

**|UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA
PÓLO DE LUCAS DO RIO VERDE**

QUELI IONE NORONHA

**A ALCOOLIZAÇÃO DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS BRASILEIRAS:
revisão bibliográfica sobre a percepção das equipes de saúde indígena**

**SÃO PAULO
2014**

QUELI IONE NORONHA

**A ALCOOLIZAÇÃO DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS BRASILEIRAS:
Revisão bibliográfica sobre a percepção das equipes de saúde indígena**

**Trabalho de Conclusão de Curso de
Especialização apresentado para a obtenção do
título de Especialista em Saúde
Indígena
Universidade Federal de São Paulo**

Orientadora: Professora Luzia Aparecida Oliveira

**SÃO PAULO
2014**

“Que minha fé seja inabalável, que a proteção sobre mim derramada permaneça eterna; que a luz sobreponha-se a todo o pequeno ou grande mal existente em cada ser”.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os indígenas, especialmente aos da Etnia Assuriní do Tocantins. Se pensei em desistir, foi a lembrança deles que inspirou-me continuar. Que este trabalho possa contribuir-lhes para a apropriação crescente do tema. Aos trabalhadores envolvidos com as questões indígenas; que este possa lhes ser útil em suas práticas.

AGRADECIMENTOS

A DEUS e à infinita energia de todos aqueles que lutam incansavelmente pelo conviver harmônico na Terra. A minha família, especialmente meu esposo Marcelo e minha filha Maria Gabriela, dos quais me distanciei tantas vezes para cumprir meu trabalho em aldeias. No entanto, ao retornar, sempre fui recebida com todo o amor e compreensão. Aos professores, colegas e tutores deste Curso, cujas trocas foram fundamentais para entender um pouco mais o complexo universo Indígena. A todos que acreditaram em mim. Agradeço.

RESUMO

Este trabalho buscou identificar na literatura nacional as publicações sobre as percepções das Equipes Multidisciplinar de Saúde indígena (EMSI) em atuar quando o assunto é “consumo de álcool” pelos indígenas. O próprio tema foi problematizado e teve desdobramentos na perspectiva biomédica, visto como a doença universal “alcoolismo”; e etnográfica, entendido como um processo local e específico por grupo, chamado de “alcoolização”. No contexto da Saúde Indígena as pesquisas parecem direcionar para a segunda lente, onde há um objeto que se “desmonta” e que deve ser “remontado” a cada nova cultura, sendo necessário para seu entendimento, conhecer dimensões menos convencionais como dos significados e das representações individuais e coletivas. Apesar dos poucos relatos sobre as abordagens práticas que vem sendo usadas atualmente pelas equipes Multidisciplinar de Saúde indígena, algumas experiências estão sendo desenvolvidas onde se articulam ações intersetoriais bastante complexas. Essas experiências apontam caminhos a serem percorridos com muita prudência, levando em consideração a realidade de cada etnia, envolvendo a comunidade indígena e prestando acompanhamento permanente por pessoal qualificado.

Palavras - chave: alcoolismo, alcoolização, profissionais, indígena, saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
2. OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS	11
3. METODOLOGIA	12
4. RESULTADOS	13
5. EXPERIÊNCIA PESSOAL	23
6. ANÁLISE E CONCLUSÕES	26
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

1- INTRODUÇÃO

As motivações para esse estudo são de ordem pessoal e profissional, a partir do convívio com as etnias indígenas Assuriní e Tembé, no Norte do País, quando atuei como membro da Equipe Multidisciplinar na Saúde Indígena (EMSI). Durante o período de três anos de trabalho, foram frequentes os casos de consumo excessivo de bebidas alcólicas, estados de embriaguez e alcoolismo entre os indígenas. Tais situações resultavam em dificuldades para os trabalhadores em área indígena lidar com o “problema”, principalmente ao serem solicitados para atividades “educativas” para as quais não se sentiam qualificados.

A EMSI era formada por uma Enfermeira, uma Odontóloga; sendo que esta atendia todas as etnias do pólo indígena de Tucuruí. Ainda três Técnicas de Enfermagem e quatro Agentes Indígenas de Saúde; para atender uma população de pouco mais de quinhentos indígenas espalhados em três aldeias. Não havia médico, psicólogo, nutricionista ou assistentes social assistindo diretamente às aldeias. Também não se contava com suporte em antropologia.

Objetivando subsidiar as atividades com vistas a incluir a questão do consumo excessivo de bebidas alcoólicas entre os indígenas, a equipe buscou informações junto à FUNASA e depois SESAI. Verificou-se, na ocasião, que o tema alcoolismo era pouco abordado nas capacitações e formação dos Profissionais da Saúde Indígena. Também foi constatada a inexistência de uma política específica para este assunto.

A falta de estudos sobre o consumo do álcool entre a população indígenas, como registrado por GUIMARÃES, “ocasionam limitações para o desenvolvimento de ações mais adequadas e propiciam a formulação de pré-

conceitos, bastante comuns quando se fala em comunidades indígenas e consumo abusivo de álcool” (Guimarães apud LANGDON(2001), 2007, p. 83)¹.

Aureliano e Machado Jr (2012), ao realizarem revisão bibliográfica sobre o tema alcoolismo em indígenas, perceberam entre pouco mais de quarenta estudos na literatura nacional, que apenas um (1) trabalho publicado levou em consideração a perspectiva dos trabalhadores de saúde.

Concluíram que apesar da existência de complexos e profundos estudos sobre o tema, raramente neles são apresentadas propostas e métodos usados pelas equipes. Destaca-se a necessidade e importância da inclusão dos profissionais de saúde que trabalham no dia a dia com a população indígena, para melhor qualificar as intervenções diante dos desafios no lidar com aspectos relacionados ao consumo de álcool e os cuidados com a saúde.

