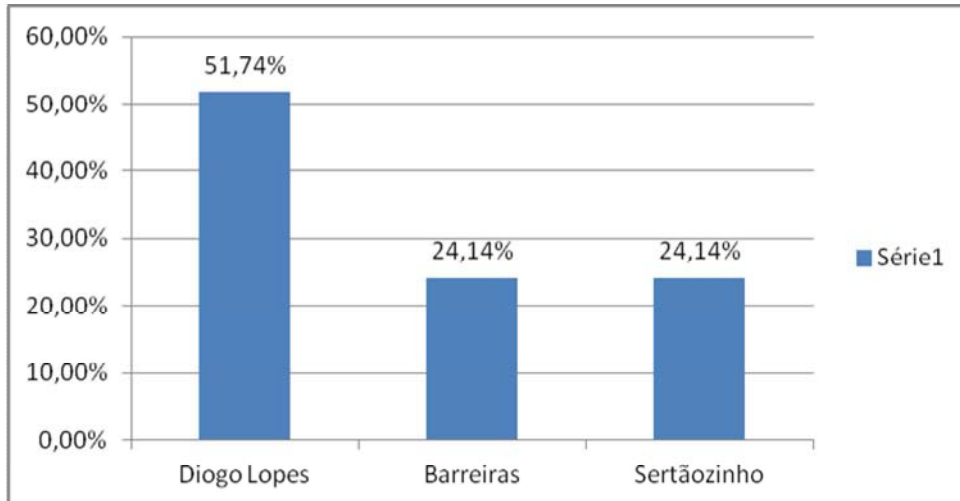
Gráfico 07: Distribuição da frequência da hipertensão e diabetes nos pescadores e marisqueiras entrevistados

Fonte: Elaborado pela autora

Quanto à frequência de hipertensão e diabetes nos pescadores participantes da pesquisa, há um percentual significativo de hipertensos (28,58%) seguidos de um percentual de diabéticos (9,52%).

GRÁFICOS: MARISQUEIRAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

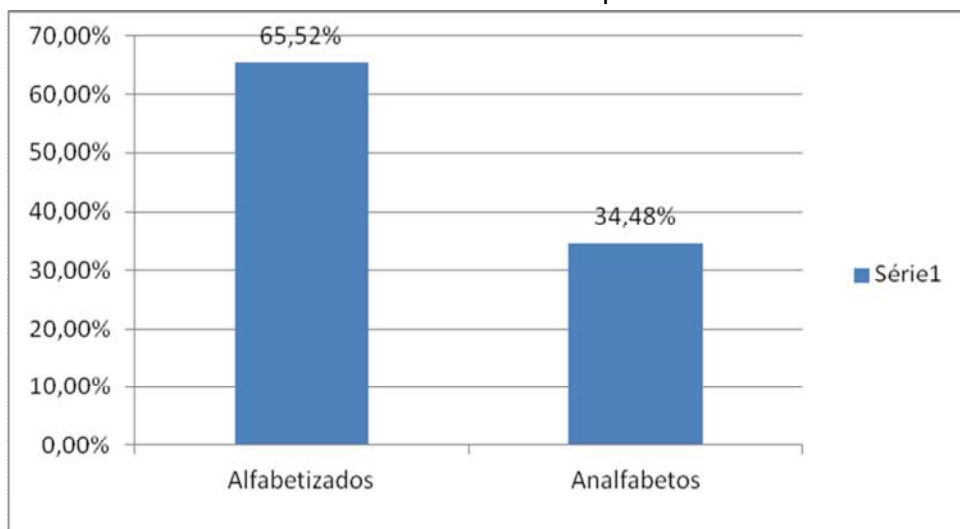
Gráfico 08: Marisqueiras entrevistadas e participantes da pesquisa nos distritos de Barreiras, Diogo Lopes e Sertãozinho – Macau/RN, 2012



Fonte: Elaborado pela autora

Observa-se que houve um percentual maior de marisqueiras entrevistadas no distrito de Diogo Lopes, seguido de Barreiras e Sertãozinho. Fato decorrente da aplicabilidade dos critérios de inclusão selecionados pela pesquisa agregado a um maior contingente populacional no distrito.

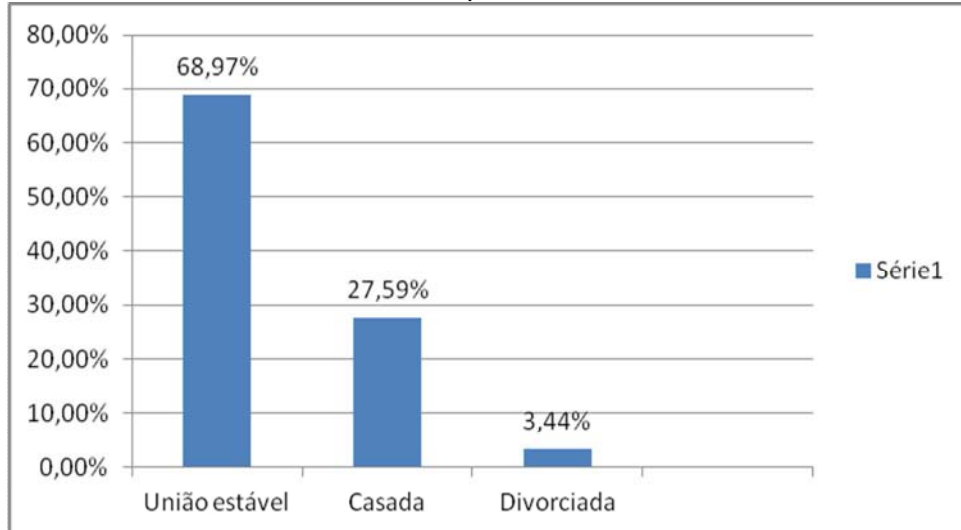
Gráfico 09: Nível de Escolaridade das Marisqueiras



Fonte: Elaborado pela autora

Em referência à escolaridade das marisqueiras participantes da pesquisa, houve predomínio das alfabetizadas (Fundamental Incompleto), representadas por 65,52% e 34,48% de analfabetas.

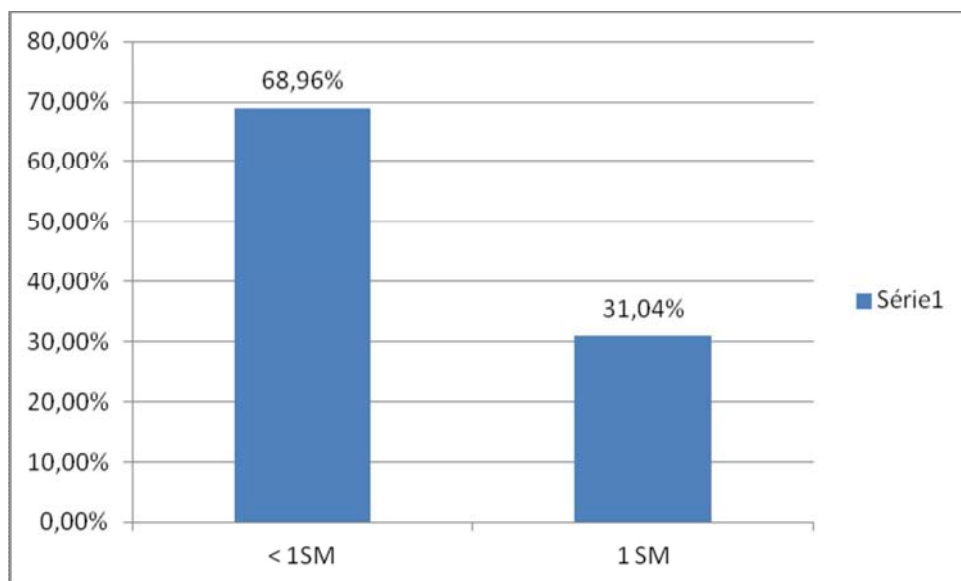
Gráfico 10: Estado Civil das Marisqueiras Entrevistadas



Fonte: Elaborado pela autora

Em referência ao estado civil, 68,97% das marisqueiras entrevistadas vivem em união estável representando o maior percentual; seguidos do percentual de 27,59% para o regime de casada e 3,44% divorciada.

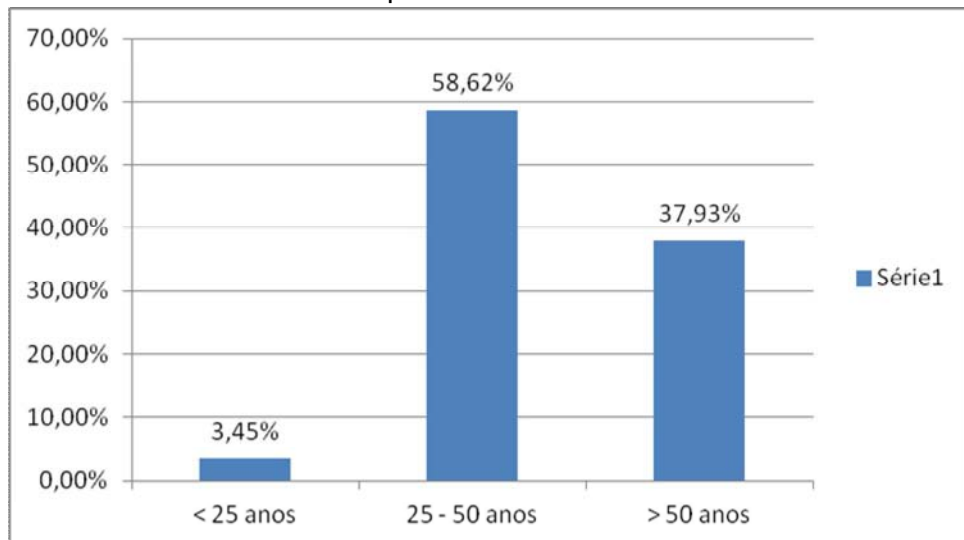
Gráfico 11: Renda salarial das Marisqueiras



Fonte: Elaborado pela autora

Considerando a renda salarial das marisqueiras, é apontado pelo gráfico que 68,96% ganham menos de um salário mínimo por mês. E 31,04% das entrevistadas menos de um salário mínimo vigente. A presença delas tem sido necessária para obtenção de melhoria de renda na família. Corroborando com os dados elucidados, o quilo do marisco é vendido em média de R\$ 6,00 a R\$ 8,00 reais, ou o prato de 700g por R\$ 6,00 reais. (Dados obtidos em conversas informais e com a funcionária da associação de pescadores Z-41 em Diogo Lopes)

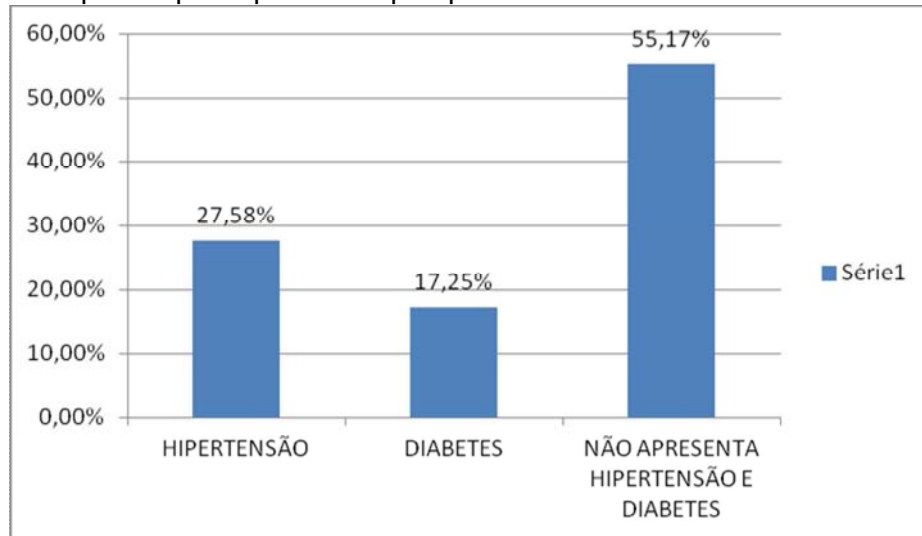
Gráfico 12: Idade das marisqueiras



Fonte:Elaborado pela autora

Quanto à idade das marisqueiras participantes da pesquisa, observou-se uma predominância na faixa etária de 25 a 50 anos, perfazendo um expressivo percentual de 58,62%, seguido do grupo etário de maior de 50 anos com 37,93% e de menores de 25 anos, representado por 3,45%.

Gráfico 13: Distribuição da frequência de hipertensão e diabetes nas marisqueiras participantes da pesquisa.



Fonte: Elaborado pela autora

Quanto à frequência de hipertensão e diabetes nas marisqueiras participantes da pesquisa, há um percentual significativo de hipertensas e diabéticas, representados respectivamente por 27,58% e 17,25%. Em visita do PSF – Programa de Saúde da Família, percebe-se uma certa preocupação, em relação ao crescente índice dessas doenças crônicas na população, em especial no período de 2008 a 2011.

