

SEMINÁRIO SOBRE ALCOOLISMO E DST/AIDS ENTRE OS POVOS INDÍGENAS

Apresentação - Introdução



[Artigo 1](#) [Artigo 2](#) [Artigo 3](#) [Artigo 4](#) [Artigo 5](#) [Artigo 6](#) [Artigo 7](#) [Artigo 8](#) [Artigo 9](#) [Artigo 10](#) [Artigo 11](#)

[Créditos](#)

[Conclusões](#)

Artigo 2

ALCOOLISMO - ATUALIZAÇÃO

Juberty Antonio de Souza

HISTÓRICO

O alcoolismo é uma das patologias que mais afligem indivíduos e coletividades, pelas suas particularidades e história através dos tempos é tão antigo quanto o próprio homem (Fortes & Cardo 1991, Cardim et al. 1986, Vargas 1983, Materazzi 1985).

As bebidas alcoólicas estiveram presentes em quase todas as culturas conhecidas até hoje. A este respeito alguns autores, Masur (1984), Sonnenreich (1976), Sampaio (1988) e Yamamoto et al. (1993), salientam a diversidade de papéis ou significados assumidos em diferentes contextos. Assim, mesmo no conhecimento vulgar, é aceito que as bebidas alcoólicas: ajudam no trabalho duro e diário; alivia a fome; dá energia aos fracos; dá calor no frio; refresca no calor; diferencia crianças de adultos; separa os homens dos "maricas"; serve de consolo nas vicissitudes, e muitas outras representações.

Todavia, apesar de o álcool ser conhecido desde os tempos mais remotos, lembrado biblicamente e associado ao sexo e à luxúria, somente no Século XVIII o problema foi objeto de maior atenção por parte da medicina, quando Benjamim Rush descreve os seus efeitos no corpo e na mente humana, concebendo esta condição como enfermidade. Em 1849, Magnus Huss (apud Keller, 1980), "cunha" a designação Alcoolismo, não se referindo à ingestão excessiva de bebida, mas sim, às conseqüências somáticas decorrentes de tal prática e os efeitos nocivos que a ingestão crônica proporcionava. Apesar disso, a ingestão do álcool ainda continuou a ser considerada como vício ou fraqueza de caráter.

Tal representação perdurou por décadas, até que a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a considerar o alcoolismo como uma patologia e, mais recentemente, a Síndrome da Dependência do Alcool (SDA), idealizada por Edwards & Gross(1976), como elemento básico para seu diagnóstico.

A Síndrome da Dependência do Alcool, tratada como alcoolismo crônico, deve ser entendida como sendo uma gradação - primeiramente com o início da ingestão de bebidas até chegar a uma situação de dependência, num período que varia entre 5-10 anos - e caracterizada como um grupo inter-relacionado de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos. Por outro lado, as incapacidades relacionadas ao álcool consistem em disfunções físicas, psicológicas e sociais, que advém direta ou indiretamente ao uso excessivo da bebida e a dependência.

Pode-se então considerar dois tipos de quadros clínicos: os decorrentes da ingestão excessiva e a dependência propriamente dita, e os diferentes quadros clínicos decorrentes das complicações somáticas ou condições associadas (p. ex., epilepsia, cirrose hepática, infecções pulmonares, traumatismos etc).

A ingestão de bebidas alcoólicas pode levar a quadros muitos diferentes, com cursos irregulares e prognóstico variável, dificultando o reconhecimento e a aceitação do alcoolismo como patologia. Em função disto, Keller (1980) recorda e enaltece duas grandes contribuições de Jellineck que, ao descrever os quadros clínicos, deu ênfase a diferentes tipos e à proposta de se considerar vários "alcoolismos".

ALCOOLISMO: PROCESSO SAÚDE/DOENÇA

Historicamente saúde e doença têm sido consideradas como categorias diferentes, expressas em determinado momento pelo homem. Assim, na Grécia Antiga era representada pela deusa Higéia e, posteriormente, em Roma, foi denominada de Salus, significando bem estar.

Alonso-Fernandez (1988) considera que saúde e doença são categorias fundamentais para todos os ramos das Ciências Médicas. Enfatiza, entretanto, que apesar das diferentes definições, nenhuma delas reflete totalmente a essência destes fenômenos. Considera, ainda, que essas duas categorias devem ser interpretadas ao longo da história da humanidade, por estarem indissolúvelmente ligadas ao grau de conhecimento científico, à evolução do pensamento humano e às concepções ideológicas próprias de cada formação socioeconômica.

Desde Hipócrates e até hoje, com algumas modificações decorrentes da evolução dos conhecimentos, a doença é conceituada como: "Toda e qualquer condição individual que traga dor, sofrimento próprio ou de outrem, de qualquer etiologia, e que em função desta condição traga diminuição, limitação, incapacitação, piora da qualidade de vida, seja de forma provisória ou permanente, parcial ou total." Dessa forma o alcoolismo preenche os requisitos estabelecidos desde remotamente para ser reconhecido como doença que, de acordo com Letamendi (apud Miranda Sá, 1988), traz dor, sofrimento, limitação, impedimento e/ou incapacidade no exercício das atividades de forma regular.

Recordando o conceito de saúde como o equilíbrio, a harmonia, o bemestar bio-psíquico-social adotado pela OMS, Almeida Filho(1992) comenta: "nesta conotação, saúde/doença é uma expressão composta que denota desde 'o estado de completo bem-estar físico, mental e social' até o de doença, passando pela coexistência de ambos em proporções diversas; a ausência gradativa ou completa de um destes estados corresponde ao espaço do outro e vice-versa".

Nesse sentido, Laurell (1983), San Martin (1979) e Miranda Sá (1988), afirmam que o processo saúde/doença deve ser aceito como uma concepção globalista, ressaltando a unidade dos fatores biológicos, psicológicos e sociais no organismo e a compreensão da indissolúvel identidade do organismo com o ambiente. Portanto, não se trata apenas de identificar o alcoolista na clínica ou em locais de atendimento, mas também em seu ambiente, ou seja, na comunidade.

Da perspectiva clínica, há pelo menos dois séculos, seria necessário a existência de uma etiologia presumida ou confirmada, quadros clínicos conhecidos, curso regular e prognóstico conhecido para o reconhecimento de uma doença, uma patologia ou uma condição nosológica. Recentemente, Bertolote (1991) discorreu sobre esse tema, considerando a Síndrome de Dependência do Alcool como capaz de responder às exigências dos critérios para ser identificada como sintoma, como síndrome ou como doença, e o fez com os seguintes argumentos:

"... temos aqui um agente - o álcool; temos as manifestações sintomáticas (ainda que contestadas, em parte); temos uma evolução relativamente típica; temos algumas aceitáveis hipóteses de mecanismo etiopatogênico e temos até tratamentos consagrados".

Ao mesmo tempo, este autor reconhece que o alcoolismo, além de se constituir em matéria médica, também se constitui em matéria das Ciências Sociais, da Economia, do Direito, da Política, da Ética e da Moral.

QUADROS CLÍNICOS

Classicamente há o reconhecimento de diversos quadros clínicos decorrentes da ingestão de bebidas alcoólicas, sendo que todas estas condições são aceitas e descritas no Código Internacional de Doenças, em sua 10ª revisão, atualmente em vigor:

Embriaguez

Embriaguez Patológica

Dipsomania

Síndrome de Dependência Alcoólica (Edwards) - Alcoolismo Crônico

Síndrome de Abstinência

Delirium tremens

Alucinose alcoólica

Paranóia alcoólica

Demência alcoólica

Síndrome alcoólica fetal

ETIOLOGIA

Do ponto de vista etiológico ou de suas causas, duas modalidades de alcoolismo são aceitas, a saber: a) primário: quando não se identifica qualquer fator capaz de justificar o início e/ou manutenção da ingestão de álcool até a dependência; b) secundário: quando é identificado ao menos um fator, ou conjunto de condições, fatores ou estados prévios, que explicariam o início e, posteriormente, a manutenção da ingestão.

Hoje há o consenso da etiologia multifatorial em que um conjunto de fatores biológicos, psicológicos e sociais, agindo concomitantemente determinam a dependência. Desta forma, e de forma simplificada, são mostradas alguns desses fatores.

BIOLÓGICA

HEREDITARIEDADE

Fisiologia - Ação da enzima Aldeidodesidrogenase - diminuída em algumas etnias. A sua diminuição propicia uma maior presença de acetaldeído no organismo e com isto o aparecimento de sintomas como taquicardia, sensação de queimação no estômago, palpitação, fraqueza nas pernas e fogachos faciais. Entretanto, outros trabalhos têm mostrado a associação de níveis mais elevados de acetaldeído com euforia, o que reforçaria que o aumento do uso de álcool parece estar associado com a alteração autossômica.

ESTUDOS COM GÊMEOS MONOZIGÓTICOS

Estudos apontam que gêmeos monozigóticos apresentam maior concordância para o comportamento relacionado ao ato de ingerir bebidas alcoólicas e maior concordância para o abuso do álcool do que os gêmeos não-monozigóticos.

ESTUDOS DE ADOÇÃO E PARENTESCO

Em cinco estudos de adoção, 4 mostraram que não houve nenhuma relação significativa entre o abuso de álcool, os adotados e os pais adotivos com quem eles viveram, ocorreu, sim, um risco crescente, significativo e consistente de alcoolismo nos adotados, mesmo se a adoção ocorreu ao nascer, se os pais biológicos abusaram do álcool. Em um dos estudos, Goodwin (apud Vaillant, 1999) demonstrou que homens cujos pais biológicos eram alcoolistas apresentavam uma possibilidade quatro vezes maior de serem alcoolistas do que os

filhos biológicos de não alcoolistas.

Shuckit et al. (1972) observaram que crianças cujos pais biológicos eram alcoolistas apresentaram um índice de abuso de álcool três vezes mais elevado do que aquele de crianças sem pais alcoolistas criados por um pai adotivo ou substituto alcoolista.

Jellinek (apud Vargas, 1985), estudando mais de 4000 pacientes alcoolistas, refere que pelo menos um tinha parente alcoolista.

O único trabalho disponível que apresenta resultados contraditórios neste sentido foi o de Ann Roe (apud Vaillant, 1999), que estudando prontuários de sessenta e uma crianças, filhas de pais alcoolistas, separados deles desde o nascimento, não encontrou nenhum alcoolista entre eles. Entretanto, alguns aspectos metodológicos deste trabalho têm sido criticados.

PSICOLÓGICA

Durante algum tempo, alguns autores acreditaram e buscaram uma explicação em que a personalidade seria o fator preponderante. Houve quem defendesse a personalidade do alcoolista. Acreditavam que os alcoolistas diferiam do restante da população, em função de uma determinada personalidade. Atualmente, a concepção mais aceita é a de que algumas pessoas com traços de personalidade como: vivência solitária, desespero, dependência marcante, atitudes ambivalentes como agressividade e imaturidade tenham mais facilidade em desenvolver dependência. Vaillant (1999) considera que basicamente 3 tipos de personalidade se mostram mais vulneráveis: o emocionalmente inseguro, o ansioso e o dependente.

Na Teoria Psicanalítica, freqüentemente, o alcoolismo tem sido explicado por uma fixação oral, que seria expressão de um conflito subjacente, traduzido pela satisfação imediata das necessidades e pela incapacidade de esperar ou de lidar com as frustrações. Outras explicações, ainda, consideram que os alcoolistas se servem das bebidas para diminuir a angústia da castração, outros como protesto contra a sociedade, projetando o ódio que sente pelo pai, e, finalmente, ainda há quem considere o alcoolismo como manifestação de homossexualidade latente.

SOCIO AMBIENTAL

Considerando os fatores socioambientais várias explicações têm sido relatadas, sendo que é reconhecida a importância do meio ambiente na formação social da criança, e suas alterações poderiam facilitar condutas que levariam ao alcoolismo. Mais freqüentemente são lembrados os lares desfeitos e conflitos conjugais, entre outros que levariam a uma desorganização familiar

Da mesma forma, havendo frustração das expectativas sociais, sejam de indivíduos ou de coletividades, levaria a uma maior desagregação social, os indivíduos se tornam mais desmoralizados e o controle social sobre a ingestão do álcool é diminuído e o abuso do álcool é maior.

Ainda é referido que certas culturas primitivas eram geradoras de ansiedade e que o uso do álcool seria um mecanismo de compensação social, suprimindo as ansiedades vitais como defendia a Teoria da Ansiedade e Contra Ansiedade de Horton e Field. Vargas (1985) concluiu que a ansiedade é causada pela ruptura do controle social.

Outra teoria conhecida é a Teoria de Fixação de Bales que mostra o álcool como um mecanismo cultural de solidariedade, sendo que o aumento do consumo se dá em virtude do estresse; da existência de atitudes ambivalentes quanto ao seu uso e principalmente pela falta de outras opções

HISTÓRIA NATURAL DO ALCOOLISMO

Edwards (1985) descreveu a história natural do alcoolismo, lembrando que a Síndrome de Dependência do Alcool tem o mesmo significado de Alcoolismo crônico. Shuckit (1991), baseando-se nos estudos de Edwards, sugere uma progressão de fatores/acometimentos que permitiram construir uma "trajetória" da pessoa em relação ao álcool. Dessa forma, estabeleceu uma cronologia de acontecimentos que são aceitos:

História natural do alcoolismo primário.

| Nº | IDADE | EVENTO |
|----|---------|--|
| 1 | 12 – 14 | PRIMEIRO DRINQUE |
| 2 | 14 – 18 | PRIMEIRA INTOXICAÇÃO |
| 3 | 18 – 25 | PROBLEMAS LEVES |
| 4 | 23 – 33 | PROBLEMAS GRAVES |
| 5 | 40 | INÍCIO DE TRATAMENTO |
| 6 | 55 – 6 | IDADE USUAL DA MORTE POR: . DOENÇAS DO CORAÇÃO . CÂNCER . ACIDENTES . SUICÍDIO |

Fonte: Schuckit, 1991

Há consenso dos pesquisadores com esta trajetória, havendo porém, divergências quanto às faixas etárias de instalação dos eventos que variariam, principalmente, em razão de fatores socioculturais (permissividade, disponibilidade e acesso).

EPIDEMIOLOGIA

Na Espanha, Beltran (1994) afirma que o alcoolismo atingiu o índice de 10% , sem entretanto fornecer dados quanto à metodologia empregada.

Em Malmo, Suécia, Osterling et al. (1993) realizaram um estudo cuja amostra foi constituída de todas as pessoas nascidas na cidade no ano de 1941, tendo conseguido a adesão de 72% das mulheres e 68% dos homens nascidos naquele ano. Nessa população, utilizando-se de dois diferentes instrumentos de screening (MmMast, CAGE), encontraram resultados semelhantes, com prevalência de 1% entre as mulheres e de 7% entre os homens.

Schuckit (1985) estima que , de uma forma geral, cerca de 10% da população dos EUA apresentam problemas de saúde relacionados ao uso do álcool. Frances e Franklin (1989) estimaram uma prevalência de 13,6% no levantamento "Epidemiologic Catchment Area (ECA)", realizado em cinco cidades dos EUA.

No Canadá, Williams (1995) aponta que vem ocorrendo a diminuição gradativa da prevalência de alcoolismo, conforme dados publicados pelo Departamento de Saúde Mental desse país. Aplicando a fórmula de Jellineck, Williams afirma que as taxas de prevalência estimadas para o ano de 1990 seriam de 1,8% na população geral e de 2,4% na população acima dos 20 anos.

Dados da Organização Pan-Americana de Saúde/OPAS (1990) sobre a prevalência de alcoolismo em alguns países latino-americanos:

Chile: as taxas oscilam entre 15 a 35%, para o sexo masculino e de 0 a 4% para o sexo feminino;

Equador: em 1985, a prevalência foi estimada em 10%, na região serrana, contra 1% na região oriental, sendo ressaltado que cerca de 20% das pessoas iniciaram o consumo antes dos 12 anos de idade;

México: entre 1 a 6% da população geral:

Peru: nas populações socialmente marginais de Lima foi encontrada uma prevalência de 8,8%.

Yamamoto et al. (1993), trabalhando num distrito de Lima, encontraram, numa amostra de 815 pessoas, taxas de 34,8% de abuso entre os homens e 2,46% entre as mulheres. Nesse trabalho, o pesquisador não diferenciou abuso de dependência.

Laterza (1993) demonstra que, no último levantamento nacional realizado no Paraguai, foram encontradas taxas de 16,3% para uso abusivo de álcool e de 7,4% para a dependência.

Na Colômbia, Galvis e Murrelle (1990), usando o CAGE como instrumento de detecção entre os "bebedores de alto risco", estimaram a prevalência de 7,3% para uma resposta afirmativa, e de 8% para os com pelo menos duas respostas afirmativas.

No Equador, Aguillar (1990) encontrou 13% de prevalência, trabalhando com uma amostra representativa da população entre 10 a 65 anos.

Medina-Mora (1990), através de um inquérito nacional entre a população mexicana na faixa 18 e 65 anos, identificou taxas de 11% entre os homens e 0,6% entre as mulheres.

NACIONAL

No Brasil, foram identificados menos de duas dezenas de trabalhos epidemiológicos de prevalência do alcoolismo (ver Anexo 1 pág. ...), que, utilizando metodologias diversas, descreveram prevalências que variaram de 3,4% a 22,6%.

CUSTO SOCIAL

O estudo do alcoolismo ajusta-se aos modelos de saúde pública, saúde coletiva, saúde comunitária por suas características básicas, tais como:

ser conhecido desde épocas mais remotas;

estar presente em todas as culturas estudadas/conhecidas até hoje;

não obedecer a um "modelo único" e, portanto, ser encontrado em todas as formas e intensidades;

não ser explicado, de forma isolada, por nenhum modelo reducionista;

"abrigar" uma grande quantidade de fatores determinantes;

estar associado a prejuízos coletivos - acidentes de trânsito, violência e absenteísmo no trabalho e apresentam popularmente os significados de: masculinidade, gesto de amizade, aproximação social e se constitui em elemento de interferência nas normas grupais.

Estatísticas da ABEAD (Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas) relatam que a associação álcool e o alcoolismo é responsável por 75% dos acidentes de trânsito com mortes; 39% das ocorrências policiais, e constitui-se na 3ª causa de absenteísmo, respondendo por 40% das consultas psiquiátricas no Brasil.

Dados do Ministério da Saúde do Brasil, pelo Datasus, demonstram que no período (1993-1998) os Transtornos Mentais foram a 4ª causa de internação hospitalar, sendo suplantada apenas pelas internações por problemas respiratórios, circulatórios e dos partos. Dentre as 426.602 internações do ano de 1998, a proporção de pessoas com Transtornos Mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas foi de 23,9%. Considerando apenas aquelas devido ao álcool esta proporção foi de 20,6%. Nesse grupo, a relação homem: mulher foi de 11:1 e cerca de 50% tinham menos de 30 anos.

DIAGNÓSTICO

INDIVIDUAL

O Diagnóstico em sua concepção mais ampla, tem o significado de "Reconhecimento" , e em medicina" o reconhecimento de uma doença pelos seus sinais e sintomas" tem sido usado há pelo menos 30 séculos.

No alcoolismo, em conseqüência da grande variabilidade de sintomas expressos, bem como da dificuldade no estabelecimento de critérios que sejam de forma geral aceitos, o diagnóstico do alcoolismo foi fruto de grande quantidade de discussões e embates, e um dos fatores mais conhecidos e ainda predominante em algumas culturas é a sua compreensão através da perspectiva moral e religiosa. Uma das dificuldades, apontadas pela maioria dos pesquisadores da área, é a dificuldade de diagnóstico individual, pois o vasto conhecimento clínico mostra que a passagem de uma pessoa não-alcoolista, para ser considerada como alcoolista ou dependente (a não ser em situações especiais e em que ocorre comorbidade, por exemplo, a embriaguez patológica), não é abrupta, mas, sim, exterioriza um processo que demora cerca de 7 a 10 anos, como atestam, em nosso meio, Masur (1984) e Matos & Karniol (1985), para a sua instalação, fazendo com que os critérios diagnósticos individuais tenham sido desenvolvidos ao longo da história do conhecimento. Algumas condições conhecidas (anemia, diarréias freqüentes, quedas, tremores, aranhas vasculares, pelagra etc.) servem de alerta para o diagnóstico individual do alcoolismo.

Masur (1984) considera que o limite entre o ser ou não ser alcoolista não pode ser definido de forma arbitrária e reconhece não existir dificuldades em distinguir um alcoolista de um não-alcoolista. Porém, o momento ou a ocasião em que ocorre a "viragem" é mais difícil perceber. "É fácil perceber qual é o rosa e qual é o vermelho, o difícil é perceber quando o rosa está virando vermelho". Desta forma, ao longo da história, pesquisadores preocupados em encontrar características semelhantes sempre tentaram encontrar alguma forma de generalização que pudessem respaldar formas mais racionais de tratamento. Assim, nesse século, quando do reconhecimento de que o alcoolismo é um mal que aflige populações, houve a tentativa de padronização de critérios diagnósticos com uma base que buscava, inclusive, uma caracterização tipológica. Um dos pesquisadores que mais trabalhou neste sentido foi Feighner (apud Fortes e Cardo, 1991) que conseguiu ter uma visão global do alcoolismo e propôs uma tipologia, uma explicação fásica do alcoolismo e critérios diagnósticos individuais.

Nos estudos sobre alcoolismo, diferentes critérios têm propiciado o desenvolvimento de diversos instrumentos diagnósticos, com os correspondentes procedimentos de estudo de validade e confiabilidade. Portanto, a definição de "caso", como habitualmente acontece em patologias de instalação lenta, dependerá dos critérios e instrumentos diagnósticos empregados.

Coutinho (1992) exemplifica estas dificuldades com o trabalho de Boyd (1983), que estudando 510 pessoas empregando sete critérios diagnósticos diferentes, encontrou taxas de prevalência de alcoolismo no momento do estudo (point prevalence) variando de 1,6 a 2,4%, enquanto que as taxas de prevalência em qualquer momento da vida (lifetime prevalence), variaram de 3,1 a 6,3%. Em função da dimensão do problema e da necessidade cada vez maior da identificação padronizada, houve o desenvolvimento de critérios diagnósticos individuais, sendo que Edwards, após trabalhar com milhares de pacientes, apresentou uma série de sintomas considerados os mais comuns e que poderiam ser encontrados em alcoolistas, independentemente do ambiente e da cultura. Este conjunto de sintomas ficou conhecido como Síndrome de Edwards, foi aceito

internacionalmente e serviu de base para o desenvolvimento dos Critérios Diagnósticos do Manual de Estatística e Doenças Mentais da Associação Psiquiátrica dos Estados Unidos da América do Norte e do Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde (Ver anexo 2 pág. ...)

EM POPULAÇÕES

O estabelecimento de critérios faz com que se tenha maior possibilidade de acerto do diagnóstico individual, embora não apresentem a mesma validade quando usado em de coletividades. Em função disto, e em decorrência das necessidades sociais, foram desenvolvidos alguns instrumentos diagnósticos capazes de "identificar" alcoolistas em populações. São os chamados instrumentos de screening ou de "triagem" que, quando associados a outros elementos capazes de fornecer informações demográficas, ocupacionais e outras, permitem a obtenção de dados capazes de subsidiar programas de tratamentos ou de prevenção. Blazer e Hays (1998) discorrendo sobre os instrumentos de triagem (screenings), referem que um bom teste de triagem deve ser de baixo custo, fácil administração, ser sensível (capaz de reconhecer os casos) e específico (capacidade de reconhecer os que não são doentes), não causar desconforto físico ou emocional, que possa detectar precocemente a patologia antes que a intensidade inviabilize uma pronta intervenção, e que não variem com o tempo ou com as características do pesquisador.

Foram também desenvolvidos outros instrumentos capazes de medir a intensidade da dependência e por vezes instrumentos com os dois objetivos. Em nosso meio, os mais utilizados têm sido o CAGE para triagem; o SADD e o ADS para mensuração da dependência e mais recentemente o AUDIT com ambas as funções.

Deve-se ter claro que o uso de questionário como instrumento de screening, implica apenas numa certa probabilidade (sensibilidade, especificidade) de se estar classificando corretamente os indivíduos, devendo-se usar procedimentos complementares para a confirmação diagnóstica e para a utilização das diferentes alternativas de intervenção.

ADS

O ADS (Alcohol Dependence Scale) foi desenvolvido por Skinner e Allen em 1982, (apud Fortes e Cardo, 1991), e melhorado posteriormente por Skinner e Horn em 1984. Consta de 25 questões com 2 ou 4 alternativas de respostas valendo de 0 a 3 pontos. O instrumento classifica os alcoolistas com dependência leve (1 a 13 pontos); moderada (14 a 21 pontos); substancial (22 a 30 pontos) e grave (31 a 47 pontos). (Ver anexo 2).

CAGE

O CAGE é um questionário padronizado proposto por Ewing e Rouse, em 1970. Consta de 4 perguntas que estão ligadas à percepção da necessidade de diminuir a ingestão de bebidas e/ou suas conseqüências. Devem ser respondidas de forma concisa, SIM ou NÃO. Quando 2 ou mais questões forem respondidas de forma afirmativa, a pessoa é considerada como suspeita de ser alcoolista. Considerando este ponto de corte, a Sensibilidade e a Especificidade é de 88% e 83%, respectivamente. A maioria dos autores reconhecem que quando a aplicação do CAGE é precedida de algum contato ou de uma outra pergunta, ele se torna mais confiável. No Brasil, o CAGE foi validado por Masur e Monteiro (1983), sendo o instrumento de triagem mais utilizado em ambulatórios e hospitais. Em 1994, foi recomendado para pesquisas populacionais pelo Ministério de Saúde do Brasil (Ver anexo 3)

AUDIT

O AUDIT (The Alcohol Use Disorder Identification Test), foi desenvolvido por um grupo internacional de pesquisadores, sob o patrocínio da OMS (Organização Mundial de Saúde). Planejado para ser utilizado em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, sendo útil para identificar a ingestão prejudicial e potencialmente perigosa. Tem boa sensibilidade e especificidade sendo capaz de identificar a dependência de leve intensidade. A expectativa é que o AUDIT seja, no futuro, o instrumento mais qualificado à pesquisa de alcoolismo. (Ver anexo 4)

SADD

O SADD (Short Alcohol Dependence Data) foi desenvolvido, na Inglaterra, por Raistrik et al. (1983), para mensurar a intensidade da dependência. Não é um instrumento diagnóstico, mas de avaliação do nível de gravidade. Admite 4 respostas (nunca=0; poucas vezes=1; muitas vezes=2 e sempre=3 pontos) e a soma dos escores obtidos permite a classificação da intensidade em leve ou sem dependência (0 a 9 pontos); moderada (10 a 19 pontos) e grave (20 pontos ou mais). No Brasil, foi validado por Jorge (1988). (Ver Anexo 5)

TRATAMENTO

O alcoolismo tem resistido à todas as formas de tratamento conhecidas até hoje. Há consenso que as medidas preventivas talvez sejam as que possam obter os melhores resultados. Os diferentes modelos de tratamento utilizados permitem a constatação de que alguns princípios para os programas de tratamento devem ser lembrados: a) não existe modo único ou infalível; b) as abordagens devem ser simples e as mais seguras possíveis; c) a atuação médica deve ser preponderante nas fases agudas; d) os familiares devem ser envolvidos na reabilitação; e) devem contar com organizações não-oficiais e serem estimuladas novas (opções) alternativas de tratamento. Os objetivos do tratamento, seja em regime de internação ou em regime ambulatorial, devem obedecer a um plano com os seguintes elementos: a) estabelecer a relação terapêutica; b) estabelecer objetivos claros e hierarquizados; c) estabelecer tarefas objetivas; d) comparar e avaliar os resultados e adotar medidas de prevenção às recaídas. Como se trata de uma condição multicausal, as medidas terapêuticas também têm necessidade de orientações gerais e posteriormente medidas individuais. Quando a intervenção é em nível individual, a primeira medida é a avaliação do estado clínico da pessoa, seguida da definição da forma de tratamento se ambulatorial ou em regime de internação. São fatores determinantes de tratamento em regime de internação: a) presença de problemas clínicos somáticos ou mentais que inviabilizam o tratamento ambulatorial; b) presença de risco da própria vida ou de outrem; c) fracasso na terapêutica ambulatorial e alguns problemas sociais (residir longe dos centros de tratamento, não ter suporte social ou familiar). Uma vez ultrapassado, esse estágio deverá ter continuidade o tratamento em regime ambulatorial.

Quanto às formas de tratamento, as mais comuns têm sido: a) o uso de medicamentos para o combate aos quadros clínicos concomitantes ou conseqüentes; b) tratamento aversivo que utiliza medicamentos que promovem um efeito desagradável para com isto criar o receio ao uso de bebidas; c) psicoterápico, individual, em grupo ou familiar; d) participação em grupos de auto-ajuda.

É consenso que a intervenção, quando a dependência e suas conseqüências já estão instaladas, traz poucos resultados. O alcoolismo é reconhecido como uma condição que interfere em todo o organismo, na conduta pessoal e também afeta o relacionamento social. Um dos fatos mais conhecidos é que o alcoolista perde a sua capacidade de decidir sobre si mesmo, sobre sua vida e suas atividades, permanecendo apenas a decisão de continuar ingerindo bebidas alcoólicas. A experiência internacional tem revelado que os programas preventivos apresentam melhores resultados, havendo uma percepção de que a prevenção deve ser permanente.

BIBLIOGRAFIA

AGUILAR, Z. E.. Prevalência del uso indebido de alcohol, tabaco y drogas en la población ecuatoriana. In: Organización Panamericana de la Salud. Abuso de drogas. , Washington, D.C., (522): 48-52, 1990.

ALMEIDA FILHO, N. et al.. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras. Revista ABP|APAL, São Paulo, 14(3): 93-104. , 1992

ALONSO-FERNANDEZ, F.. Alcohol dependencia, personalidad del alcohólico. 2 a ed. Madrid : Salvat , 1988.

BELTRAN, E.. Dependência de Drogas. In: GUTIÉRREZ, J.L.A. (org). Dez palavras-chaves em psiquiatria. . Petrópolis: Vozes, 1994 . p.135-76

BERTOLETE,, J. .M. Conceitos em alcoolismo. In: Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987 . p.11-8

_____. Alcolismo, doença, vício ou... Temas, São Paulo, 40(41):

31-8, 1991.

_____. Saúde Mental e dependência química: a superação de falsas dicotomias. Temas, São Paulo, 22 (44): 109-15, 1992.

BLAZER, D. G.; HAYS, J. C. An Introduction to Clinical Research in Psychiatry. Oxford University Press, USA, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde/SAS - Normas e procedimentos na abordagem do alcoolismo. 2ª ed. Brasília, 1994.

CARDIM, M. S. et al. Epidemiologia descritiva do alcoolismo em grupos populacionais do Brasil. (Trabalho de conclusão do curso de Metodologia de Pesquisa em Saúde Mental. ENSP/FIOCRUZ, 1985). Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 2(2): 191- 11, 1986.

COUTINHO, E. Alcoolismo e problemas relacionados. Dificuldades na implementação de estudos de prevalência. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 8(1): 22-9, 1992.

SÃO PAULO. Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE. Internações psiquiátricas no estado de São Paulo. 1991.

EDWARDS, G. O Tratamento do alcoolismo. 1ª ed.. São Paulo: Martins Fontes, 1987. p.23-41.

EDWARDS, G.; GROSS, M. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. Br. Med. J., 1: 1058-61, 1976.

EWING, J.A.; ROUSE, B.A. Identifying the hidden alcoholic/ Apresentado no "29th International Congress on Alcoholism and Drug Dependence", Sidney, Austrália, 1970.

FORTES, J.R.A.; CARDO, W.N. Alcoolismo, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Sarvier, 1991. p.1-10.

FRANCES, R. J.; FRANKLIN, J. E. Jr. Concise guide to treatment of alcoholism and addictions. Washington, D. C: APA Press Inc., 1989. p.6-7.

GALVIS, Y.T.; MURRELLE, L.. Consumo de sustancias que producen dependencia en Colombia. In: Organización Panamericana de la Salud - OPAS. Abuso de drogas. Washington, DC., (522:) 17-28, 1990.

GARCIA, J.C. 1848: O nascimento da medicina social In: NUNES, E.D. e São Paulo, 1988, Escola Paulista de Medicina.

JORGE, M.R. - Estudo da severidade de dependência alcoólica. Tese de Doutorado apresentada à Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 1988.

JORGE, M.R.; MASUR, J. An attempt to improve the identification of alcoholdependent patients in a teaching general hospital. Drug and alcohol dependence, 16: 67-73, 1985.

_____. Questionários padronizados para avaliação do grau de severidade da síndrome de dependência do álcool. J. Bras. Psiq., Rio de Janeiro, 35(5): 287-92, 1986.

KELLER, M. - Concepções sobre o alcoolismo. Rev. ABP/APAL, São Paulo, 2(2): 93-100, 1980.

LATERZA, M. Gran número de jóvenes son adictos al alcohol en el país. In: PREVER. Escritos sobre Drogas y Prevencion. Assunción: Litocolor, 1993. p.19-20

LAURELL, A.C. A saúde doença como processo social IN: NUNES, E.D. (org) Medicina Social, aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983. p.133-58. MASUR, J. A questão do alcoolismo. São Paulo:

Brasiliense, 1984. MASUR, J.; MONTEIRO, M.G. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. Brazilian J. Med Biol Rev, 16: 215-8, 1983.

MATOS, E.G.; KARNIOL, I. A "Carreira" do alcoolista em nosso meio. J. Bras. Psiq., Rio de Janeiro, 34(6): 377-80, 1985.

MATTERAZZI, M.A. Drogadependencia. Buenos Aires: Paidós, 1985. P.1-10. MIRANDA SÁ. L.S.Jr. Fundamentos de Psicopatologia. São Paulo; Atheneu, 1988. P.261-70.

_____. O diagnóstico psiquiátrico. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1993.

_____. Fundamentos Científicos da Medicina e da Psiquiatria. 1994./ Mimeo/

MIRANDA SA, L.S.Jr.; SOUZA, J.A.; SOUZA, J.C.R.P. - Investigação de dependência alcoólica em uma porção do Bairro Universitário de Campo Grande - MS, Campo Grande/MS, 1989.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD - OPAS. Situación epidemiológica del uso y abuso de sustancias psicoativas en 16 países de América Latina y el Caribe. 522: 149-217. Washington, D.C., 1990 OSTERLING, A. et al. Sex Differences in Response Style to Two Self-report Screening Tests on Alcoholism. Scand. J. Soc. Med, Oslo, 21(2): 83-9, 1993.

RAEDER, R.J.; CARLINI-COTRIM, B.- Internações Hospitalares no Brasil por dependência de drogas, álcool e psicoses alcoólicas em 1988. Revista ABP/ APAL, São Paulo, 12 (1,2,3,4): 33-39, SP, 1990. SAMPAIO, J.J.C. Saúde Mental. In: ROUQUAYROL, M.Z. - Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 1988. p.391-410. SAN MARTIN, H. Epidemiologia da saúde e da enfermidade. Textos de Apoio, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1983.

SAN MARTIN, H. Salud y enfermedad. 3ª ed., reimpresión. México: La Prensa Médica Mexicana, 1979. p.3-6. SHUCKIT, M. Abuso de álcool e drogas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985. p.67-96. SKINNER, H.A. - A validação da síndrome de dependência: será que atingimos a meia-vida deste conceito? In: EDWARDS, G.; LADER, M. A natureza da dependência de drogas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 35-60.

SONNENREICH, C. - As causas do alcoolismo. In: MOUTINHO, S.S. (org). Temas de Alcoolismo. São Paulo: Manole, 1976. p.1-10.

SOUZA, J.A. et al. Alcoolismo em Hospital Geral. Prevalência de Alcoolismo no Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. MS, 1993 /Mimeo/

VAILLANT, G. E. - A História Natural do Alcoolismo Revisitada. Artes Médicas, Porto Alegre, 1999.

VARGAS, H.S. Repercussões do álcool e do alcoolismo. São Paulo: Fundo Editorial BYK-PROCIENX, 1983. P.11-5.

WILLIAMS, B. Canadian profile alcohol, tobacco & other drugs. Ontário, 1995. YAMAMOTO, J. et al. Alcoholism in Peru. Am. J. Psychiatry 150: 1059-62, 1993.

ANEXO 1

Estudos sobre prevalência de alcoolismo em populações no Brasil

| AUTOR/LOCAL | AMOSTRA | | | | | PREVALÊNCIA(%) | | | ID. |
|--------------------------------------|---------|-------------------------|-------|-------|-------|----------------|------|------|-----|
| | ANO | INST. | M | F | T | M | F | T | |
| AZOUBEL NETO Rib. Preto | 1972 | MARCONI | 87 | 115 | 203 | 12,6 | 0,9 | 6,0 | 10 |
| LUZ JR P.Alegre | 1974 | MARCONI | 260 | 254 | 514 | 11,0 | 1,4 | 6,2 | 14 |
| VIANA FILHO Florianópolis | 1974 | PROPRIO | 130 | 495 | 625 | ---- | --- | 9,8 | 15 |
| COUTINHO NETO Salvador | | | | | | | | | |
| SANTANA Salvador | 1978 | QMPA | ---- | ---- | 1549 | 6,0 | 0,7 | 3,4 | 15 |
| D'ASSUNÇÃO Natal | 1979 | PROPRIO | 123 | 126 | 249 | 9,7 | --- | --- | 20 |
| ALMEIDA E SANTANA Salvador | 1983 | QMPA | ---- | ---- | 1067 | 11,0 | 1,5 | 6,2 | 14 |
| CAPRIGLIONI São Paulo | 1985 | CAGE | 350 | 350 | 700 | 18,0 | 5,0 | 11,2 | 13 |
| FRANÇA E PEREIRA Brasília | 1985 | CAGE | ---- | ---- | 1011 | ---- | ---- | 11,0 | 20 |
| CATALDO NETO Porto Alegre | 1986 | MAST EDASA DSMIII | 98 | 102 | 200 | 9,2 | 1,0 | 5,0 | 15 |
| MIRANDA SA Campo Grande | 1989 | CAGE | 123 | 124 | 247 | 15,4 | 8,9 | 12,1 | 15 |
| REGO e Cols São Paulo | 1987 | CAGE | | | 1471 | 12,6 | 3,4 | 7,8 | 15 |
| ALMEIDA E COUTINHO Rio de Janeiro | 1992 | CAGE | 588 | 871 | 1459 | 4,9 | 1,7 | 3,0 | 13 |
| ESTUDO MULTICÊNTRICO | | | | | | | | | |
| SÃO PAULO | 1992 | QMPA | 845 | 897 | 1.742 | 15,2 | | 7,6 | 15 |
| BRASILIA | 1992 | QMPA | 1.086 | 1.258 | 2.344 | 15 | 1,1 | 8 | 15 |
| PORTO ALEGRE | 1992 | QMPA | 1.075 | 1.309 | 2.384 | 16 | 2,5 | 6,4 | 15 |
| SOUZA, J.A. CAMPO GRANDE | 1996 | CAGE | 1.044 | 1.136 | 2.180 | 11,2 | 3,3 | 7,1 | 10 |

ANEXO 2

ADS - Alcohol Dependence Scale Skinner e Horn, 1984.

1. Na última vez que você tomou bebida alcoólica, você bebeu:

(0) a . o suficiente para ficar alto (alegre) ou nem isso,

(1) b . o suficiente para ficar bêbado

(2) c . o suficiente para ficar desacordado.

2. Nas manhãs de domingo ou segunda-feira, você costuma estar de ressaca?

(0) a . não

(1) b . sim

3. Você costuma ter tremores nas mãos quando para de beber por algumas horas?

(0) a . não

(1) b . algumas horas

(2) c . quase sempre

4. Você se sente fisicamente mal (por exemplo, vômitos, cólicas de estômago) por ter bebido?

(0) a . não

(1) b . algumas vezes

(2) c . quase todas as vezes em que bebo.

5. Você já teve delirium tremens isto é, já sentiu, viu ou ouviu coisas que não existiam; sentiu-se muito ansioso, inquieto e muito excitado?

(0) a . não

(1) b . uma vez

(2) c . várias vezes

6. Quando você bebe, você tropeça, cambaleia e trança as pernas?

(0) a . não

(1) b . algumas vezes

(2) c . muitas vezes

7. Após beber, você se sente com muito calor e suando (como se estivesse com febre)?

(0) a . não

(1) b . uma vez

(2) c . várias vezes

8. Após beber, você vê coisas que não existem?

(0) a . não

(1) b . uma vez

(2) c . várias vezes

9. Você fica desesperado por medo de não ter bebido na hora em que você precisava?

(0) a . não

(1) b . sim

10. Após beber, você já teve momentos de "perda de memória"(sem ter ficado desacordado)?

(0) a . não, nunca

(1) b . algumas vezes

(2) c . muitas vezes

(3) d . quase sempre que eu bebo

11. Você costuma ter uma garrafa sempre perto de você?

(0) a . não

(1) b . parte do tempo

(2) c . quase sempre

12. Depois de um período sem beber (abstinência) você já recomeça bebendo muito?

(0) a . não

(1) b . algumas vezes

(2) c . quase todas as vezes

13. Já aconteceu de você ficar desacordado após beber?

(0) a . não

(1) b . uma vez

(2) c . mais do que uma vez

14. Você já teve convulsão (ataque) após beber?

(0) a . não

(1) b . uma vez

(2) c . várias vezes

15. Você bebe durante o dia?

(0) a . não

(1) b . sim

16. Depois de beber muito, o seu raciocínio fica confuso?

(0) a . não

(1) b . sim , mas apenas por algumas horas

(2) c . sim, por um ou dois dias

(3) d . sim, por muitos dias

17. Você sente seu coração bater rapidamente depois de ter bebido?

(0) a . não

(1) b . uma vez

(2) c . várias vezes

18. Você está sempre pensando em beber e em bebidas alcoólicas?

(0) a . não

(1) b . sim

19. Após beber você ouve coisas que não existem?

(0) a . não

(1) b . uma vez

(2) c . várias vezes

20. Você tem sensações estranhas e assustadoras quando está bebendo?

(0) a . não

(1) b . uma ou duas vezes

(2) c . muitas vezes

21. Após beber, você sente "coisas"rastejando em cima de você que na realidade não existem, como, por exemplo, aranha e outros bichos?

(0) a . não

(1) b . uma vez

(2) c . várias vezes

22. Em relação à perda de memória (esquecer completamente o que ocorreu)

(0) a . nunca teve

(1) b . teve, por períodos menores que uma hora

(2) c . teve, por várias horas

(3) d . teve, por períodos de um dia ou mais

23. Você já tentou parar de beber e não conseguiu?

(0) a . não

(1) b . uma vez

(2) c . várias vezes

24. Você toma tragos rápidos (bebe rapidamente)?

(0) a . não

(1) b . sim

25. Você, em geral consegue parar depois de beber uma ou duas doses?

(0) a . sim

(1) b . não

Escore _____ pontos

Dependência leve: 01 - 13 pontos

Dependência moderada: 14 - 21 pontos

Dependência grave: 22 - 30 pontos

Dependência gravíssima 31 - 47 pontos

ANEXO 3

(C) Alguma vez o Sr. sentiu que deveria diminuir (cut down) a quantidade de bebida ou parar de beber?

(A) As pessoas o aborrecem (annoyed) porque criticam o seu modo de beber?

(G) O Sr. se sente culpado (guilty) (chateado com o Sr. mesmo) pela maneira com que costuma beber?

(E) O Sr. costuma beber pela manhã (eye-opener) para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

ANEXO 4

AUDIT The Alcohol Use Disorder Identification Test.

1. Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas?

(0) Nenhuma

(1) Uma ou menos de uma vez por mês

(2) 2 a 4 vezes por mês

(3) 2 a 3 vezes por semana

(4) 4 ou mais vezes por semana

2. Quantas doses contendo álcool você consome num dia típico quando você está bebendo?

(0) Nenhuma

(1) 1 a 2

(2) 3 a 4

(3) 5 a 6

(4) 7 a 9

(5) 10 ou mais

3. Qual a frequência que você consome 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião?

(0) Nunca

(1) Menos que mensalmente

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Diariamente ou quase diariamente

4. Com que frequência, durante os últimos 12 meses, você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?

(0) Nunca

(1) Menos que mensalmente

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Diariamente ou quase diariamente

5. Quantas vezes durante o ano passado deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcoólicas?

(0) Nunca

(1) Menos que mensalmente

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Diariamente ou quase diariamente

6. Quantas vezes durante os últimos 12 meses você precisou de uma primeira dose pela manhã para sentir-se melhor depois de uma bebedeira?

(0) Nunca

(1) Menos que mensalmente

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Diariamente ou quase diariamente

7. Quantas vezes no ano passado você se sentiu culpado ou com remorso depois de beber?

(0) Nunca

(1) Menos que mensalmente

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Diariamente ou quase diariamente

8. Quantas vezes durante o ano passado você não conseguiu lembrar o que aconteceu na noite anterior porque você estava bebendo?

(0) Nunca

(1) Menos que mensalmente

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Diariamente ou quase diariamente

9. Você foi criticado pelo resultado das suas bebedeiras?

(0) Nunca

(1) Menos que mensalmente

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Diariamente ou quase diariamente

10. Algum parente, amigo, médico ou qualquer outro trabalhador da área de saúde referiu-se às suas bebedeiras ou sugeriu a você parar de beber?

(0) Nunca

(1) Menos que mensalmente

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Diariamente ou quase diariamente Total de pontos _____

ANEXO 5

SADD Short Alcohol Dependence Data Raistrick et al (1983).

| Nº | QUESTÕES | NUNCA | POUCAS VEZES | MUITAS VEZES | SEMPRE |
|----|---|----------|--------------|--------------|----------|
| | Pontuação | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1 | Você acha difícil tirar o pensamento de beber da cabeça? | | | | |
| 2 | Acontece de você deixar de comer por causa da bebida? | | | | |
| 3 | Você planeja seu dia em função da bebida? | | | | |
| 4 | Você bebe em qualquer período (manhã, tarde e/ou noite)? | | | | |
| 5 | Você bebe qualquer tipo de bebida? | | | | |
| 6 | Acontece de você beber sem levar em conta os compromissos que tenha depois? | | | | |
| 7 | Você acha que o quanto você bebe chega a lhe prejudicar? | | | | |
| 8 | No momento em que você começa a beber, é difícil parar? | | | | |
| 9 | Você tenta se controlar (tenta deixar de beber)? | | | | |
| 10 | Na manhã seguinte a uma noite em que você tenha bebido você precisa beber para se sentir melhor? | | | | |
| 11 | Você acorda com tremores nas mãos, na manhã seguinte a uma noite em que tenha bebido muito? | | | | |
| 12 | Depois de ter bebido muito, você levanta não querendo ver ninguém na sua frente? | | | | |
| 13 | Na manhã seguinte a uma noite em que você bebeu muito, você levanta não querendo ver ninguém na sua frente? | | | | |
| 14 | Depois de ter bebido muito, você vê coisas que mais tarde percebe que eram imaginação sua? | | | | |
| 15 | Você se esquece do que aconteceu enquanto esteve bebendo? | | | | |

Total de pontos _____

Dependência leve 1 - 09 pontos

Dependência moderada 10 - 19 pontos

Dependência grave 20 - 45 pontos



Artigo 3

A INGESTÃO DE ÁLCOOL ETÍLICO E ENFERMIDADES ASSOCIADAS

José Ivan A Aguiar & Juberty Antonio de Souza

Departamento de Clínica Médica. Serviço de Doenças Tropicais e Serviço de Psiquiatria da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul Brasil.