Essa necessidade é reforçada no estudo de Ghiggi Jr, A. (2010) sobre a etnia Kaingang no Sul do País, onde registra a inexistência de programas voltados para o trabalho com a questão do alcoolismo.

A inexistência de estudos que contribuam para a formação e discussão da questão do alcoolismo nessas comunidades, dificulta a formulação de políticas e programas que levem em conta esse problema, pois para agir é necessário conhecer , e em geral, desconhece-se quais os motivos que os levam a beber mais frequentemente, quais os fatores que facilitam o consumo, com que idade começam beber , quem são os mais vulneráveis , e ainda, não se sabe se “ o beber excessivo” é reconhecido por todos eles como um “problema” .

Sob a ótica de profissionais formados dentro de um modelo centrado na doença, o alcoolismo apresenta-se como uma soma de problemas relacionados ao consumo excessivo e prolongado do álcool ou ainda um vício de ingestão excessiva e regular de bebidas alcoólicas com consequências decorrentes. O alcoolismo pode ser compreendido como um conjunto de diagnósticos onde existe a dependência, a abstinência, o abuso (uso

excessivo, porém não continuado) e a intoxicação por álcool (embriaguez) (SOUZA; GARNELO, 2006).

O consumo de bebidas alcoólicas parece que sempre esteve presente na história da humanidade, e numa perspectiva antropológica considera-se a interpretação do problema do alcoolismo não como uma doença, portanto, não sendo necessariamente indicado tratamento. Nesse sentido, surge um questionamento das posições biologicistas, destacando a necessidade de considerar o contexto social e cultural (SOUZA; GARNELO, 2006). Logo, o hábito do uso do álcool e suas influências no indivíduo ou na sociedade devem ser também abordados como um fenômeno cultural e não exclusivamente associado a doença.

Para os profissionais de saúde indígena, os problemas já presentes nas aldeias como a desnutrição, a mortalidade infantil elevada, suicídios, tentativas de homicídio, a depressão, as doenças crônicas não transmissíveis, as doenças mentais e a perda da qualidade de vida, de um modo geral, costumam ser ainda mais acentuadas quando associados ao consumo do alcoolismo. Saber lidar com tão complexo assunto pressupõem trabalho Interdisciplinar, Intersetorial e embasamento antropológico.

1.2- JUSTIFICATIVA

Considerando a inexistência de registros sistematizados da questão do alcoolismo e as ações das EMSI, o presente estudo se justifica pela necessidade de buscar na bibliografia nacional referenciais que contribuam para o desenvolvimento de programas de atenção em saúde indígena e o uso/abuso da ingestão de álcool pelas comunidades assistidas por essas equipes.

A urgência de estudos nesta área deve-se não simplesmente às vontades dos pesquisadores e ao ser um real problema de saúde pública, mas principalmente à triste realidade destas sociedades nativas, cada vez mais marginalizadas e vitimadas historicamente. Índios são queimados vivos em paradas de ônibus, perambulam pelas periferias embriagando-se e expondo-se a riscos. Ao voltarem para suas aldeias, suas famílias, e seus

cuidadores, precisam ser recebidos e cuidados. A questão é: como estamos nos preparando enquanto profissionais de saúde para esta realidade?

2- OBJETIVOS:

2.1 Geral:

Identificar na Bibliografia Nacional divulgada sobre alcoolismo em Indígenas, textos associados a atuação das Equipes Multiprofissionais em Saúde Indígena e o problema do alcoolismo nessas comunidades.

Específicos:

- Levantar na bibliografia disponível relatos das ações dos profissionais de saúde indígena no manejo e abordagem da questão do alcoolismo nas comunidades indígenas;
- Identificar na literatura nacional registros de ações, programas e atividades especificamente voltadas ao tema alcoolismo desenvolvidas por organizações governamentais, não governamentais, ou religiosas em aldeias indígenas.
- Analisar os dados encontrados sob a ótica das múltiplas facetas do alcoolismo e suas relações com a saúde da população indígena brasileira.

3- METODOLOGIA

Partindo do pressuposto de que o processo de alcoolização nas diferentes etnias indígenas é uma realidade para o qual os profissionais de saúde indígena não estão necessariamente preparados ou capacitados e, considerando o pouco acúmulo de conhecimento sobre o assunto, o presente estudo buscará verificar na Literatura Nacional quais as publicações científicas mais relevantes, desde a criação dos Subsistema de Saúde Indígena, sobre o alcoolismo em populações Indígenas. Serão preferidos os estudos que possam contribuir, de alguma forma, para a atuação dos profissionais da Equipe Multidisciplinar de Saúde.

Dentre as técnicas de pesquisa, será utilizada a pesquisa documental através de revisão bibliográfica utilizando-se “*de fontes secundárias*” (Lakatos, 2005).

Buscaremos identificar entre as experiências divulgadas, em forma de artigos ou outras comunicações, aquelas que apresentarem como foco principal a percepção e a atuação dos profissionais da saúde indígena em relação ao alcoolismo em indígenas; como foram capacitados para tal e quais suas percepções. Será utilizado as bases de dados: Scielo, Bireme, Lilacs, além de livros de referência. A Revisão será feita de outubro de 2013 a fevereiro de 2014 e foram incluídos artigos publicados entre os anos de 2001 a 2012.

4- RESULTADOS

Foram encontradas diversas referências bibliográficas sobre o tema “alcoolismo em Indígenas” , porém, em se tratando da “Atuação das Equipes Multidisciplinares em Saúde Indígena(EMSI)”, apenas um trabalho foi encontrado. Neste, as pesquisadoras Silvana Carneiro Maciel; Rita de Cássia Cordeiro de Oliveira e Juliana Rízia Félix de Melo’ da Universidade Federal da Paraíba buscam as representações do alcoolismo para os profissionais da EMSI , ou seja, o trabalho não relata exclusivamente as práticas que são desenvolvidas pelas equipes, mas sim como eles enxergam este “problema” enquanto profissionais de saúde indígena.