4.6 DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO

Serão apresentados, a seguir, os discursos obtidos, ilustrados pelas ideias centrais, devidamente representadas pelas categorias, encontradas nas respostas e comentários pertinentes para melhor compreensão desses resultados.

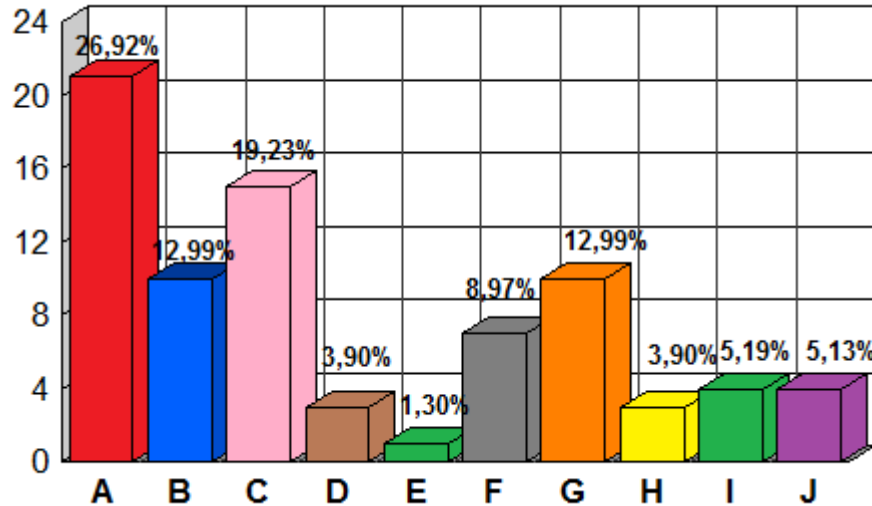
PERGUNTA 1

Você teve ou tem algum problema de saúde? Fale um pouco sobre isso.

Objetivo: Conhecer os tipos de doenças que os pescadores e marisqueiras enfrentam e a representatividade que tem em sua vida.

Na pergunta 01 foram encontradas 10 (dez) categorias/representações nos discursos que são:

Gráfico 14: Distribuição das categorias/representações frente à pergunta 01



Fonte: Programa QualiQuantSoft (elaborado a partir dos dados digitalizados)

- A – Doenças da coluna
- B – Doenças crônicas (Hipertensão e Diabetes)
- C – LER/DORT
- D – Infecção urinária
- E – Próstata
- F – Alergias
- G – Acidentes causados na coleta de mariscos
- H – Gastrite
- I – Problemas na visão
- J – Nenhum problema de saúde

CATEGORIA 1A – DOENÇAS NA COLUNA

Meu pai era pescador. Mexo com peixe desde cedo, desde a época que não tinha gelo, para fazer o sal, e também torcia o fio para fazer o landoá. Minha mão hoje ainda é grossa. Não vou dizer que a gente não tem problema de saúde, porque a

gente tem, é um conjunto de doenças muito grave. Tem dias, que se tira a força, porque infelizmente é o trabalho, mas que condições de trabalhar não se tem. Na realidade, aqui, tem o sol e a salinidade. A primeira coisa que mais me aconteceu foi dores e incômodos com crises de coluna demais, até de hérnia de disco, quase ficando sem poder andar. Para falar a verdade, sinto um cansaço, com a coluna apenas; porque é um serviço que cansa mesmo. Com o tempo, quando chega a uma idade, 35, 40 anos, já começa a sentir as dores... pense, chega arde viu! Eu pensava que era um problema simples, que curava logo, com um mês. Mas não é, pois precisa de repouso. Tentei parar uns dias, e quando voltei, fiz o serviço de mal jeito e minha perna e coluna travou e eu não conseguia trabalhar. Peguei muito peso e senti novamente. Aqui não tem como parar de trabalhar, senão passo fome. Não posso parar nenhuma semana. Problema de coluna não se fica bem de uma vez não. Vi que é sério mesmo o caso. Mas graças a Deus, vou devargazinho, e chego lá. (DSC estruturado com os depoimentos p01; p04; p03; p05; m08; m10; m11; p07; p08; p09; p11; p12; p15; p16; m21; p18; p19; m05; m27; p20).

Fica evidente, nesse DSC, que é comum entre pescadores e marisqueiras, problemas de saúde. Dentre eles, as dores de coluna acontecem causando fortes crises em grande parte dos entrevistados. Em alguns a situação se agrava para hérnia de disco. A idade é um fator que reduz a capacidade de exercer, na totalidade, as atividades da pesca e da mariscagem. Mas diante das circunstâncias, não podem afastar-se da atividade, em face de ter que adquirir o sustento.

CATEGORIA 1B – DOENÇAS CRÔNICAS (HIPERTENSÃO E DIABETES)

Quando eu estava no rancho, eu senti tontura, dor de cabeça e mal estar e fiquei vomitando, e descobri que estava com pressão alta e diabetes. Tomei remédio apenas um período. Não tomo mais. Eles passam o remédio para pressão e quando tomo o remédio, só falto morrer e a cabeça vez por outra ela roda. (DSC estruturado com os depoimentos p02; m06; p06; p07; m13; p13; m17; m18; p18; m24; m02)

O DSC faz emergir a existência da hipertensão arterial (pressão alta) e diabetes, o mal estar causado pelos sintomas e a necessidade de medicação e

acompanhamento médico. Entretanto, devido a reações adversas pelo uso da medicação, deixa de seguir o tratamento.

CATEGORIA 1C – LER/DORT

*O que vou dizer? Eu era muito pequena quando comecei a tirar búzios, subindo ladeira e carregando saco na cabeça. Ainda hoje sinto dores de cabeça. O peso do saco de búzios na cabeça, depois é que a gente vai sofrer. Naquele tempo, minha filha, tirei muito búzios e quando chegava, já estava encomendado. Tirava mais quando o povo encomendava. Hoje em dia, muitas vezes, tenho que colocar na geladeira. Do marisco eu fiquei doente de um braço, que ainda hoje em dia é. Esses ossos, tudo aleijado. Faz mais de um ano e não fica bom e quando pego muito peso, ele dói. Sinto também dores e inchaços nas pernas, nas mãos, e nos pés. Nos joelhos e coluna também, pois quando eu vou para o marisco, tem dias que as pernas ficam muito inchadas e os braços também e dores nos ossos demais, devido aos movimentos. Porque tiro muito búzios de quatro, e sofro para tirar. É um trabalho muito cansativo. Às vezes passo o dia todo dentro da maré. Muita friagem nos ossos e também tem a chuva e o sol. Por vezes, volto debaixo de chuva. Assim, porque a toda hora... o corpo... o trabalho, a samoura, causa muita coisa. Negócio de búzio dá muito trabalho. Não é tanto para tirar da maré. É para organizar. Levar fumaça na cara, para cozinhar os búzios. Aí ele abre. Meu Deus, dá trabalho demais. Mas tive doente viu! Tenho problemas de saúde sim, mas mesmo eu doente, eu não paro a minha batalha, graças a Deus. Me afastei, fiquei fazendo rede, mas parei, porque as mãos adoecem...Aqui não tem outro trabalho, então tem que ser isso mesmo. **(DSC estruturado com os depoimentos m02; m03; m04; m06; m08; m11; m07; m12; m13; m16; m19; m21; m24; m29; m27)***

Discurso compartilhado exclusivamente pelas marisqueiras, levando ao conhecimento de que iniciam na atividade da mariscagem desde a infância, enfrentando as adversidades trazidas pela longa jornada de atividade; pelo ambiente propício a acidentes e exigência de grande esforço físico, que envolve desde a coleta do marisco até a catação, a separação e o cozimento. Com o tempo há um comprometimento do organismo, devido aos esforços repetitivos ou distúrbios osteomusculares (LER/DORT) prejudicando pernas, mãos e pés, que chegam a ficar

inchados e doloridos. Mesmo que ocorra um afastamento temporário, há um retorno à atividade, pelo fato de não haver outro tipo de trabalho na comunidade.

CATEGORIA 1D – INFECÇÃO URINÁRIA

Já tive sim. Uma crise de rim terrível, com fortes dores na bexiga e dor ao urinar. Faz cinco anos que afastei devido a esses problemas. (DSC estruturado com os depoimentos p07; p10; m22)

O discurso evidencia o problema da infecção urinária, onde há fortes crises renais e afastamento da atividade pesqueira.

CATEGORIA 1E – PRÓSTATA

A doença mais difícil que eu peguei foi a da próstata. Em Macau não encontrei tratamento, pela Prefeitura não tinha, então fui tratar em Natal, e tive que pagar, com meus recursos. Essa foi a doença mais pesada que tive. Ainda hoje em dia, me trato, tomo remédio. O doutor disse que eu não podia mais pescar, mais fazer essas coisas.. Mais de vez em quando em faço ainda, eu pesco. Não estou sentindo mais nada. Posso até morrer dela, quem sabe, mas estou me tratando. (DSC estruturado com os depoimentos p17)

Merece ser destacado o depoimento pela afirmação de como é retratada a difícil busca de tratamento para a doença da próstata e também por pertencer ao quantitativo dos discursos disponíveis na comunidade sobre o tema pesquisado. Como não houve condições de tratamento em Macau, por parte da Prefeitura, o pescador teve que ir a capital Natal, com recursos próprios, e custear o tratamento, que se prolonga até hoje. Reclama de que não pode mais exercer a pesca diariamente, mas de vez em quando, sai para pescar.

CATEGORIA 1F – ALERGIAS

Mesmo eu doente, com sinusite alérgica eu não paro a minha batalha, graças a Deus. Quando a sinusite me ataca muito, deixa meu rosto muito inchado, e com dores de cabeça muito forte. Já tive infecção nas narinas. Tirando o marisco,

começou alergia nas mãos, que encheu de caroços e depois pus.. deixei o trabalho para me tratar. Passei mais de 3 meses, porque não tinha condições de ir. Quando não saía nas mãos, saía nos pés. Aqui não tem mais nem cabelo. Já gastei muito dinheiro com isso aqui. Essa alergia é chamada de alergia da maré (maxixe). Hoje amenizou mais porque eu protejo muito com calça. (DSC estruturado com os depoimentos p05; m06; m16; m21; m25; p19; m28)

Nessa resposta, o discurso deixa claro a existência de alergias no grupo, representado por sinusite, dores de cabeça, coceira nas mãos e pés. Houve necessidade de afastamento da atividade, por ausência de condições de trabalhar e em decorrência no agravamento dos sintomas, inclusive utilizando recursos próprios para o tratamento.

CATEGORIA 1G – ACIDENTES CAUSADOS NA COLETA DE MARISCOS

De primeiro não tinha problemas, mas agora tenho. Uma vez, trabalhando com o marisco, levei um corte com búzios cachopa e ele entrou. Não fui ao médico, peguei o couro do pé e cobri. Até hoje tenho a marca que ficou tipo um olho de peixe. Ostra também, tenho cortes e mais cortes nas pernas, nos paus. Também ao cair nos búzios, uma vez, quebrei um dedo, mas ficou bom. Ainda sofro com as espetadas de Niquim, que já levei umas 4 ou 5. Dói muito, deixa a pele dormente, 24 horas de dor, para ele poder parar, ficando depois inchado. Não tomei medicação, pois não passa a dor. Uma foi nas mãos, nos dois dedos, e os restos nos pés. Quando a maré está seca, vou a pé. Aí eles são enterrados, e ao pisar, sinto a espetada. E nas mãos, foi cavando, ele estava enterrado. Outra vez, peguei uma infecção dentro da lama, passei mais de 2 meses parada. É uma lama quente e ruim, que causa coceira e doença, minha barriga doía muito, no pé. Acho que seja um tipo de bactéria, um germe que há na lama. Quando pega nos dedos das mãos, a pele fica em cor de rosa, larga o couro todinho. Certa vez, eu tirava muito marisco, apareceu um carocinho no dedo. Ficou enorme. Vi a hora perder meu dedo. Hoje ele não estica mais, está atrofiado. (DSC estruturado com os depoimentos m02; m04; m09; m10; m11; m14; m15; m20; m21; m23)

A marisqueira descreve, no discurso, os acidentes que podem ser causados na coleta de marisco, como corte nos búzios e ostras, além de quedas. Os ferrões

venenosos dos peixes *Niquim* é uma outra situação preocupante e a proliferação de bactérias na lama quente causando coceiras, irritações e inflamações.