Poucas são ou talvez não exista substância com capacidade tão grande de interagir com nosso organismo de forma tão danosa, quanto o álcool etílico. Não se pode negar que o álcool exerce um papel estabilizador, desinibe, propicia maior segurança, é socialmente bem aceito. Não faz muito tempo, foi comprovado seu papel profilático, sobretudo, nas enfermidades coronarianas, quando usado de maneira adequada. Este fato foi levantado em razão do hábito secular de algumas populações, sobretudo a italiana, de beber vinho, sendo inclusive um excelente exemplo da contextualização do problema. Nos últimos anos, temos vivenciado o tema alcoolismo e drogas tanto em situações particularizadas, como em estudos de prevalência e agora, mais especificamente, dentro de um contexto que envolve a saúde de populações indígenas.

Abordaremos a questão de um ponto de vista mais informativo, listando e discorrendo sobre fatos conhecidos da literatura médica e que possam ser úteis aos pesquisadores e profissionais que lidam com a questão indígena. Além do mais a explicação dos mecanismos de ação do álcool são muito particularizados e envolvem um conhecimento muito especializado que como clínicos, não temos. Mesmo assim, é necessário dizer alguma coisa ligada ao fígado, órgão que encerra as principais vias de metabolismo do etanol. A atuação de enzimas, sobretudo a álcool-desidrogenase (ADH), leva a produção de acetaldeído cujo papel veremos mais adiante, assim como a redução do NAD em (NADH) que produz resultados lesivos ao organismo como:

- a-aumento de ácido láctico
- b-aumento do ácido úrico
- c-Alteração no metabolismo lipídico e das proteínas
- d-Acumulo de triglicérides no fígado
- e-Dependencia das mitocôndrias ao etanol como fonte de energia
- f-Alteração das mitocôndrias
- g-Fígado gordo (esteatose hepática) e aumento do órgão (2-3x)
- h-Interferência no metabolismo da serotonina

METABOLISMO DO ÁLCOOL

Alguns produtos gerados durante o metabolismo do álcool (por exemplo, acetaldeído) é mais tóxico que o próprio álcool. Além disto, um grupo de produtos do seu metabolismo, chamado os radicais livres, podem danificar às células do fígado, promover inflamação e prejudicar funções vitais como a produção de energia. As

defesas naturais do organismo contra os radicais livres (por exemplo, antioxidantes) podem ser inibidas pelo consumo de álcool, conduzindo a um dano maior e propiciando também o aumento da toxicidade de muitas medicações.

ALTERAÇÕES METABÓLICAS RESULTANTES DO USO PROLONGADO DO ETANOL

Alcoólicas habituais são capazes de tolerar grandes quantidades de bebidas, principalmente, devido à adaptação do sistema nervoso central. Ao que tudo indica eles adquirem uma maior capacidade de depuração do etanol, caracterizando desta forma uma maior tolerância metabólica. Este estado de aceleração do metabolismo admite-se ser semelhante ao produzido pelo excesso de hormônio tireoidiano no sangue. A participação de estruturas ligadas ao citocromo P-450 é admitida, e sua atividade induzida pelo etanol proporcionaria maior depuração do álcool. Estas alterações metabólicas explicam o aumento da tolerância deste grupo de pessoas a muitos medicamentos, necessitando por vezes de doses maiores que as habituais. Do ponto de vista prático, porém, os efeitos do álcool diferem apostamente nos casos agudos e crônicos de intoxicação. Se estas alterações no metabolismo auxiliam na depuração, por outro lado produzem uma condição nociva, que é uma maior produção de acetoaldeído (aldeídoacético). Acredita-se que ela seja responsável pela toxicidade de muitos medicamentos e que também esteja relacionada com carcinogênese (aparecimento de tumores). À esta fase, segue-se uma fase avançada, de grande sensibilidade à pequenas quantidades de álcool, onde as lesões já estão bem estabelecidas, especialmente no sistema nervoso, e com perda importante na capacidade de metabolizar o etanol.

FATORES DIETÉTICOS

A influência de fatores nutricionais, por exemplo, uma dieta rica em gordura ou de baixo teor de carboidratos, promove danos ao fígado de ratos alimentados com álcool, altas quantidades de gorduras poliinsaturadas podem promover o desenvolvimento de cirrose em animais.

SEXO

Mulheres desenvolvem lesão depois de consumir menos álcool em um período menor de tempo, quando comparadas aos homens. Entre as mulheres há uma incidência mais alta de hepatite alcoólica e uma mortalidade mais elevada por cirrose, que entre os homens. Os mecanismos que explicam estas diferenças são desconhecidos e as hipóteses controversas.

REPERCUSSÃO NO ORGANISMO

A HEPATOPATIA PRODUZIDA PELO ÁLCOOL

Talvez seja o dano mais conhecido e temido

Esteatose - ou fígado gordo - ligada ao consumo de 20-40g/dia/álcool - é reversível.

Hepatite - apresentação variável, assintomática, isolada ou de forma grave, muitas vezes no curso de uma doença geral produzida pelo álcool.

Cirrose - restrita 8-20% dos alcoólatras crônicos - ao que parece fatores genéticos e nutricionais desempenham papel importante na sua origem. Um dos fatores críticos seria dose/duração, entre 120-180g/dia de álcool, por um período de 15 anos.

É a fase final e irreversível da hepatopatia alcoólica. Pode permanecer ignorada e ser um achado de necropsia, em 40% dos casos, ou ser descoberta casualmente, num exame de rotina. A ela pode associar-se o câncer de fígado. A suscetibilidade a lesões mais graves difere consideravelmente entre indivíduos, de forma que mesmo entre pessoas que bebem quantias semelhantes de álcool, só alguns desenvolvem cirrose. Entender estas diferenças é um elemento importante na prevenção de danos futuros. Fatores genéticos. Variabilidade estrutural ou funcional em quaisquer dos tipos de células e substâncias bioquímicas poderia influenciar a suscetibilidade de uma pessoa para uma lesão grave. Pesquisadores estão buscando fatores genéticos que possam estar influenciando esta variabilidade. Resultados desta pesquisa podem prover a base para futuras terapias gene-baseadas.

Theodore Reich et al. (1998) do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Washington, em associação com o NIAAA-supported Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism (COGA), relata (Neuropsychiatric genetics, volume 81, número 3) a existência de uma base genética evidenciada em locus dos cromossomos 1 e 7 e em menor proporção no cromossoma 2, para a dependência ou vulnerabilidade ao álcool. Estas pesquisas se baseiam em estudos de famílias com elevada prevalência de alcoolismo. Foi verificado que no cromossoma 4 há um locus protetor que codifica o complexo enzimático (ADH) álcool-desidrogenase, que ao final acelera o metabolismo do etanol à aldeído acético. A velocidade como este fato ocorre termina por criar uma situação aversiva, funcionando desta forma como elemento protetor. Este fenômeno é especialmente verificado entre os asiáticos e seus dependentes. É um mecanismo muito utilizado pela população, especialmente os familiares do alcoolista - é o "remédio" adicionado à comida para produzir um efeito desagradável, levando o dependente a abandonar a bebida.

Dados acumulados até então permitem concluir que o alcoolismo pode ser uma doença das mais complexas, envolvendo múltiplos genes, sistemas de transmissão neural o que o faz diferir de família para família e entre os indivíduos, o que até então individualiza as abordagens, diagnóstica e terapêutica. É possível que durante os próximos anos, os genes atuais que conferem e mitigam o risco de alcoolismo, possibilitem intervenções preventivas e tratamentos farmacológicos baseados nestes conhecimentos. Os fatores genéticos quando desvendados poderão ser um importante passo no entendimento da complexa contribuição de fatores ambientais.

PANCREATITE

É uma outra condição associada, que pode ter um curso agudo ou evoluir de maneira crônica com graves complicações para o organismo, dentre elas o diabetes pancreático. Muito embora o álcool seja um co-fator, outros aspectos nutricionais, constitucionais, parecem estar ligados a sua instalação e desencadeamento.

HEPATITES

Muitos alcoolistas são infectados com o vírus da hepatites B (HBV) e C (HCV), que causam doença crônica. A presença de HCV e HBV influencia a evolução para cirrose. Pacientes álcool-dependentes, infectados com HCV e HBV, desenvolvem lesão hepática mais precocemente, mesmo consumindo cumulativamente menor quantidade de álcool do que os que não apresentam estes vírus.

A DIARRÉIA (ESTEATORREIA)

É uma das complicações com grande repercussão orgânica e social. Além do número elevado e as vezes incontrolável de dejeções, ocorre uma grave espoliação adicional das reservas orgânicas.

ESOFAGITES

É a inflamação do esôfago, com ou sem refluxo gástro-esofágico - gastrites agudas com dor e queimação digestiva, podendo ser acompanhadas de hemorragia digestiva - o indivíduo vomita sangue vivo e constitui-se numa emergência médica.

PNEUMONIAS

Por aspiração de conteúdo gástrico, podem ter curso fatal e são uma causa importante de óbito entre os alcoolistas, que bebem caem, e terminam tendo parte do conteúdo de seu estômago, alimentos, sucos digestivos, nos pulmões, mesmo na ausência de vômitos. Isto ocorre por uma quebra na barreira que impede que o conteúdo do estômago reflua e seja aspirado para os pulmões, produzida pela ação crônica do etanol.

DOENÇA MUSCULAR ESQUELÉTICA

De curso agudo, tem início após uma grande ingestão de bebida alcoólica, geralmente no grupo que bebe de forma intensa, e periodicamente. Ocorre uma destruição de fibras musculares com dor, inchaço, fraqueza. Tem sido vista mais em homens com idade superior aos 40 anos, podendo produzir insuficiência renal de instalação aguda. Na sua forma crônica evolui insidiosamente com fraqueza e atrofia muscular. É acompanhada de deficiências dos minerais (potássio, magnésio).

ANEMIA

Ligada a produção deficiente pela medula óssea e a deficiência de Vitamina B-12, ácido fólico, que pode estar relacionada a baixa ingestão alimentar ou a deficiente absorção intestinal (diarréia, esteatorreia). Redução de glóbulos brancos, propiciando redução das defesas orgânicas. Redução na produção, sobrevivência e qualidade das plaquetas e alteração no tempo de sangramento.

SISTEMA NERVOSO CENTRAL E PERIFÉRICO

SÍNDROME DE WERNICKE

Caracterizada por uma alteração na marcha (ataxia cerebelar) afeta tronco e os membros inferiores, com instabilidade, oscilação e base larga (pernas abertas) ; alteração na motilidade ocular, desatenção, desorientação, baixa capacidade de resposta. Pode iniciar-se por um estado de coma. É uma emergência médica e sua letalidade pode chegar a 17% segundo alguns autores.

Psicose alcoólica

Seguir-se-ia ao quadro de Wernick com alteração da memória para fatos passados e do presente. Não afeta totalmente os períodos mais remotos e há uma relativa preservação de outras funções intelectuais. A confabulação pode ser significativa na fase inicial, para desaparecer posteriormente. Se identificada precocemente pode produzir menor prejuízo. Está indicado o uso de altas doses de Tiamina e reposição nutricional.

Polineuropatia

Dor, fraqueza e formigamento, pronunciadamente nos membros inferiores(arde,queima). É considerada uma complicação nutricional. Pode evoluir para formas incapacitantes.

Degeneração Cerebelar

Alteração no equilíbrio e na marcha.

Demência

Menor peso do cérebro, atrofia cerebral

Hipotermia acidental

Queda rápida do nível de consciência com a redução da temperatura corporal.

CORAÇÃO

Os efeitos na função mecânica e na eletrofisiologia do coração resultante da ingestão de álcool estão comprovados, tanto em experimentação animal quanto em seres humanos. Estes efeitos são mais evidentes quando do uso crônico, com a presença de uma miocardiopatia (doença do músculo cardíaco) com repercussão clínica e incapacidade.

SÍNDROME ALCOÓLICA FETAL

É o resultado da ingestão materna de grandes quantidades de álcool durante a gestação, muito embora a questão quantidade não tenha ainda valores bem definidos. Acredita-se que o de uso de drogas ilegais, baixa ingestão de caloria possa ter influência no desenvolvimento da síndrome. Três características podem resultar para o RN - baixo peso ao nascer, anormalidades na face e lesões no sistema nervoso central - retardo no desenvolvimento, alteração da coordenação e déficit mental.

QUEDA NOS MECANISMOS DE DEFESA

O alcoolismo e todo seu cortejo termina por ser um co-fator no desenvolvimento de certas doenças infecciosas, por minar a capacidade do organismo em se defender adequadamente Em nossos estudos encontramos a associação de diabetes e alcoolismo em 25% dos casos. Se admitirmos que o diabetes causa transtornos metabólicos de igual magnitude, poderemos imaginar que estaremos enfrentando grandes dificuldades. Tal constatação não nos permite deixar de refletir sob a concepção da síndrome Metabólica do Novo Mundo de Weiss et al. (1984) onde uma seqüência de eventos aconteceria após a puberdade e que esta manifestar-se-ia pela tendência a obesidade, formação de cálculos de colesterol e pela presença de diabetes do tipo adulto. Por último devemos lembrar que a obesidade já é considerado um problema de saúde pública, no Brasil (*), e direciona-se firmemente para as populações de baixa renda, segmento onde com a máxima certeza os índios estão incluídos.

BIBLIOGRAFIA

WEISS, K.M.; Ferrel, R.E.; Hanis, G.L. A New World Syndrome of Metabolic Diseases with a Genetic and Evolutionary Basis .Yearbook of Physical Anthrpology . 1984 ; 27:153-78.

Consenso Latino-americano de Obesidade 1998.

Clínicas Médicas da América do Norte- Álcool etílico e Enfermidades Associadas. Ed. Interamericana, 1984.



Artigo 4

TUBERCULOSE, ANTROPOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA 1

*Dominique Buchillet*²

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) constitui em escala mundial um sério problema de saúde pública. As taxas de incidência anual são muito altas nos países em desenvolvimento, sendo o Brasil o sexto país do mundo em número de casos de tuberculose (MS/FNS 1999)³. Essa situação, já grave por si só, pode piorar por causa da infecção pelo HIV. Devido a seu efeito imuno-depressivo, a infecção pelo HIV é, com efeito, o fator de risco mais importante para a evolução da infecção tuberculosa em doença, além de promover a reativação de uma infecção tuberculosa prévia (Billo 1995; Sudre et alii 1992). Na maioria dos países em desenvolvimento, a tuberculose constitui-se, assim, na doença oportunista mais freqüente da infecção pelo HIV (Billo 1995).

¹ Versão ampliada da comunicação apresentada no Seminário sobre Alcoolismo e vulnerabilidade às DST/AIDS entre os povos indígenas da região macro-sul", Londrina, 14-16 de abril de 1999. Várias das idéias contidas neste texto foram discutidas em Buchillet (1997).

² Antropóloga da saúde, pesquisadora titular do Institut de Recherche pour le Développement/ IRD (ex-ORSTOM, França); pesquisadora do convênio de cooperação IRD/CNPq/Instituto Socioambiental (ISA). Endereço de contato: Instituto Socioambiental/ISA - SCLN 210 Bloco C Sala 112 - 70.862- 530 Brasília DF - Fone (061) 349 5114 - Fax (061) 274 7608 - e-mail: dbuchil@attglobal.net.

³ Desde o início da década de 80, o Ministério da Saúde (MS) registra oficialmente entre 80.000 a 90.000 novos casos de tuberculose por ano, sendo o coeficiente anual da ordem de 54 a 58 novos casos por 100.000 habitantes variando conforme os anos (MS/FNS 1999). Considera, no entanto, que o número real esteja mais no patamar dos 130.000 novos casos anuais em razão das deficiências do sistema de assistência e de controle dessa doença e, em particular, da falta de um sistema de busca ativa dos casos infecciosos. Calcula, além disso, que mais de 50 milhões de brasileiros estão infectados pelo BK (ibid.). A Organização Mundial da Saúde estima, por sua vez, que um terço da população mundial (1 bilhão 700 milhões de pessoas)

As populações indígenas são geralmente consideradas como grupo de alto risco em relação à tuberculose, em razão da precariedade de suas condições de sobrevivência em decorrência do contato com os brancos, de suas características sócio-culturais e de suas dificuldades de acesso aos serviços de saúde, entre outros. No rio Negro, região do noroeste amazônico, por exemplo, dados históricos comprovam que essa doença constitui um sério problema de saúde pública desde o início do século, sendo atualmente sua taxa de incidência anual de dois a nove casos por mil habitantes de acordo com as sub-regiões, ou seja, superior de cinco a dez vezes a média nacional brasileira e de vinte a oitenta vezes à da América Latina ou da Europa (Buchillet & Gazin 1998). Taxas de incidência similares foram registradas entre outras populações indígenas do Brasil, como, por exemplo, entre os Yanomami de Roraima (FNS 1996), os Deni do Amazonas (CIMI 1995), os Pakaánova (Wari) de Rondônia (Escobar & Coimbra 1998) e em vários outros povos da Amazônia (Costa 1986; Miranda et alii 1988).

HISTÓRIA NATURAL DA TUBERCULOSE

A tuberculose é uma doença infecciosa causada pelo Bacilo de Koch (BK, *Mycobacterium tuberculosis*) que se

transmite por via aérea de uma pessoa doente para um indivíduo sadio. Várias características epidemiológicas dessa doença, importantes para a conduta preventiva e terapêutica, precisam ser consideradas:

1. É uma doença com evolução e disseminação lentas nas sociedades humanas. Difere de outras doenças infecto-contagiosas (gripe ou sarampo, por exemplo) sob vários aspectos. Seu período de incubação é variável, podendo durar anos. Ela é também silenciosa no plano clínico. Embora seu período de contágio esteja mais demorado (de várias semanas a meses, ou mesmo anos), essa doença é pouco contagiosa. Contrariamente à varíola ou ao sarampo que infectam uma população inteira por ocasião de uma primeira exposição ao vírus, estima-se que um indivíduo com tuberculose pulmonar, única forma contagiosa da doença, é suscetível de infectar cerca de dez pessoas por ano sob condições naturais, isto, na ausência de tratamento (Styblo 1980).

2. A primo-infecção tuberculosa, consecutiva à inalação do BK e sua implantação nos alvéolos pulmonares, é geralmente assintomática. Em noventa por cento dos casos, as defesas imunológicas do indivíduo são suficientes para impedir a multiplicação e a dispersão das micobactérias no seu corpo, o que se traduz por uma reação tuberculínica positiva. Em dez por cento dos casos, a infecção torna-se patente: é a tuberculose doença ou tuberculose primária. Assim, diferentemente da maioria das doenças infecciosas, infecção e doença, no caso da tuberculose, não são processos simultâneos. Cinco por cento desenvolvem a doença dentro dos dois anos seguintes à infecção, os outros cinco por cento no restante de sua vida (Sudre 1993; Perronne 1995). Vale ressaltar, no entanto, que esse risco aumenta em caso de imunodepressão, induzida pelo HIV ou por outras condições patológicas (ver infra).

3. A resistência que se desenvolve após a recuperação de uma infecção primária nem sempre é suficiente para livrar o corpo humano dos bacilos tuberculosos. Estes podem hibernar no organismo e a tuberculose-doença aparecer a partir de focos tuberculosos quiescentes, contemporâneos da infecção primária, após um período de tempo variável - freqüentemente de vários anos. É a reativação endógena. Isso pode ocorrer na ocasião de uma queda das defesas imunológicas. Uma tuberculose mais tardia (pós-primária) pode também se desenvolver após uma nova exposição ao bacilo. É a reinfeção exógena (Sudre 1993). Contrariamente ao vírus do sarampo ou da varíola que, quando não mata seus hospedeiros, provoca uma imunidade definitiva que lhes permite escapar de uma nova infecção, o BK tem sempre a possibilidade de reinfectar a mesma pessoa. As duas formas de tuberculose (primária e pós-primária) apresentam-se clinicamente de forma idêntica.

4. Vários fatores parecem assumir um papel importante na segunda etapa da patogênese, ou seja a da progressão da infecção em doença. Enquanto os fatores de risco para a infecção são essencialmente função de fatores exógenos (concentração bacilar no ar inspirado, precárias condições de vida, casas insalubres com pouca luz e fraca ventilação, promiscuidade, bem como duração, freqüência e intensidade dos contatos com uma pessoa infectada), os fatores de risco para a doença dependem sobretudo de fatores endógenos: subnutrição e desnutrição, mau estado geral de saúde, estresse, idade, alcoolismo, gravidez, lactação etc. Certas doenças, como a infecção pelo HIV, o sarampo ou o diabete mellitus, ao promover uma diminuição temporária das defesas imunológicas, podem apressar a progressão da infecção em doença (Styblo 1984; Fine 1984). Fatores sócio-culturais e econômicos podem, além disso, determinar diferenças entre os gêneros, tanto em relação ao risco de exposição à infecção e de desenvolvimento da doença, quanto em relação à busca de tratamento e à observância terapêutica (divisão sexual do trabalho, padrões de socialização, valores culturais atribuídos à saúde das mulheres, dependência sócio-econômica destas últimas etc., Cf. Hudelson 1996).

5. A tuberculose pode assumir formas clínicas diversas, dependendo da localização do foco infeccioso. Sua manifestação clínica mais freqüente é a forma pulmonar. É ela a responsável pela transmissão dos bacilos. Depois de se implantar nos alvéolos pulmonares onde causam uma lesão inicial, estes se multiplicam e podem afetar todos os órgãos do corpo, por via sanguínea ou linfática.

A transmissão do *M. tuberculosis* faz-se por via aérea. Ao falar, cantar, espirrar ou tossir, o doente lança no ar finas gotículas de saliva infectadas. Conforme vimos, o risco de transmissão está ligado à densidade de bacilos no ar inspirado, bem como à frequência, duração e intensidade dos contatos com um indivíduo contagioso (Sudre 1993). Uma atmosfera confinada aumenta o risco do contágio. É por isso que a transmissão da tuberculose é um fenômeno essencialmente familiar ou nosocomial. A quimioterapia antituberculosa, que elimina a tosse e reduz o período de infecciosidade - e conseqüentemente diminui ou interrompe a cadeia de transmissão - é a melhor das proteções para as pessoas próximas aos doentes. Sob tratamento, os sintomas geralmente desaparecem em três ou quatro semanas e o exame bacteriológico torna-se negativo nos três primeiros meses de tratamento (Barnes & Barrows 1993). Entretanto, em certos casos, a conversão bacteriológica exige mais tempo. É por isso que a duração mínima do tratamento antituberculoso é de seis meses⁴. Sua interrupção prematura, a tomada irregular dos remédios ou o uso anárquico de seus componentes podem propiciar as recaídas e, portanto, dar origem a novas contaminações. Também favorecem o desenvolvimento de cepas multirresistentes de *M. tuberculosis* (Sudre 1993; Perronne 1995). Daí a importância da supervisão do tratamento que visa igualmente averiguar o aparecimento de efeitos colaterais dos medicamentos⁵. Como se vê, a supervisão do tratamento em regime ambulatorial é crucial, supondo uma rede de luta contra a tuberculose bem estruturada e impondo custos adicionais aos programas nacionais de controle da doença⁶. A tuberculose é uma doença tecnicamente controlável: dispõe-se de um método de diagnóstico (baciloscopia de escarro) e de um tratamento eficazes. É preciso, no entanto, que os programas nacionais de controle e de luta contra essa doença disponham da totalidade⁷ desses tratamentos - o que nem sempre é o caso -, que o doente tenha acesso ao tratamento e que ele tome efetivamente os remédios prescritos até o fim e conforme as prescrições médicas (posologia, duração etc.). Sob este último aspecto, considerou-se durante muito tempo que o não-respeito às prescrições médicas se devia à obstinação, ignorância, má vontade ou a outros traços peculiares dos doentes, os quais eram assim tidos como responsáveis pelo fracasso dos programas nacionais de luta contra a tuberculose (Rubel & Garro 1992; Uplekar & Rangan 1993)⁸. Pesquisas recentes mostraram que pacientes voluntária e antagonicamente não-observantes constituem a exceção e não a regra (Donovan & Blake 1992).

⁴ A quimioterapia de curta duração recomendada pela Organização Mundial da Saúde e aplicada no Brasil compreende uma fase de ataque de dois meses associando três antituberculosos maiores (Isoniazida, Pirazinamida e Rifampicina), seguida de uma fase de manutenção de quatro meses com Rifampicina e Isoniazida (Regime I). Existem outros regimes terapêuticos: para as recaídas (Regime IR), para as meningites tuberculosas (Regime II) e para os fracassos terapêuticos (Regime III) (MS 1995). Geralmente, após uma hospitalização de um ou dois meses durante a fase de ataque, os doentes continuam o tratamento em regime ambulatorial.

⁵ A Isoniazida, um dos principais antituberculosos, sendo também utilizada em quimioprofilaxia, é suscetível de provocar náuseas, vômitos e lesões no fígado, entre outros; a Rifampicina pode provocar, além de náuseas e vômitos, icterícia, broncoespasmo, urticária e manifestações hemorrágicas, enquanto que a Pirazinamida pode causar, além também de náuseas e vômitos, icterícia e artralgia etc. (MS 1992). A hepato-toxicidade da Isoniazida é mais freqüente entre os indivíduos alcoólicos, as mulheres grávidas e após o parto (Barnes & Barrows 1993).

⁶ Os principais pontos do programa de controle da tuberculose no Brasil são: a) diagnóstico por baciloscopia de escarro; b) quimioterapia de curta duração; c) vacinação sistemática das crianças; d) quimioprofilaxia dos comunicantes assintomáticos (MS 1995).

⁷ Conforme vimos, o tratamento consiste em vários antituberculosos, sendo que um único deles pode favorecer a indução de uma resistência.

OBSERVÂNCIA TERAPÊUTICA

Esses estudos mostraram, além disso, que a observância terapêutica é um problema multifatorial que, muitas vezes, está fora do seu controle: questões logísticas, fatores ligados à qualidade do relacionamento médico/paciente, à natureza da doença e ao regime terapêutico ou ao contexto sócio-cultural do paciente foram assim assinalados.

As questões logísticas dizem respeito à organização e à facilidade de acesso aos serviços de saúde, bem como ao custo (direto e indireto) dos tratamentos para o paciente. Problema de acessibilidade geográfica com as dificuldades de transporte subseqüentes, custo dos remédios, suprimento irregular do centro de saúde em medicamentos. São alguns dos problemas com os quais pode se confrontar o paciente. Mesmo recebendo gratuitamente os remédios, como ocorre no Brasil, o doente sob regime ambulatorial deverá retornar regularmente ao centro médico para receber a seqüência do tratamento e efetuar um controle bacteriológico, significando para ele novos problemas de acesso e de custo. Na maioria das vezes, ele interrompe o tratamento ou o toma de maneira irregular. A acessibilidade (geográfica, econômica) pode assim afetar a observância terapêutica.

8 O Ministério da Saúde estima que cerca de 25% dos doentes abandonam o tratamento (MS 1999).

Os fatores ligados à qualidade do relacionamento entre médicos e pacientes. Estudos recentes mostraram que diferenças lingüísticas podem não apenas conduzir ao estabelecimento de um diagnóstico errôneo, como também dificultar a colaboração do paciente no tratamento de sua doença (Jackson Carroll et alii 1995; Carey Jackson 1996; Rack 1980). Afora os problemas de comunicação propriamente lingüísticos, as concepções locais dos mecanismos ou modos de contágio, contaminação e transmissão de doenças podem ser diferentes daquelas da medicina ocidental, complicando o entendimento pelo paciente das explicações médicas⁹. Podem também não se aplicar às mesmas doenças e/ou resultar nas mesmas regras de evitação ou de proteção como no esquema ocidental. Noções de remissão, de recaída e/ou de cronicização são igualmente noções muitas vezes incompreensíveis para pacientes não-ocidentais para os quais é impossível cair doente outra vez da mesma doença. Uma recaída no sentido ocidental será assim percebida como nova doença, devendo, portanto, ser o objeto de um outro tratamento. Essa concepção obviamente dificulta a compreensão da explicação médica sobre a importância de seguir o tratamento até o fim de modo a evitar uma recaída. Certas sociedades consideram que a ausência quase imediata de reação da doença ao tratamento é o indicio de um erro de diagnóstico e, portanto, de tratamento (Buchillet 1997). As nosologias indígenas organizam-se também de maneira diferente das ocidentais: as diferentes manifestações clínicas de uma doença na concepção ocidental podem assim ser consideradas como doenças diversas pelas populações indígenas, sendo, portanto, objeto de tratamentos específicos (ibid.). Ao inverso, sintomas de patologias distintas na concepção ocidental podem ser considerados pelas populações locais como fazendo parte de uma mesma doença. Daí a possível dificuldade dos pacientes em entender a relação entre a quimioterapia padronizada e a variedade das manifestações clínicas da tuberculose, considerando

9 Por exemplo, através do cheiro, de emanações corporais, da urina, do sangue, do leite, do vento, da comida, do compartilhamento de utensílios de cozinha, pulando ou pisando nas pegadas de uma pessoa doente etc.

em particular que o tratamento não é apropriado aos sintomas e/ou requerendo um medicamento específico para cada tipo de sintomas (Shimada 1995). Pode igualmente ocorrer uma certa confusão entre sintoma e doença. Uma pessoa com tosse persistente pode, por exemplo, considerar que a tosse não é um sintoma, mas a doença em si (Mata 1985). Advém daí sua dificuldade de aceitar o tratamento médico. Assim, as explicações médicas podem ser incompreensíveis no plano cultural para os doentes. Como se vê, diferenças lingüísticas e culturais entre pacientes e profissionais de saúde influem não apenas sobre a sua relação, mas também sobre a compreensão pelo doente da informação médica e, eventualmente, sobre seu grau potencial de adesão ao tratamento.

Natureza da doença e regime terapêutico. Vários estudos têm mostrado que a natureza da doença e as características do tratamento afetam o grau de observância terapêutica. Doenças infecciosas agudas com sintomas dolorosos ou estressantes promovem geralmente um maior grau de observância do que doenças crônicas, particularmente aquelas de longa duração, como a tuberculose (Bergman & Werner 1963, apud Earnest & Sbarbaro 1996). A longa duração do tratamento constitui também um fator negativo para sua observância. O desaparecimento (geralmente em um mês) dos sintomas que levaram à consulta¹⁰, e o fato de as pessoas infectadas serem submetidas a uma quimioprofilaxia de seis meses também afetam a observância dos tratamentos. Na ausência de sintomas, é difícil convencer sobre a necessidade e os benefícios da quimioprofilaxia, ou seja, fazer entender ao paciente que ela impedirá a evolução da infecção em doença (Earnest & Sbarbaro 1996). Por fim, os efeitos secundários dos antituberculosos podem influir negativamente sobre a adesão aos tratamentos, embora não pareçam resultar automaticamente em uma observância terapêutica fraca (ibid.). Podem, além disso, ser encarados como sintomas de uma outra doença e assim, do ponto de vista do doente, invalidar o diagnóstico médico e, portanto, o tratamento prescrito¹¹.

10 Há, com efeito, uma correlação estreita entre sintomas e observância terapêutica, sendo que o

desaparecimento dos sintomas coloca em questão o objetivo do tratamento (Bergman & Werner 1963, apud Earnest & Sbarbaro 1996).

11 Conforme já foi colocado, a não-reação da doença ao tratamento, sua cronicização e/ou o aparecimento de outros sintomas podem invalidar o diagnóstico e o tratamento.

As representações e as práticas locais em matéria de saúde e de doença podem também afetar a observância terapêutica. Certas populações consideram a tuberculose como uma doença contagiosa, outras não. Os Desana do rio Negro, por exemplo, atribuem essa doença à feitiçaria xamânica, em parte por causa de suas características epidemiológicas distintas daquelas de outras doenças infecciosas (gripe, sarampo, por exemplo) que eles imputam aos efeitos epidemiológicos e sanitários do contato com os brancos¹². Portanto, a tuberculose não é considerada como contagiosa já que, de acordo com a concepção indígena, a feitiçaria, para ser efetiva, deve ser endereçada a uma pessoa determinada. Ou seja, o isolamento do doente, a quimioprofilaxia dos comunicantes, como também a padronização dos tratamentos antituberculosos (um tratamento idêntico para todos os doentes com diagnóstico ocidental de tuberculose) são dificilmente compreensíveis para os pacientes indígenas. Certas sociedades, embora considerando a tuberculose como doença contagiosa, não reconhecem a possibilidade de contágio entre os familiares em virtude dos laços de consubstancialidade¹³, mas apenas entre pessoas estranhas à família biológica. Cabe ressaltar que essa concepção de um tipo de barreira epidemiológica compartilhada pelos membros de uma mesma família não é generalizável a todas as sociedades. Entre os Desana, por exemplo, os parentes de uma pessoa picada por jararaca estão proibidos de qualquer contato com a vítima, sendo também submetidos a rigorosas proibições alimentares (sobre a pimenta, o assado etc.), já que sua simples presença física, assim como o consumo de certos alimentos ou de outros cozidos de determinadas maneiras, podem aumentar a dor no local da picada, além de facilitar a disseminação do veneno pelo corpo do doente, em virtude justamente dessa comunidade de substância. Vale ressaltar que, neste caso, trata-se da inversão da concepção ocidental: não é a pessoa doente que é passível de afetar ou contaminar os parentes próximos, mas estes últimos, em razão dessa proximidade de substância, que podem piorar o estado do doente.

12 Por exemplo, fraca contagiosidade, evolução relativamente crônica, possibilidade de reativação endógena, disseminação lenta na sociedade humana (no caso da tuberculose) versus caráter agudo e transitório, extrema virulência, curto período de incubação e de infecciosidade, alto poder de contágio, produção de uma imunidade temporária ou definitiva. (caso, por exemplo, da gripe e do sarampo). Sobre os fundamentos epidemiológicos e históricos da distinção operada pelos Desana entre "doenças de branco" e "doenças autóctones" (ou "indígenas"), ver Buchillet (1995).

13 O que foi chamado por vários pesquisadores de "grupo (comunidade) de substância". Ver, por exemplo, Seeger, Matta & Viveiros de Castro (1987).

Na África ou nas Filipinas, como no Haiti ou no México, onde essa doença é associada ao estigma e à rejeição social, os doentes costumam negar o diagnóstico de tuberculose e o tratamento prescrito (Mata 1985; Farmer et alii 1991; Barnhoorn & Adriaanse 1992; Nichter & Nichter 1994; Jaramillo 1996). Na Índia ou no Paquistão, onde a tuberculose pode-se tornar um motivo de divórcio ou de repúdio da mulher, o seu diagnóstico pode ser negado por esta última e/ou retardar a sua busca de cuidados de saúde (Barnhoorn & Adriaanse 1992; Jaramillo 1996). As concepções locais sobre os mecanismos da eficácia terapêutica também podem ser determinantes. Entre os Desana, por exemplo, a cura é principalmente baseada na recitação de encantamentos terapêuticos altamente formalizados sobre líquidos ou plantas que lhes servem essencialmente de suporte material e de veículo para alcançar o doente, mas podem ao mesmo tempo redobrar simbolicamente o efeito procurado na encantação (Buchillet 1987, 1988, 1990). Essas encantações são repetidas várias vezes em seguida, sendo seu efeito quase instantâneo (ao cabo de dois dias), de acordo com a concepção indígena. Repetição imediata e efeito quase instantâneo das palavras xamânicas são dois elementos-chave da eficácia terapêutica. Assim, a não reação da doença ao tratamento empreendido é geralmente considerada como o indício de um erro no diagnóstico e, conseqüentemente, no tratamento. Tal concepção, obviamente, pode dificultar a compreensão da racionalidade e da necessidade de um tratamento de longa duração, como, por exemplo, no caso da tuberculose. Vale lembrar aqui que o tratamento da tuberculose dura no mínimo seis meses e que a melhora nítida do paciente (desaparecimento dos sintomas) advém somente após três ou quatro semanas de tratamento. Por fim, a percepção e o uso dos medicamentos são diferentes dos preconizados pela medicina ocidental. Numerosas sociedades, indígenas ou outras, aplicam, com efeito, aos medicamentos os mesmos critérios de seleção e de uso dos remédios vegetais, os quais são geralmente escolhidos em função de uma característica física desejada para o objetivo da cura¹⁴. Por essa razão, sua função ou ação específica no tratamento de uma determinada doença pode ser distorcida. Depois de se

identificar suas características potencialmente aproveitáveis, os remédios poderão ser usados para tratar doenças diversas. Assim, as noções de posologia, de duração do tratamento e de adequação do medicamento a um tipo específico de sintoma ou de doença não têm a menor validade para muitas populações. Evidentemente, o uso inadequado de um medicamento não é isento de riscos para o doente e, em certos casos, dependendo da natureza da doença (tuberculose, por exemplo), também para a comunidade (Buchillet 1997)¹⁵. Certas populações, como no sudeste asiático, por exemplo, percebem o tratamento antituberculoso como demasiado "forte", podendo agravar o quadro de "fraqueza interna" em que se encontra o doente com diagnóstico de tuberculose, sendo, portanto, necessário ajustá-lo, reduzindo as doses prescritas, ou tomando-o de maneira descontínua (Schultz 1982; Shimada 1995).

¹⁴ Entre os Marubo/AM, as plantas são geralmente escolhidas em função de certas características ou qualidades físicas (como quente, frio, azedo, doce.) analógicas em relação à origem da doença (Montagner-Melatti 1991, 1996). Os Kulina/AM, por sua vez, selecionam principalmente as plantas pelo seu aroma, considerando que somente aquelas de aroma agradável têm propriedades curativas, enquanto que as outras, de mau cheiro, são percebidas como agravando a doença (Pollock 1994, 1996). Entre os Desana do rio Negro, as plantas utilizadas na medicina caseira ou como suportes da fala terapêutica são escolhidas em função de uma característica física que evoca simbolicamente o(s) efeito(s) procurado(s) no tratamento de uma doença ou de um sintoma específico: por exemplo, o gosto amargo de certos cipós ou cascas de árvores para desinfetar e ajudar na cicatrização de uma ferida, a cor preta de certas plantas para esconder uma ferida na superfície da pele, a viscosidade de certas frutas para facilitar o trabalho do parto etc. (Buchillet 1987, 1988).

¹⁵ Conforme vimos, o uso inadequado dos medicamentos é suscetível de provocar a reativação endógena da doença, favorece a continuidade da infecção e, portanto, a disseminação da doença na comunidade e, por fim, facilita a indução de resistência aos antibióticos e o conseqüente desenvolvimento no paciente de uma tuberculose multirresistente.

CONCLUSÃO

Cabe ressaltar aqui que não se pode generalizar a influência das percepções etnomédicas sobre a observância terapêutica, nem inferir automaticamente delas o grau potencial de adesão ao tratamento dos doentes (Menegoni 1996). Ou seja, embora importantes, elas não são os únicos fatores em jogo na conduta terapêutica dos pacientes e na adesão aos tratamentos. Fatores de ordem sócio-econômico ou associados às estruturas de saúde precisam ser averiguados. No entanto, a consideração das concepções locais é imprescindível. Elas afetam, em primeiro lugar, o comportamento do doente e o das pessoas do seu entorno. Elas influam, em segundo lugar, sobre a compreensão pelo paciente das explicações relativas à doença e ao tratamento e, a um nível mais geral, sobre a receptividade das mensagens de prevenção veiculadas pela medicina ocidental. Sua consideração pode assim ajudar a prever as dificuldades potenciais de aceitação das condutas preventivas e terapêuticas preconizadas pela medicina ocidental. Levando-se em conta as características epidemiológicas da tuberculose, assim como os requisitos para o tratamento dessa doença, parece evidente que a conduta profilática e terapêutica a adotar com pacientes portadores de um diagnóstico ocidental de tuberculose precisa ser culturalmente apropriada, isto é, fundamentada sobre o próprio contexto sócio-cultural local.

BIBLIOGRAFIA

- BARNES P.F. & Barrows S.A., 1993. Tuberculosis in the 1990s. *Annals of Internal Medicine*, Sept 1, vol. 119, n° 5, pp. 400-410.
- BARNHOORN F. & Adriaanse H., 1992. In search of factors responsible for non-compliance among tuberculosis patients in Wardha District, India. *Social Science and Medicine*, vol. 34, n° 3, pp. 291-306.
- BERGMAN A.B. & Werner R.J., 1963. Failure of children to receive penicillin by mouth. *New England Journal of Medicine*, n° 268, pp. 1334-1338.
- BILLO N., 1995. Programa de controle da tuberculose nos tempos da infecção pelo HIV. In Ministério da

Saúde, Anais do Seminário Interprogramas HIV/ Tuberculose, pp. 25-29. Brasília, MS/SAS/PN-DST/AIDS.

BUCHILLET D., 1987. " Personne n'est là pour écouter ". Les conditions de mise en forme des incantations thérapeutiques chez les Indiens Desana du Uaupés brésilien. *Amérindia*, n° 12, pp. 7-32.

BUCHILLET D., 1988. Interpretação da doença e simbolismo ecológico entre os Índios Desana. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi*, vol. 4, n° 1, pp. 7-32. BUCHILLET D., 1990. Los Poderes del hablar. Terapia y agresión chamánica entre los indios Desana del Vaupes brasileiro. In Basso E. & Sherzer J. (Eds.), *Las culturas nativas latinoamericanas a través de su discurso*, pp. 319-354. Coedición, Roma, MLAL/Quito, Abya-Yala (Colección 500 Años n° 24).

BUCHILLET D., 1995. Perles de verre, Parures de Blancs et " Pots de paludisme ". *Epidémiologie et représentations desana des maladies infectieuses (haut rio Negro, Brésil)*. *Journal de la Société des Américanistes*, tomo 81, pp. 181-206 (versão brasileira. *Contas de vidro, Enfeites de Branco e " Potes de malária "*. *Epidemiologia e Representações de Doenças Infecciosas entre os Desana*. Brasília, Departamento de Antropologia, série Antropologia n° 187, 24 p.).

BUCHILLET D., 1997. Tuberculose, busca de assistência médica e observância terapêutica na Amazônia brasileira. *Flash-França Saúde*, n° 11 (abril-maio-junho), pp. 1-8.

BUCHILLET D. & Gazin P., 1998. A situação da tuberculose na população indígena do alto rio Negro (Estado do Amazonas, Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 14, n° 1, pp. 181-185.

CAREY JACKSON C., 1996. Linguistic and cultural aspects of tuberculosis screening and management for refugees and immigrants. In *International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (North American Region), Proceedings of the First Mid Year Conference on Tuberculosis & Migration*, pp. 155-166. Chicago Ill., Sheraton Chicago Hotel and Towers, 1-2 march. CIMI/Conselho Indigenista Missionário, 1995. Dossiê: A agonia do povo Deni. Brasília, 15 de novembro de 1995.

COSTA D.C., 1986. Processo Social e Doença. Tuberculose em grupos indígenas brasileiros. Dissertação de mestrado, Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. DOLIN P.J., Raviglione M.C. & Kochi A., 1994. Global Tuberculosis incidence and mortality during 1990-2000. *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 72, pp. 213-220. DONOVAN J.L. & Blake D.R., 1992. Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making? *Social Science and Medicine*, vol. 34, n° 5, pp. 507-513.

EARNEST M. & Sbarbaro J.A., 1996. Tuberculosis: Adherence to Regimens and Directly Observed Therapy. In Rom W.N. & Garay S.M. (Eds.), *Tuberculosis*, pp 927-934. Boston, Little, Brown and Company.

ESCOBAR A.L. & Coimbra C.E.A., 1998. Considerações Sobre as Condições de Saúde das Populações das Áreas Indígenas Pakaánova (Wari') e do Posto Indígena Guaporé, Rondônia. Porto Velho, Universidade Federal de Rondônia; Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública (Documento de Trabalho n° 1), 21 p.

HUDELSON P., 1996. Gender differentials in tuberculosis: the role of socioeconomic and cultural factors. *Tubercle and Lung Disease*, vol. 77, pp. 391- 400.

JACKSON CAROLL L.M., Graham E. & Jackson J.C., 1995. Beyond Medical Interpretation: The Role of Interpreter Cultural Mediators (ICMs) In Building Bridges Between Ethnic Communities and Health Institutions. *Selecting, Training and Supporting Key Outreach Staff*. Seattle, Community House Calls, 45 p.

JARAMILLO E., 1996. Anthropological Issues and Their Impact on Tuberculosis Control in Developing Countries. In *International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (North American Region), Proceedings of the First Mid Year Conference on Tuberculosis & Migration*, pp. 107-117. Chicago Ill., Sheraton Chicago Hotel and Towers, 1-2 march. MATA J.L., 1985. Integrating the client's perspective in planning a tuberculosis education and treatment program in Honduras. *Medical Anthropology*, winter, vol. 9, n° 1, pp. 57-64.

MENEGONI L., 1996. Conceptions of Tuberculosis and therapeutic choices in Highland Chiapas, Mexico. *Medical Anthropology*, vol. 10, n° 3, pp. 381-401. MS/Ministério da Saúde, 1992. Controle da tuberculose. Uma proposta de Integração Ensino-Serviço. Rio de Janeiro, Convênio MS/SNPES/DPS/ CNCT-

MEC/UFRJ/FUJB/NUTES. MS/Ministério da Saúde, 1995. Manual de normas para o controle da tuberculose. Brasília, Ministério da Saúde/Centro Nacional de Epidemiologia/Coordenação de Pneumologia Sanitária (Série A: Normas e Manuais Técnicos 13). MS-FNS/Ministério da Saúde-Fundação Nacional de Saúde, 1999. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília, Ministério da Saúde, 184 p. MIRANDA J.A.N., Hautequestt A.F. de & Costa D.C., 1988. A tuberculose no índio. Saúde em Debate, janeiro, pp. 24-25.