Ao entrevistarem 21 profissionais do Estado da Paraíba das EMSI dos Polos-Base DSEI/Potiguara, e suas representações sobre o alcoolismo, foram categorizadas quatro classes de respostas, sendo elas associadas a: álcool e prazer, comunidade e as questões de saúde, concepções sobre o alcoolismo e consequências socioculturais .

Cada classe foi analisada e chegaram à conclusão de que há realmente um grande “despreparo” das EMSI para lidar com o alcoolismo entre os indígenas daquele DSEI. Isso vai ao encontro da suposição inicial de que não existem protocolos ou programas direcionados e que os trabalhadores estão, portanto, “despreparados” para abordagem do assunto.

Neste trabalho optou-se por aprofundar a Classe denominada pelas autoras como “concepções sobre o alcoolismo”, classe que representa 51,46%, ou seja, a maior parte das respostas.

Há de se considerar neste estudo que a formação dos profissionais de saúde, é predominantemente voltada ao modelo biomédico, onde se consideram os fatores de ordem genética, celulares, ou meramente comportamentais, conforme a ciência biológica e psicologia. Assim, esses trabalhadores acabam se deparando com as diferentes necessidades das comunidades indígenas, quando assumem trabalhos na Saúde Indígena e não estão, necessariamente, preparados para a assistência integral. De um modo

geral, a formação desses profissionais favorece uma visão fragmentada dos problemas com foco principalmente na doença, em seu tratamento e controle.

Buscou-se na bibliografia as perspectivas da ciência biomédica e também das ciências sociais, visto que não se pretendia aqui descartar ou negar qualquer conhecimento, mas sim, aprofundá-los e somá-los. Neste sentido, as ciências sociais contribuem com a informação que a antropologia é capaz de oferecer, sem o qual, pouco pode ser entendido na questão indígena.

Para Langdon (2001) a definição de alcoolismo é objeto de muita discussão e existem questões altamente controversas sobre a sua natureza, questionando se o alcoolismo é um fenômeno com características universais ou se possui especificidades socioculturais e, ainda, a autora questiona se é verdade o dito que afirma que “uma vez alcoólatra, sempre alcoólatra”.

Vê-se então a necessidade de aprofundar-se neste universo para melhor entender as possíveis propostas futuras destes autores e ainda, para avaliar seu uso diante das populações indígenas em toda sua diversidade.

Conforme suposto no início deste trabalho, inexistem Políticas específicas para controle do alcoolismo em indígenas, apesar da existência de órgãos como o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) e a Secretaria Nacional de Políticas e Drogas (SENAD). Para esta, a proporção dos índios que bebem, dentre os homens, é de 52,7% e, dentre as mulheres, de 24,6%. As mulheres apresentam maior proporção no abuso de álcool, enquanto que os homens apresentam maior proporção na dependência de álcool, sendo 28,7% nos homens e 11,8% nas mulheres (SENAD/2012).

Porém estes órgãos(CEBRID e SENAD) não têm funções operacionais, ou seja, não são órgãos formuladores de programas. O primeiro é entidade ligada à academia e fornece dados que podem ser usados na formulação de políticas públicas. Já a Secretaria, da mesma forma, é um órgão que fornece aos governos as diretrizes a serem seguidas de modo geral. Nenhum destes órgão portanto tem como missão ou função ensinar o “como fazer”.

Também não foi encontrada publicação científica nas bases consultadas sobre as atuações das Igrejas em projetos específicos sobre alcoolismo dentro de aldeias indígenas no Brasil.

4.1 A LENTE BIOLOGICISTA: O ALCOOLISMO DOENÇA

Segundo a ótica da biomedicina o alcoolismo é definido como uma doença que tem a mesma causa e que se manifesta igualmente em todas as culturas.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde(OMS/2001) o alcoolismo é diagnosticado como consumo excessivo e doentio de bebidas alcoólicas constatadas quando a pessoa faz uso diário de álcool, de pequena a grande quantidade de qualquer bebida com teor alcoólico. Ainda, o alcoolista é aquela pessoa que bebe em excesso e cuja dependência tenha alcançado um grau tal que determine o aparecimento de perturbações visíveis, sejam estas interpessoais, intrapessoais e físicas, comprometendo seu adequado relacionamento familiar e social.

A OMS (2001) afirma que homens que costumam ingerir de 60 a 80g de álcool por dia, num período de dez anos, estabelecem o risco para desenvolver cirrose hepática. Essa pessoa perde em média 12 anos de vida produtiva. Muito mais que cardiopatia (2 anos), câncer (4 anos), as doenças hepáticas crônicas e cirrose contabilizam cerca de 26.000 mortes por ano nos E.U.A. (National Institutes of Health, 1997).

Na visão biológica, o alcoolista apresenta incapacidade em tomar decisões saudáveis e solucionar efetivamente o problema que essa doença traz a sua vida. A reação diante da patologia é de revolta, fato pelo qual o doente passa a tomar quantidades maiores de álcool para diminuir a dor emocional. O uso abusivo dessa droga ou a abstinência são dois problemas comuns ao vício, os pacientes em geral usam a prática da negação, ou falta de conhecimento sobre os efeitos destrutivos no corpo pelas substâncias psicoativas (BERTOLOTE & RAMOS, 1997).

Em um estudo conduzido pelo Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas –CEBRID (1999), em 24 cidades do Estado de São Paulo, foi revelado que a taxa de alcoolismo era de 77% entre homens e 60% entre mulheres. O mesmo órgão tem apresentado dados epidemiológicos sobre a população indígena e o alcoolismo começando proporcionar análises.