CATEGORIA 1H – GASTRITE

Tenho problemas de saúde sim. Um problema seríssimo no estômago: é a gastrite que me deixa com muita perturbação, incapaz de fazer as coisas. Sinto muita dor, crise e mal estar. Mas mesmo eu doente, eu não paro a minha batalha, graças a Deus. Há meses venho fazendo um tratamento. Uma vez tomei anestesia que apaguei. (DSC estruturado com os depoimentos m06; m08)

Nesse discurso, a gastrite é citada como um sério problema de saúde, causando dor e desconforto, com fortes crises e necessidade de tratamento.

CATEGORIA 1I – PROBLEMAS NA VISÃO

Minha vista ficou muito ruim e tenho problema quando acordo, de manhã, com a visão. Não enxergo nadinha. Fica ardendo, ardendo. Hoje em dia eu uso óculos mas tenho que trocar e tem dia que meus olhos coçam demais e ficam muitos vermelhos. Tenho também nos olhos, catarata e uso colírio direto. Fiz um exame, o meu problema é operar, mas eu tenho medo. É para fazer a raspagem, mas não vou fazer. (DSC estruturado com os depoimentos p03; p14; p15; m24)

O tempo de atividade pesqueira é lembrado com saudosismo e felicidade pelo que viveu e a idade que tem. Queixa da visão, que está ruim, do tratamento que precisa seguir e do medo de cirurgias.

CATEGORIA 1J – NENHUM PROBLEMA DE SAÚDE

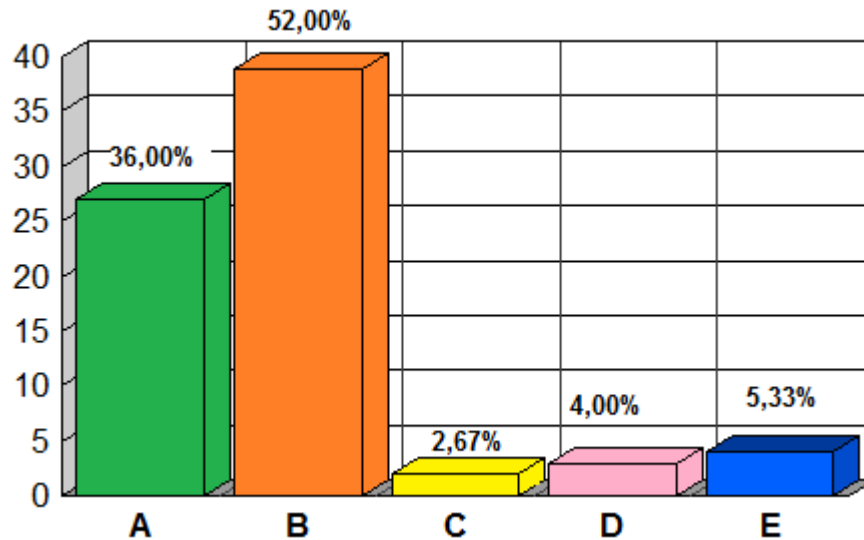
Não. Ainda não tive nenhum problema de saúde até agora, graças a Deus. (DSC estruturado com os depoimentos m19; m26; p21)

No discurso é transcrito a ausência de problemas de saúde.

PERGUNTA 2

O que o (a) senhor (a) faz quando aparece alguns desses problemas importantes?

Objetivo: Resgatar as estratégias de cuidado aos agravos à saúde

Gráfico 15: Distribuição das categorias/representações frente à pergunta 02

Fonte: Programa QualiQuantSoft (elaborado a partir dos dados digitalizados)

CATEGORIAS

A – Recorrência à medicina popular

B – Busca de assistência médica e tratamento

C – Afastamento temporário da atividade da pesca e mariscagem

D – Procura assistência médica em Macau

E - Procura assistência familiar e tratamento em Natal

CATEGORIA 2A – RECORRÊNCIA A MEDICINA POPULAR

Eu considero a saúde hoje no Brasil, em 50%, porque está precisando melhorar. Não vou para o posto, porque não dá jeito mesmo. Eu passo dois, três dias em casa, me tratando, e depois volto às atividades e tomo remédio do mato, indicado na tradição dos mais idosos, é o que faço. Já fiz e tomei garrafadas que é composta de muitas coisas, de mato, de sementes. E dá certo, pois estou contando a estória. Pego o facão, e faço chá de quixabeira branca (cura tudo), raiz de urtiga e cajueiro azedo; tomo uma aguazinha de erva do mato, lambedor de ameixa com marueira e na base da garrafada, quixabeira, jucá. Utilizo também o lambedor e a romã também alivia e o pó de ameixa. Quando tenho inflamações, lavo o dedo com água de pau, pois outra coisa não posso fazer. (DSC estruturado com os depoimentos p03; p05; p01; p19; p21; p16; p10; p12; p09; p08; m24; m15; m18; m07; m27; p20; m01; p02; p04; m05; p06; m10; m18; m22; m20; m23; m21)

O discurso narra a maneira pela qual o grupo social percebe a existência da doença e a ela responde, na procura de tratamento, controle e prevenção, através de conhecimentos de saúde, indicado na tradição dos mais idosos, com a confiança exercida na medicina popular, através das ervas, utilizando práticas populares em busca de soluções para seus problemas de saúde.

CATEGORIA 2B – BUSCA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E TRATAMENTO COM MEDICAMENTOS.

Aqui há um PSF para atendimento médico de Diogo Lopes e Sertãozinho. Em Barreiras tem um outro PSF. Mas não é sempre tem o médico que preciso e tem que escolher o dia de ficar doente. Mesmo assim, quando estou com dores ou sentindo outra coisa, procuro o médico no posto de saúde e conto a situação. Ele passa um comprimido, eu tomo, e com isso melhora, depois volta de novo, e assim vou levando. Exame de sangue também já fiz. Busquei tratamento de injeção de bezetazil e voltarem. Remédios para inflamação, também já utilizei e fiquei melhor. Uma outra vez usei umas pomadinhas e diclofenaco para a coceira, pois a pele estava irritada. Às vezes mandam fazer exames fora, mas não tenho condições. Às vezes vou, às vezes não. Quando posso comprar remédio, eu compro. Às vezes, tem no Posto de Saúde. Quando não..... (DSC estruturado com os depoimentos p04; p15; p06; p20; p14; p13; p11; p02; m10; m03; m11; m09; m13; m05; m04; m17; m18; m14; m16; m02; m22; m08; m12; m21; m20; m28; m23; m06; m29; m26; m18; p03; p09; p07; p10; p12; p08; m24; m25)

Fica evidente, nesse discurso, a necessidade de recorrer ao PSF, embora com dificuldades relacionadas ao acesso ao serviço de saúde; sendo relatado o contato com os serviços de saúde, de forma muito dolorosa, em busca de assistência médica e administração de medicamento como método eficaz para enfrentar os problemas de saúde, muito embora não existam condições financeiras para adquiri-los quando estão em falta no posto de saúde. Nas situações em que recorre aos serviços de saúde, mesmo quando é atendido, não há uma inteira confiança nos procedimentos ou nas orientações.

CATEGORIA 2C – AFASTAMENTO TEMPORÁRIO DA ATIVIDADE DA PESCA/MARISCAGEM

Praticamente a única providência que tomei foi parar de tirar marisco, para me tratar, afastando um tempo para tratamento. Eu trabalho demais, me desgasto demais, e no dia que preciso, não tenho onde recorrer. Mas já voltei às atividades. (DSC estruturado com os depoimentos p07; m254)

O relato diz que embora o trabalho da pesca e mariscagem seja desgastante, afastam-se temporariamente da atividade.

CATEGORIA 2D – PROCURA ASSISTÊNCIA MÉDICA EM MACAU

Às vezes, se aqui não tiver o médico, peço a ambulância, e me encaminham para Macau. É um sofrimento. É assim. (DSC estruturado com os depoimentos m01; p06; m14)

Nesse discurso, justifica-se a necessidade de procurar assistência médica em Macau, devido aos problemas existentes ao acesso de serviços de saúde nos distritos e uma nítida descrença em relação ao direito de um atendimento de qualidade na saúde pública.

CATEGORIA 2E – PROCURA ASSISTÊNCIA FAMILIAR E TRATAMENTO EM NATAL

Procurei um médico, ele encaminhou para um outro médico. Tive em Natal. Fui a uma consulta e fiz tratamento. Tomei uns remédios, fui para casa de minha irmã, fazer um tratamento. Muito bom a família nessa hora. Às vezes tenho que ir com recurso próprio mesmo. Tomei alguns comprimidos para dor. Hoje eu ando muito, acordo as 4.30 da manhã, caminho, ali na pracinha e volto para casa.. Me afastei da atividade, mas já voltei. Mas ainda não fiquei bom. (DSC estruturado com os depoimentos p09; p17; m25; p04)

É visível, nesse discurso a existência de uma relação entre busca de tratamento médico em Natal x assistência familiar. Caracterizando, dessa forma, a família como elemento de relação capaz de gerar respostas de adaptação ao

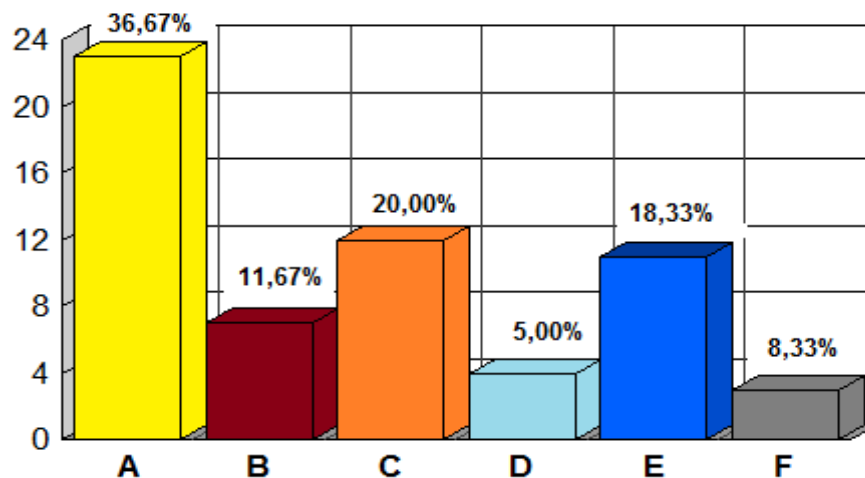
contexto de vida e de saúde, mesmo que eles retornem ao lugar de moradia e onde exercem a atividade.

PERGUNTA 3

Para o (a) senhor (a) o que significa saúde?

Objetivo: Identificar e conhecer a representação de saúde para eles.

Gráfico 16: Distribuição das categorias/representações frente à pergunta 03



Fonte: Programa QualiQuantSoft (elaborado a partir dos dados digitalizados)

CATEGORIAS:

A – Estado de completo bem-estar físico, mental e social

B – Ter proteção divina

C – Ter condições de trabalhar

D – Garantia de assistência médica

E – Ausência de doenças

F – Não soube responder

CATEGORIA 3A – ESTADO DE COMPLETO BEM ESTAR FÍSICO, MENTAL E SOCIAL

Saúde é a melhor coisa do mundo, é vida, é estar bem com a família, todos com saúde. Significa tudo, é o principal, é muito importante na vida. É estar, viver e procurar sentir-se bem, não tendo reação e certas coisas na matéria. Sem saúde você fica impotente para tudo. Tirando... o resto... para mim, é isso. Saúde é algo

muito bom. Sem saúde eu não sou nada. Porque posso ter muito dinheiro, mas se não tiver saúde... (DSC estruturado com os depoimentos p06; p01; p19; p17; p10; p09; p13; p11; p08; m03; m16; m08; m21; m19; m07; m23; m27; m14; m10; m11; m24; p02)

É notório, nesse discurso, como o significado de saúde é percebido. É incluído um conceito bem mais amplo levando em consideração o completo bem estar físico, mental e social. Uma expressão particular do processo geral da vida social.

CATEGORIA 3B – TER PROTEÇÃO DIVINA

É a coisa mais importante abaixo de Deus, uma benção. Pois com saúde, movo céus e terra... e doente? Saúde, para mim, a base de Deus, é tudo. É a graça e a proteção divina; sentindo a paz espiritual, com Deus no céu e saúde na terra. (DSC estruturado com os depoimentos p07; m09; m22; m28; p19; m14; p14)

Neste discurso a saúde está relacionada às questões de espiritualidade representada pela proteção divina. Uma ideia de saúde resultante também de virtudes espirituais, uma disposição infundida diretamente por Deus, gerada ou re-estabelecida por uma graça divina.

CATEGORIA 3C – TER CONDIÇÕES DE TRABALHAR

Saio de 6 ou 7 horas da noite, passo a noite trabalhando, amanheço o dia, enrola o dia. E o cansaço quando vem, é do próprio esforço, onde às vezes bate o enfado... Mas é o dia a dia, é o meu trabalho. Se eu não tiver saúde como vou poder trabalhar? Saúde, para mim, é eu ter forças para realizar tudo e poder trabalhar sem estar doente. Fazer o que tanto gosto, sem sentir dores de cabeça, nem nada... Quando se tem saúde, tem disposição para trabalhar, com coragem e força. (DSC estruturado com os depoimentos p14; m10; m11; m13; m01; m05; m06; m26; p18; m14; p07; p19)

O conteúdo presente no discurso ressalta a relação de saúde e a capacidade de trabalho. A disposição para enfrentar o cansaço do dia a dia; ter força e disposição para realizar tudo, trabalhando e produzindo, com coragem.