MONTAGNER-Melatti D., 1991. Mani Pei Rao: remédios do mato dos Marúbo. In Buchillet D. (Org.), Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia, pp. 463-487. Belém, MPEG/Edições Cejup/UEP.

MONTAGNER-Melatti D., 1996. A Morada das Almas: Representações das Doenças e das Terapêuticas entre os Marúbo. Belém, MCT/CNPq/Museu Paraense Emílio Goeldi (Coleção Eduardo Galvão), 132 p.

FARMER P., Robin S. Ramilus St.-L. & Kim J.Y., 1991. Tuberculosis, Poverty and " Compliance ": Lessons From Rural Haïti. Seminars in Respiratory Infections, vol. 6, n° 4, pp. 254-260. FINE P., 1984. Leprosy and Tuberculosis. An epidemiological comparison. Tubercle and Lung Disease, vol. 65, pp. 137-153. FNS (Fundação Nacional de Saúde), 1996. Tuberculose. Número de casos por região para os Anos de 1994, 1995 e 1996 (Primeiro Semestre). Boa Vista, FNS (Distrito Sanitário Yanomami).

NICHTER M. & Nichter M., 1994. Acute Respiratory Illness: Popular Health Culture and Mother's Knowledge in the Philippines. Medical Anthropology, vol. 15, pp. 353-375. PERRONNE C., 1995. Le traitement de la tuberculose. Médecine thérapeutique, vol. 1, n° 1, pp. 39-45.

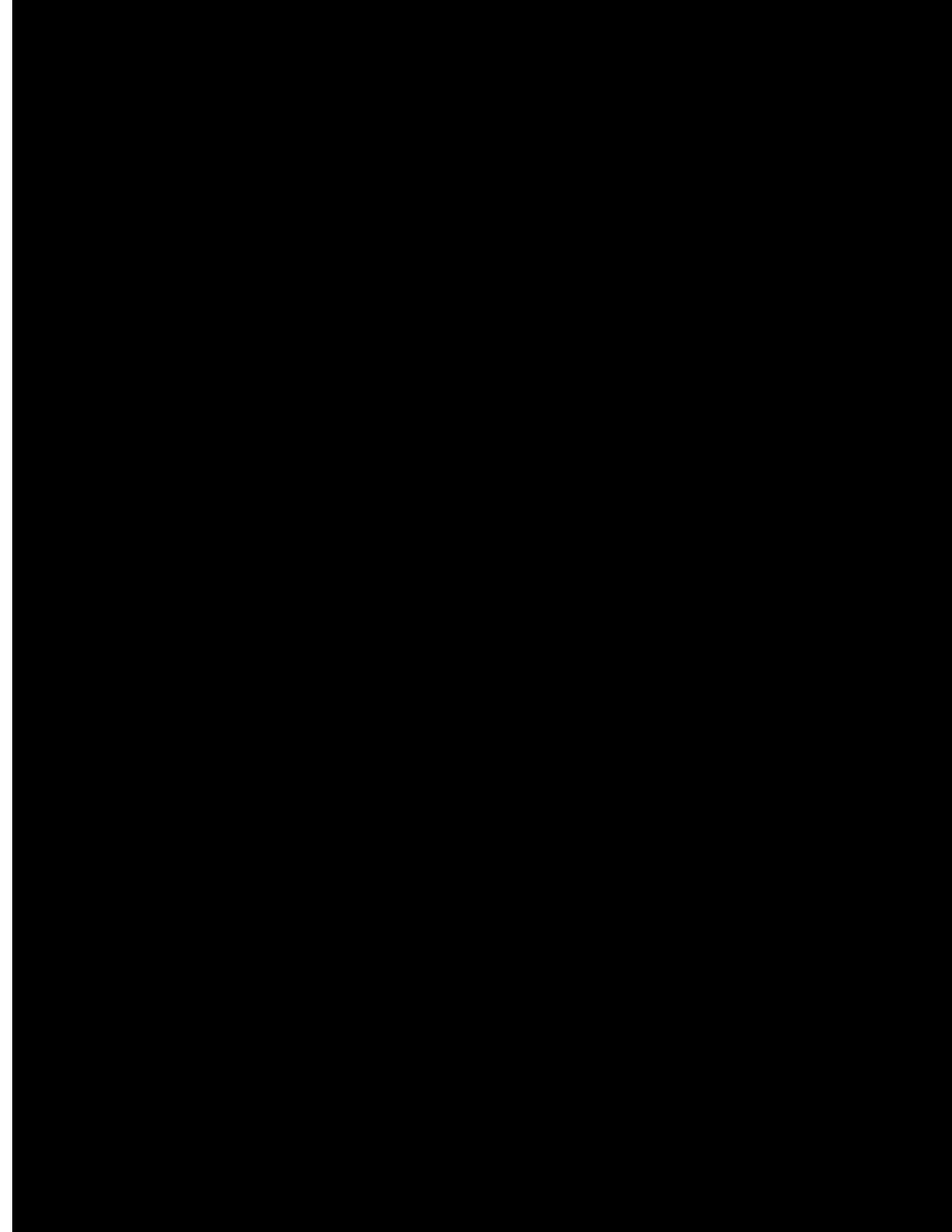
POLLOCK D., 1994. Etnomedicina Kulina. In Santos R.V. & Coimbra Jr. C.E.A. (Org.), Saúde & Povos Indígenas, pp. 143-160. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz. POLLOCK D., 1996. Culina Shamanism. In Langdon E. J.M. (Org.), Xamanismo no Brasil: Novas Perspectivas, pp. 25-40. Florianópolis, Editora da UFSC. RACK P.H., 1980. Ethnic Differences in Depression and its Response to Treatment. Journal of International Medical Research, n° 8, suppl. 3, pp. 20-23. RUBEL A.J. & Garro L.C., 1992. Social and Cultural Factors in the Successful Control of Tuberculosis. Public Health Report, vol. 107, n° 6, pp. 626-635.

SCHULTZ S.L., 1982. How Southeast Asian refugees in California adapt to unfamiliar health care practices. Health Social Working, vol. 7, pp. 148-156.

SEEGER A., Matta E. da & Viveiros de Castro E., 1987. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. In Pacheco de Oliveira F° J. (Org.), Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil, pp. 11-29. Rio de Janeiro, UFRJ/Marco Zero. SHIMADA J., Carey Jackson J., Goldstein E. & Buchwald D., 1995. "Strong Medicine": Cambodian Views of Medicine and Medical Compliance. Journal of General and Internal Medicine, vol. 10, pp. 369-374. STYBLO K., 1980. Recent advances in epidemiological research in tuberculosis. Advances in Tuberculosis Research, vol. 20, pp. 1-63.

STYBLO K., 1984. Epidemiology of Tuberculosis. In Meissner G. et alii (Eds.), Infektionskrankheiten und ihre Erreger. Mykobakteria und mykobakteriellen Krankheiten, vol. 4, pp. 1-161. SUDRE P., 1993. Aspects contemporains de l'épidémiologie de la tuberculose. Annales de l'Institut Pasteur/Actualités, vol. 4, n° 3, pp. 225-231. SUDRE P., Tenn Dam G, Koch A., 1992. La tuberculose aujourd'hui dans le monde. Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, vol. 70, n° 3, pp. 297-306. UPLEKAR M. & Rangan S., 1993. Private doctors and tuberculosis control in India. Tubercle and Lung Disease, n° 74, pp. 225-231.





Artigo 5

ENFERMIDADES DEGENERATIVAS ENTRE OS TERENA DE MATO GROSSO DO SUL

UMA ABORDAGEM DE ASPECTOS LIGADOS AO DIABETES TIPO II E FATORES CORRELACIONADOS

José Ivan Aguiar, Juberty A Souza, Alfredo Sganzerla, Olívio Mangolin, Tamara Maia, Karen Lopes, Sergio Stella, Frederico Cohrs, Eliana Aguiar, Silvia Uehara, Cristina MH Ferreira.

Centro Cultural Francisco de Assis

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Correspondência

Rua Amazonas 1376

Campo Grande/MS

CEP 79010-060

e-mail jivan@nin.ufms.br

INTRODUÇÃO

Os Terenas são índios do grupo Aruak que viveram no Chaco paraguaio as margens de rio do Paraguai. Eles eram originalmente povos agricultores de hábitos sedentários e no Chaco foram dominados por povos guerreiros os Mabyá (Oberg, 1985). Carvalho (1979) sugerem que a relação com os Mabyá não era dominação, mas de aliados com alguma subordinação. Na metade do século XIX eles migraram para o Estado do Mato Grosso do Sul, e as razões não estão bem entendidas. Durante este período viveram em pequenos grupos e dispersos. Após 1916 passaram a viver em aldeias novamente, sobretudo em razão do trabalho de Rondon. No curso destes três séculos os Terenas sofreram grandes mudanças e tiveram afetada sua cultura, economia, organização social, fé e práticas religiosas.

Telarelli Jr. (1984) ao visitar cinco aldeias Terena, observou que as principais causas de mortalidade eram: Diarréia, Influenza, Infecção Respiratória Aguda, Tuberculose e Causas Externas. Na aldeia Bananal relatou alguns casos de câncer e hipertensão arterial. Um dos aspectos importantes deste registro é que ele acreditava que na região de Aquidauana, o aumento de doenças degenerativas era um resultado esperado como decorrência de modificações no estilo de vida. Um relatório da DIA (Diagnóstico Indígena e Ambiental), ONG conveniada com a FUNAI (Fundação Nacional dos Índios), demonstrou que entre janeiro de 1993 e outubro 1994 ocorreram 2591 mortes entre os índios brasileiros e que as cinco principais causas foram: Sem Cuidados Médicos, Causas Externas, Infecção Respiratória Aguda, Doenças Diarreicas Agudas e Doenças Crônicas Degenerativas. A taxa de mortalidade entre crianças menores de 5 anos idade foi de 45,8% e a expectativa da vida de 45,6 anos. Nos Estados de Roraima (RR) e Mato Grosso do Sul (MS) os valores citados são menores, 37,0 e 37,7 anos, respectivamente (Moura 1997). Este relatório tem o mérito de tentar organizar e levantar questões ligadas à morbidade e mortalidade e é natural que faltem alguns dados. Um exemplo importante é o fato de Mato Grosso do Sul apresentar uma das menores expectativas de vida e não existirem os registros das taxas de mortalidade entre índios Terenas. Subnotificação, ausência de registros e problemas com a confirmação do diagnóstico certamente contribuíram para dificultar a montagem do mesmo.

O Terenas tem uma longa história de contato com a sociedade brasileira, morando em áreas algumas vezes próximas às cidades, muito provavelmente devido a este fato, o grupo adotou muitos dos usos, costumes e práticas da sociedade nacional. A partir de 1920 um processo de migração teve início com muitas famílias deixando as aldeias para morar nas cidades e ou trabalhar em fazendas. Nos anos trinta houve um crescimento desta migração, Cardoso de Oliveira (1968) considera que os conflitos religiosos foram fatores importantes neste processo. Apesar disto, na grande cidade, eles conseguiram preservar seus vínculos tribais, mantendo como se fosse uma rede de contatos informações e notícias, não se desligando da aldeia.

Em 1995 um grupo de índios reuniu-se em uma área nos subúrbios de Campo Grande, construindo uma "aldeia urbana" o Desbarrancado (Fernandes Jr. 1997). Na realidade a grande maioria já vivia na cidade e juntaram-se neste local muito em razão das dificuldades crescentes que enfrentavam em viver fora da aldeia, em uma grande cidade, numa época onde operam-se grandes mudanças.

CARACTERIZAÇÃO E DISCUSSÃO

Em estudo seccional realizado entre 1997/1998, envolvendo 214 pessoas, com idade igual ou maior que 19 anos. A seleção da população se deu ao acaso, pacientes sabidamente diabéticos foram excluídos do estudo. Foi utilizado a determinação da glicemia capilar, utilizando-se de equipamento Glucometer (Bayer) e tiras reagentes do mesmo fabricante. As coletas ocorreram sempre nos finais de semana e as pessoas submeteram-se ao teste independentemente de terem alimentado-se. Valores iguais ou acima de 200mg/dl foram considerados alterados. Constatamos que a glicemia aumentava com a idade, em ambos os sexos e que nos grupos com idade entre 20-44 e 45-64 anos, 25% dos homens e 44,1% das mulheres eram obesos, respectivamente. Quando avaliada a glicemia da população acima dos 40 anos, as taxas foram maiores em aldeias mais próximas das cidades, não diferindo da média nacional, exceto na chamada aldeia urbana" onde a prevalência foi de 12,5%. A obesidade foi caracterizada pelo IMC (Índice de Massa Corporal) com valores iguais ou maiores que 30 kg/m² e esteve presente em todas aldeias estudadas. Este perfil de pessoas jovens com aumento de peso é comentado por Weiss et al. (1984). Estes pesquisadores acreditam na existência de uma seqüência de eventos manifestados após a puberdade com as características de: tendência das pessoas tornarem-se obesas, de ocorrer a formação de cálculos de colesterol e manifestarem diabetes do tipo adulto. A elevada prevalência de diabetes mellitus tipo II entre as tribos de americanas é de há muito tempo conhecida, sendo os índios Pima o protótipo desta situação com uma prevalência chegando a 50%. Dados recentes estão a confirmar as diferenças de prevalência entre grupos raciais, com predomínio da doença entre os índios (CDC 1998). Na América do Sul é possível que o problema não tenha ainda a mesma expressão, até porquê algumas populações indígenas ainda podem conservar algumas condições e hábitos de vida tradicionais. Não obstante, os dados disponíveis apontam já serem as doenças degenerativas uma das cinco causas mais importantes de mortalidade.

Vieira-Filho (1996) refere que nos anos setenta os índios Xavantes eram esbeltos, tinham grande atividade física e os níveis de hemoglobina glicosilada eram normais e que nenhum caso de diabetes mellitus havia sido detectado. Porém, nos últimos anos, observou obesidade e casos de diabetes neste grupo, atribuindo o fato a influência de uma dieta predominante de arroz. Baruzzi et al. (1983) refere o surgimento de obesidade e diabetes entre os índios do Alto Xingu, quando eles migraram para uma área urbana. No Brasil em 1991 foi constatado uma prevalência de 7,6% de diabetes na população com idade entre 30 e 69 anos e uma taxa de obesidade na população acima dos 20 anos de 19,2%, com 12,2% nas mulheres e 7,0% nos homens (IBGE).

Willems (1947) estudou 45 índios de Terena da região de Aquidauana (MS) e encontrou uma altura média de 161.7 e 149.7 cm para homens e mulheres, respectivamente. Encontramos na população acima de 20 anos valores entre 150 - 170 cm de altura. Estes médias são mais altas, mas, elas não diferem estatisticamente dos valores observados anteriormente. No Desbarrancado "aldeia urbana" todos os parâmetros são distintos dos das demais aldeias. Como Santos & Coimbra (1996) nós argumentamos que este grupo teve também um impacto em sua morfologia provocado por modificações na dieta e estilo de vida.

A disposição central da gordura corporal foi por nós observada especialmente no grupo feminino e era independente do IMC. De fato, a medida da cintura neste grupo foi sempre maior que 80 cm, em toda faixas de idade e também nas diferentes aldeias. Nos homens medida superior a 94 cm foi encontrada somente na aldeia urbana. Sabe-se que a relação cintura/quadril e a medida da cintura estão diretamente e independentemente associadas com risco de doença das coronárias em mulheres, além de que esta forma de distribuição de gordura, contribui independentemente para maior risco de doenças cardíacas (Rexrode et al. 1998). Pesquisadores brasileiros demonstraram um importante aumento de peso e presença de obesidade na população; este aumento tem um caráter epidêmico e se dá predominante nos segmentos mais pobres, segmento este onde seguramente estão os índios brasileiros (Abeso, 1998).

Nós encontramos poucos índios com idade mais avançada, faixa esta onde as enfermidades degenerativas predominam. É provável que uma parte importante deste grupo adulto tenha se dispersado ou atingido sua expectativa de vida. Por esta razão deve-se registrar a possibilidade de um erro de amostragem com repercussão nos parâmetros observados.

Nossos agradecimentos à Profª Ana Alice Teixeira pelas sugestões e críticas apresentadas.

BIBLIOGRAFIA

ABESO. Consenso Latinoamericano de Obesidade. 1998 Cardoso de Oliveira, R. Urbanização e Tribalismo.

A Intergração dos Índios Terêna numa Sociedade de Classes. Rio de Janeiro. Zahar Editores. 1968 Carvalho, E. de Assis. As Alternativas dos Vencidos.

Rio de Janeiro. Ed. Paz e Terra.1979 CDC. Prevalence of Diagnosed Diabetes Among American Indians/Alaskan Natives-United States, 1996; MMWR 1998;47(42)901-4. Fernandes Jr J. R. Da Aldeia do Campo para a Aldeia da Cidade: O Êxodo dos Índios Terena para o Perímetro Urbano de Campo Grande-MS. Campo Grande, 1997. 77p.Dissertação (Mestrado) Universidade Católica Dom Bosco. Moura,R.C.S. Expectativa de Vida dos Povos

Indígenas Brasileiros. 1997. Relatório. Oberg, Kalervo.

Organização Social e Lei Terena.1985;Terra Indígena 33:9-21. Rexrode, K.M.; Carey,V.J.; Hennekens,C.H.;

Walters, E.E.; Colditz,G.A.; Stampfer, M. J.; Willett,W.C.; Manson.J.E. Abdominal Adiposity and Coronary Heart Disease in Women. JAMA. 1998;280:1843-1848 Santos, R.V. & Coimbra Jr, C.E.A. Socioeconomic Differentiation and Body Morphology in the Suruí of Southwestern Amazonia.

Current Anthropology 1996; 37(5):851-6. Telarelli Jr., R. Relato Acerca das Condições de Saúde e de Saneamento de algumas Aldeias Terena, na Região de Aquidauana-Miranda,MS. 1984; Terra Indígena 29:18-27. Vieira-Filho, J.P.B. Emergência do Diabetes Melito Tipo II entre os Xavantes.

Rev. Ass. Med. Brasil. 1996; 42(1)61-2.Letters. Weiss, K. M.; Ferrel,R.E. ; Hanis, G.L. A New World Syndrome of Metabolic Diseases with Genetic and Evolutionary Basis. Yearbook of Physical Anthropology . 1984; 27:153-78.



Artigo 6

O QUE BEBER, COMO BEBER E QUANDO BEBER: O CONTEXTO SOCIOCULTURAL NO ALCOOLISMO ENTRE AS POPULAÇÕES INDÍGENAS

E. Jean Langdon
Universidade Federal de Santa Catarina

Estamos aqui reunidos para discutir uma problemática altamente complexa, a questão do alcoolismo e sua prevenção entre as populações indígenas. Nosso objetivo final é de criar estratégias de prevenção, um desafio para os índios e todos que trabalham com a saúde indígena. Porém, pensar sobre estratégias de prevenção de alcoolismo não representa só um desafio, mas também uma preocupação profunda entre nós. Apesar da falta de dados específicos, todos sabemos que as taxas de alcoolismo entre estes povos são altas. Somos testemunhas das conseqüências do abuso de álcool para suas comunidades: a violência social (Simonian 1998), a continuidade de saúde precária, e as taxas altas de suicídio em certas comunidades, tais como as dos Kaiowá/ Guarani e Tikuna (Erthal 1998). Outra conseqüência, a que está em pauta neste simpósio, é a ligação entre o alcoolismo e a transmissão de DST/AIDS.

Segundo a ótica da biomedicina, o alcoolismo vem sendo definido como uma doença que se manifesta igual em todas as culturas. O enfoque é o indivíduo, que tem uma dependência biológica, o que resulta em comportamento desviante trazendo assim muitas conseqüências negativas para ele e seu grupo. Segundo a psicologia, a dependência ocorre no nível individual também e é atribuída às causas psíquicas. Ambas ciências concordam que uma vez instalada, não há cura.

A única solução é a abstenção, reconhecendo que o alcoólatra que deixa de beber não é considerado curado; ele é simplesmente um alcoólatra em recuperação. Porém, quando estamos frente a um problema coletivo que caracteriza certas comunidades, como o caso de várias comunidades indígenas, é necessário deslocar o alcoolismo do campo universal/individual/causa única para o campo cultural/coletivo/multifatorial. Este trabalho visa explorar este deslocamento na tentativa de ampliar nosso enfoque sobre o fenômeno para permitir-nos criar estratégias que sejam realmente eficazes. Nossa ciência médica entende o alcoolismo como um fenômeno universal, no sentido de que a doença tem a mesma causa em todos os casos e que se manifesta igual em todos os contextos e todas as culturas. Isto está bem longe da verdade. O que beber, quanto beber, e como beber variam de grupo para grupo. Também as taxas de alcoolismo variam segundo os grupos, indicando que as causas das diferenças nas taxas não são universais mas devem ser procuradas nas particularidades do contexto socio-cultural-histórico de cada grupo. Podemos dizer que o contexto no qual a bebida é ingerida determina em grande parte o comportamento ligado com a ingestão - quem bebe e como bebe (Leland 1978).

Há poucos dados epidemiológicos no Brasil comparando grupos diferentes. Uma das poucas pesquisas entre índios demonstra os Terena têm uma taxa global de 17,6%, que fica pelo menos entre 5% a 6% acima da taxa pesquisadas dos Brasileiros não índios. Porém, as taxas diferenciam entre os Terena, dependendo do grupo religioso, relação conjugal, e sexo. Há uma diferença grande entre as taxas para homem e mulher; para cada 24 homens há só uma mulher que é alcoólatra. Os autores sugerem que a taxa baixa para a mulher Terena, pode estar relacionada com a organização familiar e o exercício dos papéis de cada sexo (Albuquerque et. all. 1998: 121-122). Esta pesquisa confirma a necessidade de investigar as várias causas particulares atrás do consumo e abuso de álcool segundo o grupo estudado, em vez de definir o alcoolismo como um fenômeno universal/biológico/individual.

A variação entre grupos se manifesta não só nas diferenças das taxas de alcoolismo, mas também no comportamento. Se o álcool libera as inibições e leva a pessoa para um outro estado de ânimo e consciência, o comportamento resultante desta liberação varia de um grupo para outro, porque valores diferentes estão

sendo expressados. Assim, estar embriagado não se manifesta igualmente em todos os grupos, e é necessário considerar a cultura e seus valores como fatores importante nestas diferenças entre os hábitos de beber e de como ficar bêbado.

Aqui nós estamos preocupados com a manifestação do alcoolismo e suas causas em grupos indígenas, não com o alcoolismo como uma manifestação universal e abstrata. Tampouco estamos indagando porque uma pessoa determinada se torna alcoólatra e não uma outra. As taxas de alcoolismo e suas causas representam um fenômeno coletivo, que para serem entendidas, é necessário explorar as valores culturais, o processo histórico e a atualidade sócio-política do grupo (Gordon 1978; Singer 1986; Singer, et alli. 1992).

BEBIDAS FERMENTADAS NAS TRADIÇÕES HUMANAS

No primeiro momento, conceituar o alcoolismo como comportamento compartilhado implica a necessidade de adotar a perspectiva de relativismo antropológico, entendo que o que beber e como beber se manifestam em comportamentos que refletem o contexto cultural (Mandelbaum 1965). A fabricação de bebidas fermentadas iniciou com a própria humanidade e com a criação da vida ritualizada. Os ingredientes, o modo de preparar, e a maneira de tomar variam entre cada grupo étnico. Entre os índios do sul da América, o uso ritual e social das bebidas fermentadas é ligada ao sagrado, ao divertimento, e em certos casos à política. O rito de beber pode fazer parte da expressão da própria sociedade, de sua manifestação frente o divino e a consciência coletiva. Podemos tomar como exemplo o caso da Festa de Kiki realizada pelos índios Kaingáng aqui no sul do Brasil e conhecida localmente como a "farrá dos índios" (Crépeau 1994; 1995; Almeida 1995). Até o início do século, parece que este rito em homenagem aos mortos foi realizado por todas as aldeias Kaingáng (Baldus 1979). Hoje em dia, os Kaingáng de Xapécó ainda mantêm este rito como a afirmação simbólica de sua identidade étnica, sua organização social e das relações recíprocas entre os vivos e os mortos e entre as duas metades da sociedade. O rito liga o grupo com o ciclo anual da natureza, sua mitologia, e as mortes que aconteceram no período desde o último Kiki. Ele é marcado por vários momentos rituais: tombar á árvore do pinhão e fazer a cocho; preparar a bebida kiki feita tradicionalmente com mel para sua fermentação na cocha; e realizar três noites de fogo finalizando com uma viagem ao cemitério na qual cada metade do grupo rezam sobre os túmulos dos mortos da outra metade. Na volta, a concha, que estava coberta durante várias semanas para fermentação, é aberta e a comunidade festeja até que termina a bebida. Todas estas atividades são organizadas por grupos de parentesco, divididos em duas metades, Kame e Kairu, cada uma com suas responsabilidades organizadas numa maneira recíproca. A metade Kame complementa e realiza atividades para a Kairu.

Hoje em dia, a cachaça acompanha quase todas as atividades do rito e também é colocado junto ao mel na cocha, fazendo o rito ter a aparência de uma grande bebedeira. Para o observador, que não entende o significado simbólico do rito, atingir um estado exagerado de embriaguez parece ser a razão central de sua realização. Porém, o caracter construtivo para o grupo social, a reafirmação da identidade étnica e da relação do grupo social com outros grupos, com os mortos e com a natureza, se mantêm como a função principal do rito.

Outro exemplo do papel construtivo do álcool é o uso tradicional de caiçuma, feita de mandioca fermentada, pelos índios Siona, um grupo Tukano na Colômbia. Tradicionalmente este grupo organizava festas para tomar caiçuma durante dois ou três dias e noites contínuos, como parte de seus processos políticos e sociais. Entre eles, a caiçuma é utilizada para criar consenso quando há divergências sobre certos assuntos, tais como a escolha de uma nova liderança, para criar relações amigáveis entre dois grupos ou para realizar trabalhos ou celebrações comunais. As reuniões têm o caracter de divertimento e alegria, sendo momentos de demonstração da capacidade para a oratória política e reafirmação de sentimentos coletivos e alianças entre grupos. Apesar de que um dos objetivo é para embriagarem- se mesmo, os limites da quantidade tomada e a duração da festa são calculadas conscientemente pela quantidade de caiçuma feita para o evento. Quando acaba a caiçuma, a festa termina e as pessoas partem felizes para suas casas.

Outros grupos bebem por vários outras razões. Sem tempo de mencionar outros exemplos, quero enfatizar que a maneira de beber, quando beber e quanto beber nas culturas indígenas têm sido definidos pela etnia específica, e que o consumo de bebidas fermentadas é uma manifestação das atividades construtivas para o grupo social, expressando sensações e valores particulares. Porém, para muitos destes grupos, as tradições de beber mudaram, ou pelo menos os padrões de consumo têm sido influenciados significativamente pela introdução das bebidas destiladas, o processo de pacificação, e a inserção do índio na sociedade envolvente. É

por isto que estamos observando o aumento assustador das taxas de alcoolismo entre os Índios do Brasil.

BEBIDAS DESTILADAS NA ATUALIDADE INDÍGENA

Quando consideramos a problemática do alcoolismo nas comunidades indígenas, é importante ter clareza de como estamos conceituando alcoolismo. Como já visto, tradicionalmente é encarado como uma dependência biológica individual e as taxas de alcoolismo são interpretadas como um indicador do número de indivíduos dependentes. O que estou tentando argumentar aqui é que, no caso indígena, é melhor deslocar o conceito de alcoolismo do campo físico/individual para o campo coletivo/social no qual o alcoolismo deve ser pensado como um fenômeno construído através do tempo e da história do contato do índio com a sociedade maior. Examinado-o desta perspectiva grupal, o fenômeno se caracteriza como uma forma de autodestruição da etnia, mas se considerarmos as conseqüências 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.

Se tradicionalmente, o uso de álcool contribuiu positivamente para a coletividade, como vimos no caso dos Xokleng e Siona, hoje ele freqüentemente foge de seu uso tradicional e traz conseqüências negativas para a comunidade. É possível citar a violência familiar ou a violência em geral como manifestações destrutivas para os processos internos dos grupos. Os suicídios realizados sob a influência do álcool é talvez a forma mais extrema desta autodestruição grupal, pelo menos no caso dos jovens Guarani/Kaiowá, que se enforcam quando ébrios com uma freqüência que quase chega a ser epidêmica.

O uso atual de bebidas destiladas também traz conseqüências negativas para as relações externas ao grupo. Além dos problemas de ordem pública e judiciais trazidos pelo abuso do álcool, ele tem assumido um papel negativo para a representação étnica dos grupos indígenas no sentido que ser alcoólatra é uma atribuição que a sociedade brasileira usa para caracterizar o índio e justificar sua exclusão social. Todos já ouvimos, mais que uma vez, certas pessoas questionando os direitos indígenas ou os programas ao favor deles, acusando-os de serem bêbados, pobres, sujos, e preguiçosos e alegando que não merecem ser respeitados. Os índios mesmos não ignoram estas acusações nem como são estereotipificados. Aldo Litaiff (1996) demonstrou isto claramente na sua pesquisa entre os Guarani-Mbyá de Angra dos Reis no Rio de Janeiro. O discurso do cacique Verá Mirim, objetivando definir o que é ser Mbyá para Litaiff, enfatizou sua consciência da relação de poder e da estigmatização implícita na dicotomia índio/branco e que "ser índio" no mundo dos brancos é ser subalterno (Litaiff 1996: 142). Quanto à bebida alcoólica, os discursos dos Mbyá foram preocupados em responder a acusações feitas pelo branco, afirmando que "índio puro mesmo Guarani, não bebe" (Litaiff 1996: 143-45). Para examinar a questão do alcoolismo da perspectiva social preciso deslocar a problemática do alcoolismo não só do campo individual mas também do raciocínio de que o alcoólatra é o culpado, seja por irresponsabilidade ou por fraqueza mental ou biológica. Precisamos deslocar para o campo político/histórico para procurar as soluções junto às comunidades. Há certos dados que apoiam a idéia que geneticamente o índio tem menos resistência à bebida destilada e que podem ter geneticamente uma predisposição maior para a dependência física (Simonian 1998: 97). Também parece provável que a ingestão precoce de tais substâncias em grandes quantidades entre adolescentes cria uma dependência com muito mais rapidez. Mas sem negar estas hipóteses, estes fatores em si não são suficiente para explicar a diferença das taxas de alcoolismo entre grupos indígenas nem a razão das manifestações comportamentais exibidas pelos bêbados. É necessário procurar uma visão multifatorial, indagando sobre os fatores múltiplos que convergem para determinar o fenômeno de alcoolismo a nível coletivo entre os grupos indígenas do Brasil.

No primeiro momento, é necessário entender o significado de beber por um determinado grupo étnico. Este significado em parte vem dos usos tradicionais das bebidas fermentadas do grupo em questão, quando foram ingeridas, quanto, e para que fins. Mas é necessário ir além da tradição cultural e explorar, também, a história de pacificação do grupo. As situações atuais destas etnias são resultados das violências, das mudanças e dos obstáculos trazidos pelo contato que não permite que as populações indígenas pratiquem seu modo de vida e terem uma vida saudável. A questão da saúde indígena vai além da saúde no seu "senso estrito" (UNI 1988). Envolve acesso pleno aos serviços de saúde, à educação e ao direito de manutenção da vida, implicando que temos que garantir que, com todas as mudanças sócio-econômicas, o índio possa contar com maneiras de sobrevivência que os permitem sair da posição marginal da sociedade brasileira. Como cada etnia, além de sua particularidade cultural, tem também sua particularidade política, histórica, e econômica, é necessário procurar soluções individuais para cada grupo. Uma análise da situação atual dos índios demonstra que estamos bem longe da solução dos problemas que eles enfrentam hoje.

ALCOOLISMO E A SITUAÇÃO DO ÍNDIO FRENTE A

SOCIEDADE ENVOLVENTE

Sem excluir fatores psicológicos ou biológicos que determinam porque uma pessoa se torna alcoólatra e não outra, quero apontar alguns fatores coletivos que contribuem para as altas taxas de alcoolismo nas comunidades indígenas brasileiras. Também sugiro que qualquer estratégia de prevenção tem que levar em conta estes fatores e outros que contribuem para o alcoolismo como fenômeno coletivo específico à comunidade em questão. 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.

Não ignorando o fato de que cada grupo tem sua própria história, é possível indicar alguns aspectos gerais sobre o processo de pacificação no Brasil que devem ser levado em conta para entender a atualidade indígena no Brasil e as possíveis raízes de alcoolismo. Este processo tem sido violento em várias maneiras. No primeiro momento, podemos citar as guerras contra os índios e as agressões físicas que continuam até o presente em certas regiões do país. No sul, a caça dos índios pelos bugreiros a favor da expansão dos colonos continuou do século passado até este (Santos 1994; Tomazino 1998). Santos (1997), especialista na história de pacificação em Santa Catarina, recém publicou um livro amplamente documentado com fotografias que demonstram as injustiças cometidas contra os Xokleng, pacificados no início deste século. Através desta documentação, a tragédia e a transformação da suas vidas se visualizam dramaticamente, e recomendo o livro para os que não conhecem a história da pacificação no sul. Outro exemplo ainda mais trágico e recém documentado é o extermínio dos Xetá do Paraná durante as décadas de 50 e 60 (Silva 1998). Em dez anos o grupo de 300 que foi reduzido a pouco mais de uma dúzia de crianças e adolescentes. Em ambos estes casos, a violência se tornou ainda mais marcante com a introdução de novas doenças e o rapto sistemático das crianças que às vezes se encontravam numa situação de quase escravidão e poucos chegaram à idade de adulto.

O caso dos Xetá é bastante dramático, por ser um genocídio total em tão pouco tempo e por ter acontecido há menos de quarenta anos atrás. Porém, a violência e as doenças que o grupo sofreu são características do processo de pacificação em todo o Brasil. O papel das epidemias como fator importante na pacificação não deve ser subestimado. Sabemos que com o primeiro contato com as doenças européias, as comunidades indígenas perderam entre 50% e 70% de seus membros. Epidemias trazidas pelos brancos desempenharam um papel central na redução drástica da população indígena.

As doenças representaram sempre o primeiro fator da diminuição das populações indígenas...a história das nossas relações com os índios é uma crônica de chacinas e sobretudo de epidemias (Ribeiro 1982: 208).

Porém, é importante reconhecer, como comenta Manuela Carneiro da Cunha, que estes fatores biológicos combinaram com fatores sociais e políticos para ter os resultados tão letais.

"As epidemias são normalmente tidas como o principal agente da depopulação indígena (...)... aqui eram os índios que morriam: agentes patogênicos da varíola, do sarampo, da coqueluche, da catapora, do tifo, da difteria, da gripe, da peste bubônica, possivelmente a malária, provocaram no Novo Mundo o que Dobyns chamou de 'um dos maiores cataclismos biológicos do mundo'.

No entanto, é importante enfatizar que a falta de imunidade, devido ao seu isolamento, da população aborígine, não basta para explicar a mortandade, mesmo quando ela foi de origem patogênica. Outros fatores, tanto ecológicos quanto sociais, tais como a altitude, o clima, a densidade de população e o relativo isolamento, pesaram decisivamente. Em suma, os microorganismos não incidiram num vácuo social e político, e sim num mundo socialmente ordenado". (grifos meus) (Cunha 1992: 12-13).

Carneiro da Cunha está se referindo particularmente à política dos missionários e órgãos oficiais de aldeamento, concentrando a população indígena em grupos de alta densidade que favoreceu as epidemias. É importante considerar um outro aspecto da interrelação entre o social e o biológico que determinou a mortandade das epidemias, isto é, o impacto social e psicológico destes desastres. A chegada repentina de uma epidemia resulta na incapacitação simultaneamente de quase todos os membros de uma comunidade, e

esta gera uma situação de desespero e medo. Durante a primeira epidemia de sarampo entre um grupo Yanomami, Neel e seus colegas observaram que o próprio colapso da organização social no momento da epidemia resultou numa mortalidade mais alta que a esperada quando só considerando os impactos biológicos nos doentes (Neel e. alli. 1970). A grande queda da população acompanhando o contato também trouxe mudanças dramáticas e permanentes nas formas de organização política, social, e familiar. A queda da população dos Xokleng de Ibirama de 400 pessoas para 106 em menos de vinte anos (Santos 1997) é representativa da depopulação geral das comunidades indígenas devido às epidemias. Com a perda da maioria de seus membros, os grupos de parentesco, a base da organização social, foram desintegrando. Não foram somente indivíduos queridos que morreram, eram integrantes da rede social que foi sustentada pelos papéis sociais recíprocos desempenhados por seus membros. As mortes em massa deixaram brechas no tecido social, freqüentemente sem possibilidade de recuperação (Ribeiro 1956). Os sistemas tradicionais de liderança e de reciprocidade econômica e social colapsaram e os sobreviventes tiveram que criar outras formas de se associar e relacionar.

Em muitos casos, a perda dos membros do grupo implicava também na perda de certos conhecimentos e também atividades rituais centrais para a manutenção do grupo. Isto acontece nas situações nas quais somente as gerações mais novas sobreviveram. As gerações mais velhas são freqüentemente especialistas nos conhecimentos do grupo. No caso extremo temos os Xetá, os poucos sobreviventes jovens foram dispersados e isolados dos outros, resultando no extermínio total do grupo no sentido social e cultural. Os Waimiri-Atraori perderam quase todos os adultos maiores quando dois terços de sua população morreu entre 1973 e 1983 (Baines 1992). A maior parte dos sobreviventes, confinando, isolado, e controlado pelo Programa Waimiri-Atroari (Baines 1992), tinha menos que trinta anos em 1991 (Espindola 1995). A morte dos mais velhos significa uma perda inestimável da sabedoria e do conhecimento tradicional. Houve poucos pajés e outros especialistas rituais, indivíduos encarregados não somente da cura, mas também com a realização dos ritos mais sagrados do grupo.

Resumindo, é importante reconhecer que a pacificação resultou em várias conseqüências que deixou as comunidades enfraquecidas em todos os sentidos - em números, em organização social e em herança simbólica. Lembranças destas catástrofes ainda fazem parte da memória dos índios, que contam versões diferentes sobre às conseqüências do contato, do que as versões da história oficial. Citando mais uma vez os Xokleng de Santa Catarina, uma pesquisa realizada por Urban (1984), demonstrou que os sobreviventes lembraram o drama das epidemias e mortes que os afligiram no tempo de pacificação como uma das características mais marcantes da pacificação. As narrativas siona sobre as epidemias que devastaram 75% de sua população entre 1900 e 1925, estão cheias de lamentos da perda da liderança e sabedoria dos pajés mortos e para os seus ritos que visavam a garantir uma vida comunitária saudável. Há muitos outros aspectos da pacificação que devem ser explorados quando analisamos suas conseqüências para as comunidades indígenas. Quais são as conseqüências da perda de território e confinamento que inviabilizam as práticas tradicionais de subsistência? Qual foi o impacto da política de tutela do índio na construção de sua identidade na sociedade pluri-étnica, um regime no qual ele não era nem adulto nem criança, ou seja, um sujeito a ser protegido pelo estado mas sem os direitos plenos da cidadania? Quais mecanismos de controle têm sido exercidos pelos brancos? Se a introdução da bebida destilada fez parte destes mecanismos de dominação e controle, como aconteceu em outros lugares do mundo (Singer 1986)?

Mas sem elaborar mais sobre o passado, é preciso também refletir sobre o momento atual destas comunidades e a inserção atual do índio na sociedade nacional. Os índios do macrorregião, região enfocada nesta conferência, estão numa situação diferente que os da região do Xingu ou da selva Amazônica, pois eles aqui vivem nas regiões mais ricas e desenvolvidas do país. Pelo menos nas regiões sul e sudeste, os habitantes tem uma renda maior, uma educação melhor, e uma rede de saúde pública melhor. Ao mesmo tempo, esta situação favorável não inclui os índios. Em oposição, eles vivem nas condições mais pobres com diversos problemas de sobrevivência, saúde, educação, etc. A situação dos Kaiowá-Guarani é uma das mais precárias, resultado dos últimos cinquenta anos de redução de território, desmatamento, e vulnerabilidade frente a sociedade envolvente (Almeida 1988; Brand 1997). Não é surpreendente, então, que o atual quadro epidemiológico dos índios desta região se caracterize não tanto por doenças epidêmicas, comum entre os índios de recém contato, mas por doenças endêmicas e carenciais devidos a sua situação particular numa das regiões mais ricas do país.

"Suas condições sanitárias, em geral, não são satisfatórias. Destacam-se entre outros problemas: a elevada prevalência de doenças endêmicas como a tuberculose, a malária, a verminose e os freqüentes surtos epidêmicos provocados por vírus; alta prevalência de doenças carenciais, sendo que, em alguns deles, há alto grau de desnutrição; danos psíquicos que originam alta prevalência de alcoolismo; saúde bucal precária; más condições de saneamento básico..." (Miranda, it.al.

As doenças carenciais — má-nutrição, parasitas, alcoolismo — são todos indicadores da falta das necessidades básicas da vida: da garantia de subsistência, de educação, de saúde, e de tolerância para seu modo de vida (UNESCO 1977; Langdon 1997). Eles vivem aqui no sul entre uma população européia que os estigmatiza e que a acusação de alcoolatra faz parte da identidade deteriorada atribuída aos índios pelos brancos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciei a minha fala com a idéia que estamos enfrentando um grande desafio na tentativa de criar estratégias de prevenção do alcoolismo. O alcoolismo entre os índios é um resultado de múltiplos fatores: culturais, sociais, históricos, e econômicos. Suas causas são relacionadas com o processo de pacificação e a situação atual do índio frente a sociedade envolvente. O alcoolismo, em conjunto com outros estereótipos negativos, também faz parte da identidade do índio segundo o consenso de muitos brancos. Como reverter as altas taxas de alcoolismo entre os grupos indígenas?

(1) Sugiro que em primeiro lugar, seja necessário examinar nossos próprios preconceitos sobre alcoolismo, para que nosso trabalho sempre reflita o reconhecimento que o alcoolismo é produto do contexto social/político/histórico. É uma questão coletiva, resultado de vários fatores que freqüentemente deixa as populações sem alternativas frente as mudanças que têm passado desde a pacificação.

(2) É necessário sempre considerar a especificidade do contexto, mapeando quais grupos têm problemas com o abuso de álcool, quais são os valores e benefícios de beber; quais são os comportamentos dos bêbados, e por que estes grupos e não outros.

(3) O mais importante é a necessidade trabalhar junto às comunidades envolvidas, indagando com elas o significado das bebidas alcóolicas na tradição cultural e também no momento atual. Quais são suas preocupações e quais são as possíveis respostas aos problemas. A prevenção do alcoolismo é uma questão de saúde comunitária, e é ligada com as opções e alternativas de vida que o grupo tem na sua situação atual. Assim, as possíveis soluções para a prevenção devem envolver atividades orientadas para a construção de uma sobrevivência saudável e uma identidade positiva e não somente atividades diretamente orientadas para questão do alcoolismo. Se o alcoolismo é resultado de vários fatores indiretos, assim também as soluções para prevenção vão ter que procurar lidar com estes fatores.

BIBLIOGRAFIA

ALBUQUERQUE, J. I. A., J. A. de SOUZA, et. alli. 1998. Prevalência do Alcoolismo na População Indígena da Nação Terena do Complexo Sidrolândia Colônia dos Irmãos do Buriti. IN Anais da 1a Oficina Macrorregional de Estratégia, Prevenção e Controle das DST/AIDS para as Populações Indígenas das regiões Sul e Sudeste, e do Mato Grosso do Sul. Londrina, PR., Coordenação Nacional de DST/AIDS/Programa Municipal para DST/AIDS/ALIA. Pp. 117-124.

ALMEIDA, L. K. de, 1998 "Dinâmica Religiosa entre os Kaingáng do Posto Indígena de Xaçpecó". Dissertação de Mestrado em Antropologia, UFSC.

ALMEIDA, R. T. 1988. Breves Comentários sobre Saúde e Relações de Contato: Os Guarani brasileiros. In Saúde em Debate. Janeiro, 28-32.

BAINES, S. G. 1991. "É a FUNAI que Sabe": A Frente de Atração Waimiri-Atroari. Belém, Museu Paraense Emílio Goeldi/CNPq/SCT/PR.

BAINES, S. G. 1992 A Política Indigenista Governamental e os Waimiri-Atroari: Administrações Indigenistas, Mineração de Estanho e a Construção de "Autodeterminação Indígena" Dirigida. Série Antropologia 126.

Brasília, Departamento de Antropologia, UnB.

BALDUS, H. 1979 (1937). O Culto aos Mortos entre os Kaingáng de Palmas. In Ensaio de Etnologia Brasileira. São Paulo, Companhia Editora Nacional

BRAND, A. 1997 O Impacto da Perda da Terra Sobre a Tradição Kaiowá/Guarani: Os Difíceis Caminhos da Palavra. Tese de Doutorado em História, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre,

R.S. CRÉPEAU, R. 1994. Mythe et Rituel chez les Indiens Kaingang du Brésil Méridional. Religilogiques 10 (automne): 143-157.

CRÉPEAU, R. 1995. Economie et rituel Actes du Colloque L'Anthropologie économique 19-26. Montréal. CUNHA, M. C. da 1992 História dos Índios no Brasil. São Paulo,

FAPESP/Companhia das Letras/SMC.

GORDON, A. J. org. 1978. Ethnicity and Alcohol Use. Medical Anthropology: Quarterly. 2(4). Special issue.

ERTHAL, R.M. de C. 1998. O Suicídio Ticuna na Região do Alto Solmões-AM. Tese de Doutorado. Rio,

ENSP/FIOCRUZ. ESPÍNDOLA, C. V., 1995, "Medicina Indígena Waimiri-Atroari: Representações e Práticas". Florianópolis, Dissertação de Mestrado, UFSC.

LANGDON, E. J. 1997. A Tolerância e a Política de Saúde do Índio no Brasil: São Compatíveis os Saberes Biomédicos e Saberes Indígenas? Trabalho apresentado para a Conferência sobre Tolerância, USP, São Paulo. Nov.

LELAND, J. 1978. Women and Alcohol in an Indian Settlement. Medical Anthropology Quarterly 2(4):85-119.

LITAIFF, A. 1996. As Divinas Palavras: Identidade étnica dos Guarani-Mbyá. Florianópolis, Editora da UFSC.