Para Hill, et al.(1990), alguns fatores motivam o primeiro contato com o álcool: a) o espírito de pertencimento ao grupo, na adolescência, onde não queremos ser tratados com diferença, b) por curiosidade, devido ao grande consumo, c) por ser usado como meio de socialização e cultural, onde a iniciação se dá quando criança e com o aval dos pais.

Nas comunidades indígenas, por exemplo, beber faz parte de rituais atribuídos à passagem da fase criança para a fase adulta, onde o indígena precisa ter contato pela primeira vez com desafios pertencentes ao mundo dos adultos, assumindo assim novas responsabilidades. Porém com as mudanças ocorridas na facilitação ao acesso às “bebidas dos brancos”, essa iniciação está sendo sem o acompanhamento dos adultos, quebrando as regras tradicionais.

Para o modelo biomédico, após se familiarizar com o álcool, alguns fatores podem dar continuidade ao uso por parte da pessoa, como predisposição orgânica, devido à tolerância ou ainda alguns aparentes benefícios como socializar-se.

Para estes autores, o alcoolismo passa por algumas fases. A primeira fase é a social, sem dependência física, apenas dependência emocional. Lembrando sempre da dependência orgânica e benefícios, do contrário, a doença não se desenvolve. A mudança emocional geralmente acontece na infância ou na adolescência, passando despercebida, pois se confunde com malcriação, infantilidade ou temperamento forte. Bebe-se pouco e socialmente, não há perdas em virtude do uso, não há problemas físicos.

Na segunda fase social, sem dependência física, apenas dependência emocional, mas com aumento da tolerância. A ingestão não causa problemas físicos devido ao pouco tempo de uso, o que mais tarde mudará.

A terceira fase instaura a problemática, com dependência física e emocional. Com altíssima tolerância, muitos problemas emocionais, ressacas constantes, problemas familiares e problemas de relacionamento. Iniciando a síndrome de abstinência, começam as "paradas estratégicas", nesta fase pode se haver interinação com boas melhoras de saúde.

Na quarta fase, a problemática está mais acentuada, com dependência física e emocional. Bebe-se muito pouco, inicia-se a atrofia do cérebro, notada através de delírios, mãos trêmulas por períodos excessivamente longos, problemas físicos e emocionais extremos, podendo levar a esquizofrenia.

Nesta fase há pouca expectativa de recuperação física. O alcoolista usa mecanismos de defesa mais do que outra doença, como a projeção. Todos os sentimentos e a própria vida são vistos apenas no outro: "o outro é quem bebe muito". Auto-piedade: "ninguém me entende, nada dá certo para mim". Minimização de prejuízos: "só bebo cervejinha, só no final de semana, todo mundo bebe". Intelectualização, encontrando justificativas científicas, como: "beber faz bem ao coração". Racionalização: "se eu beber só vinho vai estar tudo bem, se eu parar por um tempo vai ficar tudo bem". E por fim, a fuga geográfica, com mudança de emprego e até de cidade.

Reportando-nos na história, vemos que o alcoolismo era visto até praticamente o século passado dentro de uma postura essencialmente moralista, sendo considerado um problema de caráter. Hoje, o alcoolismo é defendido como um sintoma de uma dificuldade psicológica.

Em março de 1940, o alcoolismo foi apontado como uma doença da qual as pessoas seriam portadoras, ou seja, características biológicas, bioquímicas, que tornariam seu organismo de alguma forma incompatível com o álcool (BERTOLOTE & RAMOS, 1997).

Sendo que alguns dos sinais do beber problemático seriam: desenvolvimento da tolerância, aumento da importância do álcool na vida da pessoa, a percepção do grande desejo de beber e da falta de controle em relação a quando parar, síndrome de abstinência e aumento da ingestão de álcool para aliviar a síndrome da abstinência.

4.2 A LENTE SOCIAL SOBRE O ALCOOLISMO

Para início de conversa, precisamos nos localizar na sociedade em que vivemos e a medicina que consideramos, assim, é correto afirmar que a medicina ocidental está associada às funções e disfunções biológicas, sem preocupação com fatores culturais, que tem reflexo no sucesso de prevenção e tratamento de agravos de saúde (BUCHILLET, 1991). Diferentemente desta, o saber indígena é alicerçado em uma perspectiva holística, permeada por elementos mágicos e míticos, com aplicabilidade prática comprovada por inúmeras gerações.

Para os grupos indígenas o consumo de bebidas fermentadas é tão antigo quanto à própria humanidade e eram usadas para construção da coletividade e para reafirmar os valores do grupo, estabelecendo assim sua relação com o universo cosmológico. A introdução de bebidas destiladas deu-se ainda, no final do século passado, para muitos autores, reforçada pela instalação de alambiques dentro das áreas indígenas. Situação ocorrida na região Sul do Brasil na época da colonização e “conquista”, marcando uma desestruturação entre os grupos indígenas(MS,2001).

Percebe-se até aqui que a sociedade considerada pela Organização Mundial da Saúde e pelos autores citados é a ocidental industrializada, sendo que o modelo biologicista não considera a realidade dos povos indígenas e seus diferentes contextos sócio culturais. Assim, necessitamos ampliar nosso campo de visão para o social.

Dentro dessa perspectiva,

“ o ambiente social e cultural é provavelmente a mais importante influência sobre o ato de beber, pois condiciona o tipo de bebida a ser consumida, como se bebe, onde beber, com quem beber, como se comportar e o que se espera de quem bebe(...)inclui fatores como o que as pessoas pensam e creem sobre o álcool, as regras locais e, além disso, quanto beber, como conseguir e utilizar a bebida. O ambiente social e cultural faz toda a diferença. Isso pode causar maior ou menor dificuldade para a pessoa tornar-se ou não dependente do álcool (Maciel et al.,2012, APUD ASSIS , 2007¹ p.111)”

Pesquisas modernas dizem que a visão biológica deve ser revista em muitos pontos. Na visão de Kalina (1999), principalmente no que diz respeito à perda do controle, pois este modelo biológico sugere que o alcoólatra não pode beber nada, uma gota de álcool que penetre no seu organismo vai provocar um desarranjo metabólico, e ele compulsivamente vai precisar beber mais.