CATEGORIA 3D – GARANTIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

Sem saúde o que se faz? Doente! Chega-se ao fundo do poço e daí morre... Porque se não tiver socorro, vai morrer. O Estado deve oferecer garantias de cuidar para se estar bem, que tenha médicos para resolver os problemas de doenças. No momento, eu não tenho saúde.. aqui está devagar. Saúde para mim, é que tenha no lugar da pessoa, médico para resolver todos os problemas de doenças. (DSC estruturado com os depoimentos p21; p15; m25; m20)

O presente discurso deixa em evidência um quadro de carências e deficiências nos serviços de saúde que são disponibilizados aos pescadores e marisqueiras. Isso fica bem explícito quando se afirma: “O Estado deve oferecer garantias de cuidar para se estar bem, que tenha médicos...” A saúde portanto, como um direito de cidadania garantido por políticas sociais econômicas.

CATEGORIA 3E – AUSÊNCIA DE DOENÇAS

É estar bem, sem ter doença nenhuma, sem sentir dor, estando com o corpo cem por cento. É não sentir nada, é não ter doença. Porque a doença pior que tem é a tal da dor. É quando se goza de saúde totalmente, que não sente problemas, é não sentir nada. É viver bem. (DSC estruturado com os depoimentos p04; p03; p05; p12; p13; p20; m17; m18; m15; m12; m29).

Justifica-se, nesse discurso, a saúde como ausência de doenças e sintomas e com isso a busca por uma qualidade de vida.

CATEGORIA 3F – NÃO SOUBE RESPONDER

Não soube responder. (DSC estruturado com os depoimentos p16; m04; m02)

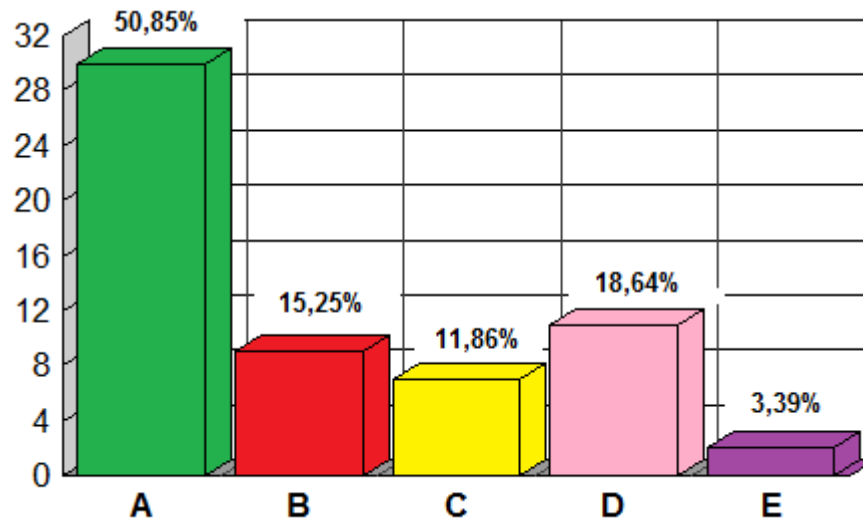
A resposta não teve conteúdo ou ideia que contemplasse.

PERGUNTA 4

Para o (a) senhor (a) o que significa doença?

Objetivo: Identificar e conhecer a representação da doença para eles.

Gráfico 17: Distribuição das categorias/representações frente à pergunta 04



Fonte: Programa QualiQuantSoft (elaborado a partir dos dados digitalizados)

CATEGORIAS:

A – Espécie de perversão silenciosa e insidiosa de saúde

B – Falta de saúde

C – Fim das expectativas de vida – morte

D – Não ter condições de trabalhar

E – Não soube responder

CATEGORIA 4A – A DOENÇA COMO ESPÉCIE DE PERVERSÃO SILENCIOSA E INSIDIOSA DE SAÚDE

É algo silencioso, triste, que dá medo e muitas vezes eu penso que tenho saúde e a doença está dentro, sem saber. É um negócio grave. Doença é algo ruim, uma tristeza, uma coisa que transforma, de forma perigosa, desconfortável, desproporcional, que me deixa com falta de forças para lutar, sem conseguir nada. Significa também problemas, principalmente aqui, que a situação da saúde está precária. É uma coisa negativa, eu não tenho nem alegria de viver. É algo horrível; doença é sofrimento, quando ocorre para alguém de nossa família ou amigos. Passo

por muitas delas dentro de minha casa. Eu tenho que ter todo o cuidado. Acho que era uma coisa que não deveria ter. Realmente a doença é uma coisa negativa. Doença não presta, não trás benefício nenhum. Mas eu tenho que lutar pela vida até o final. Eu não desejo para ninguém, doente não consigo nada. Doença.. é perigosa. Tenho medo. De doença, eu tenho medo. É muita tristeza, é sofrimento. Significa tudo que não presta. (DSC estruturado com os depoimentos p04; p15; p03; p05; p12; p21; p16; p07; p10; p17; p08; m11; m10; m09; m04; p09; m07; m15; m16; m19; m20; m21; m29; m28; m27; m14; m22; m26; p13; p19)

Fica evidente, nesse discurso, o compartilhamento de que a doença significa problemas com os mais variados adjetivos, em decorrência dos serviços de saúde estarem sem cumprir o papel esperado pelo grupo. A doença significando tristeza e sofrimento, além de trazer o sentimento do medo e do perigo.

CATEGORIA 4B – A DOENÇA COMO FALTA DE SAÚDE

É eu não estar bem, e não ter saúde e ter que tomar medicamentos. É quando vivo doente, sentindo problemas como dores de cabeça, diabete e pressão alta. Sinto dor e mal estar. Tenho medo de fazer exame, mas eu não desisto e venho lutando muito, não arreo. Desde a infância que vim para cá, e trabalho muito. Sinto cansaço, mas estou passando. (DSC estruturado com os depoimentos p01; m24; m02; m08; m06; m18; m25; p07; m01)

A doença como ausência de saúde, trazendo consigo problemas e por um outro lado a necessidade de ter que sempre estar lutando contra o cansaço.

CATEGORIA 4C – A DOENÇA COMO O FIM DAS EXPECTATIVAS DA VIDA - MORTE

Se eu não tiver saúde, fico sem prazer na vida, não tenho forças para lutar, não tenho como correr atrás dos meus sonhos, dos meus ideais. É o fim de minhas expectativas vida. Para mim a morte, uma praga. Algo ruim que me leva a morte. Porque a doença já está dizendo. Eu não tendo condições... Tendo condições, já morre. Quanto mais sem condição. Imagine. Se eu não tiver condição de comprar um medicamento, estou morto, antes do tempo. Se for para um hospital público,

estou morto do mesmo jeito, condenado para morrer. É uma desgraça terrível. Não tenho prazer na vida. (DSC estruturado com os depoimentos p06; p19; p07; m13; p11; m23; p18)

O discurso mostra a doença como um agente neutralizador e paralizador, destruindo sonhos e ideais de uma vida e a condenação com a própria morte, além da insatisfação demonstrada quando precisa de atendimento no hospital público.

CATEGORIA 4D – A DOENÇA COMO NÃO TER CONDIÇÕES DE TRABALHAR

Doença é uma tristeza, eu doente não posso fazer nada, e não tenho como trabalhar, e eu vivo do meu trabalho. Fico sem alegria para viver. Tenho as coisas para fazer e não consigo, nem para o trabalho estou indo. Tenho um familiar doente em casa. (DSC estruturado com os depoimentos p14; m05; p02; m01; p13; m12; p17; p20; p09; m27; p08)

No discurso, a doença implica em várias limitações, dentre elas a incapacidade para o trabalho, causando tristeza e falta de alegria e perspectiva de vida.

CATEGORIA 4E – NÃO SOUBE RESPONDER

Não sei responder. (DSC estruturado com os depoimentos m03; m17)

Nesse discurso, justificou-se em não saber responder a questão.

Foto 13: Barcos em Sertãozinho



Fonte: Arquivo da Pesquisadora

CAPÍTULO 5

*Término de mais um dia...
Nesse imenso e mágico ambiente, que a cada dia renovam-se as
esperanças..
Fé, batalha, devoção e a vontade de prosseguir, de continuar...
Barcos, representações simbólicas, de uma viva extensão da vida, de
emoções e incertezas.
(Arkeley)*

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS COM O DSC

Apresentamos, nesse momento, uma discussão considerando à realidade dos depoimentos obtidos, estruturados em fragmentos de discursos coletivos, procurando destacar as representações sociais de saúde e doença de pescadores e marisqueiras nos distritos de Barreiras, Diogo Lopes e Sertãozinho. Lefèvre, F.; Lefèvre, A. e Teixeira (2000) ao apresentarem a proposta do DSC enfatizam a necessidade de uma ruptura com a lógica quantitativo-classificatória das categorias por buscar resgatar o discurso como símbolo de conhecimento dos próprios discursos. Desta forma os DSC's apresentados nesta dissertação representaram uma estratégia de tornar clara uma dada representação social através dos depoimentos sobre saúde e doença da comunidade pesqueira da RDESPT.

A retomada do pensamento de uma coletividade sobre específico objeto de estudo por meio de pesquisa social empírica, somente é legitimado pela demonstração linguística, ou seja, pelo depoimento discursivo, pelo posicionamento, pela narrativa. Este depoimento é composto por uma ideia central e seus conteúdos e argumentos. No DSC é através do discurso de vários indivíduos e a livre expressão de seus depoimentos possíveis mediante perguntas abertas, que se chega ao discurso coletivo.

A proposta deste mecanismo com todos estes elementos é de [...] “reconstruir com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tanto discursos-síntese quantos se julgue necessários para expressar uma dada figura”, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno (LEFÈVRE, F. ; LEFÈVRE, A., 2005, p. 19).

Ao examinarmos, nesse estudo, as ideias centrais dos discursos obtidos, observamos que algumas se repetem com maior frequência não apenas no quantitativo de entrevistados que a expressam como nas questões em que é mencionada. Entendemos que todas tem seu grau de importância por se constituírem representações do pensamento coletivo.

5.1 DISCURSO SOBRE A EXISTÊNCIA DE PROBLEMA DE SAÚDE

Em relação ao **DSC da questão 01**, de acordo com o relato dos pescadores e marisqueiras, há identificação de uma série de doenças, em especial, àquelas

relacionadas as particularidades do ambiente onde desenvolvem as atividades da pesca e mariscagem; configurado-se em situações de trabalho geralmente precárias e arriscadas. Amizade e solidariedade existentes entre pescadores e marisqueiras funcionam como um artifício mitigador das carências, particularmente nas situações em que há o comprometimento das atividades, ocasionado por problemas de saúde.

Fato que vem reafirmar as condições duras e difíceis que enfrentam com a falta de assistência, o que torna essa profissão, uma das mais perigosas e menos reconhecidas profissionalmente pela sociedade. Fazendo um resgate à literatura, Jorge Amado muito bem definiu, esse cenário, na obra *O Mar Morto* ao narrar um cotidiano de trabalho árduo, marcado pelo risco de vida que se apresenta, a todo momento, para homens e mulheres do cais da Bahia, vivendo cada dia como se fosse o último.

Diversas pesquisas já afirmam esse cenário em diversos ambientes pesqueiros, dentre elas: Dall'oca (2004) considerando os aspectos socioeconômicos, de trabalho e saúde de pescadores no MS; Lira (2010) que discute a existência de progresso versus a desestruturação do significado primário da pesca artesanal, produzindo graves consequências, como o sofrimento psíquico de pescadores em Caucaíia-CE; Bercini e Tomanik (2006) buscam as representações sociais sobre saúde e estratégias de enfrentamento das doenças entre as mulheres dos pescadores de Porto Rico-Paraná; Brasil (2009) estudou a relação entre trabalho, saúde e doença no cenário da pesca artesanal do Pará; Gomes (2012) descreve o cotidiano de trabalho na maré com marisqueiras enquanto atividade que envolve dor e sofrimento em São Francisco do Conde-BA.

Nos discursos relacionados à existência de problemas de saúde considerados importantes pelos pescadores e marisqueiras, assinalamos que as respostas referem-se pontualmente as doenças que se apresentam diagnosticadas na comunidade. Muito embora, tenha havido quem não relatou qualquer problema de saúde. O maior percentual, de acordo com a pesquisa, está concentrado nas doenças da coluna; LER/DORT; Hipertensão; Diabetes; Problemas na Visão e as adquiridas através de acidentes na coleta de marisco.