MANDELBAUM, D. G. 1965. Alcohol and Culture. Current Anthropology 6(3): 281-293 MENÉNDEZ, E. L. 1992. Práticas e ideologías "científicas" y "populares" respecto del "alcoholismo" en México. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México, Ediciones de la Casa Chata.

MIRANDA, J.A.N. de et. alli. A Tuberculose no Índio. Saúde em Debate. Janeiro, 1988, p. 24-25. NEEL, J.V. et. alli. 1970. Notes on the Effect of Measles and Measles Vaccine in a Virgin-Soil Population of South American Indians. American Journal of Epidemiology 91(4): 418-429.

RIBEIRO, Darcy. Os Índios e a Civilização. Rio, Editora Vozes, 1982. RIBEIRO, D. Convívio e contaminação - efeitos dissociativos da depopulação provocada por epidemias em grupos indígenas. Sociologia, n. 18, p. 3-50, 1956.

SANTOS, S. C. dos 1974. Nova História de Santa Catarina. Florianópolis, Lunardelli Representações.

SANTOS, S. C. dos 1997. Os Índios Xokleng: Memória Visual. Florianópolis, Editora da UFSC/UNIVALI.

SILVA, C. L. da 1998. "Sobreviventes do Extermínio: Uma Etnografia das Narrativas e Lembranças da Sociedade Xetá". Dissertação de Mestrado em Antropologia, UFSC, Florianópolis.

SIMONIAN, Lígia T. L. 1998. Alcoolismo entre Indígenas: Abordagens, Contextos e Perspectivas. IN Anais da 1ª Oficina Macrorregional de Estratégia, Prevenção e Controle das DST/AIDS para as Populações Indígenas das Regiões Sul e Sudeste, e do Mato Grosso do Sul. Londrina, PR., Coordenação Nacional de DST/AIDS/Programa Municipal para DST/AIDS/ALIA. Pp. 97-115.

SINGER, M., et. alli. 1992. Why does Juan García Have a Drinking Problem? The Perspective of Critical Medical Anthropology. In Medical Anthropology 14(1):77-108. SINGER, M. 1986. Toward a Political-Economy of Alcoholism: The Missing Link in the Anthropology of Drinking. Social Science and Medicine. 23:113-130.

TOMMASINO, K. 1995. A História dos Kaingáng da Bacia do Tibagi: Uma Sociedade Jê Meridional em Movimento. Tese de Doutorado, USP. TOMMASINO, K. 1998. A Experiência Histórica dos Índios do Sul do Brasil: Expropriação e Violência na Situação de Contato. In Anais da 1a Oficina Macrorregional de Estratégia, Prevenção e Controle das DST/AIDS para as Populações Indígenas das regiões Sul e Sudeste, e do Mato Grosso do Sul. Londrina, PR., Coordenação Nacional de DST/AIDS/Programa Municipal para DST/AIDS/ALIA

UNIÃO DAS NAÇÕES INDÍGENAS (UNI) 1988. Os Povos Indígenas e o Direito à Saúde. Saúde em Debate Janeiro, pp. 08-09 URBAN, G. Interpretations of Inter-Cultural Contact: The Shokleng and Brazilian National Society 1914-1916. Ethnohistory. 32(3), 1985, p. 224-244.

UNESCO 1997. Princípios sobre a Tolerância. São Paulo, USP/FLLCH.



Artigo 7

ALCOOLISMO ENTRE OS KAINGÁNG: DO SAGRADO E LÚDICO À DEPENDÊNCIA

Marlene de Oliveira*

**Coordenadora do Programa de Atendimento aos Kaingáng e Pesquisadora em Antropologia da Saúde*

APRESENTAÇÃO

A população indígena da Macrorregião Sul (regiões Sul, Sudeste e o estado de Mato Grosso do Sul), em sua grande maioria é constituída pelos povos Guarani, Kaingáng e Terena, estando distribuídos em 108 terras indígenas (relatório macrorregional/97). A situação geral constatada durante a 1ª Oficina Macrorregional de Estratégia, Prevenção e Controle das DST/AIDS para os povos indígenas, revelou um perfil preocupante sobre a saúde indígena nestes estados, agravada por uma extensão insuficiente de terras, desmatamentos, falta de trabalho dentro da aldeia, a inserção indígena no mercado regional através do trabalho temporário e a dependência do trabalho assalariado em usinas de álcool.

Na maioria dos estados da Macrorregião constatou-se a ocorrência de índios desaldeados, morando nas periferias das cidades (MS), ou as margens de rodovias (RS). No Mato Grosso do Sul 23% do total da população indígena que vivem esta realidade, encontram-se também ligados a situação de alcoolismo e prostituição (Relatório Macrorregional/97).

Este texto preliminar pretende ser uma contribuição para compreensão do fenômeno do alcoolismo entre as populações indígenas do sul sob diversos aspectos.

INTRODUÇÃO

Com o processo de colonização e ocupação territorial nacional, os grupos indígenas foram drasticamente reduzidos ao longo do tempo e várias foram as formas de extermínio: o aprisionamento, a escravidão, as epidemias que resultaram em importante redução e o desaparecimento completo de várias etnias. Aos que resistiram à hecatombe demográfica, vivenciaram ao longo do contato, um processo de transformação social, cultural e epidemiológico, resultante da má condição de vida a que estão expostos. Várias doenças continuam atingindo e afligindo os grupos indígenas. Estas doenças estão diretamente ligadas as condições precárias de vida, falta de saneamento, de alimentação adequada e de perspectiva de vida a que constantemente estão expostas a maioria das comunidades indígenas.

Os principais agravos à saúde e que tem causado aumento da mortalidade, estão ligados a infecções respiratórias, desidratação e desnutrição. A tuberculose vem recrudescendo nos últimos anos, aparecendo como um dos importantes agravos na morbidade ambulatorial e causa de morte. São nos estados da Macrorregião Sul/Sudeste e Mato Grosso do Sul, que encontramos também o maior índice de casos de Aids no Brasil. O alcoolismo tem dimensões ainda maiores, com dados de violência, violência seguida de morte, acidentes, suicídios e o aumento gradativo do consumo de bebidas alcóolicas partindo da faixa etária acima dos 12 anos. O alcoolismo também está associado a várias outras doenças como cirrose, diabetes, doenças do coração e do aparelho digestivo, etc.

A problemática do consumo de bebidas de teor alcoólico pelas sociedades humanas remonta um passado bem distante e só recentemente o alcoolismo foi reconhecido pela OMS como doença, passando a constar como um problema de saúde pública. Segundo especialistas, o alcoolismo é um problema prevalente, universalmente conhecido e que afeta cerca de 10% das populações (de acordo com Shuckit/1995). Entretanto as populações culturalmente diferentes tem apresentado taxas diferenciadas de acordo com o maior ou menor permissividade. (Souza/1998).

O consumo de bebidas entre os indígenas remonta um passado histórico que vai desde o consumo de bebidas fermentadas até a introdução de bebidas destiladas, ainda no final do século passado reforçada pela instalação de alambiques dentro das áreas indígenas. Situação esta ocorrida na região sul do Brasil na época da "conquista".

BEBIDAS FERMENTADAS ENTRE OS KAIINGÁNG

O uso de bebidas fermentadas entre os Kaingáng é bastante antigo e restringia-se a cerimônias ritualizadas, onde a eles, nesta ocasião, "era permitido beber até cair". Estas experiências aconteciam no âmbito social/cultural e não denotavam nenhum "mal" ao grupo, pois tinham permissão para fazê-lo e prazo estabelecido para finalizar a bebedeira, geralmente aos finais dos rituais. Ao contrário do alcoolismo que tem efeito desagregador, a bebida nos rituais tinham funções de integração social, reforçando os laços de reciprocidade social entre os diferentes grupos locais da sociedade.

Essas bebidas eram feitas a base de milho, mel, pinhão, banana, palmito e outros produtos. A este respeito Mabilde (1836-1866) nos informa sobre os licores que eram "fabricados" pelos antigos Coroados¹ no século passado. Diz ele:

"Os Coroados fazem, algumas vezes também uma bebida ou licor fermentado com os frutos da palmeira conhecida entre nós, pelo nome de "buriti" (Mauritia Vinifera Martius). Esta bebida nunca usam em suas festas. O mesmo acontece com a bebida feita com os frutos da palmeira jussara ou jissara".

Fala também do licor extraído do gerivaseiro (arecastrum). Segundo Mabilde existia um técnica específica para extrair o líquido do gerivaseiro e este era o licor preferido dos Coroados¹.

¹ Coroados: os Kaingáng eram denominados Coroados pelo corte de cabelo que era em forma de coroa

Ainda no século passado, Telemaco Borba (1876), que conviveu com os Kaingáng, fala das bebidas fermentadas:

"Preparam duas qualidades de bebidas fermentadas, cujo fundo principal é o milho (nhãra); a que é feita só de milho e agora chamam-na goiofá. Para preparar a goifá, soccam o milho, depositam-o em grande quantidade de água morna, em grandes coches de madeira, colocados perto do fogo e todos os dias mechem-no; quando cessa a fermentação, esta pronto e principiam a bebe-lo cantando e dançando a noite e de dia, até caírem de bebados e o goifá acabar-se."

Borba dizia ainda que o goifá tinha um gosto azedo e amargo, mas que o quiqy adoçado com mel tinha um sabor agradável e embriagante:

"Quando bebem seos vinhos, não comem e a cada momento estão vomitando, continuando porém a beber até caírem de ébrios; se na festa algum fica briguento e incomoda, as mulheres o tiram para fora, amarram-o de pés e mãos até sarar a bebedeira."

Refere-se também a outra bebida pela qual chamam de "goiocupry", uma espécie de água branca. Bebida feita de milho torrado que depois de adicionado a água deixam-no repousando por uma noite e depois iniciam o procedimento: "vão tirando o milho com as mãos, mastigando-o com muito vagar e tornando a depositá-lo nos mesmos; depois de vinte e quatro horas deste processo, bebem-o e dizem que é muito agradável e substancial". (Borba/1876). Ao informar sobre a alimentação e as festas dos Kaingáng, Borba relata outra

bebida embriagante que era usada em épocas que colhiam suas roças:

"O caldo da cana e do milho, depois de fermentados, dá-lhes a bebida a que chamam cauim, pela qual são apaixonadíssimos e que produz a embriaguez. Uzam estas bebidas apenas nas ocasiões de suas festas; mas, n'essas ocasiões a fabricam em grandes quantidades. Escolhem, para ocasião de festas, os tempos de fartura, produzidos pelo amadurecer das plantas de suas roças. Os homens conduzem e moem, em engenhos rudimentares, grandes quantidades de cana de açúcar, que depositam para fermentar em colches de madeira.

Quando a fermentação está ficando completa convidam os parentes e vizinhos das tabas próximas, que pressurosos acorrem à festa. As mulheres, servem-lhes em cuias, o cauim em abundância. Os que se vão embriagando são retirados do círculo e levados as redes. Quando os homens por embriagados dormem, as mulheres reúnem-se e principiam a imitá-los nas danças e cantos, que são dirigidos a Jacy (a Lua), e na bebedeira, até ficarem por sua vez caídas, à exceção de algumas velhas que se abstem do cauim para cuidá-las. Estas festas continuam enquanto dura o cauim²" (Borba/1876 - grifo meu).

A cana de açúcar introduzida entre os Kaingáng no final do século passado, foi utilizada entre eles para fazer açúcar rapadura e aguardente (Mota 1998). Já estava sendo um elemento novo introduzido na fabricação de bebidas fermentadas como bem nos relatou Borba e pela qual davam o nome de Cauim. Entre os Kaingáng do Apucarantina, de acordo com relatos, esta bebida misturada com cana-de-açúcar e milho também era usada pelos índios antigos. A Kaingáng Ka gré (69 anos) fala sobre o consumo desta bebida. ...fazia um pouco de cana e milho. Minha avó que contava e dizia que bebiam bastante desta bebida. Deixa a cana no cocho e misturava o milho e daí azedava. (Verão 1999). A respeito do nome desta bebida ela não soube informar. Várias foram as bebidas fermentadas fabricadas pelos Kaingáng e na maioria delas a matéria prima básica utilizada era o milho. Este, parece, ter ocupado tanto na alimentação como nas bebidas um lugar tão preponderante quanto era o trigo para as populações do velho mundo.

2 O cauim era a bebida usada em rituais pelos guarani e que possivelmente pela convivência com estes índios nos aldeamentos, os Kaingáng também a usavam por ocasião de suas festas.

O kiki, bebida fermentada feita a base de milho e mel, também marcou a vida dos Kaingáng no Século passado conforme relata Borba, e no início deste século de acordo com outros relatos, era a festa mais importante entre os Kaingáng. O kiki era consumido durante o ritual do culto aos mortos. Os Kaingáng tomavam a bebida sagrada (kiki) e executavam as cerimônias em volta do fogo. Toda dança cerimonial era acompanhada de cantos sagrados ao som de flauta e chocalho. Os Kaingáng do PI Apucarantina há muito tempo deixaram de fazer a festa do kiki. A respeito desta festa só alguns índios mais antigos é que recordam. No entanto, uma das bebidas relatadas por Borba como sendo uma espécie de mingau ralo chamado de goiocupyry, até hoje usada entre eles, só que a chamam de ki fe. O ki fe, bebida feita de milho grã-pe, foi amplamente divulgada na festa do Êmi, que os Kaingáng fizeram em 1995 no PI Apucarantina. As mulheres Kaingáng dizem ainda gostar do ki fe e sempre que podem estão fazendo esta bebida. Os Kaingáng portanto, tinham o conhecimento e a tecnologia para a produção de suas bebidas e a usavam de acordo com seus rituais, quer de cunho religioso ou profano. A dança e a música sempre estiveram presentes, assim como seus instrumentos musicais, como chocalho feito de cabaça e flautas de taquara. A bebida destilada, a aguardente, foi introduzida entre eles no período da conquista, mudando significativamente seu padrão sócio/cultural em relação as bebidas fermentadas, passando a fazer uso individual de bebidas alcólicas (Simonian 1997). Assim como a substituição de bebidas fermentadas pelas destiladas, devido às circunstâncias históricas engendradas pelo contato, as festas tradicionais também foram sendo substituídas. Adotaram novas festas introduzidas pelos diretores e missionários dos aldeamentos (Tommasino, 1995). Desenvolveram o gosto pelos bailes acompanhados por música de sanfona, principalmente músicas e danças gaúchas como o vaneirão, o xote e a música sertaneja. (Oliveira 1996). É também nesta época das novas festas, onde encontramos uma "liberação" permitida para o consumo de bebidas alcólicas dentro da área indígena, onde em geral, os Kaingáng costumam beber muito.

O Dia de Finados também é bastante lembrado por eles, confeccionam coroas de papel para enfeitar o cemitério em homenagem a seus mortos. Para os Kaingáng este dia é muito importante e é também marcado pelo consumo de bebidas alcólicas. Se no passado era o kiki a bebida usada no ritual do culto aos mortos, hoje a cachaça e vinho são ingeridos neste dia. Sempre bebem antes de visitar o cemitério. Segundo eles, os "goles" fazem com que se sintam menos tristes ao visitar seus parentes mortos. Considero que o Dia de Finados ao ser lembrado e comemorado pelos Kaingáng, deve ser entendido como parte de um conjunto

simbolicamente articulado no interior do qual adquire pleno sentido. O ritual dos mortos (Kiki-koi) era realizado nos meses de inverno, geralmente entre março e maio, quando o milho estava "verde" e os pinhões maduros. Hoje comemoram no dia 2 de novembro, calendário branco introduzido pelos missionários e administradores de aldeamentos.

Partindo do pressuposto da dinâmica cultural podemos entender o que Vidal e Lopes nos dizem:

Cada cultura em particular mantém-se nessa tensão provocada pela articulação entre a tradição e inovação: reconhecer o familiar, definir-se pela tradição; reinterpretar o novo e o desconhecido por meio do estabelecido, do consensual, do convencional; recriar a tradição introduzindo novos sentidos e novos símbolos. São alguns dos processos que dão a sua vitalidade e sua força. (Vidal e Lopes, 1992).

As festas modernas comemoradas por eles, como o Dia do Índio, Natal, Ano Novo e as festas dos Santos Católicos, ganham um novo sentido dentro da sua organização cultural e se tornam necessárias para marcar a sua etnicidade. O Dia de Finados também adquire importância, visto que neste dia lembram seus mortos, assim como faziam os seus antepassados ao realizar a festa do kiki. Este é um processo de reelaboração cultural onde os Kaingáng (re)organizam seu sistema social. As bebidas que eram fermentadas passam a ser destiladas produzidas pelo processo dinâmico/histórico cultural do grupo.

OS ALAMBIQUES E A PRODUÇÃO DE AGUARDENTE

A cana-de-açúcar, como nos referimos anteriormente, foi um elemento introduzido entre os Kaingáng no final do Século passado no período de "conquista" deste grupo, pelos administradores brancos dos aldeamentos. Primeiro os Kaingáng passaram a usá-la como um ingrediente a mais em suas bebidas fermentadas, e mais tarde a cana-de-açúcar e seus derivados, principalmente a aguardente tornou-se uma arma poderosa no processo de "pacificação".

Borba (1870) falou sobre os engenhos rudimentares entre os Kaingáng, onde estes moíam grande quantidade de cana-de-açúcar e que deixavam fermentar em seus cochos de madeira. Os engenhos rudimentares, segundo Borba, provavelmente foram introduzidos e adaptados entre os Kaingáng através dos escravos africanos que conviveram com eles. Pela pesquisa, sabemos que os próprios diretores de aldeamentos trataram de instalar engenhos e alambiques. A conquista dos Kaingáng e seus territórios no Estado do Paraná teve início em 1770. Com a política de aldeamentos se deu a ocupação dos Campos de Guarapuava e Palmas. Embora houvesse muita resistência por parte dos índios, até 1930 todos os Kaingáng já estavam "conquistados" e aldeados.

O império praticava sua política de pacificação e ocupação dos territórios indígenas apoiando a implantação das colônias estrangeiras no Paraná. Do período de 1868 a 1878 foram instalados 60 núcleos de colonização estrangeira por toda a Província. Para os Kaingáng isto significava a diminuição constante de seus territórios (Mota 1998). Com esta política, o governo imperial prometeu aos índios que nada lhes faltaria caso fossem aldeados, "teriam proteção, segurança e outros produtos como roupas, cobertores, miçangas, terçados, machados, foices, etc.". A aguardente também era um instrumento usada para cooptar os índios a viverem "pacificados". Com o processo de pacificação, a partir de 1870, foram -se criando novos aldeamentos e junto com eles, as reivindicações dos índios pelas "coisas" prometidas. Solicitavam às autoridades roupas, armas, ferramentas e a instalação de alambiques. Os equipamentos usados pelos índios eram vários, e tinham uma importância fundamental para mantê-los nos aldeamentos.

Frei Timóteo, que era diretor de um dos aldeamentos (São Pedro D'Alcantara) em 1880, ao escrever ao presidente da província, conta da instalação das máquinas de serrar madeira, movidas a água e dos engenhos de moer cana-de-açúcar com os respectivos alambiques. Segundo ele, isto propiciaria o desenvolvimento de seu aldeamento e oferecia um futuro promissor aos índios. (Mota 1998). Mais tarde, um outro relatório foi entregue ao presidente da Província Joaquim Faria Sobrinho descrevendo as benfeitorias do aldeamento de São Pedro D'Alcantara, e entre elas citou novamente os engenhos: Os índios desse aldeamento têm quatro engenhos de madeira de moer cana, e um de ferro movido a água e alambiques, todos mandados fazer pela diretoria. (Mota 1998). Os relatórios constam que várias foram as solicitações dos índios aldeados e idas a capital da província em busca de alambiques para a fabricação de aguardente, açúcar e rapadura.

No ano de 1876, um grupo de Kaingáng do aldeamento de São Jerônimo da Serra foi à Curitiba solicitar ao diretor geral dos índios a instalação de engenho e alambique para industrializarem a cana que estavam plantando as margens do rio Tibagi. (Mota 1998). A aguardente era comercializada nas vilas próximas pelos diretores dos aldeamentos gerando maiores recursos que possibilitavam aos Kaingáng a aquisição de bens da sociedade envolvente. Comercializavam arrobas de açúcar e barris de aguardente o que lhes rendia um bom dinheiro. Em 1871 a produção da cana-de-açúcar mostrou como os Kaingáng haviam se dedicado a plantaçao desta matéria-prima. Produziram 60 arrobas de açúcar e 90 barris de aguardente. (Mota, 1998). Neste período, as autoridades da província se esforçavam para atender as solicitações de instalações de alambiques nos aldeamentos ao passo que cediam também as pressões de moradores não índios por mais terra. (Mota 1998). Seguramente eram pelos territórios indígenas. Vale considerar sempre que havia dificuldade para o governo em atender a solicitações dos Kaingáng para instalação dos alambiques, gerada pela burocracia, mas, ainda que com dificuldades, os alambiques eram instalados e se tornavam uma prioridade, pois significavam uma forma estratégica de manter os índios aldeados juntamente ao serviço de catequese e civilização. Em 1889, o exagero da produção de aguardente entre os Kaingáng começa a mostrar suas implicações. Há relatos de festas nos aldeamentos onde o consumo de aguardente era grande e isto resultava em muitas brigas de cacete com muitas pessoas feridas. (Mota 1998).

A existência de vários pedidos de alambiques, bem como sua existência nos aldeamentos, evidencia que os Kaingáng utilizavam em grandes proporções os derivados da cana-de-açúcar, principalmente a aguardente. Dessa forma a bebida alcóolica foi disseminada entre eles e muitos se tornaram dependentes. No PI Apucarantina há relatos dos Kaingáng sobre a instalação de tais alambiques e os transtornos deles provenientes. O relato de Vá-Gáñh é de grande importância para uma melhor compreensão:

O alambique começou no toldo³, no Apucarana grande. Os índio não tinha chefe, o cacique era Penki Pereira. Mandaram o forno lá de Curitiba. Eles fabricavam a pinga e o açúcar. Não sei quem ensinou, mas tinha um velho, um tal de Fortunato era índio, e aí os índio aprendeu com ele. Vieram muito índio de longe, lá do Itararé⁴ morar aqui por causa do alambique. Naquela época o governo que cuidava dos índio era de Curitiba. O forno era muito grande. Eles moíam a cana e fervia aquele caldo e daí faziam a pinga. As mulheres não faziam a pinga, ajudavam na lavação, lavava as caldeira. Antes do alambique os índio bebia ky fe. Fazia bastante ky-fe. Depois levavam o ky-fe para o alambique. Os índio começou a beber muito. O chefe depois recolheu e vendeu o forno e aí os índio ficaram sem alambique. O cara que mandou o alambique viu que os índio estavam descontrolando a vida deles, tiraram o alambique e até os gado.

Va Gáñh diz que, nesta época, ela tinha apenas 8 anos e que depois disso viu a taquara florescer três vezes⁵. Vários outros alambiques foram instalados no PI Apucarantina. Segundo depoimentos, estes alambiques atraíam índios de outras regiões. Pode-se aqui aventar a hipótese de que nesta época ainda fizessem o Kiki-koi pois vinham índios de longe e bebiam de forma descontrolada e este período parece marcar a substituição parcial ou total do kiki pela cachaça dos alambiques.

3 Toldo: núcleo dentro da aldeia Apucarantina, onde os Kaingáng antigos habitam.

4 Itararé: local onde moravam os Kaingáng que ainda não estavam aldeados

5 Segundo os Kaingáng, a taquara floresce a cada 30 anos e era assim que registravam a idade

O Kaingáng Kaj er (67 anos) também fala sobre os alambiques no PI Apucarantina:

Os índio antigo tinha dia certo para beber, depois veio o alambique, era na balsa, na divisa do Tibagi. Os índio vinha de Assaí e encontravam com os Kaingáng daqui lá no alambique e brigavam. Foi os índio que fizeram a pinga. Veio um branco de Jataizinho e ensinou os índio a fazer pinga. Fizeram no tacho e depois colocaram no cocho. Os índio brigavam muito por causa da pinga do alambique. Saiu morte, esfaquearam o meu avô. Agora neste lugar só resta o buraco, era no ano de 1940. (verão de 1999)

Em outros relatos sobre a instalação de alambiques no Apucarantina, há referências a época de Getúlio Vargas. A este respeito não conseguimos maiores informações.

O Kaingáng Rõg (74 anos) ao falar sobre os alambiques relata a quantidade de pinga que faziam; Fazia muita

pinga, bebia, bebia e aí mataram uma índia e aí mandaram tirar o alambique dos índio.

A instalação desses alambiques, como estratégia de conquista, não só contribuiu para a grande disseminação de bebidas alcoólicas entre os Kaingáng como serviu, também, para a usurpação de seus territórios, juntamente com a retirada de madeira dentro dessas áreas indígenas. Os índios contam que nesta época saíam muitos caminhões com madeira de dentro das áreas indígenas.

O ASPECTO LÚDICO DA BEBIDA

O uso de bebidas entre os Kaingáng remonta um passado distante como vimos anteriormente e se dava no espaço do sagrado e do profano. No sagrado, eram as festas de origem mítico-religiosa, manifestações coletivas que os aproximava de seus mortos, ou seja, era a oportunidade dos mortos poderem voltar a aldeia dos vivos. Seria o momento onde vivos e mortos estariam festejando no mesmo espaço (Veiga 1995). A bebida servida era o kiki. Dançavam em torno da fogueira marcando compassos ao som de tubos de taquara. Borba (1876) a este respeito diz que: Bebiam o Quiquy, sentados junto ao fogo, sua boca porém, estava fechada; por este motivo suas festas eram monotonas, e salvo a alegria produzida pela embriaguez, triste. (Borba/1876 - grifo meu). Durante a festa do Kiki-koi, quando esta chegava ao final, os Kaingáng tomavam todo o kiki e quando este acabava, viravam o cocho e a festa se encerrava. Restava ao final, muito índios caídos pela bebedeira. (Veiga, 1994)

As festas profanas, diversões coletivas marcavam também a reciprocidade e se davam pela boa colheita, uma caçada vitoriosa, retorno de viagem ou término de uma guerra etc.

Teschauer no séc. XIX descreve uma dessas festas:

Nestas ocasiões se embriagavam e produziam uma algazarra infernal. Uns cantavam desentoadamente, outros choravam, estes davam gritos, aqueles suspiros, estes outros arremedavam as vozes de animais como bramidos, silvos, uivos, latidos e relinchos, aqueles outros imitavam o canto das aves, tudo em uma confusão de vozes e gritaria desenfreada. Enfim, passando as vias de fato, arranhavam-se e mordiam uns aos outros, como se pelejassem como inimigos. De fato, originavam-se daí muitas vezes abertas hostilidades e a despedida da festa degenerava em declaração de guerra. Também as mulheres tomavam parte nestas festas, embriagavam-se e por causa delas é que ateavam as contendadas(...) Nestas festas observavam-se também um costume louvável: os moços e as moças não podiam tomar vinho e tinham o dever de esconder as armas(...) Teschauer 1905).

Parece que para os Kaingáng, as festas tinham um significado que ia além dos rituais propriamente ditos. Elas também proporcionavam a eles outras sensações através das bebidas que consumiam. Uma delas era alegria e contentamento. Em outros momentos em delírio alcoólico incorporavam um comportamento "selvagem e incontrolável", possivelmente considerado como um sinal de que estavam em contato com o sobrenatural. Assumir entidades de animais é comum em algumas sociedades indígenas quando estão em transe xamânico. Entre os Yanomani, presenciei esta transformação em um ritual de xamanismo. Neste caso, haviam aspirado a folha do "epadu"⁶. Aos Kaingáng, coragem, valentia e hostilidade eram atributos demonstrados pela ingestão dessas bebidas. Possivelmente pela lembrança ou eminência de guerra entre outros grupos e até mesmo em guerras entre índios e brancos.

A respeito do uso de bebidas ou ervas alucinógenas entre os Kaingáng em rituais de xamanismo foi possível comprovar através de alguns autores que puderam escrever sobre isto. Serrano (1936) fala sobre os poderosos feiticeiros Guaianá⁷ que exerciam sua função entrando em êxtase com o pó da erva-mate⁸ que absorviam pelo nariz para consultarem os espíritos. Teschauer (1905) sobre os Kaingáng paulistas, relata o poder das mulheres idosas e a predição do futuro em sonhos provocados pela ingestão de certas folhas pulverizadas. Rambo (1947) descreve a função do kuiã entre os Kaingáng modernos que ao exercer a função de curandeiro pela ingestão de ervas medicinais associada a uma bebida e ao mel. (Becker, 1976). Entre os Kaingáng de Apucarantina a predileção do kuiã também é pelo poder de sonhar, seja ele homem ou mulher. Há relatos que no passado para atingir o estado de transcendência e obter o poder de cura através dos espíritos, os kuiã ingeriam um líquido feito de raiz de uma determinada árvore para sonhar. A respeito do nome desta planta não souberam informar⁹. (Oliveira 1998). Vale registrar que outras bebidas também eram

usadas no contexto da medicina tradicional Kaingáng e que possuíam poder entorpecente. Métraux (1963) fala de uma orgia alcohólica usada em rituais após o parto para desinfetar e proteger mãe e filho de poderes maléficis. A esterilização também era praticada entre as mulheres Kaingáng (Fisher 1959) e era praticada por meio de uma beberagem feita de diversas ervas silvestres.

6 epadu: folha da coca

7 Guaianá: ancestrais dos atuais Kaingáng

8 erva mate introduzido e que reelaborado fazia parte dos rituais

9 A respeito da medicina tradicional e Xamanismo, a autora esta com pesquisa em andamento

Compreender o passado dos Kaingáng nos leva a uma tentativa de entender as várias interfaces provocadas pelo consumo de bebidas alcólicas e isto requer uma análise mais aprofundada sobre esta questão. Não podemos nos contentar com análises superficiais sobre o uso de bebida atualmente no contexto indígena, temos de analisar esta questão dentro de um processo mais amplo e complexo que envolvam aspectos que vão além das aparências. Novamente se faz necessário entender todo este processo à luz da análise de fenômenos da dinâmica cultural. Portanto Carneiro Cunha, nos diz:

A cultura não é algo dado, posto, algo de delapidável também, mas algo constantemente reinventado, recomposto, investido de novos significados. A cultura constitui portanto, um processo pelo qual os homens orientam e dão significado as suas ações através de uma manipulação simbólica, que é atributo fundamental de toda a prática humana. Neste sentido toda análise de fenômenos culturais é necessariamente a análise da dinâmica cultural, isto é, do processo permanente de reorganização das representações na prática social, representações estas que são simultaneamente, condição e produto desta prática. (Carneiro da Cunha, 1997: 34).

Os Kaingáng atuais começaram a fazer uso da bebida alcólica em contextos diferentes e com pouca idade. Um informante conta que:

...comecei a beber com 7 anos. Não era para mim beber. Tinha uma avó que bebia e explicava as coisas para mim. Ela dizia que a bebida deixava o índio alegre. Numa noite eu não queria dormir e aí ela colocou uma golada de pinga na minha cabeça. Aí eu senti aquele cheiro e comecei a beber, fui acostumando. (Anônimo, 23 anos).

Um outro disse-me que sua mãe quando o teve estava em estado de completa embriaguez e a criança nasceu na beira da estrada. Este indivíduo bebe desde os 14 anos de idade e acha que a bebida é uma festa e que na hora que bebe, esta lhe proporciona felicidade.

Kagré, um outro Kaingáng revelou que: Meu pai bebia muito, tive dois irmãos que morreram por causa da pinga. Comecei a beber com 13 anos, fui trabalhar na fazenda e a turma oferecia pinga. Bebia muito, até cair. Achava bom beber. A gente bebia para ficar alegre, mais contente, mais conversador e aí não tinha vergonha de conversar o português¹⁰. Quando a gente bebe a língua fica leviana pra conversar e aí se a gente falasse o português errado não sentia vergonha." (Kagré 42 anos/grifo meu).

Nesse relato percebemos que o álcool aparece como agente desinibidor que permitia maior comunicação inter- e intra-grupos, e que também pudessem falar o português sem medo de errar. Em outros depoimentos constatei entre, jovens e pessoas idosas a associação da bebida como forma de contentamento, alegria e desinibição. O álcool aparece como forma de prazer em momentos lúdicos. Apesar do ludismo, a bebida vem proporcionando também, muita violência, aspecto esse que levantarei adiante. Algumas mulheres Kaingáng mencionaram que muitas vezes quando alcoolizadas "agarravam o marido das outras", o que depois implicava em muita confusão. Uma Kaingáng ao falar sobre sua mãe como uma pessoa dependente de bebida, referiu-se a ela pelo seu nome indígena que é Nigtérã, o que significa "sair engatinhando". Disse-me que sua mãe carrega esse nome em função de uma velha índia que um dia depois de beber muito foi para a cama engatinhando e deitou-se, enganosamente, com outro homem e não reconheceu que este não era seu marido. Neste caso, não pude precisar se se tratava de um mito Kaingáng relacionado a bebida, mas certamente o nome Nigtérã está associado a embriaguez, ou seja, a pessoa que recebe esta nomeação será lembrada por

este fato. Os casos de dependência por bebidas alcólicas entre os Kaingáng de Apucarantina e daqueles que já fizeram o uso de tais bebidas, foram introduzidos através dos não-índios em vários contextos, como já nos referimos. A disseminação interna entre eles foi facilitada pelos avós, pais ou pessoas mais velhas, muitas das quais até hoje fazem uso da bebida alcólica.

10 Muitos Kaingáng sentiam-se envergonhados de falar em português pois não sabiam pronunciar direito as palavras. Atualmente existe no Apucarantina várias mulheres que ainda não falam o português.

Muitos disseram ter aprendido a beber na "marra". Os companheiros ofereciam a bebida e diziam que tinham que beber ...você tem que beber na marra hoje. Deu meia garrafa e bebi tudo. Depois daquela hora fiquei bêbado e aí comecei a beber. Quando o cara toma assim ele não larga, é mais difícil. (anônimo) As considerações acima revelam que bebidas alcólicas ao serem introduzidas no âmbito individual, muitas vezes, pela pressão de um indivíduo sobre o outro, tem marcado de alguma forma, a disseminação do consumo de bebidas dentro da aldeia. Muitos adolescentes de hoje (12 a 13 anos) já estão sendo iniciados a fazer uso destas bebidas. São procurados na sua grande maioria por companheiros em jogos de futebol e em ocasiões de festas. Alguns pais destes adolescentes têm mostrado uma certa preocupação em relação a isto e confessam que vem dando conselhos aos seus filhos, dizendo a eles que se começarem a beber não vão mais parar e não vão mais conseguir trabalhar no roçado. Recentemente, um pai alcoolista cuja mulher constantemente tem procurado os serviços de saúde na aldeia no sentido de conseguir um medicamento para coibir o uso da cachaça pelo marido, revelou que este "pegou" o filho mais novo bebendo durante um jogo de futebol e que ao trazê-lo para casa lhe deu severos conselhos. Entre os Kaingáng de São Jerônimo da Serra a situação é um mais séria, pois várias crianças estão bebendo e chegam a escola alcoolizados. (Santos/1997). Isto mostra de um lado que a iniciação para a bebida entre os jovens começa muito cedo e tem múltiplas origens e conseqüências. Por outro lado, existe a preocupação de alguns pais para não querer que seus filhos tornem-se dependentes da cachaça como eles. Para muitos, a "esperança" de se livrar da bebida aparece como um sinal no fim do túnel, pois estes já constatarem que a bebida não faz bem à saúde deles.

A RELIGIÃO COMO UMA DAS FORMAS DE COMBATER O ALCOOLISMO

O processo de conquista e pacificação dos povos indígenas, não se deu só pela ocupação de seus territórios através de guerras sangrentas entre índios e brancos. Outra forma de conquista e tão devastadora como a outra foi a conquista espiritual introduzida pelos missionários europeus com o propósito de evangelizar "as almas pagãs". Converter os indígenas era o projeto evangelizador até o Século passado. No estado do Paraná a política imperial de conquista dos territórios indígenas teve como um grande aliado e instrumento de dominação a catequese religiosa. O governo com o Decreto nº 426 de 24/07/1845 regulamentou o serviço das missões de catequese e civilização dos índios no Paraná, confiando no poder da religião para "aldear e civilizar os Kaingáng e os Guarani". (Mota/1998).

Passados mais de um século, outros missionários cujo projeto ideológico também consiste no empreendimento da doutrinação do "corpo e da alma" se instalaram nas aldeias com a intenção de converter os indígenas ao cristianismo. Essa conversão vem sendo praticada por igrejas evangélicas. No Apucarantina além da igreja católica, desde a década de 50 existe a igreja "Missão do Cristianismo Decidido" da qual, 67 famílias congregam esta religião. Recentemente a igreja "Assembléia de Deus" foi instalada na aldeia. Todas as igrejas, com a missão de converter os Kaingáng à sua religião vêm competindo pela supremacia. As evangélicas têm como pressuposto cristão a aceitação de Jesus e para isso os fiéis tem que fazer a abdicação imediata de várias coisas. O evangélico prega a salvação e para que isso ocorra, regras rígidas de conduta são estabelecidas e deverão ser cumpridas a risca para que o indivíduo deixe de ser "pecador" e com isto ganhe a salvação eterna. Entre estas regras está a proibição do consumo de álcool. Para os evangélicos quem é "crente"¹¹ não bebe.

Constatarei, em vários depoimentos, pessoas que eram alcoolistas e que procuraram na igreja o fortalecimento para coibir o uso da bebida. Muitos deles mortificados por dores que os impediam de continuar bebendo, mas que no entanto, não tiveram um resultado efetivo, ou seja, não conseguiram parar de beber. Levados por alguém já convertido, essas pessoas sempre encontram na religião uma saída para não beber mais. Um Kaingáng que se converteu para deixar de beber me disse: O crente não bebe porque o evangélico fala coisas boas: não pode brigar, não pode largar da mulher, tem que cuidar bem das crianças, não pode mentir, não pode fumar, não pode beber, não pode dançar e outras coisas mais. Se fizer isto é coisa do nén-korég¹². (anônimo, 1998)

11 Os evangélicos se auto denominam e são denominados pelos não evangélicos como crentes.

12 Nén-korég: demônio

Um outro relatou: "O crente não bebe porque Jesus não bebe pinga. Quando ele tava na terra não bebeu, não jogava, não fazia baile e não fumava. A pinga é coisa do nén-kóreg. Jesus aconselha a gente a andar no caminho certo." (1998) Uma Kaingáng que pertence a uma outra congregação evangélica e que freqüenta os cultos só quando vem à Londrina, ao falar de seu marido com um ex "pinguçu", relatou:

Agora ele (o marido) é crente e não bebe mais porque senão Deus dá uma chicotada nele. A gente crente não pode ir ao jogo, no baile, não pode beber, não corta o cabelo, não vê televisão e não faz bobageira. Tem que ser crente até o final, senão no final a gente não entra no reino de Deus. A gente para de beber porque Deus toca a gente. A tal bebida é mandada pelo inimigo. A pinga não é de Deus e nem o cigarro, isto é coisa do nén-korég de dia e de noite. As vezes penso nos católico, tenho pena, eles não sabe o que vai acontecer com eles, o que vai passar, por isso a gente tem que ter Deus na vida. (1998).

A religião evangélica exerce e tem exercido entre os fiéis, mesmo que aparente, um poder de dominação que vale a "proibição" do uso da pinga, da cachaça. A igreja através da conversão religiosa tem conseguido restringir os excessos do uso da bebida alcóolica entre os Kaingáng adeptos a esta religião. Vale ressaltar que esta é uma estratégia usada pela igreja e tem dado algum resultado, mas que mesmo assim, não tem garantido a perseverança da fé para vida toda, haja visto os "desvios" que alguns indígenas sofrem neste percurso, muitos voltando a fazer uso de bebidas alcóolicas. Me parece que as igrejas evangélicas têm proposto a substituição do alcoolismo pela prática religiosa, substituindo a bebida pelo poder da oração. No caso dos não-índios a substituição de outras drogas pela religião é um fenômeno que vem ocorrendo em vários países do mundo.

Um Kaingáng que bebia desde os 13 anos de idade contou-me que um "irmão" ao vê-lo sofrer pôr causa da bebida disse-lhe que ele tinha que aceitar Jesus:

(...) Fazia oração pra mim todo o dia para eu deixar a pinga. Foi difícil, só na oração não consegue largar. Fazia oração todo dia. Depois eu virei crente, levei um ano bebendo pinga escondido da minha mulher. Eu sofri. Eles faziam oração e com o tempo eu esqueci. Peguei firme com a religião. Tem crente que tem desvio, faz coisa que não pode fazer. (1999).

Outras implicações, em decorrência da prática religiosa, poderiam ser levantadas, mas no entanto, não se fazem necessárias neste momento. Algumas pessoas que pararam de beber dentro da aldeia e que não passaram pela conversão religiosa, o fizeram diante da eminência da morte. Muitos deles confessaram que sentiram terríveis dores no peito, estômago, coração, na cabeça ou que sofreram algum tipo de acidente. Alertados pelos médicos, deixaram de beber, pois fatalmente morreriam. Outras pedem insistentemente um remédio para parar de beber, dizendo que se não houver um medicamento não conseguirão deixar o álcool. Várias mulheres recorrem ao atendimento de saúde em busca do sarcoton¹³ para adicionar junto a comida de seus maridos. Segundo elas, este medicamento tem funcionado, mesmo que temporariamente. Recentemente uma Kaingáng foi espancada pelo marido, pois este descobriu que ela colocava o tal remédio em sua comida. Este medicamento, atualmente, é pouco recomendado pela equipe de saúde, devido aos efeitos colaterais que ele pode causar aos seus usuários. (Souza 1998).

Outras formas de coibir o uso de bebidas alcóolicas entre os Kaingáng, foi a proibição pelo órgão tutelar, aos donos de bares nas cidades próximas a aldeia de venderem bebidas alcóolicas aos índios. Tal estratégia dotada de boa intenção, não surtiu efeito, pois os índios acabam comprando a pinga e trazendo para dentro da aldeia. A proibição de bares dentro da aldeia para venda de bebida alcóolica, também não tem dado certo, ainda que sob pressão da igreja e do cacique. Cabe enfatizar que os bares existentes dentro da área têm como proprietários os seguidores da Igreja Cristianismo Decidido. Estes bares ainda são agentes facilitadores de disseminação de bebidas alcóolicas dentro da área.

13 Sarcoton: medicamento cuja composição básica é o dissulfiram, que quando ingerido concomitante com bebidas alcoólicas provoca reações orgânicas importantes (como mal estar generalizado, vômitos, cefaléia, etc.), fazendo o usuário diminuir o consumo de álcool, por temer nova reação

Em tempos passados, vários chefes de posto ao tentar proibir a bebida alcóolica foram espancados pelos índios, sendo que um deles chegou mesmo a ser hospitalizado. Alguns caciques também foram destituídos do cargo por esta mesma razão.

A VIOLÊNCIA DECORRENTE DA BEBIDA

O alcoolismo está intimamente ligado com a problemática da violência e é aí que encontramos o lado mais obscuro desta questão. A violência decorrente do alcoolismo é uma constante na maioria dos grupos indígenas no Brasil. Esta violência não está ligada só ao âmbito doméstico (brigas entre marido e mulher e com os filhos), mas se estende por toda aldeia, causando brigas entre homens, assassinatos de mulheres, acidentes, e também o suicídio, esta outra forma de violência que segundo estatísticas, tem levado os Kaiowa do MS a se suicidarem, tendo como causa o alcoolismo em alguns casos. (Meihy 1991). Os Karajá depois de embriagados ateiam fogo nas casas de seus pais (Chaves 1998). Recentemente a revista ISTO É (Novembro de 1998) trouxe a tona a questão do alcoolismo entre os Maxacali, relatando casos de morte por coma alcóolico. Segundo a reportagem "... os índios vão parar no hospital depois de sangrentas brigas entre si, são braços e pernas quebradas, fraturas expostas, cortes profundos e até braços decepados. Eles brigam com o que tem na mão: facão, enxada, pau e geralmente família contra família". Esta situação descrita entre os Maxacali não difere de outros grupos como os Terena, Guarani, Kaingáng, etc. Entre os Kaingáng do Apucarantina há registro de vários casos de agressão depois da bebida, muitas vezes tendo como resultado brigas sangrentas e em outros casos, até homicídios. Em 1990, um triste retrato desta situação foi descrita por eles sobre a ocorrência de uma briga entre um grupo de homens e mulheres Kaingáng que bebiam numa venda acerca da aldeia. Depois de se embriagarem houve um desentendimento que culminou com a morte de dois Kaingáng a golpes de foice. Vale lembrar que a forma utilizada para tal fim foi exatamente a mesma que usavam tradicionalmente quando guerreavam com seus inimigos¹⁴.

¹⁴ Os Kaingáng quando estavam em guerra, além de quebrar o crânio de seus inimigos, também decepavam as suas cabeças.

Recorrer ao passado se faz necessário na tentativa de entender o presente e com ele o porquê da violência exacerbada que acometem os Kaingáng depois de ingerirem tanta bebida alcóolica¹⁵. No passado bebiam em rituais e tinham o período determinado para parar a bebedeira. Na pré-conquista a introdução da cachaça que ao longo do tempo se disseminou entre eles e passa a ser usada de forma descontrolada. Alguns Kaingáng disseram que uma garrafa de pinga é pouco, e que quando estão em grupo chegam a beber mais de 8 garrafas. É justamente quando passam da medida que a agressividade e a violência vêm a tona e eles brigam entre si por motivos mesquinhos. A agressividade/hostilidade parece ter sido uma característica dos Kaingáng no Século passado, de forma que estes ensinavam suas crianças a se tornarem valentes através de jogos que praticavam tradicionalmente. A respeito desses jogos é importante a contribuição de Telêmaco Borba que viveu com os Kaingáng no Século passado:

Costumam fazer um exercício e divertimento que chamam caingire, que parece e realmente é, um verdadeiro combate, conquanto não resulte das ofensas nessas ocasiões recebidas nenhuma inimidade. Para fazer este divertimento preparam um largo terreiro, cortam grande quantidade de cacetes curtos, que vão depositando nas duas extremidades deste; convidam os de outro arranchamento para se divertirem; aceito o convite, preparam também seus cacetes e, carregados com eles, vêm se aproximando cautelosamente do lugar do divertimento; Allí chegados, sahem-lhes os outros a combater; arremessam-se mutuamente os cacetes com grandes vozeiros, simulando um verdadeiro combate, até que um dos grupos abandona o terreiro sofrendo, por esta causa, grande vaís e apupos. As mulheres, cobertas com uma espécie de escudo feito de casca de árvores, vão ajuntando os cacetes que são arremessados e depositando-os junto aos combatentes; quando algum destes cae mal ferido, ellas o retiram do terreiro e tratam. Nestas lutas sempre há grandes ferimento, contusões, olhos furados e dedos quebrados, mas dalhi não procede nenhuma inimidade. Os que sahem mais mal tratados em piores circunstâncias é que são considerados os mais valentes, e como tais gabados." (Borba 1876)

¹⁵ Não quero afirmar que todos os que bebem sejam violentos.