Quando considerada a forma de organização social há também, uma determinação sócio-cultural, em que os fatores interpessoais, como a influência dos pares e o comportamento da família, são muito importantes na determinação do padrão de uso de álcool (BERTOLOTE & RAMOS, 1997).

Nesse momento sente-se uma aproximação com a questão dos povos indígenas, e esta observação leva a crescente valorização dos fatores sociais na gênese do alcoolismo, sendo destacado o fato de que a ênfase dada às causas individuais minimiza a participação dos fatores sociais na determinação do alcoolismo, permitindo que a sociedade e a família, propriamente dita, não assumam a sua parcela de responsabilidade (ROEBUCK, 1983).

Partindo da definição biomédica de alcoolismo, em que o abuso do álcool é entendido como uma doença orgânica e sem possibilidade de cura, Langdon (2001) argumenta sobre a necessidade de se reconhecer que existem diferentes estilos de beber, nem sempre associados a comportamentos negativos para a saúde.

¹Assis, L. P. S. (2007). Da cachaça à libertação: mudanças nos hábitos de beber do povo dâw no Alto Rio Negro. Revista Antropos,(1-73).

Assim, na perspectiva grupal, o fenômeno se caracteriza como uma forma de autodestruição da etnia, mas se considerarmos as consequências da alta incidência do alcoolismo entre certas comunidades, esta perspectiva pode nos ajudar a compreender melhor suas várias causas e também iluminar, talvez, os caminhos para prevenção. (Langdon, 2001)

Maciel & Melo (2012) concluem que essas representações dos trabalhadores entrevistados demonstram uma visão do alcoolismo, que inclui suas causas, consequências e tratamento, ancoradas nas questões culturais do homem branco e desvinculadas da cultura indígena.

As autoras criticam ainda a inclusão da prática de esportes e as palestras educativas por estarem ancoradas em uma perspectiva de “aculturação” dos índios e de sua dominação pela cultura dos brancos, tal como ocorreu com o episódio da sua catequização.

4.3 Avanços das Políticas Sociais

FERREIRA (2001) ao estudar os Guaranis, concluiu que as instituições governamentais responsáveis por atender à saúde indígena devem reconhecer esse saber os saberes tradicionais dos povos indígenas como legítimos, respeitando e promovendo ações de articulação entre os sistemas médicos indígenas e o sistema oficial de saúde, fazendo valer o direito garantido legalmente a estes grupos de receberem uma atenção diferenciada à sua saúde.

Para a implementação de programas de saúde eficazes, será necessário desconstruir preconceitos, considerando os aspectos do contexto sociopolítico e histórico que determinam o comportamento alcoólico. Para Langdon (2001) é necessário construir programas de prevenção juntos às comunidades, indagando com elas sobre os fatores coletivos e específicos ao grupo que contribuem para a incidência do alcoolismo.

Embora o conceito de saúde mental contemple uma visão integral e contextualizada do ser humano, conforme está enfatizado no Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), esta assistência ainda é,

predominantemente, de caráter individual, fracionada, desumanizada e caracterizada pela usual e hegemônica concepção compartimentalizada do ser.

De forma geral, principalmente no norte do Brasil, as equipes de saúde indígena estão incompletas, faltando em seus quadros profissionais da área da psicologia, medicina, assistência social, nutrição e antropologia, por exemplo. São os profissionais da Enfermagem de nível médio, os que mais convivem com estas populações estando alguns especialistas centralizados nos DSEI, afastados da realidade e da assistência direta das populações.

Este déficit acaba por formar um vazio assistencial ao alcoolista, ou até mesmo dificultando o desenvolvimento de ações preventivas nas comunidades, já que os profissionais que atuam diretamente nos pólos não estão, necessariamente, capacitados para tal.

Em muitos casos os indígenas são deslocados até os CAPS (Centros de Apoio Psico-Social), onde os profissionais também não sabem lidar com os indígenas, pois não tem formação específica ou treinamento para compreender a cultura particular do povo indígena, seus modos de vida, e o que pode estar motivando o consumo do álcool naquele contexto particular.

A partir da “Reforma Sanitária”, em 1999, a FUNASA redefiniu o modelo assistencial de saúde indígena, organizado através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), localizados em todo território nacional. Os DSEI possibilitaram o planejamento e a execução de ações de acordo com as especificidades regionais e locais. Essa sistemática contribuiu para ampliar a atenção à saúde indígena.

A FUNASA (2002) alertava que o alcoolismo é um dos problemas cada vez mais frequentes nas comunidades indígenas que têm um relacionamento mais estreito com a população regional. Em virtude disso, visando à reestruturação das estratégias governamentais de atenção à saúde indígena, o Ministério da Saúde instituiu, através da Portaria de nº. 254, de 31 de janeiro

de 2002, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). O objetivo é assegurar aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os Princípios e as Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Tais princípios contemplam as diversidades social, cultural, geográfica, histórica e política dessas populações, de modo a beneficiar a superação dos fatores que as tornam mais vulneráveis aos agravos de saúde, certificando a eficácia de sua medicina tradicional e o direito de preservarem a sua própria cultura.

O trabalho de prevenção e combate ao alcoolismo em comunidades indígenas, não é uma tarefa fácil. Existe também um despreparo dos profissionais de saúde para a abordagem do problema do alcoolismo, em todos os setores (Erthal, 1998)

Atualmente, a FUNASA entre outras, atende o saneamento às populações indígenas, enquanto a saúde Indígena está cargo da SESAI, Secretaria Especial de Saúde Indígena, que se responsabiliza pela contratação e capacitação das EMSI.