As doenças da coluna e hérnia de disco são geradas a partir do intenso esforço físico diário e ao puxamento das redes, dentre outros movimentos executados na atividade pesqueira. As falas narram, em comum, o modo como se

movimentam, levantam e transportam peso, quando adotam posturas diversas inadequadas, não havendo uma posição única e fixa para a execução da atividade.

As doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, de acordo com conversa informal com agentes de saúde e enfermeiro do PSF de Diogo Lopes e Barreiras e dados obtidos na Secretaria de Saúde do Município de Macau-RN, vem despertando interesse e atenção em decorrência do expressivo crescimento na comunidade no decorrer dos anos. Há um Programa de Atenção Básica do Ministério da Saúde, que presta atendimento aos hipertensos e diabéticos inscritos e cadastrados para serem acompanhados mensalmente pela equipe de saúde. Na presente pesquisa, encontramos nos 50 participantes, 14 deles com diagnóstico de hipertensão (8 marisqueiras e 6 pescadores); seguidos de diabetes (5 marisqueiras e 2 pescadores). Alguns inclusive narraram que quando tomam o remédio, sentem-se mal e suspendem por conta própria o tratamento.

Constatamos, ainda, que não há levantamento estatístico de atendimentos realizados a pescadores e marisqueiras, exclusivamente. Há sim um resultado global de hipertensos e diabéticos na população nas comunidades registrados no prontuário dos PSF que tivemos acesso. Em relação à hipertensão, durante a permanência em campo e alguns depoimentos, podemos dizer que existem fatores os quais acreditamos favorecer esse crescimento exponencial, havendo necessidade de um estudo mais específico para confirmação. Porém, vimos que os hábitos alimentares constituem parte da cadeia cultural nas comunidades estudada, sendo formada por símbolos e significados que se conectam com a saúde. São comunidades litorâneas que vivem da pesca e, por conseguinte, o consumo de proteína animal é elevado, representado pelo peixe, seguido de cardápio sem balanceamento nutricional.

Designada popularmente na comunidade como "pressão alta", a hipertensão é considerada como um problema de saúde que se origina e se expressa em conflitos, preocupações e dificuldades cotidianas. O controle da hipertensão e do diabetes requer o cumprimento de diversas atitudes, incluindo principalmente mudanças nos hábitos de vida. É, portanto, um processo complexo, pois envolve a exigência de mudanças quanto aos seus hábitos alimentares, os quais envolvem aspectos socioeconômicos e culturais importantes na comunidade.

Canesqui (2007) considera a necessidade de estudos socioantropológicos sobre as doenças crônicas ao afirmar:

Abordar a dimensão sociocultural das enfermidades de longa duração significa olhar para o sujeito (con)vivendo com uma condição que o acompanha a todos os lugares e cuja forma de entendê-la, explicá-la, representá-la e lidar com ela decorre de um constante movimento em que interpretação e ação se realimentam reciprocamente, balizadas pelo contexto sociocultural imediato e mais amplo no qual se inserem. (CANESQUI, 2007, p. 137).

Afirmção que vem fundamentar, o pensamento de Martins (2007) ao descrever que no Brasil, altos índices de óbitos são causados por doenças crônicas em decorrência do atual momento da transição demográfico/epidemiológica que a população brasileira vem enfrentando, ocasionando o envelhecimento populacional.

De acordo com a OMS (2005), essas transformações ocorridas determinaram um perfil de risco em que doenças crônicas como a hipertensão arterial assumiram importância crescente para a saúde pública.

Em relação ao DSC que tem como ideia central os **acidentes causados na coleta de mariscos**, houve representatividade unânime das marisqueiras nas respostas. As dificuldades inerentes ao ofício desafiador, o árduo trabalho, a lama, as ostras, compõem um ambiente propício, diversas vezes, para acidentes. Estão expostas a situações de vulnerabilidade e de perigo, sofrendo acidentes biológicos (contaminação com fungos, bactérias, vírus e larvas de vermes, presentes na área do manguezal); físicos (a umidade, o calor, a radiação solar) e ergonômicos LER (Lesão por Esforço Repetitivo) e a DORT (Doenças Osteomusculares), advindas de esforço físico prolongado ocasionando fadiga e exaustão. Carregam muito peso nas costas, os sacos cheios de búzios e mariscos e em seguida as atividades de preparo que exigem também esforços repetitivos e cansativos, com liberação de gases durante o cozimento dos mariscos provenientes da queima da lenha. As marisqueiras com idade mais avançada dizem já não possuem a mesma habilidade de antes, e com o tempo, fica muito mais difícil desenvolver a atividade. Os problemas de alergia também foram citados, em decorrência da permanência prolongada na água, gerando umidade na região da genitália e sintomas de irritação e coceira.

Merecem destaque, os depoimentos sobre as espetadas com o Niquim (*Thalassophryne nattereri*) – popular peixe sapo, no norte e nordeste do país, que vive na lama, podendo ser facilmente pisado. Paralisam a área (dedos, pés ou mãos), deixando a pele dormente e uma intensa dor, por um período aproximado de 24 horas. De acordo com relatos das entrevistas, não há remédio que amenize a dor

nesse período. Haddad Junior et al (2003) descrevem envenenamentos que causaram dor intensa, edema e eritema iniciais com necrose local em oito pacientes e infecção bacteriana em pescadores do Pará e Sergipe.

Algumas citações a doenças nos discursos, apesar de não aparecerem com grande frequência, merecem destaque: infecção urinária, próstata e gastrite. Através dos depoimentos verifica-se que em geral, as infecções podem ser adquiridas em contato com a água contaminada. Tais quadros clínicos, inclusive, ocasionaram afastamento temporário da atividade de alguns pescadores e marisqueiras.

5.2 DISCURSO SOBRE O PROCEDIMENTO ADOTADO QUANDO SURGEM PROBLEMAS DE SAÚDE CONSIDERADOS IMPORTANTES

Em relação ao DSC que tem como ideia central os depoimentos que representam as **estratégias comuns de enfrentamento das doenças**, verifica-se em maior destaque, um circuito paralelo entre a busca de assistência médica e a medicina popular. A busca de um tratamento adequado para específicas doenças, obedecem fatores como condições socioeconômicas, eficácia e eficiência dos serviços de saúde e o nível de informação sobre a doença aliada a crenças terapêuticas que os indivíduos encontram no seu meio.

A arte de cuidar dos males do corpo é outra prática que descende de pais para filhos, onde a linguagem oral tem função primordial para a perpetuação e manutenção dos saberes tradicionais. Os cuidados verificados nos levaram as representações sociais de: medicina caseira, procura de assistência médica, utilização de medicamentos, religiosidade e apoio familiar.

Verificamos uma medicina caseira, com base nas ervas medicinais, onde em geral, são as mulheres que mantêm nos jardins e quintais de suas residências e de lá retiram sementes e folhas para a confecção de garrafadas, xaropes e chás, como romã, jucá, arueira, ameixa, quixabeira branca, raiz de urtiga e cajueiro azedo indicados para diversos males. Em algumas situações, conseguem com a vizinhança. As receitas seguem de acordo com a tradição dos mais idosos. Um aspecto revelador de que a sabedoria popular é capaz de empreender um olhar minucioso sobre o mundo que a circunda, e de atribuir valores complexos a esse mundo.

Uma herança que se expressa também nas representações de construção do mundo e constituição da identidade do grupo. Um resgate ao valor dos saberes tradicionais. Para Nobre (2005) uma herança de ensinamento tanto no domínio do parentesco como no meio social.

Nas comunidades observamos que as representações populares constroem uma ligação específica da medicina erudita e das terapêuticas tradicionais. O simbolismo e as representações que os povos primitivos constroem do ambiente constituem, de acordo com Lévi-Strauss (1989) uma autêntica ciência do concreto. Uma construção reflexiva sobre a magia e a ciência enquanto processos paralelos em que cada um possui sua própria lógica. Para (DIEGUES, 2001, p. 65) “um tesouro de conhecimentos da botânica, da ideologia, da farmacologia”. Uma “relação ‘simbólica e de significados’ que os homens expressam entre si quem são” (BRANDÃO, 1996, p. 31). As representações da saúde e doença fundam-se ainda nas raízes tradicionais (crenças e valores) relativos ao corpo, vida morte e nas experiências de vida.

Tais considerações estão em destaque nas falas dos pescadores e de marisqueiras, que nos mostram um registro de experiências em um contexto cultural que interage (natureza e cultura), numa diversificada teia de significados. Nesse momento, através do comportamento adotado, transparece um processo de legitimação de conhecimento. Uma questão de tradição história, com explicações e justificativas, onde Berger e Luckmann, (1978) afirmam que o importante ao pensar dentro dos vários sistemas culturais não é a eficácia ou não de determinado rito ou prática, mas tentar atribuir considerações sobre o poder simbólico que cada sociedade apresenta a determinados objetos.

Analisamos também, sob outro prisma, que para alguns, a procura de medicação caseira está relacionada a não existência de condições financeiras para adquirir remédios em farmácia, e na ausência de outro meio, recorrem ao mais próximo de ser administrado. Conforme Helman (2006) os fatores econômicos, em particular, são causas significativas para o surgimento de doenças. Ainda em discussão, a autora pontua que nos países em desenvolvimento, seja qual for a cultura local, as más condições de saúde geralmente estão em caráter de estreita ligação com baixas rendas, influenciando nas condições de higiene.

A utilização de comprimidos para dor merece destaque, em especial pelos pescadores, quando sentem as dores de coluna e nos músculos. Algumas vezes se

automedicam, outras recorrem ao posto de saúde para consulta médica e adquirir a medicação.

Chamou-nos atenção que a forma de cuidar da saúde possui a qualidade mágica e simpática, como é referido por Mauss (2003) que a magia age por meio dos ritos mantidos pela coletividade. Para este autor o exercício do pensamento coletivo apresenta uma maior simbologia do que a do pensamento individual, que somente ganha sentido em relação a uma determinada sociedade. Nas comunidades em estudo, observamos um sistema de ideias e crenças solidificadas, constituindo um veículo de entendimento da organização social e as representações da saúde e da doença como forma de compreender as formas de organização social que lhe dão origem.

Para Boltanski (1989), o indivíduo em contextos socioeconômicos desfavoráveis faz uma utilização máxima do corpo, mas aprende a escutá-lo, analisá-lo e compreendê-lo. Interessante trazer à discussão Mauss (2003) quando afirma que: “o corpo é o primeiro e o mais natural instrumento do homem. Ou, mais exatamente, sem falar de instrumento: o primeiro e o mais natural objeto técnico, e ao mesmo tempo meio técnico, do homem, é o seu corpo” (MAUSS, 2003, p. 407).

Portanto, o corpo ao mesmo tempo utensílio original com que os humanos moldam o seu mundo e a substância original a partir da qual o mundo humano é transformado. O corpo metaforiza o social e o social metaforiza o corpo. No interior do corpo são as possibilidades sociais e culturais que se desenvolvem. (BRETON, 2010).

5.3 DISCURSOS SOBRE O SIGNIFICADO DE SAÚDE

Nos discursos referentes ao significado de saúde e doença, constatou-se que não é possível falar de saúde sem falar de doença, pelo fato dos sujeitos da pesquisa associarem imediatamente a saúde à doença. A saúde em confronto com a doença, ou seja, a saúde só passa a sê-lo através, ou, a partir, da doença ou do mal estar (LEFÉVRE, 1999).

Um aspecto multidimensional, amparado por Bercini e Tomanik (2006) ao considerarem o processo saúde-doença constituído por dimensões física, psíquica, espiritual, social e ecológica. A saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Há uma interligação e interdependência considerando as dimensões

do processo saúde e doença. As falas nos levam ao entendimento de que a saúde deve ser refletida como um valor universal, e não apenas como um valor instrumental para atingir outros objetivos de vida.

Nas verbalizações dos pescadores e marisqueiras, a saúde surge como um dos elementos mais importantes da vida sem o qual não se tem condições de trabalhar.

Castellanos (1997) discorre sobre as relações existentes entre a situação de saúde e as condições de vida, na compreensão da realidade natural e social em que se vive e com a qual se trabalha. Um sujeito estando bem fisicamente, tem condições de trabalhar, estará apto, considerando-se saudável. Nessa concepção, a ideia de saúde é alienada do indivíduo e apropriada pelo meio social via capacidade de trabalho. Enriquecendo a discussão, resgatamos Boltanski (1989), na relação existente entre contextos socioeconômicos desfavoráveis e máxima utilização do corpo, por parte do indivíduo. Uma mescla de cuidados ao corpo também é verificada quando o mesmo aprende a escutá-lo e compreendê-lo.

Adam e Herzlich (2001) registram que na identificação dos fenômenos orgânicos, os indivíduos se apoiam em símbolos, definições, fenômenos e estruturas interiorizadas, conforme os grupos sociais a que pertencem.