Mais tarde na tentativa de impedir este divertimento entre os Kaingáng, pois as pessoas saíam feridas, Borba

tentou aconselhá-los a abandonar tal prática. Segundo ele, ao fazer esta proposta é retrucado por uma velha kaingáng que lhe diz: ... Você não vai querer que minha gente se divirta mais com este brinquedo, mas nós hoje não temos mais guerra para nos exercitar; sem este brinquedo nossos homens não de se tornar fracos e medrosos como mulheres, o que não convém, por que no mato ainda há gente brava, que pode nos atacar, se não estivermos exercitados como nos defenderemos? (Borba 1876). Ela ainda vai dizer depois que na verdade estes jogos eram brinquedo próprio só de criança e que no tempo dela, para os homens existiam outros muito mais sérios e os quais resultavam em morte, mesmo assim não brigavam por isso e faziam o enterro como amigos. Borba observou que todos os seus brinquedos e divertimentos eram na verdade grosseiros e brutais. Outras informações a respeito do passado dos Kaingáng falam de guerras e rivalidades como fatos essenciais para sua existência. Estudos existem para permitir um entendimento mais complexo, no sentido de que a violência entre os Kaingáng é resultante de estrutura antiga e também de mudanças, vistas as transformações no âmbito social e cultural sofridos no período de pré e pós conquista. Outros autores (Gonçalves/1910, Mabilde/1889, Montoya/1985 [1639] também descreveram práticas de crueldade e selvageria entre os Kaingáng no Século passado. Praticavam ações cruéis contra seus inimigos, independente se índios ou não índios (Simonian 1994)16.

16 A este respeito consultar Simonian - laudo antropológico sobre castigos cruéis na aldeia votouro no Rio Grande do Sul.

Nas práticas de crueldade documentadas entre os Kaingáng no Século passado e neste, constavam os espancamentos, pena de morte, exílio, tortura, massacres coletivos, amarramentos em troncos e prisão, sendo estas duas últimas, imposição adquirida após o contato. (Simonian 1994). Parece portanto que formas de violência entre os Kaingáng, mesmo tendo características ligadas as conquistas tem raízes em sua tradição de tempos imemoriais. A agressividade e violência eram práticas estimuladas entre os Kaingáng para se tornarem guerreiros. Atualmente a violência é transportada para um contexto onde o alcoolismo se impõe. Parece crer que assim como a (re) organização e reelaboração de práticas tradicionais como festas, danças, jogos, etc., a violência e agressividade também foram reorganizados e hoje são inseridos no âmbito doméstico e social e não são mais usadas as guerras e sim decorrentes da ingestão de bebidas alcóolicas. Sahlins (1994), em "Ilhas de História", escreveu que os arranjos sociais, políticos e econômicos de uma cultura podem se tornar enfraquecidos quando não conseguem adaptar-se às mudanças, isto é, que de uma forma ou de outra, se integrarão a ordem social tradicional. Algumas práticas não sobrevivem as mudanças, enquanto outras se modificam ou transformam-se e adaptam-se a nova realidade. Os Kaingáng atuais, muitas vezes sob o efeito intoxicante do alcoolismo, tendem a não controlar seus impulsos e possuídos de uma agressividade que está ligada à sua cultura ancestral são agentes negativos na estatística da violência. O alcoolismo persiste como realidade perversa e tem implicações negativas entre os Kaingáng.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível afirmar que o alcoolismo atualmente entre os Kaingáng , tem de um lado, sua raiz na cultura tradicional e por outro, a incorporação e transformação a partir da conquista com a introdução da cachaça que disseminou a problemática entre eles. Continuam a fazer uso da bebida , agora não fermentada, mas atualizada em seu cotidiano. O alcoolismo, assim como a violência foi atualizado em um contexto fundado em grandes transformações. Cabe enfatizar que o alcoolismo atualmente só pode ser entendido a partir de processos históricos de mudança. Nestes processos estão entendidos o sistema tradicional e as transformações ocorridas após a conquista.

Pensar o alcoolismo, e a violência decorrente dele na perspectiva da dinâmica cultural se faz necessário, pois a história destes indígenas apontam nesta direção. É preciso também refletir sobre o lado lúdico que a bebida proporciona ou proporcionou a eles, conforme já mencionamos desde o passado antigo até a atualidade. Não podemos desconsiderar esta realidade ainda que pese toda a problemática e transtornos causados pela bebida. Necessário também é reverter o processo de dependência instalado entre eles. Dependência que corrobora a vitimização de crianças, homens e mulheres. Ações preventivas se fazem necessárias para o controle e cura do alcoolismo. Para tanto, o envolvimento de profissionais de diversas áreas na tentativa de buscar uma saída para esta questão. A construção de uma metodologia capaz de obter resultados significativos. A educação, neste caso, é fundamental, pois é através de uma escola com ações preventivas, que poderemos evitar que crianças e jovens Kaingáng não sejam alcoolistas. Temos também, de ser cuidadosos ao discutir o alcoolismo entre eles, para não reforçar o estereótipo já existente em relação a sociedade envolvente sobre esta temática. Falar sobre alcoolismo implica em um conhecimento previamente estabelecido sobre a comunidade em questão, e principalmente, considerar o processo históricocultural para não se ter uma visão fragmentada

e superficial sobre o assunto. Este artigo, veio na tentativa de buscar a compreensão sobre o alcoolismo entre os Kaingáng nas mais diversas esferas. A antropologia neste sentido, tem nos dado a possibilidade de tal debate, mas, aprofundar sobre esta questão se faz urgentemente necessário.

BIBLIOGRAFIA

AMBROSETTI, JUAN B. Kainguangues de San Pedro (Misiones) Compania Sud- Americana de Billetes de Baxco. Buenos Aires, 1895.

BARBOSA, HORTA. A Pacificação dos Índios Cainguangues Paulistas. Hábitos, Costumes e Instituições desses Índios. 1913

BECKER, ITALA I. B. O Índio Kaingáng no

Rio Grande do Sul. Instituto Anchieta de Pesquisas. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. 1976. BORBA, TELEMACO. Actualidade Indígena, 1876.

BUCHILLET, DOMINIQUE. Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia. Edições Cejup. Belém, 1991.

CUNHA, MANOELA C. Antropologia do Brasil. São Paulo, Brasiliensis, 1986 HAVERROTH,

MOACIR. Kaingáng um Estudo Etnobotânico. O uso e a classificação das Plantas na área Indígena Xapecó (oeste de SC). Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

ISTO É SENHOR. Novembro de 1998. páginas 52 -55 LANGDON, E. JEAN MATTESON (org.). Xamanismo no Brasil - Novas Perspectivas. Editora UFSC, 1996.

LAPLATINE, FRANÇOIS. Antropologia da Doença. Martins Fontes. São Paulo, 1991. MABILDE, P. F. A.

BOOTH. Apontamentos sobre os Indígenas da Nação Coroados dos Matos da Provincia do Rio Grande do Sul 1836-1866. IBRASA/ Pró-memória Instituto Nacional do Livro, 1983.

MEIHY, J. C. S. Bom. Canto da Morte Kaiowá - História Oral da Vida. Edições Loyola, São Paulo, 1991.

MÉTRAUX, ALFRED. The Kaingáng in Julian H. Steward (Ed.) Handbook South American Indians. Cooper Square Publishers, inc. New York, 1963.

MORGADO, PAULA. O Pluralismo Médico Wayana - Aparai: a Interseção entre a Tradição Local e a Global. IN: Cadernos de Campo. Revista dos alunos de Pós-Graduação em Antropologia da USP. Ano IV, nº4, 1994. MOTA, LÚCIO TADEU. As Guerras dos Índios Kaingáng. A História Épica dos Índios Kaingáng no Paraná (1759- 1924). Editora Universidade Estadual de Maringá. 1994.

_____ O Aço, a Cruz e a Terra: Índios e Brancos no Paraná Provincial (1853-1889). Tese de Doutorado apresentado ao curso de Pós-Graduação em História, UNESP, 1998.

NIMUENDAJÚ, CURT. Etnografia e Indigenismo sobre os Kaingáng, os Ofaié- Xavante e os Índios do Pará. Ed. UNICAMP, 1993. OLIVEIRA, M. Da Taquara ao Cesto: A Arte Gráfica Kaingáng. Monografia apresentada no curso de Pós-Graduação pela Universidade Estadual de Londrina, 1.996.

RAMBO, PE. BALDUINO S. J. Os Índios Rio-Grandenses Modernos. Província de São Pedro. Porto Alegre, 1947. Relatório consolidado da 1ª Oficina Macrorregional de Estratégias de Prevenção e Controle das DST/AIDS para as Populações Indígenas das Regiões Sul Sudeste e Mato Grosso do Sul. Londrina, 1997.

SAHLINS, MARSHALL. Ilhas de História. Jorge Zahar Editor. Rio de Janeiro, 1990
SIMONIAN, LIGIA TEREZINHA L. Castigos Cruéis na A.I. (área indígena) Vatouro, Rio Grande do Sul: Resistências Culturais ou Novas Práticas? Laudo Antropológico, Bélem, 1994.

_____. Alcoolismo entre Indígenas. A Persistência de uma Realidade Dolorosa e Destruidora. Bélem, 1996.
SOUZA, J.A. Prevalência do Alcoolismo na População Indígena da Nação Terena do Complexo Sidrolândia Colônia Dois Irmãos do Buriti. In. Anais da 1ª Oficina Macrorregional, 1997.
TAUSSIG, MICHAEL. Xamanismo, Colonialismo e o Homem Selvagem: Um Estudo Sobre o Terror e a Cura. Paz e Terra, 1993

TESCHAUNER, C. S. J.. A Catequese dos Índios Coroados de São Pedro do Rio Grande. Contribuição para a História da Civilização da América. Anuário do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1905.

TOMMASINO, K. A história dos Kaingáng da Bacia do Tibagi: uma Sociedade Jê Meridional em Movimento. Dissertação de Doutorado, USP, São Paulo, 1995.
VEIGA, JURACILDA. Organização Social e Cosmovisão Kaingáng: Uma Introdução ao Parentesco, Casamento e Nomenclatura em uma Sociedade Jê Meridional. Dissertação de Mestrado, UNICAMP. Campinas, 1994.

VIDAL, LUX E SILVA, ARACY, L. Antropologia Estética: Enfoques Teóricos e Contribuições Metodológicas. In. Vidal, Lux - Grafismo Indígena. Nobel/ Fapesp/ Edusp. São Paulo, 1992.



Artigo 8

O PROCESSO DE ALCOOLIZAÇÃO NO CONTEXTO DAS NAÇÕES INDÍGENAS

Carlos Coloma

Groupe Interuniversitaire de Recherche en Anthropologie Médicale et en Ethnopsychiatrie, Montréal, Canadá

INTRODUÇÃO

O "alcooolismo" e sua especificidade nas populações indígenas, foi tratado desde diversas perspectivas teóricas e conseqüentemente foram também diversas maneiras de definir o problema assim como as intervenções que se propuseram para tentar superá-lo.

Ante o desconhecimento do origem do "alcooolismo" em todas suas modalidades e graus, existem várias posturas doutrinárias, pois estas consideram o alcooolismo da seguinte maneira:

- 1) Como uma entidade nosológica e como uma manifestação de condições genéticas.
- 2) Como um sintoma das diversas patologias que podem apresentarse num sujeito dado.
- 3) Como conseqüência de relações interpessoais inadequadas.
- 4) Como acompanhante de certos tipos de personalidade e de alguns quadros psiquiátricos.

Na atualidade, segundo as análises epidemiológicas, se reconhece que o problema não só é significativo, mas também observa-se um crescimento constante do mesmo. As conseqüências pessoais e sociais não somente tem um alto impacto no bem-estar e na saúde, mas também no trabalho e na economia. Ainda que numerosos estudos específicos foram realizados desde os anos 30, cremos que o conhecimento do mesmo segue sendo muito limitado para a formulação de respostas adequadas para a superação do mesmo.

O PROBLEMA

Uma primeira reflexão nos permite questionar as maneiras de definir o problema:

Desde quais perspectivas o quadros de referência se estabelecem as definições? Quais são os paradigmas e como estes foram identificados desde os diversos domínios do conhecimento?

Como poderiam ser resolvidas as contradições entre as definições?

As definições do "alcooolismo" foram marcadas pela incerteza, o conflito e a ambiguidade. Isto foi colocado em evidência em 1941, por Bowman e Jellinek, na revisão das classificações explícitas e implícitas do alcooolismo. Em 1959 Marconi apresenta a mesma situação em sua revisão histórica do conceito (Keller, 1962:310) [citado por Menéndez, 1990:119]. Em uma revisão das definições, classificações, indicadores e estratégias terapêuticas realizadas por Menéndez e Di Pardo (1981) se conclui que não existe um acordo teórico além dos aspectos operativos, e que ainda aquela categoria diagnóstico que pretende ser mais precisa, o síndrome da

"dependência", aparece inconsistente entre quem a propõe. É necessário destacar que a maior parte destas definições foram elaboradas a partir de investigações desenvolvidas por cientistas europeus e dos Estados Unidos. Neste sentido, durante o século XVII e grande parte do XVIII, consideravam-se que as pessoas embriagavam-se por sua própria vontade e por seu próprio desejo. Durante o século XIX se manteve que a embriaguez e o excesso de bebida constituíam uma doença, no entanto à princípios do século XX a tendência foi centrada o princípio de que o álcool fosse o agente que produzia esta doença. Somente em 1957 a Associação Médica Estadunidense deu sua aprovação oficial e produziu uma declaração de que o alcoolismo é uma doença. A Organização Mundial da Saúde, organizou vários comitês de expertos até que em 1979, na 32ª Assembléia Mundial da Saúde, se consideraram de maneira prioritária os problemas relacionados com o consumo do álcool. Em 1983, na 36ª Assembléia se recomendou a formulação de políticas nacionais integrais e que se deram prioridade à prevenção do alcoolismo.

Na perspectiva médica, o alcoolismo é entendido inicialmente desde a perspectiva biológica (o impacto do álcool sobre o organismo), pelo que se considerou aos médicos clínicos como os únicos capazes de tratar esta doença. Posteriormente se reconheceu o componente psíquico, que se definiu como uma doença biopsíquica, hierarquizando-se a intervenção do psiquiatra em hospitais especializados. Apesar que a medicina considerou a existência de fatores ou componentes sociais no problema, a intervenção terapêutica foi orientada pelas decisões clínicas. A psicanálise contribuiu mediante terapias individuais ou de grupo. Finalmente nas últimas décadas se incorporou o fator genético dentro da causalidade do alcoolismo. Os cientistas sociais realizaram contribuições significativas desde os inícios dos anos 40, estas investigações socio-antropológicas propõem uma nova perspectiva para a compreensão do problema. Esta perspectiva foi desenvolvendo-se mediante contribuições conceptuais (que ainda não guardam consenso) e que partiram da discussão da normalidade / anormalidade para sociedades específicas. Nos anos 50 e 60 formulam-se as teorias da "desvio social" e inclusive aprofundaram-se a crítica dos modelos e práticas médicas. Se identificaram dos correntes principais nestas investigações, uma originada nos Estados Unidos e a outra no México. A produção do conhecimento antropológico sobre o alcoolismo, preocupou-se secundariamente sobre as conseqüências do álcool, pois centra-se prioritariamente nas funções econômicas, sociais, e sobre tudo culturais, do uso e consumo do álcool no processo de alcoolização.

Destes aportes emerge um modelo interpretativo que questiona o modelo médico, pois se propõe uma articulação entre o nível cultural e o psicológico, desbiologizando assim o problema. Este modelo hierarquiza os conceitos de:

a ansio-gênese (derivadas das condições de vida, insegurança na subsistência, e das situações aculturativas),

a desinibição de condutas reprimidas, o alcoolismo como reação anômica diante da sociedade,

a alcoolização como expressão simbólica das relações sociais (políticas e ideológicas) entre grupos sociais, inclusive entre as classes sociais,

o alcoolismo como expressão de desculturação.

A quase totalidade da investigação antropológica não define o alcoolismo como objeto de estudo, senão no contexto onde o álcool e o alcoolismo expressam funções e relações na sociedade e na cultura. Esta posição estabelece uma contradição fundamental com a perspectiva médica, na medida em que o enfoque antropológico toma como unidade de análise a cultura em uma sociedade dada, e é nela que a ingestão de álcool assume um padrão de "normalidade" (suporte à identidade, papéis, gênero, etc.) assim como as normas para identificar os desvios sociais (que na maioria dos casos o não beber é entendido como "anormal" ou como uma violação das relações estabelecidas). Deve-se destacar que nestas mesmas sociedades existem regras para reduzir a ingestão do álcool ou de não beber, sendo estas as exceções que se estabelecem à norma geral (segundo o sexo da pessoa, idade, estado de doença, etc.).

A alcoolização pode implicar que se institucionalizem determinados comportamentos que seriam punidos se a pessoa não estivera alcoolizada, como foi demonstrado pelo análise de 56 sociedades, onde a agressão realizada em estado de embriaguez era debilmente penalizada (Horton, 1943), ou como se observou entre os Tarahumaras (México) que o 90% de todas as infrações sociais são realizadas sob a influencia da ingestão do álcool (incluem-se agressões verbais, físicas e o adultério) existindo entre 60 e 90 oportunidades anuais para embriagês (Kennedy, 1963).

A perspectiva antropológica expressa a interpretação do problema em:

Uma concepção não patologizante do alcoolismo e em conseqüência adota uma posição não medicalizadora;

Um questionamento às posições biologicistas;

A necessidade de considerar o contexto social e cultural;

As características da conduta alcoólica como condicionadora dos limites sociais e culturais, e as transgressões que são definidas a partir das normas sociais e definições culturais da sociedade;

A alcoolização como expressão de processos socioculturais globais;

O "problema do alcoolismo" não se explica por o álcool, mas pelo processo de alcoolização.

Com respeito às estratégias de intervenção, a perspectiva antropológica questiona o seguinte:

O uso de estratégias curativas e preventivas que partem de um modelo de sociedade e que são aplicados em outras culturas (etnocêntricas), pelo que se propõe o uso de estratégias nativas para agir sobre o problema.

Oposição à políticas proibicionistas e abstencionistas.

Uma segunda reflexão nos confronta com os dilemas da intervenção frente ao problema: Quais seriam as estratégias de intervenção tanto a nível pessoal como a nível social? Quem realizariam estas intervenções? Como estas poderiam manter-se no tempo? Quais seriam as metas desejadas e possíveis de serem atingidas? As experiências de intervenção tanto clínicas como de saúde pública deram uma grande experiência (e problemas ainda não resolvidos). Entre estes se citam os seguintes:

Em geral, os médicos e enfermeiros mostram pouco interesse pelo alcoolismo (Arliaud 1976; Conrad & Schneider 1980; Calderón 1981: 29; Velazco Fernández 1981: 14; Edwards 1987).

O êxito terapêutico limitado estimula ao distanciamento médico da problemática (Pittman & Snyder 1962).

O diagnóstico médico é freqüentemente feito de maneira tardia, ou seja, quando o sujeito está com um alto grau de deterioração biológica e social (Sepúlveda 1969:91; Chafetz 1972:17) [citados por Menéndez 1990:125].

A carência de um diagnóstico preciso e de tratamentos eficazes se combinam para gerar uma baixa expectativa curativa, "foram instaladas tantas terapêuticas como variantes do próprio saber médico" (Bogani 1975:39) "este eclecticismo revela nossa pouca fé no resultado do tratamento que se supõe é específico" (Edwards, 1967) [citados por Menéndez 1990:129].

A pesar da importância dos fatores socioculturais, estes são escassamente incorporados nas investigações médicas, em 10 de 45 investigações sobre indicadores prognósticos de alcoolismo (Gibbs e Flanagan 1977) e em 2 de 129 estudos publicados entre 1940 e 1980 sobre tratamentos para modificar a conduta dos alcoólicos (Levinson 1981) [citados por Menéndez 1990:127].

Na maioria dos países ocidentais o tratamento do alcoolismo foi se reduzindo a um conjunto de medidas como a terapia de grupo, o conselho individual e familiar, a derivação à organização de Alcoólicos Anônimos, e à abstinência auto-controlada como objetivo curativo (Edwards 1988).

As políticas de prevenção do alcoolismo propostas pela OMS, despertaram sérias resistências, como a oposição das empresas produtoras e comercializadoras de bebidas alcoólicas, assim como de setores do Estado e da própria população (Menéndez 1990:153).

De outra parte, diversas investigações em etnopsiquiatria identificaram rituais terapêuticos específicos para o tratamento do alcoolismo, como o estudo dos yachac ou curandeiros indígenas de Lambayeque (na costa norte do Peru). O alcoolismo, segundo a definição cultural da população, é entendido como um dano ou doença produzida por outras pessoas a través das bebidas alcoólicas (A maioria das vezes associadas à enveja ou problemas afetivos). O tratamento se realiza diante um ritual nos quais se ingere a bebida alcoólica com o cactus San Pedro (*Trichocereus pachanoi*).

Segundo Chiappe (1985), a eficácia deste tratamento foi estabelecida para cerca de 80% dos casos tratados. A utilização ritual do San Pedro diz respeito a uma tradição cultural de mais de 3.000 anos (Blais & Bourget 1986).

A BUSCA DE ALTERNATIVAS

As perspectivas tanto médico-biológica, como da antropologia cultural, partem de paradigmas, métodos de investigação e unidades de análise, que não permitem a integração de suas conclusões. A Antropologia Médica e a Epidemiologia Sociocultural tentam estabelecer uma convergência das contribuições. Nos dois casos trata-se de dimensionar o problema em termos quantitativos e qualitativos, que permitam obter dados para uma análise explicativa e interpretativa e de articular as perspectivas éticas (a visão externa dos fatos) e émicas (a visão a partir do interior da própria cultura).

Estas duas disciplinas necessitam estabelecer uma análise histórica que permita compreender o processo de mudança sociocultural que se desenvolve nas sociedades. A sociedade e a cultura percebem e definem os elementos que incidem tanto para estruturar os fatores patogênicos como os fatores de saúde. Esta maneira de compreender a realidade se sustenta em uma base cultural que é afetada pelas influencias e os intercâmbios com outras culturas. Este processo pode ter conseqüências à gestação de novos problemas, especialmente se este se realiza em um curto período de tempo, e se o contato com outras sociedades se realiza desde uma posição subalterna ou é submetida pela imposição de poderes e modelos externos (políticos, econômicos, educativos, de saúde, etc.). A compreensão do processo saúde doença, em seu sentido mais amplo, isto é, entendido como um fenômeno, permite uma maior abrangência dos aspetos que a definem. Desde esta perspectiva teórica podemos obter uma explicação e interpretação do fenômeno em distintas culturas, evitando assim partir desde uma perspectiva estritamente médica e ocidental. A porta de acceso ao conhecimento está baseada nos relatos e na observação dos processos sociais e pessoais em cada cultura e nos conceitos e na maneira que são definidos tanto o bem-estar, como o mal-estar.

Na teoria e na prática podemos identificar os conteúdos e a articulação de três grandes sistemas:

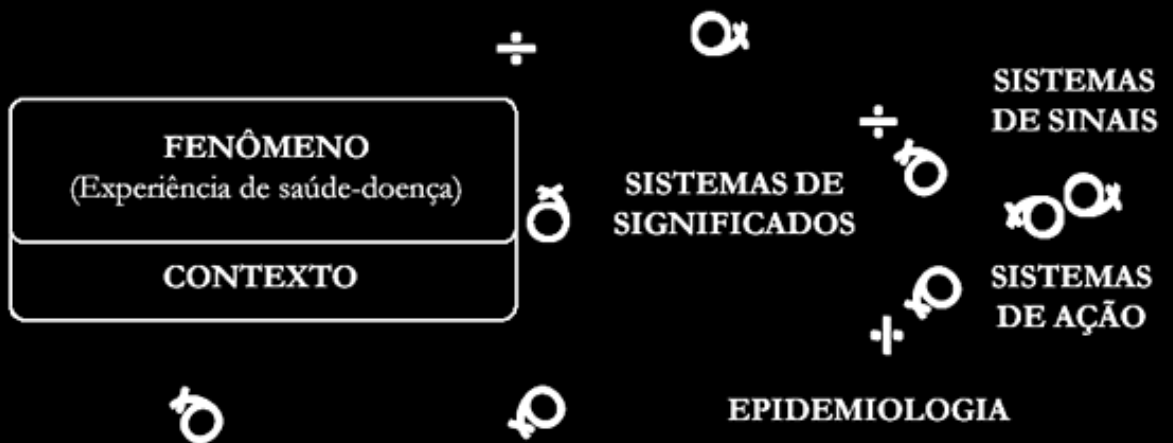
O sistema de significados dado pela cultura específica aos fatos, que com o auxílio da lingüística podemos aceder à compreensão das definições ideológicas que norteiam as sociedades.

O sistema de sinais ou de expressão destes significados, ou seja, entre outros, a nível lingüístico, a nível corporal (sintomas) ou a nível social. Estas expressões nos permitem a compreensão das taxonomias ou categorias hierarquizadas dos elementos que compõem, estruturam e definem o fenômeno. Gráfico 1

Gráfico 1

Perspectivas teóricas do estudo.

FENOMENOLOGIA E SEMIOLOGIA



ANTROPOLOGIA MÉDICA

SOCIOCULTURAL

CLÁSSICA

| Experiência fundadora coletiva | Dispositivos de saúde + Dispositivos patogênicos estruturantes | Hábitos e eventos de vida | Caracterização do problema (essencialmente de tipo quantitativo) |
|--|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> * valores * mitos * religião e espiritualidade * cosmovisão | Maneira cultural de organizar os fatores contribuintes à saúde e os fatores nocivos | Características comuns: <ul style="list-style-type: none"> * em nível social * por estratos ou classes | <ul style="list-style-type: none"> * conjunto de características comuns do problema * dimensão quantitativa * identificação das causas (cadeia epidemiológica) |

Os sistema de ação que faz referência às tomadas de decisões e práticas realizadas pela população. Isto deve ser entendido num sentido mais amplo que a simples análise dos "comportamentos", pois este tipo de aproximação teórica freqüentemente é centrada nas respostas individuais das quais se fazem inferências sociais. Os sistemas de ação das pessoas e da sociedade tem uma maior complexidade e necessariamente devem ser explicadas e interpretadas num análise integrado com os outros sistemas acima mencionados.

A partir destas pressuposições iniciamos um programa de prevenção do suicídio com a Nação Atikamekw, que habita a região noroeste da província do Québec, no Canada. Esta é uma população que habita em três comunidades sendo sua população total de 4.600 habitantes (em cada comunidade vivem 1.200, 1.600 e 1800 pessoas). Tanto a nível político como a nível financeiro o Conselho da Nação (indígena) guarda uma estreita dependência do governo federal canadense. 80% da população depende de empregos públicos nos serviços locais, e de outra parte, a condição de indígena dá direito à isenção de taxas provinciais e federais. Igual que nas outras nações indígenas de América do Norte, nas últimas décadas seus problemas foram se incrementando, o que gerou uma profunda preocupação entre as lideranças indígenas. Os problemas de suicídio, estupro e incesto, alcoolismo e o uso de drogas, violências de tipo conjugal, familiar e social, tiveram um incremento notável nas últimas décadas, a pesar de que cada comunidade tem todos os serviços básicos: moradia, água e esgoto, eletricidade, telefone, rádio e televisão comunitária, serviços sociais, de saúde e educação, polícia indígena, etc. Os problemas de saúde e bem-estar adquiriram um caráter endêmico e de uma gravidade tal como o mostram as cifras de impacto em indicadores de doença específicos: de 5 a 12 vezes mais que os mostrados pelo resto da população canadense. Suicídio, alcoolismo, toxicomanias e todo tipo de violências, se incrementaram apesar do desenvolvimento contínuo de programas. Em alguns casos, as intervenções profissionais em distintas regiões indígenas do Canadá agravou estes problemas. O programa de prevenção de suicídio, chamado em língua Atikamekw "Mikon", significa "pena" ou seja simbolicamente representa a estrutura da pessoa, sua leveza e fragilidade. A própria concepção do programa foi colocada em termos da busca do equilíbrio e do bem estar integral da população, propondo-se que mais que um combate ao suicídio o programa orienta-se para a reconstrução do sentido da vida.

Desde o princípio identificamos que os principais fracassos dos programas eram devidos à uma série de características dadas pela formulação dos mesmos desde o exterior da sociedade e cultura indígena, e onde os traços comuns estavam dados pela tecnificação dos problemas, a profissionalização e a institucionalização dos mesmos. O seja a definição tanto dos problemas como das necessidades da população estavam enquadrados pela percepção e conceitos de profissionais provenientes não só de uma sociedade externa, mas também dentro de um contexto de relações históricas e sociais onde "o índio" é situado num papel dado pelos modelos de colonização e neo-colonização.

A complexidade dos problemas sociais (uso do álcool, droga, violência, estupro, incesto, suicídio, etc.) são sujeitos de um reducionismo técnico na medida que cada um é analisado separadamente pelos especialistas de determinado domínio de conhecimento, conseqüentemente a intervenção nos problemas fica nas mãos dos profissionais como os únicos capacitados para solucioná-los, e dentro de uma lógica da organização institucional. Como conseqüência das intervenções (usualmente individuais) se gera uma ruptura social e cultural na medida que aprofunda a desvalorização das capacidades sociais dos modos culturais de propor soluções, e da geração de uma dependência de profissionais (especialistas) e de recursos externos à realidade local. Ainda que muitas técnicas médicas hajam demonstrado sua eficácia terapêutica, a pessoa sujeita a estes tratamentos fora do contexto comunitário, ao seu retorno ao meio quotidiano de vida, fica imersa no conjunto de fatores que determinaram os problemas, produzindo-se a recaída e um ciclo crônico de tentativas de tratamento e fracassos sucessivos.

A primeira definição adotada pelo programa foi de que os responsáveis da solução dos problemas seriam os próprios indígenas, e toda intervenção profissional deveria ser somente de apoio a os gestores do programa. Esta definição implica um duplo desafio, pois a tendência imposta no desenvolvimento das pesquisas e intervenções, é sempre entregue aos expertos ou especialistas provenientes do exterior da cultura e sociedade local. De outra parte, as organizações indígenas ficam dependentes tanto das necessidades financeiras (geralmente provenientes do exterior de sua sociedade) quanto da subordinação ideológica de soluções técnicas importadas em sua totalidade. Como conseqüência, a maioria das possibilidades de solução de certos problemas, ficam limitadas na incorporação de alternativas endógenas assim como da sustentabilidade das intervenções propostas.

Uma conseqüência grave está dada pela falta de participação da população e das organizações indígenas tanto nas propostas como na ação para superar e prevenir os problemas. No nível social, muitos destes problemas implicam um esforço de reconhecimento e reflexão no processo de mudança da própria sociedade indígena, conseqüentemente a análise da perda de poder de agir sobre si mesmos e sobre os as influencias de pessoas, instituições, e da sociedade envolvente como um todo.

A segunda definição adotada foi que as categorias de problemas foram definidas pela população, evitando toda visão fragmentada dos mesmos, e que gera uma oposição fundamental com a visão e compreensão indígena. Neste sentido entendemos que a condição de deterioração social e pessoal está dada por um processo de acumulação de problemas, por que a alcoolização e a drogadição, violências (de todo tipo) e suicídio estão interligados uns aos outros (desde o ponto de vista ocidental estes seriam causa e/ou conseqüências simultâneas segundo o tipo de análise utilizado).

No gráfico da página seguinte se mostra o processo de vivência dos problemas: Neste processo se destaca a importância do meio ambiente imediato, ou seja a família ou as tentativas da constituição de outros meios de afinidade, amparo e identidade, como a "gangue", no caso em que o meio familiar se constitui como um ambiente rejeitado pelas crianças. A ausência de lazer, o temor às violências (geralmente noturnas), ou o sentimento de abandono e de falta de afetividade, fazem as crianças fugir do lar, sendo a rua um dos espaços de liberdade e de associação com outras crianças que vivem os mesmos problemas¹.

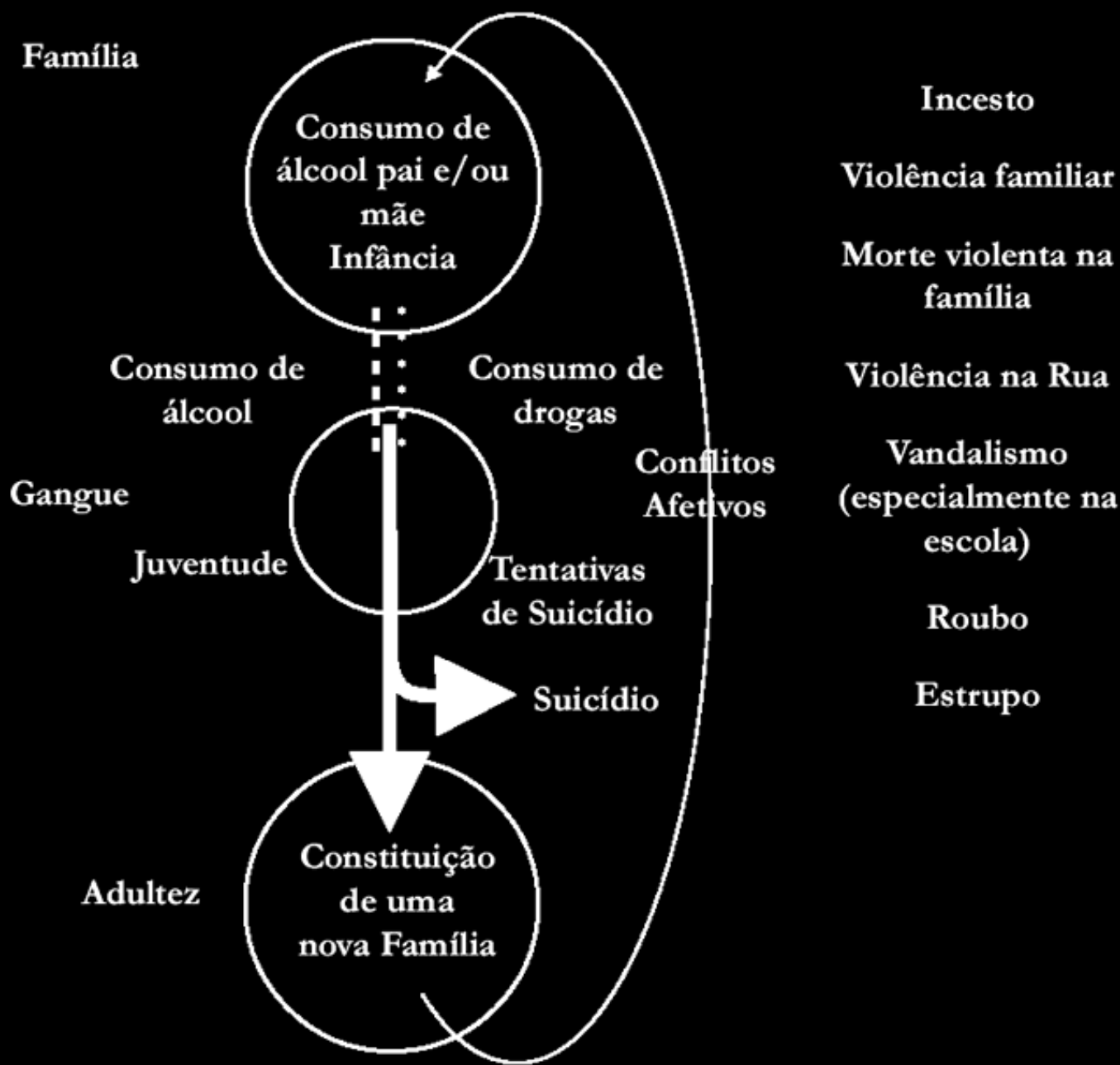
¹ Na comunidade de Opiticiwan encontramos crianças, já a partir dos dez anos, na tentativa de constituir-se como parceiros, e as vezes ensaiando de morar como casais (na escola e na rua).

Gráfico 2

Processo de vivência de problemas.

Contexto Imediato de Referência

Vivência de Problemas



Desta posição, os sujeitos de trabalho são os modelos de vida, os processos integrais que acompanham os eventos de vida, os fatores que irrompem para estabelecer o sofrimento e a experiência de doença e mal-estar. Isto implica entender a pessoa e a família como uma expressão ou emergente da sociedade, e a sociedade como uma resultante não somente das capacidades dos membros que a compõem, mas também das influências que contribuem para produção de fatores causais de problemas.

Mas a questão fundamental foi tratar de entender onde e como o ciclo de deterioração da sociedade começou. Os próprios anciãos e pajés das comunidades perceberam e analisaram esta mudança na sua vida e de seus valores tradicionais.

Um dos fatores mais traumáticos da sociedade indígena foram as políticas de integração forçada através de 80 "pensionatos" ou escolas religiosas desde os anos 40 até 1969. Por estes internatos passaram cerca de 100.000 crianças, que inclusive foram levadas por uma polícia especial nos casos em que os pais não os haviam enviado de maneira voluntária. O corte de cabelo, a mudança da vestimenta tradicional, o ensino da língua (inglês e francês) e dos conhecimentos da cultura ocidental foram os instrumentos de aculturação privilegiados. Durante os anos 90, a sociedade canadense foi comovida pelas denúncias de estupro feitas pelos indígenas adultos. Os primeiros eventos foram já de 1948, em Onion Lake e só em Fort Alexander (na

província da Columbia Britânica) foram investigadas pela Polícia Federal (Gendarmerie Royale du Canada), 117 denúncias de estupro. Em 1991 a ordem dos padres Oblatos apresentou desculpas públicas devido a aceitação de culpabilidade de alguns padres, julgados e condenados pela justiça (hoje alguns deles com mais de 80 anos de idade foram presos na cadeia). Em 1996 estes fatos foram registrados e reconhecidos pela Comissão Real de Investigação Pública, fazendo-se público um documentário difundido pela televisão (Société Radio Canada) com depoimentos das vítimas e testemunhas destes eventos, assim como a decisão do atual governo de pagar uma indenização às vítimas.

A passagem de grande parte da população por esta experiência, contribuiu à desestruturar tanto a organização social como à desvalorizar a cultura. Segundo a explicação de Charles Cocoo, líder tradicional de Wemotaci, o processo foi o seguinte:

"A população ficou convencida que era uma cultura inferior, que não estava capacitada para viver na sociedade canadense, que os valores mantidos pela sociedade indígena não tinham validade. Os jovens deixaram de acreditar nas costumes e crenças. Esta insegurança foi acrescentada pela rejeição de sua integração na sociedade mas ampla, e eles ficaram sem nenhum referencial ou enquadramento de sua vida. A autoridade dos anciãos e dos pais de família foi anulada, e aí se perdeu o respeito dos uns pelos outros. A violência foi expressada em todos os níveis, na sexualidade (estupro e incesto), na agressão e autoagressão (assassinatos

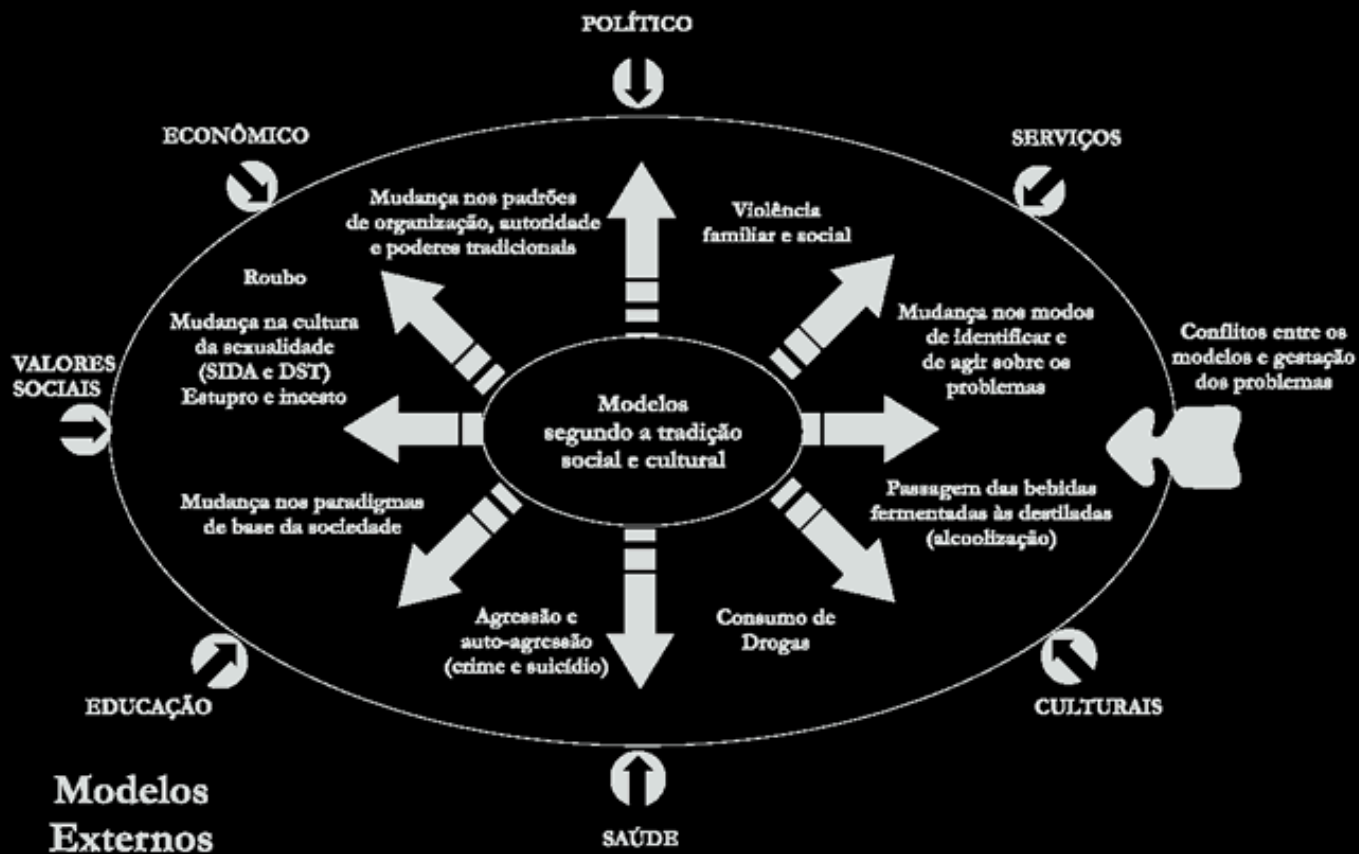
e suicídio) devido a incapacidade de elaborar esta problemática, na perda do território ancestral, onde se incrementou a exploração dos bosques e a implantação de hidroelétricas no território indígena. Todo este "mal de viver" incrementou de maneira significativa o uso do álcool e mais recentemente o consumo de drogas entre os jovens." (.) "Nos cortaram as ramas, quebraram o tronco de nossa árvore, mas não puderam matar nossas raízes". Roger Echequan, líder espiritualista da comunidade de Manawan, explicou: "Em nossa tradição os pais falam da vida, das árvores. A vida deve ser como antes, sagrada, antigamente não tínhamos nenhum suicídio, nem assassinatos. Esta árvore é sagrada, tem uma sombra onde cada um vive protegido, a árvore te nutre com a folha e o fruto" "Devemos recuperar nossas crianças, porque em nossa língua criança significa pequena luz, e a luz da pessoa é tão forte que pode ver outros seres" "No círculo da vida, tem que passar dez ou vinte vezes, ainda que seja difícil recomeçar." "Hoje os jovens sentem-se perdidos:

eles são negligenciados pelos pais, as religiões católica e protestantes combatem nosso pensamento espiritual tradicional, e os jovens tampouco acreditam neles, eles são influenciados pela sociedade de consumo material e acham que podem ter tudo o oferecido pela televisão" (.)

"O mundo vai retornar à terra, o homem branco deverá mudar, mas se não muda, ele se destruirá a si mesmo" "Tem que trabalhar com o espírito, o mundo moderno está acabando com ele". A maneira de síntese se apresenta um gráfico que mostra o conflito entre os modelos que operam desde o exterior e os próprios da sociedade e cultura indígena. A terceira definição foi que em cada comunidade trabalhasse um "animador comunitário", com formação contínua mediante o método reflexivo - crítico, que realizasse encontros com grupos da comunidade, e que permitisse a interrelação dos programas já implantados na comunidade.

Gráfico 3

Mudança sociocultural e novos problemas nas populações indígenas.



Os animadores comunitários realizam intervenções em casos pessoais (consulta de problemas) e estabelecem uma referência ao Centro de Saúde ou Hospital segundo a gravidade dos mesmos. Em termos do trabalho de grupo, todas as atividades estão centradas na prevenção primária e a pósvenção logo após eventos graves (tentativas de suicídio com internação hospitalar, e amigos e familiares da pessoa morta). Os grupos de jovens desenvolveram numerosas atividades de reflexão, encontros e demandas reivindicativas com as lideranças da comunidade, conseguiram suspender a venda de álcool os dias de encontros e de festas tradicionais, e durante as mesmas estão ajudando as pessoas que já realizaram tratamentos de desintoxicação alcoólica e de drogas, a retornar as cerimônias tradicionais (sweetlodge / haute sudation) para uma reflexão sobre os atos de sua vida. No caso que a população não aceite estas cerimônias (por razões de pertença a grupos católicos ou evangélicos) somente continua-se com os grupos de reflexão e com a busca de propostas para solucionar os problemas.

Implementaram-se numerosas atividades de curto prazo que permitiram responder às necessidades imediatas de suporte social, de estímulo da solidariedade, de conhecimento de sua própria história, cada ano retornaram-se ao hábito de estabelecer acampamentos nos bosques, incrementou-se a participação na caçaria ritual do urso, e se estão estabelecendo intercâmbios e visitas entre as comunidades Atikamekw e com outras nações indígenas do Canadá. A quarta definição foi a criação de um Comitê de Gestão do Programa, constituído por um jovem eleito por cada comunidade, um representante dos serviços de saúde e um dos serviços sociais de cada comunidade além dos três animadores comunitários. Este Comitê é um âmbito de reflexão, de avaliação e de tomadas de decisões com respeito ao Programa, assim como o mediador com as autoridades indígenas. O conceito de base foi estabelecer um espaço de gestão mais autônomo tanto das estruturas burocráticas, quanto do Conselho da Nação como das outras instituições (Universidade, Governo, etc.).