Considerando necessário observarmos o que foi desenvolvido em termos de Políticas públicas, verificamos que a Política Nacional sobre o Álcool resultou de um longo processo de discussão. Em julho de 2005, o então Conselho Nacional Antidrogas, instalou a Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Álcool (CEPPA), composta por diferentes órgãos governamentais, especialistas, legisladores e representantes da sociedade civil. A Câmara Especial iniciou suas atividades a partir dos resultados do Grupo Técnico Interministerial criado no Ministério da Saúde em 2003.

A política sobre o álcool reflete a preocupação da sociedade em relação ao uso cada vez mais precoce dessa substância, assim como o seu impacto negativo na saúde e na segurança.

O objetivo geral da Política Nacional sobre o Álcool (Decreto Presidencial nº. 6.117/2007) é estabelecer princípios que orientem a elaboração de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersectorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida, causados pelo consumo desta substância, bem como das situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas.

Vale citar algumas medidas detalhadas no anexo II do Decreto nº. 6.117 e divididas em categorias, sendo elas: Diagnóstico sobre o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil; Tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de álcool; Realização de campanhas de informação, sensibilização e mobilização da opinião pública quanto às consequências do uso indevido e do abuso de bebidas alcoólicas; Redução da demanda de álcool *por populações vulneráveis*; Segurança pública; Associação álcool e trânsito; Capacitação de profissionais e agentes multiplicadores de informações sobre temas relacionados à saúde, educação, trabalho e segurança pública; Estabelecimento de parceria com os municípios para a recomendação de ações municipais.

Considerando então que as populações indígenas encontram-se entre as ditas “populações vulneráveis”, as mesmas seriam prioridade segundo as medidas previstas na Política. Da mesma forma a capacitação prévia dos profissionais de saúde indígena deveria ser contemplada, o que ainda não acontece efetivamente na assistência em saúde às populações indígenas.

5 EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Como qualquer “visitante” leigo não índio à um aldeia , junto ao fascínio pela diversidade da cultura também existe o estranhamento e o não entendimento de que trata-se de uma sociedade diferente, situada num espaço

físico restrito, que raramente permite uma convivência intercultural. É comum o impulso dos visitantes, formados na cultura dominante, impor seus padrões e modo de vida, estranhos a cultura e modo de vida dos indígenas.

Inconscientemente ou não, assim também eu comportei-me, diversas vezes. Acreditando ser possíveis grandes “mudanças” de coisas que na minha cultura considerava muito melhor. Infelizmente somente mais tarde, a duras penas, percebi minha total ignorância.

Isso ocorreu em 2009 , durante atuação como enfermeira da saúde indígena do DSEI Guamá-Tocantins, convivendo com as populações indígenas em aldeias Indígenas do Norte do País, percebi o tamanho do desafio prestes a enfrentar . Na prática, ao ser contratado, o profissional da saúde indígena passa por uma seleção que considera suas experiências progressas com saúde comunitária e também indígena.

O modelo assistencial do DSEI em questão e pelas EMSI seguidos, era predominantemente o Modelo de Ações Programáticas, estando a Saúde Mental sendo implantada, e as capacitações dos profissionais acontecerem morosamente em qualquer um dos programas.

Mesmo com experiência em saúde comunitária, aquela realidade era completamente nova para mim, e o pouco que eu sabia parecia, muitas vezes, não se adequar. O que me instigava pesquisar e aprimorar-me, mas ao mesmo tempo, sentia-me só no sentido de não ter a quem recorrer, já que a relação com profissionais mais experientes estavam todos no DSEI, e no Pólo Base o estímulo e a receptividade aos novos profissionais era precário.

Ao contrário do que imaginava no início não possuía nenhum “preparo” ao ser inserida naquele Universo. Os meus conhecimentos biomédicos não eram suficientes para resolver questões coletivas e muito pouco as individuais, visto que tudo se passa num contexto social diferente daquele onde fui formada. Uma das situações com as quais não sabia lidar era justamente

quando escutava os relatos dos anciãos sobre o consumo de álcool pelos mais jovens.

Os idosos pareciam os mais preocupados ao relatarem não saber o que esperar do futuro dos seus jovens, assim como para mim, as preocupações não eram poucas. Sentia-me capaz da assistência de enfermagem a todos os grupos etários e de “doentes”, mas não aos “alcoolidas”.

Entre muitos acontecimentos o que mais chamou-me atenção foi a destruição do “TEKATAUA”, uma cabana tradicional, feita de madeira, amarrações e palhas, cujo seria o único espaço de interação de toda a aldeia. Este foi por muito tempo o espaço de referenciamento ao sobrenatural, reverenciado ao espírito onça (www.isa.com.br) sendo usado também para decisões políticas, apesar de tais decisões serem realizadas predominantemente na dispersão dos núcleos familiares. Cada núcleo tem suas lideranças e o chefe de núcleo, portanto nem todas as decisões são consensuais o tempo inteiro.

Esta decisão partiu de uma liderança depois de ter sido encontrado, ao amanhecer, um menino de oito anos dormindo embriagado naquele local. Assim, o local que seria propício para o diálogo com as possíveis trocas de experiências de vida entre as gerações foi sendo destruído. Para mim, mais um espaço original da cultura indígena destruído pelos hábitos importados de uma sociedade “civilizada” comprovando a ausência do Estado em defender a preservação da cultura Indígena. Soma-se a isso que cada família tem seu núcleo com autonomia política tendo sido concedida a permissão de construção de templo evangélico num destes núcleos familiares.

Interpretei como um ato simbólico de que desistiam do TEKATAUA, pois até mesmo as crianças não usavam mais aquele local para ouvir e aprender conforme a tradição, mas sim, para curar sua embriaguez.