A saúde significando proteção divina, havendo necessidade de muita fé para viver com saúde. No pensamento popular, incondicionalmente, o poder de Deus se alinha à boa saúde e à cura (MINAYO, 2010).

De acordo com alguns depoimentos, os recursos financeiros não tem qualquer valor sem saúde. Um significado da dimensão espiritual para uma expressiva parcela da comunidade estudada. Para Loyola (1984)

A doença (ou saúde) é considerada no quadro global dos problemas de vida e da morte, como um fenômeno que escapa, em última instância, ao controle do homem, como algo que, no limite, é produto de forças sobrenaturais ou, mais comumente, de Deus. (LOYOLA, 1984, p. 121)

Constatamos uma concepção de que a ideia de saúde resulta também das virtudes envolvendo a espiritualidade, infundida diretamente por Deus, gerada por uma graça divina.

Os Discursos do Sujeito Coletivo sobre saúde nos contemplaram com várias representações sociais. Discursos que retratam uma realidade vivida. Conceitos que

se interligam e se totalizam enquanto estado de completo bem-estar físico, mental e social.

5.4 DISCURSO SOBRE O SIGNIFICADO DE DOENÇA

Considerando o DSC sobre a **representação social de doença**, o que observamos e destacamos nos depoimentos é que eles residem no direcionamento em maior representatividade da doença como uma “espécie de perversão silenciosa e insidiosa”, que sinaliza algo ruim, sofrimento e dor, levando a ideia de que “somente se identifica a doença quando se adocece”. A doença como nociva, perniciosa e indesejável. É uma experiência de vida, vivenciada no âmago do corpo individual. Uma relação demarcada pela maneira de vida, considerando determinantes biológicos, psicológicos e sociais. Relacionando a utilização das representações sociais no campo da saúde, podemos estendê-la à dimensão do adoecimento, da morte e das visões de mundo que instruem ao indivíduo ideias do binômio doença e saúde.

Tais representações nos levaram a buscar aporte em Berlinguer (1988) estimulando o reencontro a doença enquanto objeto de conhecimento, constituída por determinantes históricos envolvendo o social e o biológico. O autor registra que a doença apresenta quatro dimensões: estar doente, sentir-se doente, identificar a doença e poder estar doente, concluindo que a percepção da doença é influenciada pela cultura, pelo trabalho e pela riqueza.

A doença como **falta de saúde e fim das expectativas de vida**, com a morte, é também encontrado nos discursos com certa expressividade. Uma passagem do romance literário “Em busca do tempo perdido”, destacado por Laplantine (2010) expressa com veemência à relação com esses discursos nos quais a doença é considerada a ocasião da busca e de elaboração de um sentido em um universo que não mais o tem; morrendo devido a ela. Constatamos ainda sobre a ideia de morte uma representação social peculiar na comunidade, o que vem corroborar com Mauss (2003) onde há uma construção e ligação da morte diretamente com o físico, o psicológico e o moral, criando manifestações mentais e físicas de adoecimento entre as pessoas.

Observou-se também as representações da doença como um fato que leva o sujeito a **tornar-se incapaz para a execução das atividades de trabalho**, ou seja,

não tendo condições de trabalhar. Para esse grupo, a capacidade de trabalho relaciona-se diretamente a estar saudável, onde o corpo é interpretado enquanto um instrumento de trabalho.

Aqui se tem a noção de “corpo” interpretado como um instrumento de trabalho, e a partir do momento que ocorre ausência de capacidade em executar tarefas de sobrevivência, percebem que a doença está instalada. Autores como Boltanski (1989) e Costa (1986), também estudaram a relação entre doença e trabalho, no sentido de que a doença é interpretada como uma ruptura do cotidiano, principalmente, associada à impossibilidade de trabalhar. Tal afirmação está ligada à ideia de representação que o sujeito tem de sua identidade com o trabalho, tornando-se inseparáveis.

Queiroz (1993) parafraseia que entre nos grupos sociais de baixo poder aquisitivo, a doença é visível no momento que ocorre o comprometimento do desempenho social, representado principalmente pelo trabalho. A doença como ruptura do equilíbrio entre o homem e ele mesmo. Para Minayo (2010) os sentimentos de desintegração social e o medo de ficar doente, marcam-lhe, em primeiro lugar, o corpo e o espírito. Para Laplatine (2010, p 103) a doença não é só vista como “um desvio biológico, mas também um desvio social”. Levando ao entendimento de que mais do que a opinião do médico; é a apreciação do paciente e das ideias dominantes do meio social que determinam o que se chama doença.

Assim, o sentido da doença encaminha à ordem social, porque sua presença tanto afeta a reprodução biológica do indivíduo, quanto a sua reprodução social, em termos de reprodução das condições de existência (VICTORA, 1992).

Apoiando novamente em Laplantine (2010) que descreve que a experiência da doença, é sem dúvida, ao mesmo tempo, o que há de mais individual e mais íntimo no ser humano e o que é mais repleto de social.

O entendimento destas representações sociais permite-nos pensar em ações a serem realizadas nas determinadas comunidades de forma que se leve em conta os valores, as atitudes e as crenças das mesmas. Ou seja, os sentidos atribuídos à saúde e doença, são contextualizados pelos valores, modelos, símbolos e normas pelos quais os pescadores e marisqueiras vêm definindo em suas experiências no decorrer de suas vidas em seus estratos sociais.

Foto 14: Barcos de pesca no distrito de Sertãozinho



Fonte: Arquivo da Pesquisadora

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entregamos aqui os depoimentos que homens e mulheres nos confiaram a propósito de sua existência e de sua dificuldade de viver. Organizamo-los e os apresentamos com o objetivo de conseguir do leitor que lhes conceda um olhar tão compreensivo quanto o que as exigências do método científico nos impõem e nos permitem, conceder-lhes. (A Miséria do Mundo, BOURDIEU, 2003, p. 9).

Nestas considerações finais, as palavras, instigadas pela maresia, permanecem na fluidez de pensamentos, desejos, ideias, medos, angústias e esperanças. Compartilhamos um sistema de ideias, permeado por comunicações verbais, textuais e emocionais. “Corpos”, “Sujeitos” e a superação de suas possibilidades ao extremo. Uma espécie de código, uma intrínseca e forte relação: corpo – doença – saúde – vida.

Pesquisas envolvendo o universo da pesca artesanal e mariscagem demonstram a importância do tema no contexto histórico-social, cultural e econômico norte-rio-grandense. A dimensão dessas pesquisas favorecem interfaces no ambiente pesqueiro, ao envolver elementos e ampliando novas fronteiras de investigação. Pensar a pesquisa, desenvolvida no ambiente pesqueiro, significou mergulhar em um mundo de diversos significados, decorrente do vasto corolário de situações e relatos que as pesquisas de campo oferecem. Ousamos enveredar por um caminho pouco trilhado até o momento, que caracteriza a temática no universo da pesca artesanal no Estado do RN, qual seja, o das representações sociais sobre saúde e doença de pescadores e marisqueiras.

Com o desafio em tentar compreender como pescadores e marisqueiras definem e enfrentam as doenças, como relacionam com os serviços de saúde e quais recursos econômicos e sociais pode usar a favor de si, nos apropriamos de alguns elementos do seu cotidiano de vida, ouvindo suas vozes, suas falas, reconhecendo como os dissabores da atividade pesqueira favorecem o surgimento de doenças, nos levando a percepção da compreensão dos perigos diários, por eles enfrentados e da necessidade de trabalhar, exigindo muito do organismo, para garantir condições de sobrevivência, em decorrência da baixa remuneração. Assim, as representações sociais sobre saúde e doença, consistiram nas percepções e explicações realizadas enquanto uma releitura significativa do ambiente, consistindo em uma expressão de linguagem compartilhada com outros integrantes do grupo em que estão inseridos.

Tivemos a oportunidade de ver a emergência de uma série de dados que indicam as preocupações e angústias cotidianas do grupo de pescadores e marisqueiras, ao pontuarem aspectos qualitativos e quantitativos dos problemas de saúde e doença. Uma sinalização de que os significados de saúde e doença englobam outras dimensões, como exemplo, as infinitas relações dialéticas que atravessam os fenômenos sociais ao considerar a própria relação saúde e doença,

com aspectos sociais, econômicos e políticos, além daquelas diretamente relacionadas com o processo de prestação de serviços assistenciais.

Considerando os dados sócio-econômicos, faz-se necessário afirmar que a população local da comunidade pesqueira é constituída, principalmente, por pescadores artesanais e marisqueiras, que tem a atividade da pesca artesanal como sua principal e muitas vezes a única fonte de renda. Em decorrência de um maior número populacional, houve percentuais expressivos participativos de pescadores e marisqueiras residentes em Diogo Lopes, considerado o maior distrito dos que formam a comunidade.

Alguns complementam sua renda com atividade da agricultura, embora em parcelas diminutas. As marisqueiras, com faixa etária predominante entre 25 e 50 anos, buscam na atividade da catação de mariscos uma complementação dessa renda familiar. Apesar de ser uma atividade predominantemente feminina, observamos a presença de vários homens na mesma.

Quanto ao estado civil, foi registrado o predomínio das uniões estáveis, para ambos os grupos. Na maioria dos casos, essas uniões estão caracterizadas pela informalidade, ou seja, não há o casamento legal, mas sim o compartilhamento da casa e da responsabilidade financeira com os filhos destas uniões.

Faz-se necessário afirmar que a aplicação do aparato metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC propiciou-nos uma percepção profunda de abordagem do pensamento do grupo social, onde emergiram simultaneamente modos de vida e a compreensão da saúde e da doença, mediados e repercutidos em sua voz, na riqueza dos discursos. Sendo possível trazer à luz seus pensamentos, ideias, conceitos, crenças e atitudes.

Os resultados apreendidos a partir das representações sociais de saúde e doença possibilitou-nos conhecer a realidade social e pontuar aspectos relevantes da população. Em face aos problemas de saúde considerados importantes, tiveram destaque: as doenças da coluna; doenças crônicas (hipertensão e diabetes); LER/DORT; infecção urinária; próstata; alergias; acidentes causados na coleta de mariscos; problemas de visão e gastrite. As representações das doenças recebe um contexto pluridimensional envolvendo as imagens do homem, da natureza e de suas dinâmicas sociais com a situação em que essa população vive com as relações estabelecidas com o Estado. As situações de vida se apresentam como

determinantes da saúde e da doença. Se faz presente uma solidariedade entre eles, que funciona como uma maneira de atenuar as carências, em especial, quando há o perigo de afastamento das atividades, em decorrência de doenças.

Em relação à doença, a representação social dos pescadores e marisqueiras, relacionam como uma espécie de perversão silenciosa e insidiosa de saúde, aparecendo com muita frequência nos discursos. Isso nos leva a perceber o expressivo significado da doença em suas vidas, trazendo sofrimento e o sentimento de medo e de perigo. Somam também a doença como falta de saúde e com o fim das expectativas de vida (morte), com expressividade da representação social da doença enquanto um agente neutralizador e paralizador, destruindo sonhos e projetos de vida, levando inclusive a incapacitação para o trabalho.

A saúde aparece como uma das condições de completo bem-estar físico, mental e social, de tal maneira que a saúde está relacionada com estados de felicidade, harmonia, paz e equilíbrio corporal. Considerada também como condição de trabalho e proteção divina. Existe um circuito paralelo entre a busca de assistência médica e a medicina popular, no enfrentamento das doenças.

As representações sobre o corpo foram observadas em maior perspectiva do corpo como “uso social”, no qual há uma relação mais instrumental com o corpo. A doença, por exemplo, é percebida e representada como um entrave, principalmente, a atividade profissional. A doença retira a possibilidade de fazer do corpo um uso, no caso das representações verificadas, um uso profissional. Significativo também a representação do corpo visto como o modo de estar no mundo, como um terreno privilegiado da experiência de viver.

Podemos considerar que as representações sociais atribuídas à saúde e a doença, constituem um conjunto de informações relevantes, indicando, que os mesmos trazem uma visão do próprio contexto sociocultural, econômico, ambiental e político, tão bem expresso por Minayo quando afirma:

Saúde/Doença são um fenômeno social não apenas porque elas expressam certo nível de vida ou porque correspondem a certas profissões e práticas. Mas também porque elas são manifestações da vida material, das carências, dos limites sociais e do imaginário coletivo. (MINAYO, 2010, p. 258).

Portanto, os processos que envolvem a saúde e a doença são vividos e pensados pelos indivíduos, baseando-se em suas relações sociais, compreendendo

que também, por meio da saúde e da doença, o indivíduo insere-se ou exclui-se da sociedade.