Os arranjos financeiros são discutidos neste Comitê, e os respectivos representantes fazem a gestão de compor o orçamento e buscar os fundos necessários. No caso deste projeto, cada Conselho de Banda (organização indígena de cada comunidade) contribui com parcelas igualitárias, outra parcela é alocada pela Direção dos Serviços Sociais do Conselho da Nação, totalizando 90% do orçamento. Como recurso externo foi o Ministério de Saúde quem contribuiu ao Projeto com apenas o 10%, apesar de que no ano passado o suicídio foi considerado como um problema prioritário no Canadá. Na prática o trabalho do Comitê constitui um esforço de articulação entre os programas já existentes nas três reservas indígenas, como: "Prevenção e controle das toxicomanias" (entre crianças e jovens), "Parentes responsáveis" (coordenados por psicólogos residentes nas

comunidades e orientado às reflexões dos problemas familiares), "Prevenção e controle da violência familiar", assim como os serviços regulares dos serviços de saúde, em especial no atendimento e acompanhamento das tentativas de suicídio. Em termos específicos do processo de alcoolização, podemos identificá-lo como um fenômeno que acompanha o conjunto de problemas, a maioria das vezes como catalisador de atos agressivos ou auto-agressivos. Mais também podemos destacar que ainda que as bebidas sejam consumidas desde a juventude, estas vem sendo suplantadas ou deixadas em um segundo plano pelo consumo de drogas. Se considera que o consumo de álcool alterna e coexiste com as drogas, a maioria das vezes, durante a experiência de problemas se estabelece muito cedo um consumo de álcool (10 anos), logo incorpora-se a prática de aspirar solventes (até os 12 - 14 anos) logo se inicia o consumo de diversos tipos de drogas (marihuana, cocaína, heroína, etc.). Estas últimas drogas tiveram um incremento notável nos dois últimos anos, incluso com a atual venda e distribuição por alguns indígenas no interior das reservas indígenas.

Podemos entender as tentativas de suicídio e o suicídio como atos que expressam a gravidade do conjunto dos problemas vividos pela população, o que neste caso é entendido como um indicador agregado da tensão social e da impotência pessoal e social para com a solução dos problemas que permeiam todos os níveis de vida da população. Em 1996, na província de Québec a taxa de mortalidade por suicídio foi de 19,4 x 100.000 habitantes³, e no Canada 13 x 100.000 Canadenses⁴. Em termos de comparação, observamos uma taxa de mortalidade por suicídio de 3,5 à 5 vezes mais elevada no total da população residente nas comunidades Atikamekw.

Neste mesmo ano se observam as taxas respetivas no quadro seguinte:

Quadro 1.

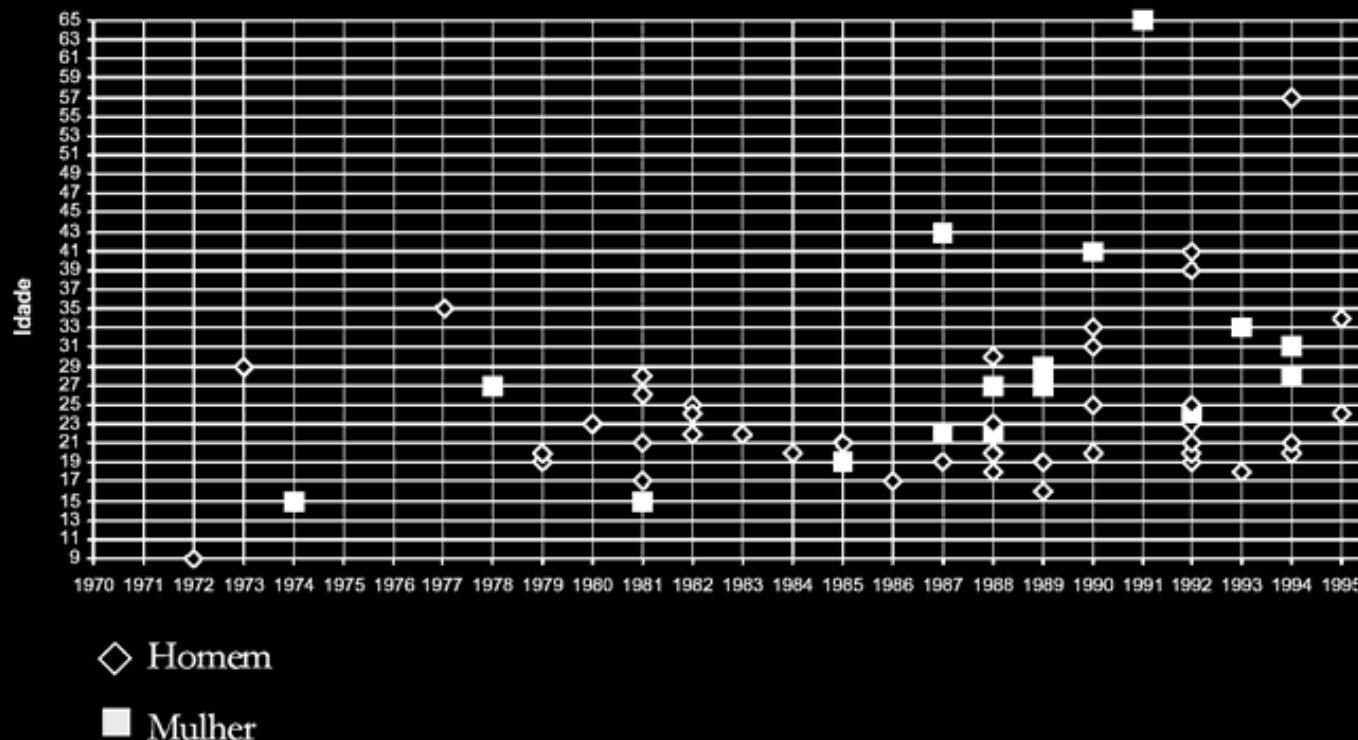
Taxas de suicídio nas comunidades atikamekw 1996.

| Taxa de suicídio (x 100 000) | Wemotaci | Manawan | Opiticiwan | Total |
|-------------------------------------|----------|---------|------------|--------|
| Taxa bruta do total da população | 103,09 | 63,45 | 55,40 | 68,94 |
| Taxa bruta x população 16 – 20 anos | 0 | 862,07 | 507,61 | 682,59 |
| Taxa bruta x população 21 – 25 anos | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Taxa bruta x população 26 – 30 anos | 1176,47 | 0 | 0 | 317,46 |
| Taxa bruta x população 16 – 25 anos | 0 | 378,78 | 271,00 | 432,9 |
| Taxa bruta x população 26 – 35 anos | 662,25 | 0 | 0 | 242,13 |

Entre 1972 e 1998, houve um total de 32,6% de óbitos causados por violências e 7,8% por suicídios. No gráfico seguinte se observam a totalidade de casos de suicídio nas três comunidades, segundo idade e sexo em cada ano de ocorrência.

No gráfico, podemos observar o aumento progressivo do número de suicídios, e, particularmente, uma progressão de coorte, assim como novos casos juvenis que tiveram ocorrência a partir dos anos 80.

Gráfico 4



De outra parte, a frequência dos suicídios do sexo masculino (que variam nas distintas comunidades entre 66% e 75%) é maior que do sexo feminino (entre 25% e 33%), esta situação é semelhante às encontradas nas maiorias das sociedades. Os atos de suicídio ou de tentativas de suicídio são produzidos em momentos de crises onde se observa o consumo de álcool e/ou de drogas.

Nossa experiência sobre a análise da vida das pessoas que se suicidaram, nos mostram um processo de acumulação de problemas, na qual não puderam encontrar uma solução que permitira justificar a continuidade de sua existência. A perda do sentido da vida, mostra a busca e o uso de substancias que permitiria tentar de mudar sua realidade, mais o sentido individual de solidão, o contexto familiar de conflito contínuo, a falta de respostas integrais e satisfatórias dos serviços disponíveis, evidenciam uma fadiga chamada "O mal de viver" e a quase impossibilidade de escapar aos mecanismos e regras já implantadas na sociedade e na cultura local. Nossa perspectiva teórica centrada nos fatos sociais, nos obrigou a prova de outras hipóteses respeito ao suicídio, por exemplo nos países nórdicos diversas pesquisas mostraram evidencias epidemiologicas da relação entre a depressão e o suicídio, conseqüentemente associaram o aumento dos suicídios na população do hemisfério norte ao inverno, onde a diminuição da luz solar é mais significativa. Este fator ambiental foi hierarquizado ao ponto de subestimar as relações sociais e especialmente as características culturais da população.

Na população Atikamekw encontramos que as atividades sociais são mais intensas durante o inverno (caça na floresta, permanência por grupos em tendas protegidos do frio, etc.) o que permite uma maior interação das pessoas, que permite a retomada de valores da sociedade (solidariedade, confiança nos outros, apoio, assistência, etc.) aumentando assim os fatores de proteção (copying). No verão as atividades são orientadas aos centros urbanos, onde os padrões de individualismo e consumo da sociedade envolvente constituem a norma, estabelecendo assim, novos ciclos de crise na mudança sociocultural. Em geral, as intervenções não são apontadas para o "combate" a um problema específico, ou a um aspecto do mesmo (álcool, droga, traficante, etc.). Se busca uma resposta global às condições psicossociais de base da população. Por exemplo, entre os jovens uma condição fundamental era de recuperar um "espaço" social e pessoal na comunidade (nas organizações locais, o direito à palavra, etc.) que permitira o reconhecimento de suas próprias capacidades integrais para discutir, entender e propor soluções aos problemas diante as autoridades, os serviços, e na estrutura do próprio Conselho da Nação Atikamekw.

A palavra dos jovens permitiu abrir um espaço territorial e social de reflexão, a reconstrução de laços de

valorização pessoal e social, uma melhor identificação dos novos fatores que influenciam ou geram os problemas, uma maior clareza nas necessidades de apoio pessoal e social, tanto ao interior como ao exterior de sua sociedade e sua cultura. Em 1997, pela primeira vez organizou-se um Congresso de jovens, onde mais de 300 participantes discutiram os principais problemas da sociedade indígena, especialmente os derivados das drogas, da violência e do suicídio.

CONCLUSÕES

1. Podemos entender a alcoolização como uma expressão dos sinais de um processo de deterioração da pessoa e da sociedade; estas duas últimas noções têm definições dadas pelas culturas onde o fenômeno se apresenta.
2. Este não é só um processo isolado onde a pessoa tenta sublimar a realidade mediante a consumação de álcool, ele se encontra num contexto de problemas onde não se pode obter uma solução satisfatória aos estados de sofrimento.
3. Neste processo encontram-se diversas associações com outras alternativas de consumo de diversas substâncias ou tóxicos, onde a significação do ato só manifesta a intensidade emocional das situações vividas.
4. As manifestações deste processo evidenciam o aprofundamento das situações de crise e da perda das capacidades para manter o "equilíbrio" pessoal e social. Esta noção de equilíbrio é definida culturalmente, e se vincula aos valores e normas aceitas na sociedade. O conjunto de manifestações constitui um quadro mais complexo, onde se salientam os atos de violência seja contra outras pessoas ou seja contra si mesmo.
5. O desenvolvimento no tempo do processo de alcoolização, adquire também um importante significado coletivo, na mudança socio-cultural. Isto acontece especialmente quando se estabelece um consenso social, seja sobre a caracterização de determinadas pessoas ou grupos, ou na ritualização (pessoal ou coletiva), onde os tabus são eliminados ou substituídos. Neste caso as consequências do processo vão ser contidas numa "tolerância" ou numa "coexistência" com o fenômeno, onde se manifesta as limitações ou incapacidade das pessoas ou da sociedade para reagir diante das novas situações, ainda que estas sejam de alta significação, como a morte, a violência doméstica (especialmente contra as mulheres e as crianças), as brigas e o suicídio.
6. O álcool e as outras substâncias, são elementos que permitem catalisar o mal-estar que é o pano de fundo da problemática vivida pelas pessoas e a população em seu conjunto. Neste caso devemos olhar os múltiplos fatores que interagem, tanto na construção de problemas, quanto na relação de forças para neutralizá-las ou superá-las. No caso das populações indígenas, as características dos processos históricos são fundamentais para entender o impacto e tipo de contato mantido com a população não indígena, e as mudanças, tanto materiais, como psicossociais, resultantes desta experiência.
7. Estes elementos poderão explicar melhor o porquê se bebe, quando se bebe, e quem bebe, o que também não deve nos permitir esquecer e entender o quem e porque não bebe.

BIBLIOGRAFIA

Arliaud A. "La demarche du sous-traitant. Une approche titubante de l'alcoolisme". Sociologie du travail, 4: 363- , 1976.

Blais J. e Bourget S. "San Pedro: cactus magique" Psychotropes Vol.III, No.1, 1986: 27-32.

Calderón G. et al. "Respuestas de la comunidad ante los problemas relacionados con el alcohol".

Instituto Mexicano de Psiquiatria. México D.F., 1981. Conrad P. e Schneider J. "Deviance and medicalization. From Badness to Sickness". The C.V. Mosby. St. Louis, 1980. Chiappe M., Lemly M., Millones L. "Alucinógenos y Shamanismo en el Perú Contemporáneo". Ediciones el Virrey.

Lima, Perú. 1985. Edwards G. "El alcoholismo como um problema médico importante" *Salud Mental* 10 (2): 26-, 1987 Edwards G. "Tratamientos 170" *Boletín OPS*, 104(3): 273-, 1988. Horton D.

"The Functions of the alcohol in primitives Societies: a Cross-cultural Study" *Quarterly Journal Studies alcohol*, 4: 199-, 1943. Kennedy G. "The Tesguino Complex: the Role of Beer in Tarahumara Culture" *American Anthropologist*, 65: 620-, 1963. Menéndez E. "Morir de alcohol. Saber e hegemonía médica".

Alianza Editorial Mexicana. México, D.F., 1990. Menéndez E. e Di Pardo R. "Alcoholismo I. Características e funciones del proceso de alcoholización" Cuaderno 56, Casa Chata, México 1981. Pittman D. e Snyder Ch. (eds.) "Society, Culture and Drinking Patterns" Willey & Sons. N.Y.

Strong P. M. "The Ceremonial Order of the Clinics". Routledge & Kegan Paul. Londres 1977. Velazco F. M. "El futuro da psiquiatria institucional en México".

Salud Pública XVI (5): 795-, 1974.



Artigo 9

ALCOOLISMO EM POPULAÇÃO TERENA NO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL - IMPACTO DA SOCIEDADE ENVOLVENTE

Aguiar, J.I. A.; Souza, J. A

Professores do Departamento de Clínica Médica/CCBS/Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

INTRODUÇÃO

O alcoolismo, conhecido em quase todas as culturas, é um dos problemas mais prevalentes e, de acordo com Materazzi (1985) e Masur (1984), é considerado tão antigo como o próprio homem. É um problema de saúde pública por se constituir em fator importante na criminologia, nos acidentes de trânsito e no absenteísmo. A ABEAD (Associação Brasileira de Estudos do Alcool e Outras Drogas) mostra que o álcool e o alcoolismo é responsável por 75% dos acidentes de trânsito com mortes; 30% das ocorrências policiais; constitui-se na terceira causa do absenteísmo e responde por 40% das internações psiquiátricas.

Mobiliza uma grande quantidade de recursos financeiros e é um constante desafio nos diferentes níveis de prevenção. Algumas culturas apresentam maior permissividade e, em consequência, apresentam proporção diferente de alcoolistas. O Ministério da Saúde mostra, por meio do Datasus que em 1998, dentre as 426.602 internações por Transtornos Mentais, a proporção das internações das pessoas com alcoolismo foi de 20,6%. Dentre estas internações, a proporção homem-mulher foi de 11:1 e que cerca de 50% se deu antes dos 30 anos de idade, em plena idade produtiva.

Em relação aos dados de prevalência do alcoolismo, Souza (1996), em revisão, mostra que as proporções em diferentes países variam de 7,4% a 13,0%, de acordo com diferentes métodos. No Brasil (ver Anexo 1 pág. ...), estas taxas também variam de 3,0% a 12,1%. Estas diferenças podem ser explicadas pelos diferentes critérios-diagnósticos utilizados ou pelas diferentes metodologias, reforçadas pelas dificuldades diagnósticas próprias de uma patologia de instalação lenta. É conhecido o trabalho de Boyd (1983) que, examinando a mesma população usando sete instrumentos diagnósticos diferentes, encontrou resultados muito diferentes. A instalação do alcoolismo, ou a sua passagem do beber social recreacional até o beber abusivo chegando à dependência, pode levar anos, sendo estimado por Glitow e Peyser (1991) em 5 a 15 anos e em 10 anos, de acordo com Matos e Karniol (1985), enquanto que Dantas (1985), trabalhando com mulheres, considera um menor tempo de instalação. Desta forma, a maior dificuldade é o reconhecimento da condição patológica em estágios precoces da dependência. Um fator que vem facilitando o diagnóstico precoce foi a adoção dos critérios de dependência preconizados pela OMS por meio do CID/10 (1993) e que teve como base a Síndrome de Dependência Alcoólica idealizada por Edwards (1976). Desta forma, buscou-se uma maior confiabilidade no diagnóstico individual.

ETIOLOGIA

Sempre houve uma preocupação na verificação se os alcoolistas se constituíam em uma população diferenciada ou se diferentes culturas/etnias tornavam ou não determinados grupos em predisponentes ou mais vulneráveis. Talvez por isto seja o alcoolismo uma das patologias mais estudadas, concluindo-se por sua característica multicausal em que os fatores biológicos, psicológicos e socioculturais estão sempre presentes, sendo que nenhum de forma isolada seja suficiente. Assim, quanto aos aspectos hereditários são aceitos os trabalhos em que há uma maior concordância da conduta do beber patológico entre os gêmeos monozigóticos

que entre os gêmeos dizigóticos. Também a maioria dos estudos de adoção mostram que homens cujos pais biológicos eram alcoolistas apresentam maior probabilidade (3 a 4 vezes) de serem alcoolistas do que os filhos biológicos de não alcoolistas.

Ainda apontando para a vertente biológica a ação da enzima Aldeidodesidrogenase responsável pela transformação (oxidação) do aldeído acético (produto do álcool etílico) que traz uma série de efeitos no organismo e sentidos como mal estar, em acetato que é uma substância inócua para o organismo. Quando há uma redução desta enzima, o aldeído acético fica mais tempo no organismo favorecendo as reações de mal estar. Quando há um aumento desta enzima, o aldeído acético fica menos tempo e com menos sensações de mal estar, facilitando a conduta de continuar a beber. Entretanto, a interpretação de que esta enzima teria uma ação uniforme nas diferentes etnias não é aceita, havendo controvérsias.

Quando considerados os aspectos psicológicos, são muitos os fatores que parecem facilitar uma conduta mais consistente da ingestão de bebidas alcoólicas. Assim as pessoas tímidas, dependentes e ansiosas teriam segundo Vaillant (1999) uma maior vulnerabilidade psíquica para a dependência. Vários autores, entre eles Vargas (1985), Cardo e Fortes (1991) se reportam ao trabalho de Horton (1943) mostrando que o alcoolismo atinge as populações de forma diferente. Entre estes autores se pontua Edwards (1999) quando discorre sobre os fatores culturais envolvidos no alcoolismo reafirmando que diferentes posturas frente ao uso do álcool determinam padrões diferentes de respostas. Assim, é aceito que a cultura se constitui num importante fator determinante na proporção de alcoolistas. Talvez o exemplo mais citado seja o da cultura judaica com história de beber bastante e apresentar menor proporção de alcoolistas. Inúmeros estudiosos, entre eles Ramos e Bertolote (1990); Shuckit (1991); Madden (1986); Masur (1984) explicam que na cultura judaica o beber é determinado rigorosamente em algumas festas e ocasiões rituais. Isto levaria à "uma educação do beber" e com isto uma pequena proporção de dependentes ou de bebedores problemáticos.

Raciocínio semelhante é feito por Alonso-Fernandez (1988) com a cultura chinesa. A hipótese geral é que as culturas que apresentam maior permissividade quanto ao uso de álcool mas de uma forma disciplinada pode apresentar proporções mais baixas, enquanto que as culturas mais permissivas e sem controle podem apresentar maiores proporções. Outro exemplo disto é o dos irlandeses, que apresentam proporções mais baixas na Irlanda e mais altas nos Estados Unidos. Em culturas menos permissivas haveria menos proporções de alcoolistas como entre os muçulmanos.

Quando se trata de alcoolismo entre populações indígenas os dados também suscitam discussões. Alonso-Fernandez (1988), recorda que a elevada taxa de alcoolismo entre os índios norte americanos tem sido atribuídos a características genéticas étnicas, ou fisiológicas como uma maior vulnerabilidade expressas no "flushings" e a necessidade de maior tempo para a recuperação de seus efeitos. Madden (1986); Cardo e Fortes (1991); Shuckit (1991) e Garcia Andrade (1997) entre outros reconhecem e apontam para as taxas mais elevadas de alcoolismo entre os índios norte americanos e os esquimós responsabilizando os fatores sócio-culturais para esta diferenciação e apontam que com a colonização houve mudança na forma de beber sendo diferente das formas tradicionais desta cultura. Perderam-se as formas cerimoniais de beber. Vários autores mostram as diferentes taxas de dependentes entre as diferentes culturas e Wanberg et al. (1978) demonstra que entre brancos, negros e hispânicos os índios apresentavam maiores taxas de alcoolismo e ainda apresentavam prejuízos em relação à todas as variáveis sócio-econômicas e associou estas diferenças com a desagregação cultural. Nesta vertente Young (1988) associa os problemas de álcool e outras doenças à transição epidemiológica; Shore e Fumetti (1972) acham que a mudança no padrão de bebida tenha influenciado sendo responsável por um aumento das prisões em 12 vezes em relação à população não índia. Shore et al. (1973); Walker et al. (1994) ainda apontam para outro fator considerado importante e diferente da população não índia é de que os estudos apontam que além das altas taxas de alcoolismo nos índios americanos se dão entre os mais jovens, e O'Neil e Tereza (1996) explicam as maiores taxas entre os jovens se dá como mostra de coragem, humor e talvez por estarem mais distantes dos valores tradicionais.

Garcia-Andrade (1997) fecha esta questão lembrando que ainda não há evidências consistentes suficientes para considerar uma "vulnerabilidade" indígena, contrariando as conclusões do Committee on Cultural Psychiatry of APA (1996) que considerou que os indígenas americanos são mais vulneráveis para a dependência alcoólica, e também reconheceu a importância das diferenças étnicas (mostra a proporção de 14% de alcoolismo entre os Navajos contra taxas de até 42% entre outros grupos); diferenças entre aldeados (14%); e os que migraram para as cidades (cerca de 40%).

Considerando que o tempo necessário para a instalação da dependência é grande seria esperado que apenas adultos apresentassem já quadros instalados, porém Sherwin e Mead (1975) descreveram o atendimento de

um menino índio com 9 anos de idade em quadro de delirium tremens, condição esta indicadora de dependência. Lembram ainda que nos últimos anos haviam atendido 42 crianças com pelo menos 4 episódios de intoxicação alcoólica. No Brasil são poucos os trabalhos a este respeito havendo entretanto reconhecimento no estigma e na discriminação quando se refere ao índio como indolentes, preguiçosos e bêbados. No Estado do Mato Grosso do Sul está a segunda população indígena do país, estimada por Mangolin (1993), em 51.000 pessoas, sendo os dois povos mais populosos os Terenas e os Guarani-Kaiowá, também há a ausência de estudos mais consistentes sobre o tema. Albuquerque, Souza et al. (1997), realizaram uma estudo de prevalência num conjunto de aldeias da Nação Terena, distantes cerca de 30 km da cidade de Sidrolândia, numa população de 1278 pessoas e encontraram uma prevalência na população geral de 9,8% (18% entre os homens e 0,8% entre as mulheres. Entretanto quando considerada a população acima dos 15 anos estas taxas se elevaram para 18,8% na população (28,7% entre os homens e 1,7% entre as mulheres). Para melhor conhecimento deste fenômeno é que este trabalho foi realizado com os objetivos de verificar a prevalência de alcoolismo numa população indígena da Nação Terena designada de Aldeinha Tereré, com menos de 300 pessoas, situada na periferia de uma cidade de pequeno porte (Sidrolândia), que conta com uma população de cerca de 15.000 pessoas, e comparar os resultados com os resultados obtidos no estudo da população aldeada, anteriormente estudada.

MATERIAL E MÉTODOS

DESCRIÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em 2 locais. O primeiro local foi formado por um conjunto de aldeias (Buriti, Córrego do Meio e Água Azul) situados a cerca de 30 km das cidades de Sidrolândia e Colonia Dois Irmãos do Buriti. Trata-se de uma área com cerca de 1000 hectares onde o afastamento faz com que sejam guardados características próprias, o que não seria encontrado em aldeias localizadas na periferia das cidades. Reis (1996) relata que sua organização data do início do século. Acreditamos que neste local há maior probabilidade da manutenção de suas características culturais. Também, recentemente foi realizado neste local uma pesquisa sobre a prevalência de alcoolismo. Neste local não há uma distribuição organizada das residências, não há arruamento e nem guardam uma distância determinada. As casas são predominantemente de pau a pique, cobertas com folhas da palmeira buriti, água de poço, esgoto a céu aberto, sem banheiro, sendo comum a fossa. Há luz elétrica nas três aldeias.

Os recursos comunitários, estão presentes na forma de um posto de saúde, uma igreja católica, várias igrejas evangélicas, escolas, um posto de distribuição de gás e um telefone público. O transporte mais usado pelos habitantes para seus deslocamentos é a bicicleta, em geral utilizada pelos homens. A água utilizada provem dos córregos próximos e alguns poços, mas sem o devido tratamento, não há coleta de lixo que é abandonado a céu aberto. O segundo local da realização do trabalho foi a Aldeia Tereré que se situa na periferia da cidade de Sidrolândia (cerca de 15.000 habitantes). Esta população é formada por cerca de 400 pessoas, originada segundo Sanches (1997), de famílias que migraram da Aldeia Buriti em busca de melhores condições de saúde e de educação. As residências são dispostas num arruamento, sendo que as casas em sua parte da frente são de alvenaria, enquanto que na parte de trás são de pau a pique e cobertas de sapé à semelhança das residências nas aldeias. Possui uma área total de 10 hectares, doada aos índios há cerca de 20 anos pelo filho do fundador da cidade. Trata-se de uma área pequena que não permite nem o plantio de milho, mandioca e/ou outros produtos importantes para a sobrevivência da aldeia. Os homens buscam trabalhos em fazendas, em indústrias próximas ou ainda em usinas no estado. As mulheres buscam trabalho nas residências como domésticas. Os recursos comunitários se resumem a uma igreja e a uma escola, onde os professores são bilingues e ensinam na língua portuguesa e terena.

CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

O desenho da pesquisa foi caracterizado como estudo de corte transversal, também chamado de estudo de prevalência, subtipo inquérito domiciliar, preconizado por Almeida Filho (1992). Segundo Coutinho (1992), os inquéritos, como procedimento de coleta de dados, são os que melhor se adaptam ao estudo do alcoolismo, ressaltando as possibilidades de conhecimento da prevalência nos diferentes estratos que compõem a população.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Neste trabalho foram utilizados dois instrumentos: a ficha de família e o questionários CAGE.

FICHA DE FAMÍLIA

Essa ficha foi elaborada pela equipe do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal da Bahia, sendo sistematicamente usada para obtenção de dados demográficos das pesquisas epidemiológicas regionais, como demonstram os trabalhos de Coutinho (1976), Santana e Almeida Filho (1987) e Carvalho Neto et al. (1987).

Trata-se de uma ficha constituída dos seguintes elementos:

- a) dados de localização;
- b) dados demográficos (idade, sexo, religião, escolaridade, estado civil, procedência e tempo de moradia na cidade);
- c) dados socioeconômicos (renda familiar mensal, ocupação, cobertura previdenciária).

CAGE

O CAGE é um questionário padronizado, proposto por Ewing e Rouse, em 1970. Consta de quatro perguntas que se referem à percepção da necessidade de diminuir (C de "Cutdown") a ingestão de bebidas; o aborrecimento (A de "Annoyed") pelo fato das pessoas criticarem sua forma de beber; o sentimento de culpa (G de "Guilty") por beber, e a necessidade de beber pela manhã (E de "Eye opener") para diminuir o nervosismo, tremor ou ressaca ao despertar. Deve ser respondido SIM ou NÃO a cada uma das perguntas. O ponto de corte é habitualmente considerado quando respondidas afirmativamente duas questões, sendo então a pessoa considerada como "provável etilista".

O CAGE tem se mostrado um instrumento de triagem para pessoas com dependência de álcool, conhecido internacionalmente, de fácil aplicação, econômico, validado em uma grande quantidade de culturas, usado em trabalhos de prevalência em populações, ambulatorios e hospitais sendo recomendado seu uso no Brasil pelo Ministério da Saúde (1994). Quando adotado o ponto de corte em 2 ou mais respostas positivas a sua sensibilidade é de 87% e a especificidade de 83%.

PROCEDIMENTOS

Em um primeiro momento, procedemos ao treinamento dos entrevistadores de campo, alunos dos cursos de medicina e psicologia, na utilização dos instrumentos de estudo.

Como parte do treinamento, simulou-se aplicação dos instrumentos e coleta de dados entre os estudantes, buscando o conhecimento e o desembaraço em sua aplicação, bem como dirimir dúvidas. Para aumentar a sensibilidade do instrumento foi feita uma pergunta não relacionada ao teste. O limite de idade de 10 anos foi estabelecido em virtude de, na prática clínica, ter-se verificado que algumas pessoas iniciam o uso de bebidas por volta desta idade. A coleta dos dados nos dois locais foi realizada pela mesma equipe em momentos diferentes, com uma diferença de dois meses. Como se trata de uma patologia de instalação lenta, levando anos, este procedimento não traz nenhum prejuízo.

ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram tabulados com auxílio do programa do CDC - EPI INFO 6.0.

Foi utilizado o X² para tendência para avaliar a tendência dos escores nas diferentes faixas etárias, e o X² para comparação entre as proporções.

RESULTADOS

COMPLEXO SIDROLÂNDIA-COLÔNIA DOIS IRMÃOS DO BURITI

Foram visitadas todas as residências no complexo, (225), perfazendo um total de 1.278 pessoas assim distribuídas: em 666 homens (52,3%) e 612 mulheres (47,7%). Constatou-se que 60% da população apresenta idade abaixo de 20 anos. Média 21,4 anos. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p < 0,05$). Quanto a escolaridade 51,3% cursou até a 4ª série, 14,2% cursou até a 8ª série e 2,0% cursou o segundo grau. No grupo estudado 79,3% das pessoas apresentavam ambos os pais índios, 11,7% das pessoas desconheciam esta informação. Em relação a situação conjugal 33,3% das pessoas eram casadas, 59,2% solteiras, 1,2% viúvas, e 2,5% separados/divorciados. Quanto à religião 37,3% eram católicos; 16,3% da UNIEDAS (União das Igrejas Evangélicas Índias); 13,1% da Assembléia de Deus e 12,8% da igreja Evangélica. Cerca de 20% desta população desenvolve alguma atividade remunerada, 11,4% têm direito aos benefícios previdenciários, sendo que a média aritmética dos vencimentos foi de 1,7 salários mínimos. Na Aldeinha Tereré, situada na periferia de Sidrolândia também foram visitadas todas as residências no, perfazendo um total de 262 pessoas assim distribuídas: em 136 homens (51,9%) e 126 mulheres (48,1%). Constatou-se que 60% população apresenta idade abaixo de 20 anos. Média 21,4 anos.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos. ($p < 0,05$). Quanto a escolaridade 37,8% cursaram até a 4ª série, 8,4% cursaram até a 8ª série e 0,8% cursou o segundo grau. No grupo estudado, 70,2% das pessoas apresentavam ambos os pais índios, 9,9% das pessoas desconheciam esta informação. Em relação à situação conjugal, 35,9% das pessoas eram casadas, 59,2% solteiras, 1,2% viúvas e 2,5% separados/divorciados. Cerca de 32,1% desta população desenvolve alguma atividade remunerada, 6,94% têm direito aos benefícios previdenciários, sendo que a média aritmética dos vencimentos foi de 1,7 salários mínimos.

vencimentos foi de 1,7 salários mínimos. Na população aldeada acima de 10 anos, 26,1% dos homens e 1,2% entre as mulheres foram CAGE positivo. Quando considerada a população acima dos 15 anos os valores foram de 31,0% e 1,6% entre os homens e mulheres, respectivamente, com uma taxa global entre os sexos de 17,6%. Na população da Aldeinha Tereré (na periferia da cidade), a proporção das pessoas CAGE + foi de 11,5% (12,5% entre os homens e 10,3% entre as mulheres), mas quando considerada a população acima de 15 anos estes valores foram de 19,7% (22,4% entre os homens e 17,1% entre as mulheres).

Tabela 1

População CAGE+ entre os Índios Terena em Mato Grosso do Sul, 1998.

| | MASCULINO | | | FEMININO | | | TOTAL | | | M/F |
|-------------------|------------|------------|-------------|------------|-----------|------------|-------------|------------|-------------|------------|
| | N | n | % | N | n | % | N | n | % | |
| ALDEIA | | | | | | | | | | |
| ALDEADOS TOTAL | 666 | 120 | 18,0 | 612 | 5 | 0,8 | 1278 | 125 | 9,8 | 22/1 |
| ALDEINHA | 136 | 17 | 12,5 | 126 | 13 | 10,3 | 262 | 30 | 11,5 | 1/1 |
| TOTAL | 802 | 137 | 17,1 | 738 | 18 | 2,4 | 1540 | 155 | 10,1 | 7/1 |

Tabela 2

População CAGE + entre os Índios Terena, com idade acima de 15 anos, em Mato Grosso do Sul, 1998.

| | MASCULINO | | | FEMININO | | | TOTAL | | | M/F |
|-------------------|------------|------------|-------------|------------|-----------|------------|------------|------------|-------------|------------|
| | N | n | % | N | n | % | N | n | % | |
| ALDEIA | | | | | | | | | | |
| ALDEADOS TOTAL | 384 | 119 | 31,0 | 322 | 5 | 1,6 | 706 | 124 | 17,6 | 19/1 |
| ALDEINHA | 76 | 17 | 22,4 | 76 | 13 | 17,1 | 152 | 30 | 19,7 | 1/1 |
| TOTAL | 460 | 136 | 29,6 | 398 | 18 | 4,5 | 858 | 154 | 18,0 | 7/1 |

DISCUSSÃO

Talvez a maior dificuldade em trabalhos de prevalência de alcoolismo em culturas diferentes seja a necessidade de maior conhecimento da cultura e da aceitação desta comunidade em relação à pesquisa. Fatores como resistência, desconfiança além do medo de que as informações seja utilizadas de forma inadequada podem influenciar quando da obtenção de dados. A este respeito Kinzie et al (1993) ressaltam a importância da comunidade participar ativamente tanto da coleta quanto das discussões posteriores. Reforça que mesmo clínicos experientes por vezes ficam em dúvida em como considerar as respostas não verbais quando das entrevistas. Sganrzela (comunicação pessoal) refere sobre isto como a necessidade de se ouvir e interpretar o silêncio do índio. Outro fator a ser considerado, é que talvez mais do que a população não índia, os índios com frequência não consideram a cerveja e o vinho como bebidas alcoólicas, ou que possam trazer algum prejuízo. Oliveira (1999) pesquisando sobre o alcoolismo entre os Kaingangs no Paraná discute esta questão. Ambas as populações das aldeias Terenas mostraram uma composição semelhante da população quanto ao sexo e à idade, sendo semelhantes à composição de um bairro da periferia da cidade de Campo grande. Trata-se de populações jovens, em que cerca de 50% das pessoas apresentam menos de 20 anos de idade. Apresentam ainda semelhança na composição quanto ao sexo. Kinzie et al. (1992) considera a população como 37% tendo menos de 16 anos.

Nesta pesquisa, a proporção de pessoas que apresentaram algum tipo de trabalho com renda foi de 20,3% na população aldeada e 32,1% na população vivendo na periferia da cidade, proporção semelhante aos achados de Kinzie et al (1993) que apontam que apenas 28% dos homens e 22% das mulheres apresentavam algum tipo de renda. A prevalência geral foi de 10,1% na população geral, que não se mostrou diferente dos resultados obtidos dos trabalhos realizados entre a população não índia com metodologia semelhante como o França e Pereira (1987) Miranda-Sá et al (1989), Souza (1996) e Almeida Filho et al (1992). Entretanto,

quando considerada a idade acima de 15 anos, a proporção de alcoolistas encontradas na população índia se elevou para 17,6% na população aldeada e para 19,7% (sem significância estatística), na população vivendo na periferia de Sidrolândia. Estes dados são maiores dos valores encontrados nos trabalhos semelhantes feitos com a população não índia.

Quando verificadas as proporções de acordo com o sexo masculino verificou-se que os valores foram de 31% entre os aldeados e 22,4% entre os não aldeados, sem diferença estatística, mas diferente estatisticamente quando comparadas à população não índia. Também os valores foram semelhantes aos da literatura internacional, havendo a confirmação de que as faixas etárias mais atingidas são as menores, sendo que mais de 50% dos prováveis dependentes do sexo masculino apresentavam menos de 30 anos de idade, como indicados por Shore et al. (1973); por Walker et al. (1994) no que é reforçado por O'Neil e Tereza (1996). No sexo feminino, os valores que na população aldeada foram de 1,6%, com faixas etárias mais elevadas, com as atividades rotineira na aldeia, e se mostraram menores ao serem comparadas com as mulheres não índias, mas na população feminina na periferia da cidade esta proporção pulou para 17,1% (mais de 10 vezes) ao serem comparadas com as mulheres aldeadas e também maiores que a proporção de mulheres não-índias.

Enquanto que na população aldeada as mulheres consideradas alcoolistas se constituíram em mulheres de meia idade, viúvas e que continuam dentro das aldeias exercendo naturalmente suas atividades, as mulheres na periferia da cidade eram mais novas e trabalhando nas residências dos moradores da cidade.

A APA(1996) mostra que populações índias vivendo fora das condições de aldeamento ou próximas das cidades apresentam taxas maiores de alcoolismo. Neste trabalho isto não foi verificado, sendo que as proporções gerais entre a população aldeada e a não aldeada são semelhantes (sem diferença estatisticamente significativas), sendo observada apenas em relação a população feminina. Considerando a renda, parece haver a confirmação de que o alcoolismo está relacionado com as pessoas de maior renda e que uma das explicações possíveis seria a da conduta perversa das pessoas em cobrar preços mais caros dos indígenas, provavelmente associada ainda à pouca resistência ao estímulo de beber. Quanto a influência do aspecto religioso, não houve diferença estatisticamente significativa quanto às taxas de alcoolismo. Parece não haver importância quanto à religião no início do uso de bebidas, mas sua importância parece ser quando das tentativas de se abster e se manter em abstinência. Esta importância é confirmada quando verificado que dentre as pessoas que deixaram de beber a sua maioria refere motivo religioso para a abstinência. Ainda neste sentido parece que as religiões não-católicas, pela sua rigidez, pode ter importância neste sentido. Uma maior compreensão sobre o aspecto da religião associado ao alcoolismo vem sendo estudada por Oliveira (1999) entre os Kaingang. Este fator parece ser uma tendência também verificada entre os índios americanos como evidenciado por Kinzie et al. (1993) Assim, patologias tão prevalentes como o alcoolismo apresentam dificuldades adicionais em seu diagnóstico e na adoção de medidas sejam preventivas ou de intervenção. Como as medidas de intervenção são decorrentes dos fatores considerados como causais, no alcoolismo estas dificuldades se avolumam, lembrando-se de sua concepção multicausal em que uma série de fatores individuais (biológicos e psicológicos) associam-se aos fatores sociais, econômicos, financeiros e culturais. Portanto, torna-se necessário um maior conhecimento antropológico para auxiliar e respaldar as diferentes ações. Um exemplo destas dificuldades é que em algumas culturas (índias ou não), não consideram o alcoolismo como doença, fazendo parte de sua cultura, embora percebiam que a forma de beber mudou com o passar do tempo, mas que podem prejudicar ou dificultar as ações preventivas ou interventivas.

Por outro lado além da influência da religião, que deve ser melhor analisada, o resgate cultural, buscando a revitalização dos mitos, a valorização da medicina tradicional, a presença continuada de programas educativos, uso racional dos meios de comunicação, a melhora do acesso à educação, programas mais amplos de saúde e de melhora da qualidade de vida, são aspectos importantes que deverão ser considerados nas ações de intervenção para diminuir a proporção de etilistas. Agradecimentos especiais aos alunos do curso de medicina pela coleta dos dados: Cristina Michiko Harada Ferreira, Frederico Molina Cohrs, Karen de Carvalho Lopes, Rodrigo Ferreira Abdo, Sérgio Rodrigo Stella, Silvia Naomi de Oliveira Uehara e Tamara Lemos Maia.

BIBLIOGRAFIA

ALBUQUERQUE, J.I.A .; SOUZA, J.A . - Prevalência do Alcoolismo na População Indígena da Nação Terena do Complexo Sidrolândia-Colônia Dois Irmãos do Buriti. In: Ministério da Saúde: Anais da I Oficina Macro Regional de Estratégia, Prevenção e Controle das DST/AIDS para as Populações Indígenas das Regiões Sul, Sudeste e do Mato Grosso do Sul. Londrina, 1997.

ALMEIDA FILHO, N.; et al. - Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica em Áreas Urbanas Brasileiras. RRev. ABP/APAL. São Paulo, 14(3): 93-104, 1992.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAIROL, M. Z. - Introdução à Epidemiologia Moderna. 2ª Edição. Belo Horizonte. COOPMED/APCE/ABRASCO, 1997. P 7-17. ALONSO-FERNANDEZ, F. - Alcohol dependencia. Personalidade del alcohólico. Salvat Editores. Barcelona, 1988 APA - American Psychiatric Association - Committee on Cultural Psychiatry - Report 141 - Alcoholism in The United States, Racial and Ethni Consideratiosn. USA, 1996. BOYD, J.H.;

WEISSMAN, M.M.; THOMPSON, W.D.; MYERS, J.K. - Different definitions of alcoholism, Impact of seven definitions on prevalence rates in a community survey. Am J Psychiatry, 140(10): 1309-1313, 1983. BRASIL - Ministério da Saúde - Normas e Procedimentos na Abordagem do Alcoolismo. Brasília, 1994.

CARVALHO NETO, J.A .; ALMEIDA FILHO, N.; REGO, R.C.F.; SANTANA, V.S. - Prevalência de doenças mentais em uma comunidade marginal. Bahia, 1976. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia.

COUTINHO, E. - Alcoolismo e problemas relacionados. Dificuldades na implementação de estudos de prevalência. Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 8(1): 22-29, 1992.

EDWARDS, G.; MARSHALL, E.J.; COOK, C.C.H. - O tratamento do alcoolismo. Um guia para os profissionais de saúde. 3ª edição. Artes Médicas. Porto Alegre, 1999.

FORTES, J.R.A .; CARDO, W.N. - Alcoolismo, diagnóstico e tratamento. Editora Sarvier. São Paulo, 1991. FRANÇA, J.R.M.;

PEREIRA M.G. - Alcoolismo no Distrito Federal: revisão epidemiológica. Rev. Bras. Saúde Mental. Brasília, 1:41-42, 1987.

GARCIA-ANDRADE, C.; WALL, T.L.;

EHLERS, C.L. - The Firewater MYth and Response to Alcohol in Mission Indians. Am J Psychiatry, 154: 7; july, 1997. GLITOW, S.E.; PEYSER, H.S. - Alcoolismo. Artes Médicas. Porto Alegre, 1991.

KINZIE, J.D.; LEUNG, P.K.; BOEHNJEIN, J.; MATSUNAGA, D.;

JOHNSON, R.; MANSON, S.; SHORE, J.H.; HEINZ.; WILLIAMS, M. --Psychiatric Epidemiology of aan Indian Village. The Journal to Nervous and Mental Disease. A 19-year Replications Sudy, vol 180, nº 1, 1992.

MADDEN, J.S. - Alcoholism y Farmacodependencia. Editorial El Manual Moderno, S.ª de C.V. México, 1986. MANGOLIM, O. - Povos indígena no Mato Grosso do Sul- Viveremos por mais500 anos. Conselho Indigenista Missionário Reg. de Mato Grosso do Sul,1993.

MASUR, J. - A questão do alcoolismo. Editora Brasiliense. São Paulo, 1984. MATERAZZI, M. A . - Drogadependencia. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1980.

MIRANDA-SÁ, L.S.J.; SOUZA, J. A .; SOUZA, J.C.R. - Investigação de dependência alcoólica em uma porção do Bairro Universitário de Campo Grande MS. Campo Grande/MS/1989/mimeo.

OLIVEIRA, M. - Alcoolismo entre os Kaingang: Do Sagrado ao Lúdico à Dependência. Artigo apresentado no Seminário sobre Alcoolismo e Vulnerabilidade às DST/AIDS entre os Povos Indígenas da Macrorregião Sul, Sudeste e Mato Grosso do Sul. O'NEILL, T.D.;

MITCHELL, C.M. - Alcohol Use Among American Indian Adolescents: The Role of Culture in Pathological Drinking. Soc Sci Med 42(4):565-578, 1996.

DANTAS, R. O - Tempo de alcoolismo no desenvolvimento de doenças orgânicas em mulheres tratadas no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. RRVev. Saúde Publ.19:304-310. São Paulo, 1985.

OMS - Organização Mundial de Saúde - Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 - Artes Médicas. Porto Alegre, 1993. SANTANA, V.S.; ALMEIDA FILHO, N. - Alcoolismo e consumo de álcool: resumo de achados epidemiológicos. Rev. ABP/APAL,

São Paulo, 9(1): 15-22, 1987. SHERWIN, D.; MEAD, B. - Delirium Tremens in a Nine-Year-Old-Child. Am J Psychiatry, 132:11, 1975. SHORE, J.H.;

FUMETTI, B.V. - Three Alcohol Programs for American Indians. Amer J Psychiatry, 128 (11):1450-1454, 1972. SHORE, J.H.; KINZIE, J.D.; HAMPSON, J.L.; PATTISON, E.M - Psychiatric Epidemiology of an Indian Village. Psychiatry, vol 36, February, 1973.