Encontrei ali momento propício para iniciar algumas atividades “extra-oficiais”, já que não tinha orientação do DSEI para ações de Saúde Mental voltadas para Álcool e Drogas. As inúmeras solicitações ao DSEI para entrada de Psicólogo em área para auxiliar no diagnóstico e elaboração de plano acabavam não sendo viabilizadas.

Apesar de não documentadas, foram realizadas algumas rodas de conversa sobre o alcoolismo com os adultos, principalmente com os indígenas que compunham o time de futebol masculino, durante a noite, na antiga escola da comunidade.

A abordagem foi despretensiosa e foi possível perceber a relação do consumo do álcool por aquele grupo como algo comemorativo. Quem perdia o jogo pagava a bebida, mas todos bebiam juntos. O grupo não via problema em beber, “os outros”, que não faziam parte do grupo é que percebiam. Logo, a presença da bebida acabava identificando a comemoração do grupo.

A maioria dos bebedores relatava abertamente que consumia as bebidas porque era bom e porque gostavam, e poucos relatavam preocupação com as consequências para a saúde, com o que os “outros” iriam dizer, ou com seu comportamento como inadequado.

Algumas sementes foram lançadas nesses encontros: inicialmente instigando a reflexão sobre o quanto o consumo de álcool podia ser “ bom ou ruim”, assim como as consequências para a comunidade como um todo, além os riscos para a saúde dos bebedores. Também foi se tentado resgatar com os idosos o que bebiam antigamente e porque bebiam, na tradição indígena.

Certa vez, com a entrada de pesquisadoras em área , ambas da área da Antropologia, referiram-me que o grupo parecia apropriar-se da atividade de roda de conversa. Porém, percebi que na minha ausência, o restante da equipe de saúde relatava dificuldades em conduzir as conversas.

Emergiu então a necessidade de procurar forma a dar bases sólidas ao grupo, acompanhando e garantindo um espaço permanente para as discussões e diálogos, este sendo conduzidos de forma horizontalizada . Para isso, tudo passaria pela capacitação dos trabalhadores, pela crescente participação da comunidade no seu próprio diagnóstico, por equipe multidisciplinar e projetos intersetoriais. Apesar de avanços no diálogo interétnico, e no alinhamento das propostas entre profissionais de saúde e comunidade, as ações decorrentes deste primeiro passo nunca chegaram ser desenvolvidos.

6 ANÁLISES E CONCLUSÕES:

Para a análise dos dados considera-se que “ A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.” (Minayo 2001)

Partindo então a análise da classe “concepções sobre o alcoolismo”, o que mais pronunciou-se dentre as revisões realizadas é ser necessário que as formas de abordagem sobre o agravo alcoolismo, sejam buscadas e construídas junto às próprias comunidades indígenas, considerando as especificidades culturais que tal fenômeno adquire neste universo.

As instituições governamentais devem construir estratégias conjuntamente com os grupos indígenas para que o trabalho tenha sustentabilidade ao longo do tempo, alcançando os objetivos colocados tanto pela população indígena, quanto pelos setores públicos.

O alcoolismo já é reconhecido como um agravo importante em certas populações, tanto que na Política Nacional , uma medida proposta seria de priorizar a atenção às populações vulneráveis. Considerando necessário

observarmos o que foi se desenvolvido em termos de políticas públicas, verificamos que a Política Nacional sobre o Álcool resultou de um longo processo de discussão, porém, não foi possível esclarecer neste trabalho o quanto da participação indígena esteve presente na discussão.

Para embasar as ações das práticas profissionais, faz-se necessário compreender as diversas interfaces dos problemas, envolver a comunidade, considerar este problema dentro do todo, significa atuar em várias frentes, respeitar as especificidades etnoculturais e a realidade de cada local.

Falar sobre alcoolismo implica, portanto, em um conhecimento prévio sobre a comunidade em questão, considerando-se o processo histórico-cultural para uma visão não fragmentada e superficial.

O conhecimento da cultura torna-se um pressuposto básico para intervenções visando não somente ao resgate da cultura indígena, mas também à solução dos problemas relacionados ao alcoolismo e ao aumento da qualidade de vida dos índios, ficando inviável fazer esse resgate se os próprios profissionais não conhecem essa cultura. (Maciel et al. 2012)

Observa-se que ainda há predominância do entendimento do alcoolismo como um fenômeno de natureza físico-individual. Por esse ponto de vista, o alcoolismo consiste em uma dependência biológica que causa comportamentos desviantes, e traz consequências negativas tanto para o indivíduo que usa abusivamente o álcool quanto para o seu grupo social.

Nota-se, portanto, um desprezo em relação ao campo coletivo-social, segundo o qual se considera que o alcoolismo seja construído através do tempo e do contato entre sociedades diferentes e não paritárias (Oliveira, 2001).

Conforme Souza & Garnelo (2007), o enfoque do alcoolismo como doença acaba deixando de lado aspectos importantes que estão a ele relacionados. Os autores ressaltam a necessidade de contextualizar esse

assunto na cultura e na história, devendo-se verificar o que significa o ato de beber.

Após este trabalho monográfico, fica a certeza de que muito pode e deve ser feito para trabalhar esta questão na Saúde Indígena, sob a perspectiva não apenas de uma doença, mas sim do “beber” como um comportamento que está em mudança.

Além disso, que as EMSI devem procurar a intersectorialidade e a integralidade como diretrizes fundamentais para suas ações no que tange ao agravo em questão. É muito importante buscar apoio antropológico e conhecimento científico de variadas vertentes, inclusive sem ignorar o conhecimento tradicional indígena, sua mitologia e sua transcendência para além do mundo físico e do material.

Fica também a expectativa da formação de pessoal capacitado para lidar com essa realidade, além do incremento de outros profissionais na composição das EMSI, visto a grande demanda de serviços e programas já desenvolvidos. O conhecimento da cultura torna-se um pressuposto básico para intervenções visando não somente o seu resgate, mas também à solução dos problemas relacionados ao alcoolismo e ao aumento da qualidade de vida dos indígenas.