Desejamos, finalmente, que as análises e conclusões aqui apresentadas possam ser apropriadas como instrumentos de auxílio à causa dos pescadores e marisqueiras, colocando um desafio às instituições, no desenvolvimento de políticas públicas especialmente orientada às especificidades regionais dessas comunidades pesqueiras e a atuação conjunta com a organização comunitária, elaborando estratégias que lhes permitam refletir sobre as condições de saúde e doença, visando transformá-la, para além da estrita lógica da sobrevivência.

REFERÊNCIAS

- ADAM, P; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Tradução de Laureano Pelegrin. Bauru: EDUSC, 2001
- AGUIAR, M. G. G; NASCIMENTO, M. A. A. do. Saúde, doença e envelhecimento: representações sociais de um grupo de idosos da Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI) - Feira de Santana-BA. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, 2005. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000300004&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 08 agosto. 2012.
- AMADO, J. **Mar Morto**. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.
- ARRUDA, A. Novos Significados da Saúde e as Representações Sociais. **Cadernos Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 215-227, 2002.
- BARBOSA, S. R. de C. S. Identidade social e dores da alma entre pescadores artesanais em Itaipu, RJ. **In Revista Ambiente & Sociedade** – v.7,n. 1 jan/jun 2004.
- BERCINI, L. O; TOMANIK, E. A. Representações Sociais sobre Saúde e Estratégias de Enfrentamento das doenças entre mulheres dos pescadores do município de Porto Rico, Paraná. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 5. p.71-76. 2006. Suplemento.
- BERGER, P; LUCKMANN, T. **A Construção Social da Realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. Trad. Floriano Fernandes. 4.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1978.
- BERLINGUER, G. **A doença**. São Paulo: Hucitec, 1988.
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 2001.
- _____. **O Poder Simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.
- _____. Compreender. In: BOURDIEU, P. (coord). **A Miséria do mundo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
- _____. **Razões Práticas**. São Paulo: Campinas, 1997.
- BOURDIEU, P; WACQUANT, c. **An invitation to reflexive sociology**. Chicago: Chicago University Press, 1992.
- BRANDÃO, C. R.; et al. **O difícil espelho: limites e possibilidades de uma experiência de cultura e educação**. Rio de Janeiro: IPHAN/DEPRON, 1996.
- BRASIL. Ministério Pesca e Agricultura. **Boletim estatístico da pesca e aquicultura: Brasil 2010**. Disponível em:

<http://www.mpa.gov.br/images/Docs/Informacoes_e_Estatisticas/Boletim%20Estat%20C3%ADstico%20MPA%202010.pdf> Acesso em: 15 de Nov. de 2012.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei Ordinária Nº 11.959**, de 29 de junho de 2009. Dispõe sobre a política nacional de desenvolvimento sustentável da aquicultura e da pesca; regula as atividades pesqueiras. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/> Acesso em: 08 novembro 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Índice de Desempenho do Sistema de Saúde**. Dispõe sobre o acesso e a qualidade de serviços de saúde no Brasil. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080> Acesso em 07 janeiro 2011.

BRASIL, S. S. **Trabalho, Adoecimento e Saúde: Aspectos Sociais da Pesca Artesanal no Pará**. 2009. 172 f. (Mestrado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. Universidade Federal do Pará, Belém/PA, 2009.

BRETON, D. L. **A sociologia do corpo**. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

CANESQUI, A. M. **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Hicitec/Fapesp, 2007. 149 p.

CANGUILHEM, G. **La santè: concept vulgaire et question philosophique**. Toulouse: Sables, 1990.

CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: BARATA, R. B. (Org.). **Condições de vida e situações de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 31-75.

COSTA, J. F. **Relatório de pesquisa**. Datilografado. Rio de Janeiro, 1986.

DALLARI, S. G. O direito à saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 22, n.1, p. 57-63, fev.1988.

DALL'OCA, A. V. **Aspectos Sócio-Econômicos, de Trabalho e de Saúde de Pescadores do Mato Grosso do Sul**. 2004. 71f. Dissertação(Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2004.

DIAS, T. L. P. **Os peixes, a pesca e os pescadores da Reserva de Desenvolvimento Sustentável Ponta do tubarão** (Macau-Guamaré/RN), Brasil. 2006. 162 f. Tese (Doutorado em Ciências Biológicas)-Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

DIAS, E. C. A organização da atenção à Saúde no Trabalho. In: Ferreira Filho Mário (org.) **Saúde no Trabalho**. São Paulo: Rocca, 2000.

DIAS, T. L., ROSA, R. S., DAMASCENO, L. C. P. Aspectos socioeconômicos, percepção ambiental e perspectivas das mulheres marisqueiras da Reserva de Desenvolvimento Sustentável Ponta do Tubarão (Rio Grande do Norte, Brasil). **Gaia**

Scientia, v.1, n.1, p.25-35, 2007. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/gaia/article/view/2225/1953>> Acesso em 05 setembro de 2012.

DIEGUES, A. C. A sócio-anthropologia no Brasil: uma área de pesquisa emergente. In: DIEGUES, A. **Ecologia Humana e Planejamento Costeiro**. 2.ed. São Paulo: NUPAUB, 2001.

_____. O mito moderno da natureza intocada. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

_____. **A interdisciplinaridade nos estudos do mar: o papel das Ciências Sociais**(2003) Disponível em: <<http://nupaub.fflch.usp.br/sites/nupaub.fflch.usp.br/files/color/interdis.pdf> > Acesso em: 12 maio 2012.

FLICK, U. **La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Théories subjectives et représentations sociales**. L'Harmattan, Santé, société et cultures, Paris, 1992.

FONSECA, A. C. M. da. **Histórias de pescador: as culturas populares nas redes das narrativas**: Papary, Nísia Floresta/RN – Natal:IFRN, 2008. 324p.

FORTES, L. **A incorporação das terapêuticas alternativas na saúde pública: uma peculiaridade brasileira**. In. CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, G.13., 2007, Recife. Recife: UFPE, 2007.

_____. Clínica de Saúde e biopolítica. In. ALBUQUERQUE JUNIOR, Durval Muniz de.; VEIGA NETO, Alfredo; SOUZA FILHO, Alipio de. **Cartografias de Foucault**. Belo Horizonte: Autentica, 2008, (Estudos Foucaultianos).

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. In. MACHADO, R. (Org.) Rio de Janeiro: Edições Graal, 2010.

_____. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

GALVÃO, H. Cartas da Praia. Scriptorin Candinha Bezerra: Natal: Fundação Hélio Galvão, 2006. 404p.

GOMES, T. M. D. Mulheres das Águas: **Significações do Corpo que trabalha na maré**. 2012. 130 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho)– Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina – Salvador-BA, 2012.

GOULART, L. L. **O canto das Senhoras. Análise do Discurso.do Sujeito Coletivo (DSC) de Velhas Mulheres da Ponta do Tubarão, no Rio Grande do Norte**. Brasil. 2007. 244 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais)–Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal – RN, 2007.

GUARESCHI,P.A; JOVCHELOVITCH, S. Textos em Representações Sociais. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

GURGEL, C. **Doenças e Curas: o Brasil nos primeiros séculos**. São Paulo: Contexto, 2010.

HADDAD JUNIOR, V. et al. The venomous toadfish *Thalassopyrne nattereri* (Niquim): report of 43 injuries provoked in fishermen of Salinópolis (Pará State) and Aracaju (Sergipe State), Brazil. **Rev. Inst. Med.** Tropical São Paulo, v.45 n.4, p. 221-223, 2003.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

HERZLICH, C. Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social. In: DOISE, W., PALMONARI, A., **L'étude des représentations sociales**. Neuchâtel-Paris: Delachaux & Niestlé, 1986, p. 157-170.

_____. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **PHYSIS - Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.11, p. 23-34. 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DO MEIO AMBIENTE E DOS RECURSOS NATURAIS RENOVÁVEIS. ProAmb. Atividade pesqueira: Monitoramento da Atividade Pesqueira no RN. Disponível em: < http://www.ibama.gov.br/supes-rn/atividade-pesqueira_proamb > Acesso em 12 de outubro de 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Indicadores Sócio-Demográficos e de Saúde: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/default.shtm> Acesso em: 17 de junho de 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Comissão Censitária Nacional, recenseamento. Censo Demográfico: Dados Gerais. IBGE. Censo 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf> Acesso em: 05 de fevereiro de 2012.

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO E MEIO AMBIENTE – Rio Grande do Norte. Reserva de Desenvolvimento Sustentável Estadual Ponta do Tubarão-(2005) Disponível em: <http://www.idema.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/idema/unidades_de_conservacao/gerados/ponta_do_tubarao.asp> Acesso em 05 de julho de 2012

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO E MEIO AMBIENTE – Rio Grande do Norte. Reserva de Desenvolvimento Sustentável Estadual Ponta do Tubarão-(2004) Disponível em: <http://www.idema.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/idema/unidades_de_conservacao/arquivos/rds%20ponta%20do%20tubar%C3%A3o.jpg> Acesso em 08 de agosto de 2011.

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO E MEIO AMBIENTE – Rio Grande do Norte. Unidades de Conservação da Natureza. Disponível em: <http://www.idema.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/idema/unidades_de_conservacao/gerados/unidades_de_conservacao.asp> Acesso em 08 de agosto de 2011.

JODELET, D., La representación social: Fenómenos, concepto y teoría. In: **Psicología Social** (S. Moscovici, org.), p. 469-494, Barcelona: Paídos. 1985.

_____. **Folies et représentations sociales**. Paris: PUF, 1989.

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

LAPLANTINE, F. **Antropologia da Doença**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

LEFEVRE, F. **Mitologia Sanitária: Saúde, doença, mídia e linguagem**. São Paulo: Editora da USP. 1999, 112p.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. (Org.). **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **O Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque metodológico em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

_____. **Depoimentos e Discursos: Uma proposta de análise em pesquisa social**. São Paulo: Liberlivro, 2005.

_____. **Pesquisa de representação social: um enfoque quali-quantitativo: a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo**. Brasília: Líber livro Editora, 2010. 224 p.

LE GOFF, J. Uma história dramática. In: **As Doenças têm história** (J.Le Goff org.) Mem Martins: Terramar, 1985. p. 07-08.

LEVI-STRAUSS, Claude. **O pensamento selvagem**. São Paulo: Papyrus, 1989.

_____. Introdução a obra de Marcel Mauss. In: Mauss. M. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

LIRA, F. F. M. **Entre Artífice e Operário: Discursos sobre o trabalho do pescador artesanal**. 228p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de Fortaleza – UNIFOR, Fortaleza – CE, 2010.

LOPES JÚNIOR, E; COSTA, A.M. **Saúde e sofrimento social: a inserção da população negra no SUS do Rio Grande do Norte**. In. Composição: Revista Eletrônica de Ciências Sociais. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. nº9, Ano 5, Dezembro/2011 – p. 95-107.

LOYOLA, A. **Médicos e Curandeiros**. São Paulo: DIFEL. 1984.

MACAU, **Prefeitura Municipal**. (2011)Disponível em < www.macau.com.br>. Acesso em 25 de setembro de 2012.

MACHADO, M. das D. de J. **Diferenças intra-urbanas de saúde em Belém**. Belém, 206f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido). Curso de Doutorado em Desenvolvimento Sustentável do Tópico Úmido – PDTU, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará. – UFPA – Belém – PA – 2001.

MALDONADO, S. M. A marcação. In: **Mestres & Mares**. Espaço e indivisão na Pesca Marítima. São Paulo: AnnaBlume,1993.

MARTIN, G. **Pré-história do Nordeste do Brasil**. 2.ed. Recife: Editora Universitária – UFPE, 1997.

MARTINS, P. H; FONTES, B. (orgs.). **Redes sociais e saúde: Novas possibilidades teóricas**. Recife: Ed. Universitária UFPE, 2004.

MARTINS, J.J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.16, n.2, p. 254-262, 2007.

MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

MILLER, F. S. **Pescadores e Coletoras de Patané/Camocim**: aspectos da adaptação humana aos manguezais do Rio Grande do Norte. Natal: EDUFRN, 2012.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAES S. C. de. **Colônias de pescadores e a luta pela cidadania**. Bragança.(2011) Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ZVWxsdSDzswJ:www.marisol.ufba.br/twiki/pub/MarSol/ItemAcervo14/Col%C3%B4nias_de_Pescadores_e_Luta_a_Cidadania.rtf+Col%C3%B4nias+de+pescadores+e+a+luta+pela+cidadania&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-a> Acesso em: 09 de novembro de 2011.

MOSCOVICI, S. **Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro. Zahar, 1978.

_____. **L'Age des Foules**: Um traité historique de psychologie des masses. Paris: Fayard, 1981.

_____. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

_____. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Tradução A. Guareschi. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MOURA, G. **Um Rio Grande e Macau**: Cronologia da História Geral. BR Petrobrás, 2005. 507p.

NOBRE, I. de M. **Revelando os modos de vida na Ponta do Tubarão**. 2005. 260p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais)-Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. WHO (World Health Organization) 1946. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. WHO. Genebra. Disponível em: < http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf> Consulta em 01 de fevereiro de 2011.