SCHUCKIT, M. - Abuso de Álcool e drogas. Uma orientação clínica ao diagnóstico e tratamento. Artes Médicas. Porto Alegre, 1991. SOUZA, J. A . - Estudo Epidemiológico Descritivo de Alcoolismo no Bairro Universitário de Campo Grande - MS. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, apresentada na UFMS - Campo Grande-MS, 1996. WALKER, R.D.; HOWARD, M. O;

ANDERSON, B.; LAMBERT, M. D. - Substance Dependent American Indian Veterans. A National Evaluation. Public HEALTH Reports, vol 109, 2:235-242, 1994. WANBERG, K.;

LEWIS, R.; FOSTER, F.M. - Alcoholism and Ethnicity: A Comparative Study of Alcohol Use Patterns across Ethnic Groups. International Journal of the Addictions, 13(8): 1245-1262, 1978. YOUNG, T.K. - Are Subartic Indians Undergoing The Epidemiologi Transition? Soc Sci Med vol 26 n° 6:659-671, 1988.



Artigo 10

"MANSIDÃO DE FOGO"
(Aspectos Etnopsicológicos do Comportamento Alcoólico entre os Bororo)

*Manuel Ignácio Quiles**

INTRODUÇÃO

Apreocupação com a saúde indígena é cada vez maior nos círculos acadêmicos e nos órgãos de Estado, e os estudos envolvem do problemas de saúde pública e de saúde mental em etnias específicas - reflexo de uma realidade gritante que não pode mais ser ignorada - apesar de poucos, são promissores. O problema da difusão do álcool entre os índios Bororo de Mato Grosso é tão sério, que chama a atenção do pesquisador a falta da sua menção em quase todas as análises antropológicas e levantamentos etnográficos desse povo tão estudado. Parece uma conspiração de silêncio diante de uma realidade que todo mundo conhece, instigada talvez pelo purismo das abordagens tradicionais, ou pela falta de instrumentos teóricos adequados ao estudo de um produto da adaptação nas relações interétnicas não muito agradável à consciência dos setores ideologicamente dominantes nos campos político e científico.

* Psicólogo Clínico, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, sob a orientação da Dr^a. Edir Pina de Barros. Trabalho apresentado no Seminário sobre Alcoolismo e Vulnerabilidade às DST/AIDS entre os Povos Indígenas. Londrina, 14 a 16 de Abril de 1.999.

Além de bem conhecido popularmente (constituindo um traço de uma identidade estigmatizada, a de "beberrões") o problema é muito antigo, remontando aos primeiros contatos entre essa nação e os conquistadores; famosos viajantes europeus dos sertões brasileiros no século XIX, como Hércules Florence (já nos idos de 1820), faziam descrições e relatórios pictográficos de inúmeras cenas onde intervêm Bororo bêbados. É já um pressuposto amplamente aceito entre os investigadores do alcoolismo entre indígenas, seja da América do Norte ou do Sul (Waddell & Everett 1980; Simonian 1996), que o álcool destilado foi usado pelos conquistadores como uma arma de dominação e de extermínio. Isso foi feito em Mato Grosso, de forma intencional, por bandeirantes primeiro e, depois, por militares e fazendeiros. E, de forma não intencional, pela própria difusão econômica da cana de açúcar (1) que implicava na instalação de alambiques e o comércio de aguardentes para a população geral. "Antigamente o branco matava o índio a tiro, hoje mata com garrafas de pinga". (Comunicação pessoal de um velho Bororo a Bordignon, 1996) (2) Mas por que alguns povos indígenas aceitaram seu consumo imediatamente e outros não? Por que difundiu-se largamente o álcool entre os Bororo e não, da mesma forma, entre etnias vizinhas geograficamente? Por que esse elemento incorporou-se à cultura acompanhando as transformações culturais, na dinâmica social e de personalidade Bororo? Por quê o mesmo não ocorreu com outras etnias de Mato Grosso, que também o consomem, mas não interfere tão profundamente na sua sociabilidade? Para responder esse tipo de pergunta é necessário primeiro um estudo específico da história do contato interétnico, do papel do álcool no processo de "pacificação" dessa determinada sociedade, e principalmente, da ressonância, da reação subjetiva coletiva, da significação que esses fatos adquiriram na personalidade do povo Bororo. Depois dessa análise específica -que é o objetivo de nossa pesquisa atualé que poderão ser feitos estudos comparativos, compulsando outros estudos que examinem o mesmo problema em outras culturas dentro do Brasil, projeto que pode nascer de simpósios como o que estamos assistindo.

Os Bororo foram, outrora, uma nação poderosa, cujo território abrangia os limites naturais dos rios Paraguai ao oeste, Araguaia ao leste, das Mortes ao norte e Taquari-Coxim ao sul, ocupando toda a faixa sul do atual estado de MT, conquistada pelos primeiros colonizadores da região. Nela tem-se hoje as maiores cidades desse estado: Cuiabá, Rondonópolis, Cáceres e Barra do Garças. Aos Bororo restaram pequenas parcelas desse

antigo território. Isso nos diz duas coisas importantes: (a) que esses índios (junto a outros, certamente) estavam no meio da rota dos bandeirantes na ocupação do centro-oeste, o famoso "caminho das monções" e depois a estrada para Goiás; e que (b) esse povo forma uma das bases étnicas da atual população mato-grossense, resultado de relações interétnicas estabelecidas, sucessivamente, através da escravidão, do trabalho assalariado e dos casamentos com os agentes do colonialismo. Atualmente eles distribuem-se em oito aldeias de não mais de cem habitantes cada uma e, apesar de terem sido forçados a sedentarizar-se, conservam ainda características nômades, apresentando uma população flutuante em ocasião de cerimônias, funerais, falta de víveres por escassez sazonal e, especialmente, como resultado de conflitos territoriais interétnicos e mesmo rixas familiares. Há cinco aldeias ao longo da bacia do rio São Lourenço, tuteladas só pela Funai, e três na bacia do rio das Garças, onde atuam missionários salesianos. São tradicionalmente caçadores, pescadores e coletores, tendo uma agricultura rudimentar de poucas espécies. Vivem atualmente da comercialização de peixe, artesanato, prestação de serviços e, sobretudo, de aposentadorias rurais. Falam uma língua classificada tradicionalmente como Macro-jê, mas a juventude das áreas salesianas prefere o português (3). Suas aldeias são, via de regra, circulares, com as unidades residenciais dispostas em torno de uma grande casa central, a 'casa dos homens'. Eles estão organizados em duas metades matrilineares e exogâmicas, com quatro clãs cada qual. Cada clã é 'proprietário' de certas plantas e animais, cores, cantos, danças, nomes, tradições, habilidades, segredos, utensílios, pinturas corporais e enfeite, especiais, propriedade essa que proporciona muita individualidade tanto às pessoas quanto às unidades sociais referidas. A instituição Bororo por excelência é o funeral: talvez não haja povo no mundo que "saiba cuidar melhor dos mortos", executando longos e complexos rituais que duram, ainda hoje, até três meses, e que reordenam todo o universo de

sociabilidade desse povo e a sua vida cotidiana. No funeral manifestam-se todas as tradições, a vida espiritual, artística, social, emocional e material. Sua produção é considerada como "trabalho" do mais alto grau: produção de enfeites, danças, cantos, representações, lamentos, zunidores secretos, competições, refeições, e o longo processamento do cadáver até obter ossos limpos e enfeitados com penas coloridas para o enterro secundário. Outrora, era durante os rituais e na comunicação com as almas (aróes), que os Bororo fumavam e bebiam muito, bebidas com lama branca, tanto por seu valor simbólico como para poder resistir a longos e extenuantes esforços físicos dispendidos. Tradicionalmente produziam o "iwóro", bebida fermentada do palmito de acurí, que requer vários dias para obter-se quantidades consideráveis. Hoje consomem abundantemente água com açúcar, refrigerantes e bebidas alcoólicas, sendo que também apresentam o hábito compulsivo de fumar.

OS COMPORTAMENTOS ALCOOLISTAS

O gosto e o costume de beber álcool é generalizado entre os Bororo: homens e mulheres, velhos e jovens, ou já beberam em alguma época ou são manifestamente dependentes; apenas uma minoria se abstém com muito esforço, dado o meio ambiente tentador, mas depois de um tempo variável, as recaídas são quase certas. Houve tentativas de fazer levantamentos quantitativos preliminares por categorias dos alcoolistas (Bordignon 1996), mas a realidade foi desestimulando tais intentos. Todos os observadores consultados concordam em afirmar que o hábito de beber álcool entre os Bororo não segue os mesmos padrões da população geral. Esses índios bebem de forma intermitente, e inclusive, os mais crônicos passam períodos (até longos) sem beber, coisa que dispararia uma 'síndrome de abstinência', com sintomas de sofrimento agudo nos alcoolistas não-índios, dada a dependência física que neles se configura. Outra particularidade apontada pelos agentes de saúde conhecedores dos Bororo, é a ausência de doenças do fígado associadas tipicamente com o alcoolismo crônico entre não-índios. (Comunicação pessoal do Dr. José Fábio Mendes de Oliveira, médico da Funai desde 1986, entre outros)

A explicação dessa diferença no padrão de dependência física, além de fatores genéticos e metabólico-enzimáticos que não foram pesquisados ainda entre os Bororo está, a nosso ver, em uma razão prática, pois estes índios nunca tiveram acesso à bebida destilada de maneira contínua e permanente, basicamente por motivo econômico, e pela distância dos locais de fornecimento. Está aí outra diferença dos comportamentos entre as aldeias: nas mais afastadas das cidades o hábito é mais circunscrito à situação. Por exemplo, no meio do Pantanal,

"...em Perigara, Bororo bebe álcool só quando o barco sobe, aí então uma semana de bebedeira. Bororo não chega a ser crônico, nem a ter síndrome de abstinência, Bororo bebe só quando tem oportunidade, e eles bebem enquanto não acabar, igual fazem com a comida, eles não guardam...

O índio na cidade bebe sempre porque tem fornecimento." (4) Se as condutas alcoólicas entre os Bororo tem algum padrão, este aproxima-se do que tradicionalmente em psiquiatria e mesmo na OMS denomina-se "dipsomania", ou "alcoolismo explosivo". Vejamos: "Condutas alcoólicas paroxísticas e intermitentes, periódicas, raramente regulares (*) precedidas de sinais premonitórios como lassidão, tristeza, desgosto de viver, insônia, inapetência, excitação sexual etc. Trata-se de uma necessidade imperiosa, absoluta, irresistível, que afugenta da consciência qualquer outra representação. Após o primeiro copo o doente é incapaz de se deter (**), bebe sem freio até a embriagues amnésica. Com frequência, o acesso acompanha-se de comportamentos totalmente em contraste com sua personalidade normal: fugas, pensamentos e ações criminais, comportamento sexual anormal, e inclusive suicídio. Existe uma perda completa de controle (*). Habitualmente o doente é encontrado depois totalmente obnubilado, em qualquer canto. Então experimenta remorso, desgosto e, depois da saída da confusão e do torpor, apresenta um estado de matiz melancólico mais ou menos acentuado". (Ey 1974 : 365-66) (*)o grifo é nosso; (**)o grifo é do autor.

Os Bororo bebem habitualmente álcool de farmácia ou de carro, no começo temperado meio a meio com açúcar e limão; mais tarde é bebido puro "até cair". Geralmente a aldeia inteira acompanha todas as fases da bebedeira: primeiro, euforia e gritos rituais; depois, choro ou brigas violentas; e finalmente, cair anestesiado por horas. (Bordignon, 1996 : 3) Um outro padrão que emerge da observação é a ingestão sempre socializada, grupal, e decorrente disso, o fenômeno da pressão grupal para beber, grande reforçador do alcoolismo coletivo.

O comprador de bebida alcoólica, geralmente já um pouco tomado faz questão de chamar os companheiros mais próximos para beber juntos. Se alguém recusar ele insiste até outro tomar um gole que depois puxa vários outros. Culturalmente falando, para o Bororo recusar um presente é uma afronta muito grande, e tem anciãos estimados por todos, os mesmos que denunciam publicamente os abusos das bebidas alcoólicas, que não sabem dizer não a qualquer oferta de bebida (Bordignon, 1996 : 2) O consumo sistemático de bebida alcoólica, (...) quando atinge grande número de Bororos de uma mesma comunidade, engendra um modo de vida diferenciado, uma 'cultura Bororo alcoolista' associada a formas de confraternização e sociabilidade (...), se propaga entre jovens e crianças, e envolve até a iniciação destes últimos (Viertler, 1998)

Poderíamos afirmar, sem temor a erro, que o consumo de álcool entre os Bororo atingiu o status de verdadeira instituição cultural, com iniciação entre os jovens por parte dos mais velhos, e com brincadeiras entre as crianças imitando os adultos, quesitos todos necessários para a socialização de qualquer nova instituição (Luckmann & Berger). Um outro aspecto importante desse alcoolismo "explosivo" são as situações de tensão que criam nos espectadores que não participam da bebedeira: seja a violência desatada que deriva facilmente em impulsos homicidas, em sujeitos normalmente tranquilos, seja as súbitas "viradas de mesa" e condutas "escandalosas" feitas em público em cerimônias oficiais. Chegou-se à situação de os Bororo não serem convidados mais a atos oficiais por temor a aquele tipo de cenas.

Uma intenção implícita de assustar, provocar, e mesmo de desconcertar (pelo menos nas relações interétnicas), se depreende desses episódios, e suas implicações serão desenvolvidas mais adiante.

HISTÓRIA

Há uma discussão, entre os historiadores matogrossenses, se a índole original dos Bororo era guerreira ou não. Se há uma dúvida, é porque há margem para representá-los como pacíficos, coisa que não cabe aos outros povos que se enfrentaram com os conquistadores do Centro-Oeste, como os Guaicurú, os Paiaguá e os Kaiapó. Acharmos produtiva essa discussão, porque diz respeito às nossas hipóteses sobre o processo de adaptação e sua relação com o álcool, o aspecto psicodinâmico da "pacificação" imposta aos Bororo e aceita por eles. Para alguns, os Bororo eram conhecidos tradicionalmente até o século XVIII (e não depois) como aliados dos portugueses e dos bandeirantes nas guerras contra as outras nações indígenas altamente resistentes e nas campanhas contra os missionários castelhanos (Caldas, 1887). Inicialmente pacíficos, eram domesticados facilmente e formavam grandes regimentos que combatiam lado a lado com os "soldados do rei", especialmente sob as ordens de Antônio Pires de Campos (Carvalho, 1937, citado por Viertler, 1990) a quem chamavam de "pai". (Bordignon, comunicação pessoal) Na região de Cuiabá houve numa determinada época Bororo domésticos e Bororo dos bandeirantes, mas ambos à serviço do branco, no dizer de Viertler

(1990). Por outro lado, os Bororo foram conhecidos depois como cruéis guerreiros, donos de habilidades estratégicas particulares, de vigilância paciente e ataques inesperados, totalmente camuflados e em formação de guerrilhas, virando o terror, o inimigo número um das populações rurais não-índigenas até fins do século XIX. Por que os Bororo, diferentemente das outras nações do Brasil Central, na época da conquista, de facilmente domesticáveis, guias, e 'soldados do rei' passam a ser os "inimigos irreconciliáveis" que iriam tirar o sono dos colonizadores até 1886?

Vários fatores, especificamente históricos, podem esclarecer essa confusão: primeiro, a quantidade de nomes que esses índios receberam - Porrudos, Coroados, Coxiponés, Araés, Avavirás, Aripoconés, Cabaçais, etc. (Bordignon, 1986), o que demonstra que só bem mais tarde foram reconhecidos como uma nação única, daí resultando em tratamento diferente. Segundo, fica claro que os "brancos" atacavam de surpresa as aldeias novas que encontravam sem averiguar se a natureza dos índios era pacífica ou guerreira, como foi o caso dos Coxiponés por Antônio Pires de Campos, que logo depois se vingaram defensivamente contra a bandeira de Moreira Cabral, nas margens do hoje rio Coxipó onde foi fundada Cuiabá. Terceiro, a mesma natureza individualista dos Bororo pode explicar reações diferentes, decisões diferenciadas com respeito ao inimigo, como vários episódios assim o indicam (Albisetti & Venturelli, 1962). (Bordignon, comunicação pessoal)

Sustentamos que não há como duvidar da agressividade defensiva e vingativa dos Bororo que resistiam aos colonizadores, para além das análises sobre a natureza guerreira ou não dessa nação. E outra coisa é mais do que certa: os Bororo que conviviam com os brancos eram escorraçados quando não mais serviam aos seus propósitos imediatos, e tratados com desprezo, senão com violência, esquecendo-se qualquer aliança anterior. Assim começa a história de interesse, falsidade e traição... A fundação de Cuiabá (por causa do ouro) mostrou aos Bororo as verdadeiras motivações desses brancos que até então peregrinavam sem rumo certo: desse momento em diante seriam os donos dessas terras, e isso não podia ser compartilhado com nenhum outro povo das redondezas, que se convertiam, ipso facto, em escravos ou inimigos. Contra os Bororo inimigos, várias expedições foram mandadas atendendo ao clamor público para reprimí-los, com resultados adversos pois cometiam atos de barbaridade que provocavam mais vinganças e causando grande despesa (Caldas, 1887 : 19-20). Depois de muitas "correrias" e "caçadas" ao longo do século XIX, com trágicas mortes e seqüestros de ambos os lados, aparece em cena o famoso Tenente Coronel Duarte (nessa época alferes), que consegue a pacificação definitiva através do episódio conhecido como o da "Rosa Bororo".

O novo Presidente da Província, Galdino Pimentel, muda a política punitiva, seguida até então, e resolve tentar com meios de brandura e conciliação, e

...em 1886, visando seguir as instruções do Presidente, Duarte fez-se acompanhar das índias já civilizadas, dentre as quais Rosa Bororo, cujos filhos ficaram como reféns na capital, usando-as para persuadir seus parentes da aldeia (...) a aceitar a submissão e as vantagens da vida civilizada. As Bororo tiraram a roupa e pintaram-se de urucu, a fim de que não fossem mortas pelos companheiros (...) e aproximaram-se, sozinhas, da aldeia onde foram recebidas com entusiasmo. (depois de uma semana) Persuadidos, os Bororo vieram ao encontro da expedição de Duarte (...) para depor suas armas, arcos ornados com penas, em sinal de submissão e aliança. Mas Rosa, que voltara a se vestir apresentou-lhe os caciques e fazia o papel de intermediária, evitando rixas que pudessem reavivar as hostilidades. (Mello Rego citado por Viertler, 1990)

Devemos ressaltar aqui, antes de prosseguir, o elemento de falsidade e traição, ao serem as índias usadas como isca e tendo os filhos como reféns, 'tiraram a roupa e pintaram-se' para enganar seus pares. As vantagens da "civilização" às quais Rosa Bororo se referia para convencer seus compatriotas eram

...agasalho, alimentação, roupas, brindes, instrumentos de trabalho a que não se sujeitavam... (Mello Rego, cit. por Viertler, op.cit.). O alferes Duarte dava-lhes tudo o que pediam, e tornou-os mansos por meio desse método simples. (Steinen 1940 : 374)

Cria-se a Colônia Militar de Teresa Cristina, perto da futura Rondonópolis, com a finalidade de manter a pacificação e 'catequisar' os índios onde ...apresentaram-se nada menos de 3.595 Bororo, sem contar os de mais de 30 aldeamentos ainda existentes, já pacificados e cujo pessoal não se havia apresentado. (Mello Rego 1895: 94 apud Viertler, 1990) Se estabelece então, nesse momento histórico, uma aliança que pressupõe um pacto implícito que, ao nosso ver, se mantém até hoje de uma forma congelada no tempo. Nas intenções do governo e dos militares, o fornecimento era com o fim de poder convencê-los, pouco a pouco, da obrigação do trabalho, até que adquirissem o hábito de promoverem, por si, a sua manutenção. (Caldas, 1887)

Mas os Bororo o entenderam de forma mais simples e definitiva: Entregamos nossas armas para sempre, em troca dos bens da civilização... para sempre!. E dizemos congelado no tempo, porque até hoje os neo-colonizadores esperam que os índios trabalhem para si; e os índios, até hoje, esperam que os "brancos" forneçam tudo para eles, ficando desapontados e ressentidos continuamente, dadas as conhecidas políticas mutantes, burocráticas e de omissão (quando não corruptas) do SPILTN., primeiro, e da FUNAI até hoje. Três detalhes são relevantes nessa marcante e irônica situação histórica: os Bororo não eram convidados a trabalhar, enquanto observavam aos soldados que eram obrigados a fazê-lo; quase todos eles foram logo batizados na Igreja com um padrinho, geralmente o próprio governador (mais uma promessa 'eterna' de provisão?...); e, como parte importante dos "bens da civilização", eles foram "presenteados" com a famigerada pinga... Nós, inclusive, levantamos a trágica possibilidade de estar a pinga entre os presentes que a Rosa Bororo levou e prometeu aos seus pares. Se assim foi, constitui-se em um verdadeiro "presente de grego", com o qual penetra-se na intimidade do inimigo e destroem-se todas as suas defesas... O impacto e a fixação que produz uma substância química no organismo humano e em um povo não preparado para tal experiência é equivalente, usando uma analogia, a uma criança sendo iniciada em drogas pesadas, ou mesmo sendo excitada sexualmente por um adulto perverso: ela ficará fixada pelo resto da vida a esse momento traumático, e o que é pior, com muita possibilidade de sê-lo em forma do mesmo vício...

O famoso etnógrafo Karl Von Den Steinen, que passou por Cuiabá e pela Colônia Teresa Cristina em 1887, há um ano só da pacificação oficial, deixou-nos detalhes de como o álcool fazia parte central dessa "iniciação nos bens da civilização",

(na Colônia) ...à esquerda estava o quarto de Duarte e à direita uma porta para a despensa, que era também depósito de cachaça, e cuja chave, nas relações com os índios, representava um grande papel... (Steinen, 1940 : 578)

E forneceu-nos inúmeras cenas de alegres e constantes bebedeiras, de brigas entre índios e até provocação aos próprios militares induzida pelo estado de embriagues. A agressividade indígena não mais amedronta os militares: não é a mesma coisa um povo lúcido em armas, que indivíduos furiosos completamente bêbados. A agressividade é canalizada agora contra seus pares, contra seus irmãos, e é isso o que objetivavam e conseguem os "civilizados", os militares em particular, graças ao álcool. Agressividade caótica, sem força, e agressividade endógena, contra os iguais, é assim que será desse momento em diante, até os nossos dias. Steinen dá-nos também um relato sobre a diferença na tolerância ao álcool entre os índios e os não-índios, fato aceito entre todos os investigadores do alcoolismo indígena (Simonian, 1996):

(o jantar com serenata) Foi uma noite linda e alegre, que nos encheu do mais alto respeito pela força para beber por parte dos Brasileiros: depois do vinho do Porto em abundância, duas caixas de cerveja foram totalmente esvaziadas, antes de chegar a vez da cachaça, enquanto que os Bororo a miude serviam-se eles com prazer do suco de cevada e da cana, tomando muito mais do que podiam suportar. (Steinen op.cit. pag.595)

Não podemos entrar aqui em detalhes sobre o padrão de pacificação conseguido pela Missão Salesiana a partir de 1902, entre os Bororo dos rios das Garças, Barreiro e Sangradouro. Os métodos usados por eles, bastante diferentes dos civis e militares, conseguem também a submissão dos índios, desta vez muito maior. Temos em ação uma catequese que tenta substituir a religião indígena, e uma pedagogia vitoriana, importada da Itália, revestindo-se de grande paternalismo através da educação no internato e das medidas organizadoras do trabalho e da vida quotidiana nas aldeias sob sua influência. O "pacto implícito" que se estabeleceu assim entre os índios e os missionários foi: "Nós abandonamos as armas (e os costumes) se vocês nos dizem daqui em diante o que temos de fazer. Nós obedeceremos totalmente, mas por isso mesmo precisaremos sempre da vossa direção."

Com o advento da legislação nacionalista de Getúlio Vargas, é proibido falar na missão em idioma Bororo, e com isso são proibidos todos os rituais tradicionais, especialmente os funerais. É justo lembrar que também proibiu-se o Bororo nas escolas dos postos indígenas das outras aldeias na época do SPILTN, mas a aculturação conseguida nas missões foi muito maior. O álcool não entrava nas aldeias de influência salesiana, até que na década de 70 os missionários decidiram distribuir uma dose semanal de pinga, depois das jornadas de trabalho, com a finalidade de regular e moderar um costume que começava a se infiltrar pela venda de álcool na região (Bordignon, 1996). O tiro saiu pela culatra: quando acabaram com a distribuição, pela força do 'pacto implícito', a dependência tinha se alastrado... A partir do Concílio Vaticano II, com a Teologia da Libertação, a política e os métodos da Missão Salesiana mudaram totalmente: a partir daí busca-se a autodeterminação, deixando que os índios decidam seus destinos, mas isso confronta paradoxalmente com o

'pacto implícito'...

O terceiro grande padrão pacificador nas relações branco-Bororo foi o do Marechal Rondon, que parece fugir aos anteriores pois

fez demarcar suas terra, assegurou-lhes trabalho nas obras de construção das linhas telegráficas (na fronteira entre Mato Grosso e Goiás, e no sul entre o rio S. Lourenço e o rio Coxim), e deu-lhes instrução e amparo de que careciam para sobreviver (Ribeiro, citado por Viertler 1990)

Mas mantendo respeito às tradições, organização, hierarquia, e divisão do trabalho tipicamente Bororo (cf. Viertler, op.cit.) A pacificação foi conseguida por Rondon exatamente por não usar de nenhum subterfúgio nem manobra duvidosa, porque entendeu perfeitamente que a violência índia (no nosso caso, Bororo) era defensiva e de revanche pela invasão colonial. Mas os historiadores locais registram um regime violento de trabalho com uma disciplina militar, que custou a vida a muitos índios (e soldados) pelo esforço dispensado (Bordignon, comunicação pessoal) (Thiebloth, citado por Viertler, 1990), e, o que vem confirmar todos os padrões precedentes: "...meu avô me contou que quando Rondon apareceu por aí, a primeira coisa que oferecia era o álcool, e assim trazia bastante índio para trabalhar. Fazia demonstração pondo fogo no álcool,

179 falando que era mágico, para induzir a beber. Falava que quem tomasse aquilo ia ter um grande poder, o mesmo poder do fogo; o poder de possuir o que queria, o poder de um grande guerreiro (4) Encontramo-nos em fase de verificar o testemunho de tamanha afirmação, mas mesmo que se demonstrasse a não veracidade histórica, na memória indígena persiste o padrão de associar os métodos de conquista - sempre identificados à traição (através de argúcia, mentiras, falsidade, uso e manipulação, abandono, quebra de pactos) - com o álcool.

INSTITUIÇÕES E SIGNIFICAÇÃO DA HISTÓRIA

Recapitulando a história levantada, os Bororo foram atacados de surpresa em muitas oportunidades, mesmo tendo mostrado serem colaboradores; foram reduzidos à escravidão e servidão; foram usados como "mercenários" contra outros índios; foram dizimados pela sífilis e outras doenças (às vezes de propósito !); e finalmente foram enganados coletivamente com uma manobra usando índias "reféns" para entregarem as armas definitivamente com promessas de provisão perpetua, e tudo isso associado à introdução do álcool. Muitos povos indígenas foram conquistados de forma semelhante, mas o que nos interessa aqui é a reação subjetiva coletiva, a significação dada a esse fatos históricos, e isso só pode provir do "ethos" de um povo, dos seus valores, instituições e tipo de personalidade étnica. Podemos constatar através de observação de campo, entrevistas pessoais e pesquisa bibliográfica e etnológica, uma predisposição constituída pela grande sensibilidade desse povo à traição e à ofensa, os sentimentos decorrentes de desapontamento, ressentimento e mágoa, e a reação de fechamento, vitimização ou mesmo de vingança (hoje passiva). A propensão à ofensa é muito facilitada devido à instituição do móri, central na cultura Bororo, e que rege todos os intercâmbios, repara todas as perdas e soluciona todos os conflitos, seja com o mundo dos espíritos, com a natureza, com os animais domésticos, entre famílias, pessoas, e mesmo entre crianças. Móri é, ao mesmo tempo, vingança, compensação, retribuição, pagamento, valor e preço.

É difícil explanar nos limites deste artigo a extensão desse conceito que permeia toda a vida Bororo, desde um simples machucado (ou bate no objeto, ou espera receber móri do 'proprietário' do objeto), até a própria morte, sendo os rituais dos funerais a vingança com a natureza e com os espíritos que provocaram a morte; e a representação da alma por parte de um clã, é a compensação da família do morto, do clã oposto, que fica passiva recebendo tudo.

Um dos conceitos mais arraigados na mentalidade Bororo é justamente o de vingança = móri, da qual procuram fugir. Qualquer má ação será castigada ou vingada. O castigo é deixado ao arbítrio da iniciativa particular. (...) O temor de um feitiço = erúbo faz viver sobressaltados os faltosos" "Furacões de rancor, ódio e vingança, existem potencialmente em seus corações. Raros são os dias em que não haja uma pequena ou grande desavença (Albisetti & Venturelli, op.cit.: 287-89) Os Bororo são (e devem sê-lo por obrigação) muito unidos com a família; se não agradou, está excluído. Cada clã tem rixa, política, fazem grupinhos afastados, guardam coisas do passado... (4)

No âmbito interpessoal, e mesmo interfamiliar, interclânico, o álcool assume uma das suas funções, a de alcançar a coragem para executar as vinganças, forma esta de agressividade indireta, pois os Bororo não costumam revidar na hora em que é ofendido, e as vinganças assumem hoje mais e mais a forma de executá-las com armas brancas e de fogo durante as bebedeiras. (cf. Viertler, 1998) É muito ilustrativa da memória Bororo a exclamação de um irmão salesiano, depois da equipe de pesquisa observar uma briga feroz entre índios bêbados, tentando um se vingar do outro com arma branca, por ofensas passadas: "Quem disse que Bororo bebe para esquecer !? Bororo bebe é para lembrar !!!" Porém, é no âmbito coletivo interétnico que o sentimento de ofensa e mágoa alcança entre os Bororo uma magnitude cada vez maior, pelo fato de serem acumulativos, repetitivos, históricos e de não haver possibilidade alguma de se vingar explicitamente, haja vista a renúncia oficial das hostilidades...

Os Bororo eram muito receptivos, alegres, meigos, como são até hoje os Mynky, mas têm muita sensibilidade para captar os maus tratos; tem que responder, desabafar, aí passa, esquece, mas geralmente recua, recolhe, aí guardam as ofensas por anos e anos. São especialmente sensíveis às formas de rejeição falsas, fingidas. A pacificação toda foi uma coisa fingida, falsa. (Cecílio Epoburú, enfermeiro Bororo da Unidade de Saúde Indígena da Funai de Cuiabá, MT.) Se faz algo para índio, se aproveitar da bondade, da confiança do índio, fica marcado toda vida. "Feitiço do branco é muito poderoso, por isso fez beber..." (Frederico Kógia Túgo, Bororo da aldeia de Meruri).

Como a brasa sob a cinza, sustentamos que há um poço sem fundo de mágoa e ressentimento, mas a vingança manifesta-se hoje passivamente: vejam o que fizeram de nós!, parecem dizer-nos na posição psicológica de vítimas (e certamente foram vítimas!...), e não poucos "brancos", especialmente políticos, cientistas sociais, humanistas e religiosos, sentem-se culpados e impotentes, o que talvez é o que perseguem. Toda pessoa que se aproxima dos Bororo conhece logo as queixas, a lamúria, a lástima, a resignação: apresentam-se freqüentemente como doentes e necessitados, (e o são !), exigindo ajuda pecuniária e de toda índole, como credores eternos. A lei do móri nas relações interétnicas é unilateral: o Bororo não se sente obrigado a retribuir presentes aos civilizados, mas destes espera abundantes pagas (Albisetti & Venturelli, op.cit.: 804) Na compreensão dos Bororo, pelas suas representações de saúde-doença (e foi exigido dos pesquisadores para não esquecer e respeitar), o alcoolismo não é Bororo, está entre os Bororo; o alcoolismo é dos brancos, e o problema que eles têm foi causado pelos brancos com a introdução da pinga: se eles são os causadores, são os únicos que podem e devem tirá-lo.

"Os antigos lembram continuamente, passam para os mais novos, como foi a conquista; e se eles estão assim hoje, a primeira coisa é pôr a culpa no branco. Há muito ressentimento, afirmam que a doença entrou com os brancos: 'Foi assim que eles entraram em nós!, foi com bebida!'"(4)

Uma palavra Bororo, nos suas três acepções, resume este ponto de vista da pesquisa: Koriréboe = kóri, dor; re, ter; bóe, coisa [coisa que tem dor]

- 1 - Aquilo que causa dor, zanga, ofensa, impaciência ;
- 2 - pinga, qualquer bebida fortemente alcoólica (neologismos);
- 3 - outra denominação para cobras venenosas.

(Abisetti & Venturelli, op.cit. : 745)

Além do significado literal da forte sensação física que provoca o álcool, os Bororo sentem a introdução do álcool como uma das máximas ofensas, como o bote traiçoeiro de uma cobra que inocula veneno (físico e emocional, a mágoa), e estão esperando a vacina, ou consideram-se sem remédio.

PERSONALIDADE

A índole dócil, adaptativa e pacífica dos Bororo é bem conhecida de quantos entram em contato e chegam a conhecê-los bem. Crocker atribui um "ethos" pacífico a esse povo, e enquanto ao passado guerreiro, afirma que se engajam em lutas só para defender-se contra agressões alheias ou vingar seus mortos (Crocker 1976,

citado por Viertler, 1998). Assim também afirma a Enciclopédia Bororo (Albisetti & Venturelli 1962 : 287) Os Bororo "se entregaram" não só no sentido militar, mas também amorosamente, no sentido relacional, do vínculo que vai estabelecer-se com a sociedade dominante daí por diante. Eles acreditaram, fizeram um voto de confiança nas promessas e nas alianças que, sabemos, foram todas abandonadas posteriormente. A 'pacificação' conseguida nos Bororo pelas autoridades civis, militares e religiosas (processo que os índios chamam mais honestamente de "amansamento"), seguida do desapontamento, foi tudo tão maciço (e cronologicamente associado ao álcool), que produz uma mudança permanente na própria personalidade étnica ou modal (cf. Devereux, 1972), aparecendo características de dependência extrema, exigência de provisão e atenção, e ressentimento profundo. No ato da "pacificação" e no processo da adaptação maciça posterior, os Bororo renunciaram definitivamente a todo e qualquer ato defensivo, não só das suas terras e da sua cultura, mas das suas próprias personalidades individuais.

Em Janeiro de 1887, outro grupo de 400 Bororo resolveu aceitar a paz... Guiados pelo famoso cacique Muguíu Kuri, ingressou solenemente na cidade e depositou as armas aos pés do Capitão Duarte num monte tão grande que impressionou o povo cuiabano. (Bordignon 1986 : 21) (o grifo é nosso) "Como era bello de ver-se aquelles filhos das selvas, ourtr'ora tão ferozes, de joelhos, de mãos postas e cabeça curvada receberem o santo baptismo, o pacto de alliança e amizade celebrado com a civilização!..." (Caldas, 1887) (o grifo é nosso)

Na memória dos índios jovens, o processo de pacificação registra-se um pouco diferente, mas essencialmente é o mesmo:

"O pai do meu tio passou para nós que os índios Bororo de antigamente eram muito revoltados, muito bravos!... Que branco para amansar, deixava coisas no caminho: se interessava, eles levavam, por exemplo o açúcar. Aí teve um que deixou uma lata de querosene com álcool; um Bororo provou e bebeu, ficou alegre, cantava, brincava. Outro perguntou: '-Esse troço é bom?' - - 'Ah! Pode beber!' -... Antigamente Bororo foi amansado com bebida alcoólica porque era muito bravo eram muito revoltosos porque atacavam muito o índio... Os Bororo se entregaram eles mesmos. Mas índio bravo era amansado, acostumando com a pessoa que dá comida, dá coisas que eles querem, aí fica calmo... Eu ouvi uma história onde vários índios Bororo foram amansar outros índios: deram machado, facão, açúcar, ficaram por perto até que acostumou, fizeram igual tinham feito com eles" (Benedito Tuakebóu Bororo, de Perigara)

A entrega das armas com a promessa de provisão perpétua (na representação indígena) revestiu-se de uma significação tão totalizadora, que a partir desse momento os Bororo renunciaram a toda e qualquer agressividade natural, castrando- se simbolicamente, e ficaram tão exageradamente passivos e dependentes, que, no dizer de Viertler (1998), a antropóloga mais especializada na cultura Bororo em nosso país, "chega a ser insuportável para todos aqueles que lhes desejam um caminho de autodeterminação e autogestão".

Os Bororo, de índole pacífica, pelo branco não entender essa índole, a partir do "amansamento" no qual se convertem exatamente no que o civilizador queria, ficaram patologicamente passivos, dependentes, sem auto-afirmação nem auto-estima, sem a defesa mínima da própria personalidade, e sem o impulso básico de conseguir suas próprias coisas, satisfazer suas necessidades, exigindo tudo do branco e se desapontando continuamente. E aí temos outra função do álcool para a personalidade Bororo atual: através dele, recuperam a força perdida, a agressividade para se defender (ou se vingar). São inúmeros os testemunhos de que Bororo bebe para "ganhar coragem", pois a expressão "falta de coragem" abrange tudo o que queremos significar como a repressão de toda agressividade.

Diante de rixas, recuam, recolhem-se, guardam as ofensas por anos e anos, só com álcool têm coragem para revidar (Cleonice, enfermeira da Unidade de Saúde Indígena da Funai de Cuiabá) Os Bororo antes eram valentes e altivos e perderam tudo isso: agora bebem álcool como uma droga para ter coragem para fazer o que planejam (Valdomiro, chefe de posto da Funai, Meruri) (Atualmente nas aldeias das missões)...a maioria das decisões importantes devem ser tomadas pelos próprios Bororo, tarefa esta que há muito tempo não estavam mais acostumados. Nada mais natural portanto, que 'tomar um trago para criar coragem'. (Bordignon, 1996)

Não é possível - nem é o objetivo -- desenvolver aqui as implicações teóricas do mecanismo psíquico da repressão maciça da agressividade, especialmente no campo da "Cultura e Personalidade" (cf. Whiting, in Kluckhohn & Murray 1965) tarefa que é nosso atual estágio de pesquisa e que abre uma interessante

compreensão do fenômeno do alcoolismo entre os Bororo. O que podemos adiantar é que através desse conceito enfocado do ponto de vista etnopsicológico não só é possível comparar esta nação com outras dos Estados Unidos, que têm um padrão similar de alcoolismo (cf. Hallowell, in Kluckhohn & Murray op.cit.), como entender as explosões periódicas e a sabotagem passiva.

Quando se reprime qualquer tipo de impulso, este, além de se deformar nas situações quotidianas, explode sem controle, manifestando-se com toda sua força de tempos em tempos (Quiles, 1986 : 24). No caso da agressividade Bororo, a original defensiva e acrescentada pelos desapontamentos, explode na forma das bebedeiras que acabam quase sempre violentamente, forma esta a qual categorizamos, anteriormente, como "dipsomaníaca" ou "alcoolismo explosivo". E a deformação mais sub-reptícia é na forma de sabotagem passiva, encoberta, da qual também adiantamos acima nos comportamentos alcoolistas como 'uma intenção implícita de assustar, provocar, e mesmo desconcertar' nas relações interétnicas. Viertler fala (porque conhece bem) que o padrão alcoolista dos Bororo não só como uma das diversas modalidades de adaptação a uma nova ordem imposta (...), mas também como uma forma de resistência cultural levada às suas últimas conseqüências, uma estratégia perversa, padrão este que sempre constituiu e continua representando o grande desafio administrativo lançado aos seus tutores e aliados civilizados (Viertler, 1998 : 2) Não queremos com este artigo esgotar a análise do problema que estamos abordando; fazemos nosso o ponto-de-vista da Etnopsiquiatria de que qualquer manifestação humana considera-se super-determinada, no sentido freudiano de muitas motivações, muitas causas para um mesmo comportamento, e essa causalidade multidisciplinar encontra-se sempre em relação complementar (cf. Devereux, 1972). Nossa pesquisa reuniu extenso material que descortinam outros aspectos e outras funções do alcoolismo entre os Bororo, mas isso está sendo analisado em outros documentos.

NOTAS

(1) = Existe uma pesquisa em andamento no Depto.de História da UFMT sobre o açúcar, as usinas e os alambiques na história de ocupação de Mato Grosso, coordenada pelo Prof. Dr. Carlos Alberto Rosa.

(2) = O irmão salesiano Mário Bordignon da Missão de Meruri, é um prestigiado historiador ítalo-brasileiro e mora entre os Bororo há mais de 20 anos. (3) = Recentemente (março 1999), no último encontro do TUCUM de Educação Indígena (polo Bororo) realizado em Santo Antônio de Leverger, os professores Bororo dividiram-se quando a votação da implantação de uma primeira língua, ficando os de Meruri (área salesiana) com o Português. (Comunicação pessoal da Coordenadora) (4) = Mara Rúbia Enoré é índia Paresí e enfermeira da Unidade de Saúde Indígena da Funai de Cuiabá; foi casada com Bororo e morou muitos anos a trabalho na aldeia de Perigara, no Pantanal. A entrevista que nos concedeu reveste-se de um valor muito especial, dado o seu ponto de vista índio não Bororo, e conhecedora profunda dos seus costumes.

BIBLIOGRAFIA

ALBISSETTI, C. & VENTURELLI, A J. 1962 : "Enciclopédia Bororo". Volume I. Museu Regional Dom Bosco. Campo Grande. BERGER, P.L.;

LUCKMANN, T. 1973: "A Construção Social da Realidade". Vozes. Petrópolis. BORDIGNON, Mário Enawurú. 1986: "Os Bororo na História do Centro Oeste Brasileiro". Missão Salesiana de Mato Grosso. Campo Grande.

-----, 1996 : "O Alcoolismo e o Povo Indígena Bororo". (artigo inédito). Meruri.

-----, 1999: "Terras e Territorialidade Bororo: uma Análise Histórica".

Projeto de Pesquisa para a Pós-Graduação em História da UFMT (inédito). Cuiabá.

CALDAS, José Augusto. 1887: "Memória Histórica sobre os Indígenas da Prov. de Matto Grosso". Typ. Polytechnica de Moraes e Filhos Editora. Rio de Janeiro.

DEVEREUX, Georges. 1972: "Etnopsicoanálisis Complementarista". Amorrortu Editores. Buenos Aires. EY, Henry;

BERNARD, P.; BRISSET, CH. 1974: "Tratado de Psiquiatria". Toray Masson. Barcelona. FLORENCE, Hercules. 1977: "Viagens do Tietê ao Amazonas". Cultrix e Ed. da USP. São Paulo.

HALLOWELL, Irving. 1955: "Culture and Experience". University of Pennsylvania Press. Philadelphia. LAPLANTINE, Françoise. 1991: "Antropologia da Doença". Martins Fontes. São Paulo.

QUILES, Manuel Ignacio. 1986: "Neuroses". Editora Ática. São Paulo.

SIMONIAN, Lygia T.L. 1997: "Alcoolismo entre Indígenas: Abordagens, Contextos e Perspectivas". Fundo Nacional de Saúde e Prefeitura de Londrina. (artigo inédito)

STEINEN, Karl Von Den. 1940: "Entre os Aborígenes do Brasil Central". Departamento de Cultura. São Paulo. VIERTLER, Renate Brigitte. 1990: "A Duras Penas". FFLCH - USP. São Paulo.

-----, 1997: "Idéias Sobre as doenças entre os Índios Bororo de Mato Grosso: Elementos para uma Antropologia da Doença" in BARROS, Edir (org) "Estudos de Antropologia da Doença entre Bororo e os Kurã-Bakairi". Série Ensaios Antropológicos, 5. EdUFMT. Cuiabá.

-----, 1998: "Introdução ao Estudo do Alcoolismo entre os Índios Bororo de Mato Grosso", UFMT (Artigo Inédito). Cuiabá. WADDEL, J. & EVERETT, M. 1980: "Drinking Behavior Among Southwestern Indians". Tucson. Arizona.



Artigo 11

O ALCOOLISMO NA COMUNIDADE KAINGÁNG DE LONDRINA (PR)¹ DADOS PRELIMINARES/1999

Marilda Kohatsu ²

HISTÓRICO

Os Kaingáng tem a história de contato desde o século XVI, com constantes episódios de perdas, resistências e prejuízos. Perderam a sua autonomia enquanto grupo e passaram a constituir uma configuração social dependente dos interesses da sociedade envolvente. A terra indígena do Apucarantina situa-se no município de Londrina (PR) a cerca de 60 km. da sede, e conta com cerca de 1.100 pessoas, sendo que mais de 50% é constituída de crianças. Os Kaingáng têm sua vida dependente da sociedade envolvente. Recebem auxílio e proteção do município na satisfação de algumas necessidades básicas sociais e sanitárias. Vendem seus produtos (cestarias) na cidade de Londrina e frequentemente contribuem para o aumento de problemas sociais deste município.

¹ Estes dados fazem parte do Projeto de Pesquisa, Intervenção e Controle do Alcoolismo para os Kaingáng do P.I. Apucarantina.

² Médica Sanitarista e clínica geral do Programa de Atendimento à Saúde da Comunidade Kaingáng do Apucarantina- Prefeitura Municipal de Londrina.

Em função da necessidade de se ofertar uma atenção diferenciada a esta população, a Prefeitura Municipal de Londrina criou o Programa de Atendimento a Comunidade Kaingáng, que envolve diversos setores (Ação Social, Saúde, Educação, Agricultura, Meio Ambiente, etc.) além de outras instituições (Universidade Estadual de Londrina, UNOPAR, FUNAI, Fundação Nacional de Saúde, ONGs, etc.), e que tem como objetivo geral proporcionar condições que levem a uma melhoria da qualidade de vida desta comunidade. O Programa tem a coordenação da secretaria de Ação Social, que comporta uma gerência que cuida especificamente dos assuntos indígenas, responsável por planejar, coordenar e congregar todas as atividades desenvolvidas dentro da área indígena, além do cuidado para que estas atividades passem pela participação e aprovação da comunidade.