Como argumentam autores apoiados no arcabouço teórico das ciências sociais, é necessário entender as particularidades do abuso de álcool em cada situação e reconhecer que não há um tratamento universalmente apropriado para todos.

Oferecer “atividades” ancorando-se na cultura do homem branco, com uso de palestras educativas, por exemplo, parece ser uma negação da cultura indígena. É no contexto dialógico que surge a constituição de sujeitos capazes de reivindicar seus próprios interesses. As atividades ditas “educativas” precisam levar em consideração os fatores próprios da cultura de cada grupo, partindo da pedagogia dialógica (Maciel et al. 2012) .

É permitir que tais sujeitos sejam capazes de encontrar as respostas , é dar-lhes autonomia , é acreditar na sua capacidade histórica de resistência , de superações e contribuir para sua emancipação

Faz-se necessário o debate de forma horizontalizada, flexível e desprovido de preconceitos, se permitindo errar e acertar, mas construindo junto com as comunidades diretamente envolvidas.

Concluo concordando com idéias de Paulo Freire, quando este afirma que a emancipação é um processo coletivo e compartilhado de conquista das pessoas e dos grupos, no sentido da superação e libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violências.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSIS, L. P. S. Da cachaça à libertação: mudanças nos hábitos de beber do povo dâw no Alto Rio Negro. **Revista Antropos**, vol1(1), 1-73. jun / 2007.

BERTOLETE, J. M. & RAMOS, S.P. **Alcoolismo hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

COIMBRA JR., CEA., SANTOS, RV e ESCOBAR, AL., **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; ABRASCO, 2005.260 p. Disponível em SciELO Books <http://books.scielo.org>. Acesso em 15 fev,2014.

FERREIRA, L.O. As “Boas Palavras” dos Xondaro Marãgatu como alternativa para a redução do consumo de bebidas alcoólicas entre os Mbya-guarani. **Revista Tellus**. Campo Grande, ano 4 n.7 p.121 – 135, out 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 41. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GUIMARAES, Liliana A. M. and GRUBITS, Sonia. **Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira**. *Psicol. Soc.* [online]. 2007, vol.19, n.1, pp. 45-51. ISSN 1807-0310.

GUIMARÃES, L.A.M., GRUBITS S. Alcoolismo e Violência em etnias indígenas: Uma visão crítica da situação brasileira. **Revista Psicologia & Sociedade**, Campo Grande, vol.19 (1) p. 45-51; jan/abr. 2007.

KALINA, E. O indivíduo drogadependente. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

L´ABBATE, S. Educação em Saúde: uma Nova Abordagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 10 (4) p. 481-490, out/dez, 1994.

LAKATOS, Eva Maria, MARCONI, Marina de Andrade. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 6ª Ed, São Paulo: Atlas, 2005.

LANGDON, J. E. **O que beber, como beber e quando beber: O contexto sociocultural no alcoolismo entre as populações indígenas**. In Anais do Seminário sobre Alcoolismo e DST/AIDS entre os Povos Indígenas (p. 83-97). Brasília, DF: Ministério da Saúde. (2001).

LANGDON, J. E. O abuso de álcool entre os povos indígenas no Brasil: uma avaliação comparativa. **Revista Tellus**. Campo Grande, vol. 8, n.9, p. 103-124, abr./out. 2005.

MELO, J.R., MACIEL, S.C., NEVES, F.S. *Representação social sobre o uso do álcool na população indígena potiguara: um estudo com profissionais de saúde do sexo feminino*. In II SEMINÁRIO NACIONAL GÊNERO E PRÁTICAS CULTURAIS. CULTURAS, LEITURAS E REPRESENTAÇÕES. Paraíba: Universidade Federal da Paraíba, 2009.

MACIEL, S., MOREIRA, A., & GONTIÉS, B.. Artigo científico. **Representação social sobre drogas e práticas profissionais**. João Pessoa, PB: Editora Universitária. 2012.

MINAYO, M. C. S., **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4ª ed. 1996 .São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco.

MACIEL, S.C.; OLIVEIRA, R.C.C.; MELO, J.R.F.;; Alcoolismo em indígenas potiguara: representações sociais dos profissionais de saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília. vol.32 no.1, p. 98-111. 2012.

NORONHA, Queli Ione. **O alcoolismo no trabalho: um estudo bibliográfico sobre o enfrentamento coletivo**. Belém, (2010). Monografia(Especialização em Enfermagem do Trabalho). Pós Graduação IBPEX/CEAMA.

PEREIRA, P.P.S.; OTT, A.M.T. O processo de alcoolização entre os Tenharim das aldeias do rio Marmelos,. **Interface -Comunic., Saude, Educ.,AM**, vol.16, n.43, p.957-66, out./dez. 2012.

SOUZA, M., GARNELO, L. Quando, como e o que se bebe:o processo de alcoolização entre populações indígenas do Alto do Rio Negro. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.23(7), p. 1640-1648. 2007

_____Desconstruindo o alcoolismo: notas a partir da construção do objeto de pesquisa no contexto indígena. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. Vol. IX n.2 p.279-292, 2006.

INTERNET <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/index.html> consultado em 2010

INTERNET <http://www.cisa.org.br>; consultado em 2010

INTERNET <http://www.grea.org.br> ; consultado em 2010

INTERNET <http://www.uniad.org.br>; consultado em 2010

INTERNET <http://www.scielo.br> consultado em 2013

INTERNET <http://www.obid.senad.gov.br>; consultado em 2010 e 2014

INTERNET http://www.escs.edu.br/arquivos/RelatorioBrasileirosobreDrogasResumo_Executivo.pdf .Consultado em 2014.

INTERNET <http://www.bireme.br> consultado em 2014

INTERNET <http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid> ; consultado em 2014