OLIVEIRA, L. P. de. **Produção Pesqueira Artesanal**: Diagnóstico Ergonômico e Bases para um Planejamento Nutricional situado e a promoção de saúde dos jangadeiros. 2010. 167p. Dissertação (Mestrado em Programa de Engenharia de Produção), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, 2010.

ORNELLAS, C. As doenças e os doentes: a apreensão das práticas médicas no modo de produção capitalista. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.7, n. 1, p. 19-26, jan.1999.

QUEIROZ, M. S. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. **Revista de Saúde Pública**, v.20, n.4, p.309-317. ago/1986.

_____. Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras. **Caderno Saúde Pública**, RJ. V.9. nº3, set.1993.

ROSA, M. F; MATTOS, U. A. de O. A saúde e os riscos dos pescadores e catadores de caranguejo da Baía de Guanabara. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1543-1552, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/066.pdf>> Acesso em jan.2011.

SÁ, S. M. de A., SÁ, E. V., DINIZ, A. M. Saúde e qualidade de vida na Amazônia. In: FURTADO, L. G. (Org.). **Amazônia: desenvolvimento, sócio-diversidade e qualidade de vida**. Belém: UFPA/NUMA,1997.165p. (Universidade e o Meio Ambiente, v. 9).

SEVALHO, G. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. **Cadernos Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 9. n. 3, p. 349-364, jul/set. 1993.

SPINK, M. J. P. O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-308, jul/set, 1993.

VALLS-LLOBET, C. **Mujeres, Salud Y Poder**. Feminismos. 2.ed. Madrid: Cátedra, 2010.

VICTORA, C. G, KNAUTH, D. R, HASSEN, M. N. **Pesquisa qualitativa em saúde**. Porto Alegre: Tomo editorial Ltda, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário socioeconômico

Esta é uma pesquisa de Mestrado. Sua participação é muito importante porque o resultado deste estudo irá favorecer a necessidade de identificar e conhecer o significado de saúde em sua vida.

1. Dados de identificação

1 – Indicadores socioeconômicos

Nome:	Idade: _____
Data de nascimento:	Naturalidade: _____
Cor: Branca () Negra () Amarela () Parda ()	
Escolaridade: Analfabeta () Alfabetizada () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Superior ()	
Vive em Companhia de cônjuge ou companheiro (a)? () sim () não	
Estado civil: () casado (a) () viúvo (a) () solteiro (a) () divorciado (a)	
Qual a natureza da união? () Casamento Civil e Religioso () Só casamento Civil () Só casamento Religioso () União Consensual	
Tem filhos? () sim . Quantos? _____ () não Moram com você? () sim () não	
Os familiares participam da atividade pesqueira? () Não () Sim () Também pescam () Ajudante de pesca () Limpa peixe () Vende peixe () Outro. Especificar: _____	
MORADIA: - Habitação: () alvenaria () madeira () outros	
2. Hábitos de saúde	
Tabagista: () sim – Há quanto tempo? _____ () não	
Etilista: () sim – Há quanto tempo? _____ () não	
Hipertenso: () sim () não	

Diabético: () sim () não

Apresenta outra (s) doença(s)? Qual? _____

Uso de medicamentos: () sim. Há quanto tempo? _____

Quais? _____

Qual atendimento à saúde está a sua disposição?

() Hospital particular

() Hospital público

() Centro de Saúde

() Posto de Saúde

() Clínica/Policlínica

() Médico particular

() Médico de serviço público

() Farmácia

() Dentista

() Benzedeira ou Rezadeira

APÊNDICE B – Perguntas utilizadas na pesquisa (2ª. fase da entrevista)**Pergunta 1:**

- Você teve ou tem algum problema de saúde? Fale um pouco sobre isso.

Objetivo: Conhecer os tipos de doenças que os pescadores e marisqueiras enfrentam e a representatividade que tem em sua vida.

Pergunta 2:

- O que o (a) senhor (a) faz quando aparece alguns desses problemas importantes?

Objetivo: Resgatar as estratégias de cuidado aos agravos a saúde.

Pergunta 3:

- Para o (a) senhor (a) o que significa saúde?

Objetivo: Identificar e conhecer a representação de saúde para eles.

Pergunta 4:

- Para o (a) senhor (a) o que significa doença?

Objetivo: Identificar e conhecer a representação de doença para eles.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer de aprovação para realização da pesquisa pela Reserva de
Desenvolvimento Estadual Ponta do Tubarão

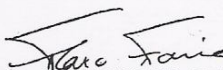
Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Meio Ambiente e Recursos Hídricos

IDEMA
Instituto de Desenvolvimento Sustentável e
Meio Ambiente do Rio Grande do Norte

AUTORIZAÇÃO

Tendo em vista a solicitação para realização da pesquisa científica intitulada “**AMBIENTE PESQUEIRO E SAÚDE: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SAÚDE E DOENÇA DE PESCADORES E MARISQUEIRAS NOS DISTRITOS DE DIOGO LOPES, BARREIRAS E SERTÃOZINHO – MACAU/RN**”, formulada pela pesquisadora *ARKELEY XÊNIA SOUZA DA SILVA*, sob C.P.F. nº 723.003.374-87 e R.G. nº 1.130.267, atuante na área de *Saúde e Ambiente Pesqueiro*, **AUTORIZO** a realização da referida pesquisa conforme decisão do Conselho Gestor da RDS Estadual Ponta do Tubarão, durante a 56ª Reunião Extraordinária, ocorrida no dia 22 de Maio de 2012, no Ecoposto da Unidade de Conservação.

Natal, 25 de Maio de 2012.


FLÁVIO HENRIQUE CUNHA DE FARIAS
Coordenador do Núcleo de Gestão de Unidades de Conservação
Instituto de Desenvolvimento Sustentável e Meio Ambiente

Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado do Meio Ambiente e dos Recursos Hídricos - SEMARH
Instituto de Desenvolvimento Sustentável e Meio Ambiente do RN - IDEMA
Av. Nascimento de Castro, 2127- Lagoa Nova - Natal/RN - CEP 59056-450
Tel: (84) 3232.2110 Fax: (84) 3232.1970 | CNPJ: 08.242.166/0001-26
Website: www.idema.m.gov.br Email: idema@rn.gov.br

ANEXO B – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética – UFRN

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal do Rio Grande do Norte / UFRN - Campus Central

PROJETO DE PESQUISA

Título: AMBIENTE PESQUEIRO E SAÚDE - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SAÚDE E DOENÇA DE PESCADORES E MARISQUEIRAS NOS DISTRITOS DE DIOGO LOPES, BARREIRAS E SERTÃOZINHO - MACAU - RN

Área Temática:**Pesquisador:** Arkeley Xênia Souza da Silva**Versão:** 3**Instituição:** Pós-Graduação em Ciências Sociais**CAAE:** 02996612.9.0000.5295**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****Número do Parecer:** 76527**Data da Relatoria:** 14/08/2012**Apresentação do Projeto:**

O projeto pretende analisar as representações sociais de saúde e doença no discurso de pescadores e marisqueiras cadastrados na Associação Colônia de Pescadores Z-41 localizada no distrito de Diogo Lopes. Essa colônia tem como área de atuação os distritos de Diogo Lopes, Barreiras e Sertãozinho. Para a realização do estudo, 50 participantes cadastrados na referida Associação preencherão um formulário estruturado para coleta de dados sobre perfil socioeconômico do entrevistado, e responderão a 8 perguntas realizadas pela pesquisadora responsável pelo projeto. A entrevista realizada pela pesquisadora será gravada.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar e analisar as representações sociais de saúde e doença no discurso do pescador artesanal e da marisqueira na comunidade de Diogo Lopes, Barreiras e Sertãozinho - Macau (RN).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os participantes da pesquisa estarão sujeitos apenas ao risco mínimo implícito em qualquer pesquisa que envolva seres humanos. Os benefícios resultantes da execução desse projeto superam muito os riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia proposta para o desenvolvimento da pesquisa possibilita alcançar o objetivo apresentado. Trata-se de um trabalho de considerável importância para as comunidades em que pretende atuar e os resultados poderão auxiliar no planejamento de programas de saúde pública.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados na primeira submissão do projeto.

Recomendações:

As solicitações requeridas na ocasião da primeira submissão foram atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Entendemos que este protocolo encontra-se bem instruído e em concordância com as normas e diretrizes propostas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Diante do exposto o CEP/UFRN classifica-o na categoria de PROTOCOLO APROVADO.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em pesquisa (Brasília, 2002) e Res. 196/96 - CNS o pesquisador deve:

1. entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Res. 196/96 CNS - item IV.2d). Atenção: conforme circular 017/11 - CONEP sobre o TCLE, torna-se obrigatória a rubrica do pesquisador e do participante em todas as páginas assim como a assinatura de ambos na última página;

2. desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Res. 196/96 - CNS item III.3z);

3. apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa - CONEP - Brasília - 2002 - p. 41);

4. apresentar ao CEP/UFRN relatório final após conclusão da pesquisa (Manual Operacional para Comitês de ética em Pesquisa - CONEP - Brasília - 2002 - p.65).

Os formulários para os Relatórios Parciais e Final estão disponíveis na página do CEP/UFRN (www.etica.ufrn.br).

NATAL, 17 de Agosto de 2012

Assinado por:
Dulce Almeida

ANEXO C – TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu, _____, fui procurado (a) para participar, como voluntário (a) da pesquisa "**AMBIENTE PESQUEIRO E SAÚDE: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SAÚDE E DOENÇA DE PESCADORES E MARISQUEIRAS NOS DISTRITOS DE DIOGO LOPES, BARREIRAS E SERTÃOZINHO - MACAU – RN**", sob a responsabilidade da pesquisadora Arkeley Xênia Souza da Silva, orientanda da Profª Drª Lore Fortes, do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - PGCS/UFRN.

O meu consentimento ocorreu após ter sido informado (a) pela pesquisadora, de que a pesquisa se justifica pelo fato de estarmos inseridos em uma comunidade pesqueira que representa uma importante fonte de economia no Estado e dessa forma surge a necessidade de pensar a respeito de como compreendemos e lidamos com a saúde, o surgimento de doenças e a busca de tratamento. O objetivo da pesquisa é identificar e analisar as representações sociais da saúde no discurso do pescador artesanal e da marisqueira cadastrados na Associação Colônia de Pescadores Z-41, localizada no distrito de Diogo Lopes, Município de Macau-RN.

A minha participação é voluntária. Consistirá em: preencher uma ficha com dados socioeconômicos e hábitos de saúde bem como responder perguntas em uma entrevista gravada.

Essas duas etapas poderão ser realizadas em minha residência ou na Associação dos Pescadores Z-41 em Diogo Lopes. Caso decida aceitar a participação na pesquisa, terei a liberdade de desistir a qualquer momento sem risco de qualquer penalização. Não terei nenhum custo ou direito a nenhuma remuneração. Fui esclarecido (a) de que essa pesquisa oferece riscos mínimos e que poderei recusar a completar a entrevista se sentir algum tipo de

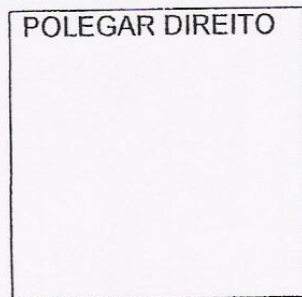
constrangimento. A pesquisadora Arkeley Xênia Souza da Silva assume a responsabilidade sobre qualquer risco ou dano que se apresente. Será garantido meu anonimato e guardado sigilo de dados confidenciais. Dessa forma, os dados fornecidos, quando utilizados em eventos e artigos científicos, preservará minha identidade. Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com a pesquisadora, pelos telefones (84) 9604 5386 e (84) 9949 9353.

Como fui informado (a) e compreendo do que se trata o trabalho da pesquisadora, autorizo ser incluído (a) no estudo.

Diogo Lopes - Macau (RN), ____ de _____ de 2012.

Assinatura do entrevistado (a):

ou Impressão Digital:



Telefone e/ou endereço para contato:

TESTEMUNHAS:

1. Nome: _____

Assinatura: _____

2. Nome: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora

ANEXO D – Termo de Autorização de Gravação de Voz

Eu, _____, após ser esclarecido e entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “Ambiente Pesqueiro e Saúde – Representações Sociais sobre Saúde e Doença de Pescadores e Marisqueiras nos Distritos de Diogo Lopes, Barreiras e Sertãozinho – Macau – RN”, poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, a pesquisadora **Arkeley Xênia Souza da Silva** a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso da pesquisadora acima citada em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade da pesquisadora **Arkeley Xênia Souza da Silva**, e após esse período, serão destruídos e,
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Macau (RN), _____ de _____ de 2012

Participante da pesquisa

Pesquisadora responsável