Dentre os principais problemas encontrados temos a falta de opções para auto-sustentabilidade econômica da comunidade, dificuldade para se obter os suplementos necessários para a produção agrícola de subsistência, e mais contundentemente a dificuldade de se ter uma condição adequada de saúde, já que o conceito de saúde implica em boas condições de moradia, saneamento, lazer, terra, trabalho, acesso a serviços de saúde, e possibilidade de fortalecimento do indivíduo dentro do seu meio e cultura, condições estas não encontradas não somente nesta área indígena, mas na maioria das terras indígenas do país. O setor saúde tem, portanto, a responsabilidade de ampliar as discussões sobre saúde e doença nas comunidades indígenas. Trata-se de ampliar a discussão e, também, repensar as soluções para os problemas de saúde que ocorrem nas aldeias. Significa também, colocar como condição para toda ação a ser executada, que se contemple o reconhecimento e respeito a especificidade etno-cultural; o entendimento pelos profissionais de saúde de que existem diferentes concepções de saúde/doença e de seus determinantes; a importância das práticas tradicionais de cura e a necessidade de parceria com outros setores e instituições. É com estas premissas, que o Programa de atendimento à saúde indígena, tem procurado desenvolver as ações dentro da reserva indígena, desde 1993. Atualmente, o programa oferta atendimento básico nas áreas médico-odontológico e de enfermagem, ações de prevenção e de controle e acompanhamento dos agravos, entre outras.

Um dos agravos diagnosticados foi o problema da dependência de álcool, identificado pela própria comunidade, pela ocorrência de agravos relacionados com o consumo abusivo de álcool observado no quadro de morbi-

mortalidade ambulatorial, e da observação cotidiana dos profissionais que atuam na área. Para atuar especificamente sobre este problema, optou-se por um projeto que contemple ações de prevenção e de combate ao alcoolismo, atualmente em desenvolvimento.

O PROBLEMA DO ALCOOLISMO

Segundo Oliveira (1999), a semelhança de outras etnias, a introdução da bebida alcóolica dentro da aldeia do Apucarantina, tem sua origem na época do contato. Relata a existência, anterior ao contato, de bebidas fermentadas que eram fabricadas e consumidas durante festas religiosas e profanas, em rituais e comemorações, sendo restritas a estas ocasiões. A introdução de alambiques dentro da reserva foi uma estratégia para dominação e apropriação de terras e bens das comunidades indígenas, e causou mudanças drásticas no modo de beber, gerando os problemas enfrentados na atualidade. Além dos prejuízos sanitários conhecidos, o uso e abuso do álcool dentro das áreas indígenas, tem contribuído para o aumento da mortalidade por causas externas. No Apucarantina, em levantamento de 1998, observamos 5 óbitos em adultos, destes 3 foram devidos a causas externas (acidente e agressão), e em todos os casos, encontramos relação com o consumo abusivo de bebidas alcólicas. No levantamento da morbidade ambulatorial, encontramos registro de agressões domésticas, provocadas pelo consumo de álcool principalmente, pelo marido, que fica agressivo e agride a esposa e os filhos. Este é um dado que infelizmente, aparece nos registros de morbidade ambulatorial, somente quando a agressão é grave e que demanda um atendimento como um curativo ou uma avaliação médica. Em outras situações menos "graves", este dado chega através da mãe ou esposa, que se queixa na consulta que o filho ou esposo bebem demais e brigam e que elas, às vezes tem que sair de casa, para não sofrerem consequências piores. Isto gera sofrimento aos familiares, desestruturação familiar, com separações de casais provocadas pela bebida, e perda de referências do indivíduo dentro da comunidade.

Encontramos outras associações importantes com o alcoolismo, como por exemplo a tuberculose, a desnutrição e bebês com baixo peso, devido a ingestão de álcool pela mãe, durante a gravidez e amamentação. Outro dado bastante preocupante, é a observação de que o consumo de álcool tem se iniciado em faixas etárias cada vez mais jovens. O consumo pelos pais e o desconhecimento de que o álcool possa levar a um estado de dependência, levam jovens a iniciarem precocemente o consumo de bebidas, principalmente quando estão em grupo.

O DIMENSIONAMENTO DO ALCOOLISMO

Para melhor definição do problema, foi realizado uma fase inicial de levantamento da prevalência do alcoolismo dentro do Apucarantina. Foi realizado um inquérito domiciliar, durante o 2º semestre de 1999, com o registro de todos os dados sociodemográficos por família e entrevista com as pessoas que no último ano fizeram uso de bebida alcóolica. O instrumento utilizado foi a Ficha de Família desenvolvida pelo Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e amplamente utilizada em trabalhos populacionais. Os dados parciais nos mostram, inicialmente, que a população verificada, apresentou composição semelhante em relação ao sexo, com 48,7% das pessoas sendo do sexo masculino e 51,3% do sexo feminino. A média aritmética das idades foi de 18,4 anos e 60,3% dos entrevistados cursaram até a 4ª série e apenas 0,2% cursavam o segundo grau. A maioria das pessoas (95,8%), referiu que ambos os pais eram indígenas, e a maioria (79,4%) é natural da própria aldeia e 39,4% são casados. Mais de 50% apresentam algum tipo de renda, sendo que a média encontrada foi de 1 salário mínimo, por família. (DP=0,58) Em relação ao uso de bebidas alcólicas nesta parcela de população, foi verificado que quem faz uso de bebidas alcólicas e que vem bebendo nos últimos doze meses, constituem 26,8% do total. Entretanto quando verificamos este dado, em relação a sexo, as proporções foram de 40,1% entre os homens e 14,2% entre as mulheres. É de se notar que estas proporções são bem maiores do que as proporções de consumo de bebidas em populações não índias, como mostra Souza (1996), em levantamento de trabalhos de prevalência de alcoolismo em populações brasileiras.

No sexo masculino, a proporção de 33% foi verificada na faixa etária de 15 até 25 anos e de 54,6% entre os 15 e 35 anos, faixas de maior produtividade do indivíduo. No sexo feminino a proporção foi de 18,8% nas faixas de 15 a 35 anos, e de 25% na faixa de 35 a 45 anos. Mais de 45% das mulheres que fazem uso de

bebidas se dá entre os 30 a 49 anos de idade. A primeira vista, parece que entre os Kaingáng, as mulheres apresentam o problema do alcoolismo em idades maiores que entre os homens.

CONCLUSÃO

Com relação a análise dos dados feitas até o momento, ainda tem caráter preliminar, não nos arriscando ainda, em definir qual o perfil epidemiológico desta população em relação ao consumo de bebidas alcólicas, e qual o entendimento do significado da bebida, como aparecem suas conseqüências e a magnitude do consumo de bebidas alcólicas dentro da área indígena. Porém, a realização deste inquérito possibilitou a reflexão de alguns pontos, que se seguem abaixo. Não há estudos epidemiológicos entre populações indígenas ou não, no estado do Paraná. Desta forma, a comparação de resultados torna-se difícil e este trabalho preliminar deve servir de referência para futuras comparações e no acompanhamento de programas de prevenção. O desconhecimento e a falta de estudos que nos digam qual a dimensão do problema do consumo de bebida alcóolica entre os indígenas, quais os seus determinantes, quem são os mais atingidos, e que outros fatores possam estar subjacentes, ocasionam limites para desenvolvimento de ações mais adequadas e propiciam a formulação de pré conceitos, bastante comuns quando se fala em comunidades indígenas e alcoolismo. Assim como em outras etnias e grupos, existe uma dificuldade na separação entre o significado do beber ritualístico e a atual forma de beber, além do caráter lúdico que é conferido a bebida alcóolica, que faz o "índio ficar alegre" e o ato de beber "é com os companheiros", depois do futebol ou no final de semana. Beber, se torna um encontro social. Bebidas como o vinho ou a cerveja não são reconhecidas pelos índios como "bebidas de álcool", cabendo somente a pinga esta classificação. Isto também é um dificultador, na abordagem do problema junto ao indivíduo e a comunidade.

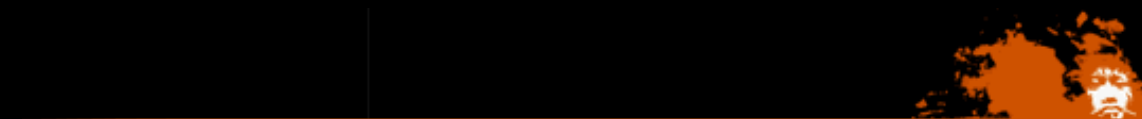
Por outro lado, há um despreparo dos profissionais de saúde para a abordagem do problema alcoolismo, e não só em populações indígenas. Só há pouco tempo, o alcoolismo foi reconhecido como doença pela Organização Mundial da Saúde, passando a se constituir um problema de saúde de caráter coletivo, deixando de ser um problema de âmbito individual. Por todas estas colocações, é que o trabalho de prevenção e combate ao alcoolismo, dentro de comunidades indígenas, não é uma tarefa fácil. Reconhecer o alcoolismo como um agravo importante, compreender as suas diversas interfaces, envolver a comunidade, considerar este problema dentro de uma rede de problemas - o que significa atuar em várias outras frentes, respeitar as especificidades etnoculturais e a realidade de cada local - são ao menos algumas (nunca as únicas) referências para se iniciar um bom trabalho de prevenção do alcoolismo dentro das populações indígenas.

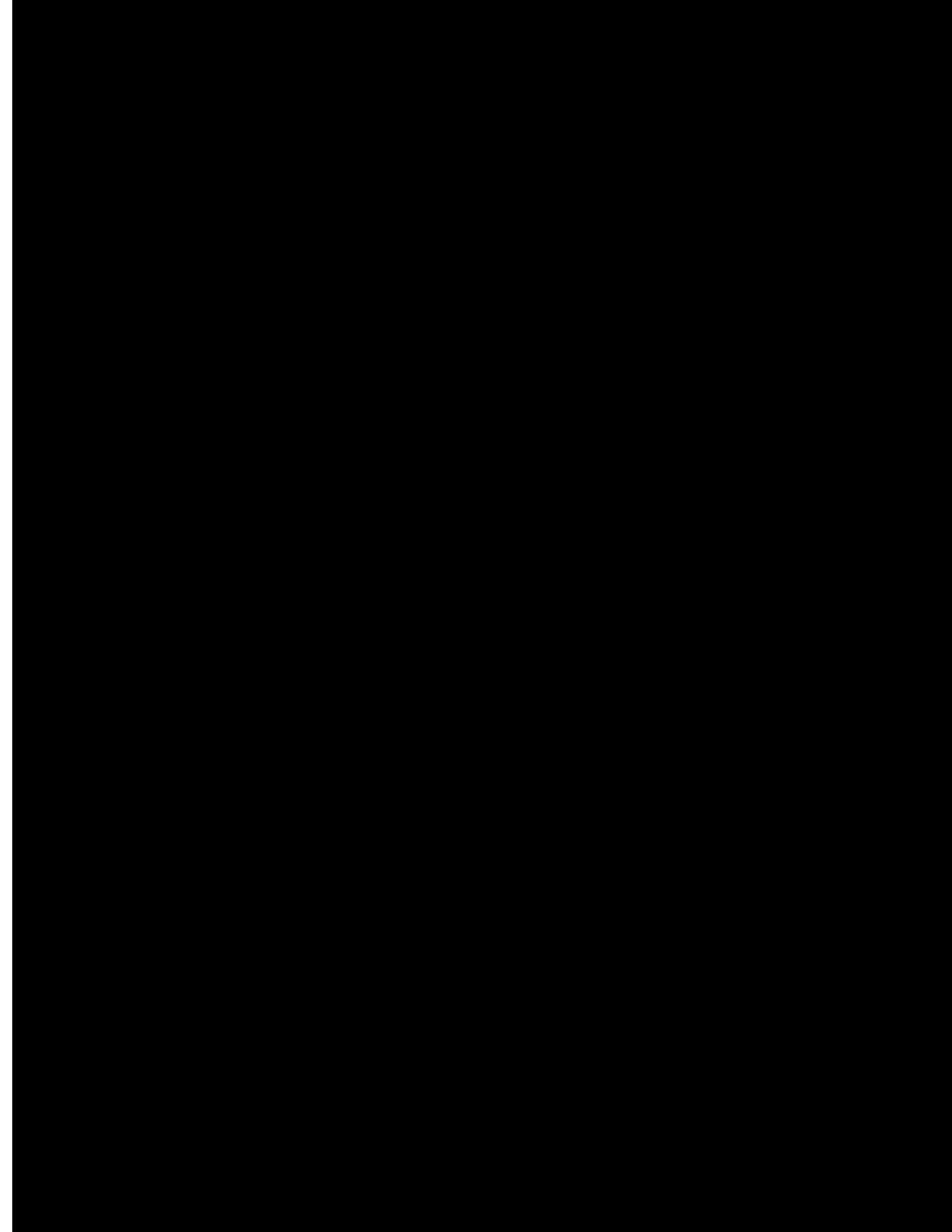
BIBLIOGRAFIA

ALBUQUERQUE, J.I.A.; SOUZA, J.A. - Prevalência do Alcoolismo na População Indígena da Nação Terena do Complexo Sidrolândia-Colônia Dois Irmãos do Buriti. In: Ministério da Saúde: Anais da I Oficina Macro Regional de Estratégia, Prevenção e Controle das DST/AIDS para as Populações Indígenas das Regiões Sul, Sudeste e do Mato Grosso do Sul. Londrina, 1997.

OLIVEIRA, M. - Alcoolismo entre os Kaingáng: Do Sagrado e Lúdico à Dependência. Artigo apresentado no Seminário sobre Alcoolismo e Vulnerabilidade às DST/AIDS entre os Povos Indígenas da Macrorregião Sul, Sudeste e Mato Grosso do Sul.

OLIVEIRA, M.; KOHATSU, M. - Relatório de Atividades do Programa de Atendimento aos Kaingáng do P.I. Apucarantina/ano de 1999. Londrina (PR) Relatório consolidado da 1ª Oficina Macrorregional de Estratégias de Prevenção e Controle das DST/AIDS para as Populações Indígenas das Regiões Sul Sudeste e Mato Grosso do Sul. Londrina, 1997. SOUZA, J. A. - Estudo Epidemiológico Descritivo de Alcoolismo no Bairro Universitário de Campo Grande - MS. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, apresentada na UFMS - Campo Grande - MS, 1996.





SEMINÁRIO SOBRE ALCOOLISMO E DST/AIDS ENTRE OS POVOS INDÍGENAS

CRÉDITOS

Edição:

Assessoria de Comunicação

Dario Almeida Noletto (editor)

Lúcia Helena Saldanha Gomes (designer gráfico, arte final e diagramação)

Versão para a internet:

Direção: Daniel Lavenere

Webdesign: Rafael Lavenère



CONCLUSÕES

O registro desses artigos coloca em pauta a necessidade e a importância da discussão da problemática do consumo de álcool entre os povos indígenas, assim como o seu enfrentamento, visto ser esta uma questão que vêm trazendo sérios transtornos dentro das aldeias indígenas, seja do ponto de vista patológico, como estrutural, social e cultural. Lembramos que para qualquer ação de intervenção em relação a redução de danos, se faz necessário entender a especificidade cultural e histórica de cada grupo, assim como o significado do ato de beber para cada indivíduo ou etnia. É extremamente complexo pensar em intervenção, mas as discussões deste seminário nos apontam algumas direções. Este é o grande desafio. Embora houvesse opiniões diferentes, verificamos a busca constante para a compreensão do fenômeno com outras perspectivas, algumas conclusões foram uniformes e devem nos orientar para o desenvolvimento de propostas de intervenção que venham a ser realizados sobre esta questão.

CONCLUSÕES DOS GRUPOS DE TRABALHO

1. FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A SITUAÇÃO DE ALCOOLISMO NAS ÁREAS INDÍGENAS

Perda e/ou redução das terras indígenas;

Terra de má qualidade;

Comunidade morando perto de rodovias sem possibilidade de produção;

Falta de incentivo à produção gerando dificuldade para auto-sustentação;

Situação precária de vida, de saúde;

Venda de roça para comprar cachaça;

Assalariamento fora das aldeias;

A existência de bares dentro das áreas indígenas;

Conflitos/ Invasão de terra; Situação de tensão entre as comunidades;

Ansiedade;

Localização das aldeias próximas às cidades.

ESTRATÉGIAS GERAIS DE PREVENÇÃO

COMO FAZER UM DIAGNÓSTICO SOBRE ALCOOLISMO NAS ÁREAS INDÍGENAS:

Aplicação de instrumentos de triagem como o CAGE e outros;

Pesquisas etno-históricas e etnográficas: história do contato, questão da terra, deterioração socioambiental, condições de sobrevivência socioeconômica, mudanças culturais, impacto do contato sobre a saúde, levantamento das igrejas e suas interferências com a cultura e a comunidade;

Análise dos dados.

METODOLOGIA

Metodologia Interdisciplinar e participativa para a realização do diagnóstico;

Capacitação de recursos humanos (técnicos e comunidades indígenas);

Aprofundar os conhecimentos específicos sobre DST/aids e alcoolismo ao longo do processo;

199 Trabalhar os diversos discursos (o da comunidade, o técnico e o científico);

Envolver as comunidades do entorno;

Inquérito antropológico: levantamento da percepção local do estado de saúde e da situação, dos problemas, das demandas e necessidades, bem como da melhoria junto as lideranças políticas e religiosas tradicionais com os professores, agentes de saúde e com a comunidade como um todo;

Observação direta;

Pesquisa para identificar, clarear sobre a percepção dos índios sobre o alcoolismo, aspectos culturais associados com uma metodologia comum.

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO

As propostas deverão ser feitas à partir do resultado do diagnóstico e elaborado junto com a comunidade

Disseminar a informação sobre DST/AIDS e alcoolismo (impactos físicos e sociais)

Reuniões de sensibilização para o envolvimento da comunidade e priorização do problema;

Organizar curso de especialização nas áreas de DST/AIDS e alcoolismo;

Prevenção nas escolas, incluir o tema no currículo transversal;

Grupos de conversa sobre alcoolismo (auto diagnóstico)

Articulação saúde/educação; Incluir o tema alcoolismo na rotina de trabalho dos agentes indígenas de saúde;

Elaboração de material de apoio: cartilhas, vídeos, folders, etc.;

Preparação das instituições para trabalhar de forma adequada com os alcoolistas e outros problemas de saúde (especificidade cultural);

Preparar a retaguarda assistencial para acolher o alcoolista indígena nas intercorrências clínicas e outras, compreendendo as especificidades da cultura (articulações políticas e oficinas com profissionais permanentemente, garantia de assistência médica e acompanhamento sistemático);

Os resultados das pesquisas nortearão as diretrizes curriculares do programa de capacitação dos agentes de saúde e professores indígenas, ou PACS, PSF, preparando-os para executar ações de prevenção junto a comunidade;

Resgate da cultura indígena (valorizar o papel do Kuiã, pajé, os ritos, as danças, mitos, etc.);

Melhoria das condições socioeconômicas, segurança de território e demarcação e ampliação de terras indígenas;

Fortalecer as organizações indígenas; Considerar as especificidades de cada comunidade em relação ao impacto das diferentes igrejas sobre a cultura e a situação socioeconômica;

Formação de um grupo de mulheres que são atingidas pelo problema do alcoolismo e que poderão desempenhar papel fundamental no processo de intervenção.

SISTEMÁTICA DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS ATIVIDADES:

Acompanhamento antropológico contínuo das atividades;

Formação de grupos (local, Macrorregional, estadual para acompanhamento das atividades);

Avaliação antropológica e de outros profissionais, anual sobre o impacto das ações sobre o nível de conhecimento acerca do alcoolismo e suas ligações com a saúde (DST/aids e outros agravos);

Avaliação das ações e do material pedagógico produzido junto com a comunidade.



SEMINÁRIO SOBRE ALCOOLISMO E DST/AIDS ENTRE OS POVOS INDÍGENAS

Apresentação

A realização do Seminário sobre Alcoolismo e Vulnerabilidade às

DST/AIDS entre os Povos Indígenas da Macrorregião Sul, Sudeste e Mato Grosso do Sul, surgiu durante a realização da I Oficina de Estratégia, Prevenção e Controle das DST/AIDS para os Povos Indígenas ocorrido em agosto de 1997. Nesta ocasião ao se fazer um diagnóstico sobre a saúde indígena, constatou-se um perfil epidemiológico bastante preocupante nestes estados, somado pela falta de terra, desmatamento do meio ambiente, índios morando nas periferias da cidade, etc.. O alcoolismo aparece como um dos problemas prevalentes que vem causando grandes transtornos dentro das áreas indígenas.

O Evento foi promovido pela Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, organizado e coordenado pela Secretaria de Ação Social de Londrina (Pr), apoiado pela Autarquia do Serviço Municipal de Saúde de Londrina (Pr), com colaboração da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Fundação Nacional de Saúde e Fundação Nacional do Índio. Contou com a participação de 50 pessoas, sendo representantes indígenas Kaingáng, Guarani, Kayowá, Terena, Xoklêng, Bakairi; representantes da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, Fundação Nacional de Saúde do Rio Grande do Sul, de Santa Catarina e do Paraná; Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal do Mato Grosso, Instituto Sócio-Ambiental / ISA/ Orston-França, COSAI/F.N.S., Núcleo de Altos Estudos da Amazônia, Fundação Nacional do Índio do Paraná, de São Paulo e de Mato Grosso. Representantes de Organizações não-governamentais - COMIN (Conselho de Missão entre Índios); CIMI (Conselho Indígena Missionário) e APEART (Associação Projeto Educação do Assalariado Rural).

Durante os preparativos algumas preocupações estiveram presentes tais como: que o encontro deveria ser multiprofissional, multidisciplinar, supra institucional e principalmente contar com a presença dos sujeitos mais atingidos, ou seja os representantes das populações indígenas. Outra preocupação que se fez presente foram que as discussões deveriam ser feitas a partir das trocas de experiências de várias pessoas sobre alcoolismo e que isto possibilitasse no desenvolvimento de estratégias que pudessem não só contemplar alguma região ou etnia, mas que pudessem servir de orientação para quem quisesse posteriormente planejar e programar atividades no sentido da prevenção sobre o consumo de bebidas alcoólicas.

O seminário foi realizado portanto, com o objetivo de reunir especialistas da área médica, antropológica, psicológica, etc., e representantes indígenas com a finalidade de debater e discutir a problemática do alcoolismo entre os grupos indígenas desta Macrorregião, na tentativa de buscar uma estratégia e metodologia adequada considerando os aspectos históricos/culturais, para a obtenção de resultados eficazes a médio e longo prazo na prevenção e/ou tratamento, visando a diminuição dos prejuízos individuais e coletivas dos alcoolistas e daqueles que poderão vir a ser dependentes. Os participantes presentes representavam profissões diferentes, pontos de vistas diferentes e perspectivas diversas, por vezes conflitantes mas que deveriam ser discutidas em proveito de todos, o que garantiu um ótimo nível de discussão e encaminhamento das questões.

O consumo de bebidas alcoólicas pelas sociedades humanas é bastante antigo, sendo que só recentemente o alcoolismo foi reconhecido pela OMS (1957) como doença, e a partir daí passou a ser um problema de saúde pública. No entanto, em relação a população indígena não há dados epidemiológicos sobre esta patologia.

Para os grupos indígenas o consumo de bebidas fermentadas é tão antigo quanto a própria humanidade e eram usadas (ou são 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, se deu, ainda, no final do século passado, para muitos 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.

Durante o Seminário foi apresentado um panorama sobre a saúde indígena e diagnóstico sobre a situação de alcoolismo na Macrorregião, assim como temas discutidos sobre alcoolismo e populações indígenas,

apresentação de resultados de trabalhos realizados e pesquisa entre os grupos Terena, Kaingáng e Bororo. Foram realizadas oficinas de trabalho para discutir o alcoolismo enquanto problema de saúde e suas conseqüências sociais e sua relação com DST/AIDS e outras doenças como tuberculose, diabetes, desnutrição, e como traçar estratégias de prevenção e de intervenção sobre alcoolismo nas áreas indígenas.

Enfim, o Seminário foi realizado e estes anais refletem a sua execução. Em torno do assunto nós presenciamos as discussões se o alcoolismo é ou não patologia. Se é patologia é individual ou coletiva? Se a forma coletiva não é patológica, o impacto em algumas pessoas pode ser patológico? Mas será que os prejuízos são homogêneos? Como é que formas coletivas de beber desapareceram e como isto se reflete no indivíduo?

Outra questão colocada foi sobre a necessidade da execução de trabalhos quantitativos. Para que é que servem os trabalhos quantitativos? É necessário o conhecimento da extensão do problema? Os critérios empregados são adequados a todos os grupos? E os trabalhos qualitativos, pontuais, podem ser generalizados para todos eles?

A representação e o significado de beber é igual de um grupo para outro? Buscar a causalidade é importante? Todos temos a noção de que de acordo com o que consideramos causalidade nos leva a buscar determinado tipo de conduta para afastar os sofrimentos. Como é que devem ser tratados? Individualmente ou em busca de soluções coletivas? Ou ambas? Assim, ficou também evidente a necessidade de pensar o alcoolismo num quadro de saúde num sentido mais amplo. A importância do resgate da Medicina tradicional poderá contribuir na prevenção de doenças, de maneira exercer mais eficaz que a da medicina ocidental.

As conclusões nos apontaram a necessidade da continuidade de estudos mais aprofundados e ações que possam ser complementares e interdependentes, capazes de se manter constante os questionamentos e a busca de soluções, mesmo que provisórias.

Comissão Organizadora



SEMINÁRIO SOBRE ALCOOLISMO E DST/AIDS ENTRE OS POVOS INDÍGENAS

Introdução

A delimitados e vários foram as formas de dominação. As epidemias registraram ao longo do tempo e marcaram como grande causadora da redução populacional e ainda pela extinção de vários grupos. A partir daí, os grupos indígenas enfrentam situações distintas de tensão social, ameaças e vulnerabilidade. A expansão das frentes econômicas (trabalho assalariado temporário, projetos de desenvolvimento, frentes de extrativismo), tem ameaçado a integridade do ambiente em que vivem, seus saberes, sistema econômico e organização social. Com todo este sistema fragilizado, estando mais vulneráveis, várias doenças continuam atingindo estes grupos.

Estas doenças estão ligadas às condições precárias de vida, falta de saneamento, de alimentação adequada e de perspectiva de vida a que estão expostos. Soma-se a este quadro o aumento das doenças sexualmente transmissíveis, o aparecimento da AIDS e o consumo exagerado de bebidas alcoólicas. Este último tem sido considerado um agravo importante dentro das áreas indígenas e verificado como importante causa da desagregação social, da violência, suicídios, etc., além de sua correlação com outras patologias (diabetes, desnutrição, hipertensão, etc.)

A violência doméstica ligada ao alcoolismo aparece entre os Kaingáng do Sul do país. O suicídio entre os Kayowá do Mato Grosso do Sul, tem como uma das causas o alcoolismo. Vários acidentes com morte foram notificados no estado do Paraná ligados a esta questão. O índice de crianças com desnutrição causada pelo efeito do álcool é bastante importante e preocupante nas áreas indígenas do sul do País. O alcoolismo também é um dos fatores que têm provocado tensão dentro das comunidades e também estimula a sexualidade fora das regras do grupo, assim como abuso sexual e prostituição nos centros urbanos e em rodovias.

Na Macrorregião, onde a população indígena tem um relacionamento mais continuado com a população regional, nota-se o aparecimento de outros agravos de saúde relacionados a mudança de vida e a introdução de novos hábitos alimentares: diabetes, hipertensão arterial, desnutrição, doenças do coração, verminoses, doenças da pele, tuberculose, doenças respiratórias e o aumento, das DST e câncer uterino em mulheres Kaingáng do Sul do País. Em São Paulo e Rio de Janeiro, 68,5% das crianças Guarani apresentam estado de anemia ferropriva, ocasionada por péssima qualidade nutricional.

A Tuberculose, por ter uma manifestação clínica e insidiosa, com a necessidade de tratamento prolongado tem causado muito sofrimento aos povos indígenas. A Aids também tem ameaçado vários grupos indígenas. O curto período que transcorre entre o diagnóstico e o óbito dos pacientes e a falta de informação sobre as formas de transmissão tem demonstrado o quanto vulnerável se encontram os povos indígenas frente a esta epidemia.

A situação descrita em relação aos agravos da saúde da Macrorregião, demonstrou a necessidade de intervenções específicas, pois estas doenças, podem ter significado e interpretações muito diferentes em relação ao mesmo fenômeno. Atentos para esta compreensão, e buscando o uso de conceitos mais homogêneos, e considerando as especificidades culturais de cada grupo, estes artigos refletiram esta preocupação.

As narrativas de alguns representantes indígenas nos mostram e evidenciam a problemática do alcoolismo nas aldeias e a importância de se buscar estratégias de prevenção e controle.

Assim os artigos "Alcoolismo - Atualização" de Juberty Antonio de Souza e "A Ingestão de Álcool Etílico e Enfermidades Associadas" de José Ivan Aguiar e Juberty Antonio de Souza, refletem a preocupação de historicizar o alcoolismo desde as etapas mais remotas, passando pelas dificuldades de sua compreensão e da sua aceitação como doença (a dependência), até as dificuldades diagnósticas em função da diversidade de significação social e cultural, fazendo a discussão dos critérios diagnósticos preconizados pela OMS e concluindo com as ações somáticas do álcool e os prejuízos individuais. Desta forma leva a uma compreensão dos prejuízos corporais e fornece os elementos diagnósticos.

Dominique Buchillet em "Tuberculose, Antropologia e Saúde Pública" mostra a associação de uma das doenças mais antigas da espécie humana e que se relaciona com outras patologias como desnutrição, com má qualidade de vida e com o alcoolismo e atualmente a AIDS, recordando que qualquer intervenção deve sempre considerar os aspectos socioculturais históricos. Também em relação ao Diabetes, uma das maiores causas de preocupação atualmente, entre os povos indígenas estes fatores se fazem presentes como indicado pelo trabalho de José Ivan Aguiar em "Diabetes entre os Terena do Mato Grosso do Sul".

Jean Langdon, com o artigo "O que Beber, como Beber, e quando Beber.", de forma semelhante indica a necessidade da compreensão do alcoolismo dentro do contexto global e resultante de múltiplos fatores históricos, econômicos, sociais e culturais. Associa ainda que o desenvolvimento do alcoolismo está diretamente relacionado com o processo de pacificação e a situação atual do índio frente à sociedade envolvente.

Marlene de Oliveira em "Alcoolismo entre os Kaingáng: Do Sagrado e Lúdico à Dependência", mostra todo o significado das bebidas fermentadas no contexto ritualístico, usado como reafirmação grupal em festas sagradas e profanas e lembra a triste iniciativa oficial de instalação de alambiques dentro das áreas indígenas, como um dos fatores determinantes na forma atual de beber e ainda como um desagregador social entre os Kaingáng.

Carlos Coloma, em "O Processo de Alcoolização no Contexto das Nações Indígenas", e pela experiência de trabalho com populações indígenas nas três Américas, mostra a importância das mudanças socioculturais no processo de colonização. Aponta o sofrimento individual e/ou coletivo como fator determinante para a quebra do equilíbrio individual e/ou social sendo que o alcoolismo é uma destas manifestações do desequilíbrio juntamente com outras como violência auto e/ou hetero dirigida.

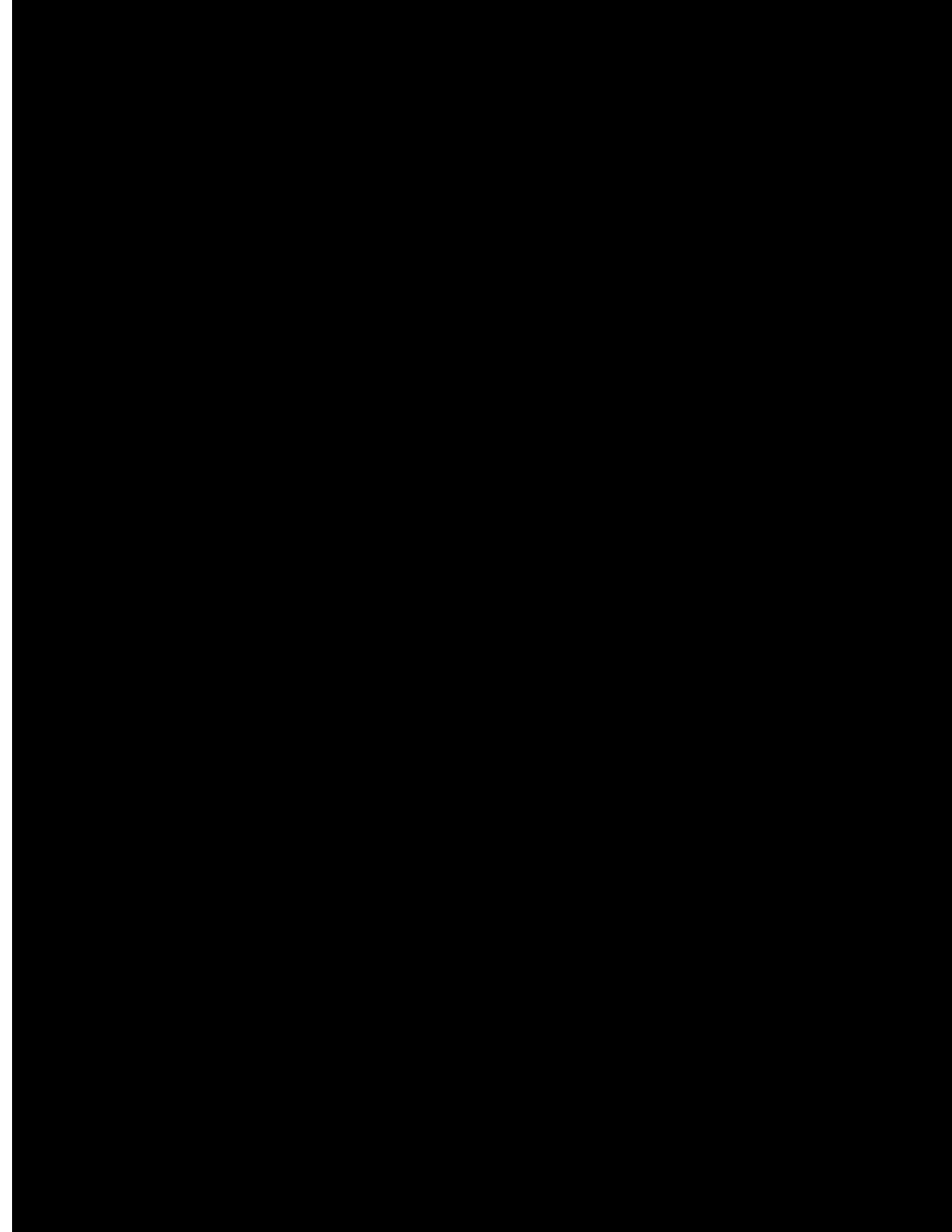
Os efeitos do contato prolongado na mudança dos padrões ritualísticos de beber bem como o seu significado atingem os povos indígenas de uma forma geral mas ficam muito evidentes ao se fazer a comparação das proporções de alcoolistas entre os índios vivendo distante e na periferia das cidades. Assim, é que o artigo "Alcoolismo em População Terena no Estado do Mato Grosso do Sul - Impacto da Sociedade envolvente" de Juberty Antonio de Souza mostra estas diferenças e que se tornam mais acentuadas quando verificada a ocorrência na população feminina.

Por outro lado, ficou patente a uniformidade de opiniões de que o alcoolismo não deve ser visto de uma forma isolada devendo ser compreendida dentro do seu contexto sociocultural. Desta forma Manuel Quiles em "Mansidão de Fogo - Aspectos Etnopsicológicos do Comportamento Alcoólico entre os Bororo" recorda que as bebidas alcoólicas sempre foram utilizadas como arma de dominação em relação às populações indígenas, o mesmo acontecendo com os Bororo e que por fatores próprios apresentaram uma resistência diminuída frente ao contato nestes séculos.

A compreensão destas situações e a identificação destas necessidades ficam ainda mais evidenciadas quando se vê o Programa de Atendimento a Saúde do Índio, do Apucarantina/Londrina - PR, apresentado por Marilda Kohatsu, em que se identificou o alcoolismo como um agravo importante de saúde, através de inquérito epidemiológico, procura desenvolver uma estratégia específica de prevenção e intervenção, considerando a especificidade do grupo.

A Comissão





Artigo 1

AS NARRATIVAS DE REPRESENTANTES INDÍGENAS SOBRE O USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS DENTRO DAS ÁREAS INDÍGENAS

Arthur Benite

Representante da etnia Guarani / Aldeia Morro dos Cavalos (SC)

A saúde nossa, nós Guarani, pra nós tratar a saúde, nós preci sa ter alimentação dos antigos, entendeu como é que é, dos antigos, entendeu como é que é, entendeu, entenderam? Alimentação nosso, antigamente, de 40 anos atrás, prá não crianças ficarem doente, de a pessoa mais de idade não ficarem doente, se alimentava canjica, milho verde, aipim, batata doce, feijão e se chama nossa comida antigo. Éh, êh, se chame em Guarani Vadiopé. Então, é assim, sabe o que está acontecendo agora? Eu vou explicar bem como é que porque está acontecendo com eles agora, com os índios Guarani. Porque cada vez nós vamos chegando assim. Entenderam como é que é? Cada vez mais vamo chegando assim. De primeiro nós tinha lugar pra morar. Agora não tem mais. Cada vez 'tamo chegando'. Por isso.

Então, eu 'tô querendo pedir um favor pra vocês, meu povo me ajuda. Ajuda nós conseguir a terra, um lugar mais melhor (melhor) prá gente prantar (plantar), prá criar nossos filhos. Sendo a hora assim não prejudicar negócio de alco (álcool). Pinga como se diz, né? Brasileiro, eu falo brasileiro e antigamente, do antigo mesmo pinga, cachaça, né, sabe porque meu povo usa muito, porque? Não tem mais lugar prá onde morar. Tão morando junto já com branco, nós 'temo morando junto na porta da venda vamo dizer, do comércio, né. Sabe, por isso alguém tem que, meu povo como nós vamo - orientar eles.

Até ontem, quando comecei a sair, falaram pra mim esse pessoal mais veio (velho) que não sabe nem falar em português. Eu fico até pensando, eu vim pensando sozinho. Como é que eu vou falar, como é que eu vou explicar? Meu povo diz assim: Vai lá e fala. Se nós sai, dizem que lá meu povo bebe cachaça. Caso sério. Eu falo pro meu povo porque eu enxergo, eu não quero falar mais, eu tenho que falar, mais o que? Por causa a gente está morando perto do BR, perto da estrada. Não tem como sair, não tem como plantar. Então, a maioria estão bebendo. Tem que beber, porque não tem lugar mais pra morar. Se eu for Guarani e prantar, trabalhar, não precisa nada, não precisa nem beber também. Porque antigamente a cachaça era cauim, se chamava cauim. E agora não existe mais porque nós não temos prantação (plantação).

Então, esses, que estão cuidando agora da saúde lá, pessoal lá, começava agora há pouco. Mais Graças à Deus. Eu acho que vai melhorar. E lá 'temos que aceitar os crentes também prá ver se vai melhorar um pouco, e vai melhorar. E eu já não bebo mais, Graças à Deus. Deus me enxergou. Não, não adianta xingar autoridade de errado não beber mais. Eu tem que pensar, eu tem que falar com Deus antes. Ele que manda, ele que fez o céu e a terra. Então, é ele que manda. Se nós for falar pra ele ajudar-nos, sim, ele vai atender a gente. Como é que eu 'tô de verdade agora, não bebo mais. Não é o cacique que vai dar ordem, não é o cacique que vai dar laço. É botar na cadeia, pra não beber mais. Não é ele, é lá o Deus, lá em cima, nosso pai lá em cima. Eu penso assim, porque eu sou meio pajé lá na, na área indígena de Morro do Cavalo. Esse é minha palavra que eu estou soltando agora, então muito, muito obrigado por tudo.

Darlene Y. Taukane

Representante da etnia Bakairi/ Mato Grosso

Pra quem não conhece, eu sou Darlene Y. Taukane da etnia Bakairi do Mato Grosso. Então, a minha contribuição é fazer um pouco o relato do contato, do Bakairi.

Os Bakairi foram contactados com a passagem do cientista alemão, Karl von den Steinen em 1984. Tem ser registro que os Bakairi em 1718 já havia, né, na mineração de Mato Grosso perambulando assim, não definido assim seu território assim de onde estamos.

Sabe-se que nós somos assim, há Bakairi orientais como ele mesmo colocou, Bakairi orientais e ocidentais. Em 1984 já descobriu que existia dois Bakairi, bem distinta. Bakairi com contato da civilização de homem branco, já existiam machados de ferros, panela de ferro. O que ele chamou de Bakairi civilizado, de ocidentais. E o Bakairi orientais que não tinham contato com, com a civilização de homem ocidental.

Então, ele chega no Alto Xingú, no Rio Xingú, ele encontra os Bakairi, ele registra que Bakairi não têm bebida alcoólica. Não faz parte do uso da bebida alcoólica. E nesta mesma data, 1984, ele confronta com os Bororó, Manuel Quilles irá falar amanhã no palestra dele. E já o povo tem contato, com a colonização militar.

Então eu, analisando um pouco, situando um pouco da situação porque há bebida nas áreas indígenas, né. Principalmente são duas áreas Bakairi: no município de Lopisse, no município de Paranaçu. Nós somos do município de Paranaçu.

Olhando um pouco isso, trabalhando com os professores que isso tudo, acompanhando o processo de como isso acontece porque, somando a questão ao pé da situação, eu vejo a bebida alcoólica entra entre os Bakairi em 1943. Este é o depoimento dos nossos velhos.

Como é que entrou esta bebida alcoólica? Como as áreas indígenas estão sempre cercadas pelos pequenos fazendeiros, pequenos posseiros e sempre havia o contato com os Bakairi, eles convidavam o povo para festa dos santos. Festa de Santo Antônio, São Pedro, São João, todos os santos. Então, eles iam muito atrás das festas para essas fazendas.

Na época em que o SPI se implantou a festa dos santos na aldeia, ai começou os trabalhos, isso intensificou mais ainda a partir do momento que eles começaram o trabalho como mão de obra nas fazendas. Vão lá trabalhar, passam a trazer roupa para a família, açúcar, café, material, que não tem. A partir daí, eles começaram a trabalhar como escravos mesmos.

Então, o que fazem os fazendeiros, trazem a bebida alcoólica para eles terem mais resistência no trabalho. E começa também na própria aldeia. Sabe-se que na época do Serviço de Proteção aos Índios, ia muito os não indígenas trabalhar na construção das casas, do hospital as casas de alvenaria, para estruturar uma parte da casa. Na época do SPI tinha muito estas casas, casarões que construir (há uma distinção bem grande, aldeia e casa dos postos). Onde o território estrangeiro que eu falo, essa divisão, casa dos postos, casa dos brancos, casa do chefe do posto dos índios.

Então, estes servidores braçais também traziam a cahaça, os próprios índios trabalhavam, como pedreiro, marceneiro, e a partir daí tem-se o contato com a bebida. E hoje eu vejo que isso se intensificou mais ainda.

A partir da década de 80 onde se reorganiza e reestrutura de uma maneira, que tanto os agentes do SPI quanto o agente da FUNAI começam a sair da aldeia, onde os índios, os próprios povos indígenas assumem os cargos de chefe do posto, de agente do serviço, agente de saúde e professores indígenas. Eu vejo que a partir de 1985 entre os Bakairi começou a circular a bebida com mais frequência a partir do momento que são assalariados.

E os índios têm condições de ir para a cidade próxima e trazerem a bebida. Eles sabem que é proibido, mas eles acabam fazendo uma estratégia, uma forma de aliança entre os homens. Graças à Deus, até então, não se tem mulheres bebendo, as mulheres na maioria das vezes se silenciam com isso, a gente não sabe se elas são a favor ou contra, mas se calam.

Quando os homens vão para cidade, que eles fazem? Troca a bebida de embalagem, a embalagem vem de outra forma. Talvez um galão de gasolina, eles têm uma estratégia, uma forma de trazer.

Então, vejo que o uso da bebida tem se intensificado, tem desestruturado a organização social dos Bakairi, e há conflitos entre os lideranças, exatamente por causa disso. As lideranças tradicionais se preocupam com isto. Por isso tem muito divergência entre os lideranças. Lideranças mais novos, lideranças mais velhos,

porque não se tem mais afinidade, esta credibilidade dos lideranças tradicionais. Porque eles falam, e o que eles falam não tem muita credibilidade, né.

Então, eu vejo que o problema da bebida precisa ser encarado nas comunidades indígenas, é situando este problema. Os velhos, os mais velhos têm o costume de dizer que quando ele fica no porre, ele costuma dizer na língua que **ele tá dentro da bebida**. Nós falamos, **tá dentro da bebida**. Mas aí, não é nós...

Quando a gente fala ... quer dizer ele tá, e como se tivesse num copo, e eles dentro da bebida. Isso é a idéia que se tem. Então os mais velhos falam, assim não é bebida dele porque ele tem que ter dentro desta situação. Então, eu vejo que isso tem acontecido freqüentemente .

Como eu trabalho com os professores indígenas, é a gente tem reparado nisso. A nossa intenção, é prepararmos uma liderança forte, uma pessoa que tenha credibilidade quando fala, quando vai representar sua comunidade que tenha crédito.

Estamos repensando quem está nos representando de fato, eu não quero ser representada por pessoas viciadas (os mais velhos falam isso). Então, a formação dos professores indígenas é neste sentido. A gente quer que eles tenham esta consciência de que não queremos ser representados pelas pessoas que tem estes aspectos.

Então vejo que o assalariamento dos professores tem contribuído para o consumo da bebida. Eles vão fazer compras e na compra deles têm sempre uma garrafa de pinga. Então é patente isso, todos os meses na época de quando sai o salário, tem isso.

Eu vejo que há casos bem específicos em todos os povos. Acho que tem ser considerada a parte cultural, a parte da história, a parte biológica. Estar olhando com vários olhares para os povos indígenas, é a própria comunidade com mais consciência e mais clareza. E sei que está aí o problema e tem que ser resolvido, acredito que numa população, no caso dos Bakairi, uma população está estimada hoje em 900 pessoas. E lá onde faz parte esta 640 pessoas.

Então tem possibilidade de gente sentar, conversar, conversar com as crianças, conversar com os professores, conversar com as mulheres. Porque eu vejo que as mulheres não falam, mas existe uma revolta, uma revolta dentro dela. Então precisa ser trabalhado isso, eu acho que era isso que eu queria colocar um pouco. Espero que todos tenham oportunidade de falar.

Genilda Maria Rodrigues

Representante da etnia Kaingáng/ Londrina (PR)

Meu nome é Genilda, eu trabalho na FUNAI e sou Kaingang lá do posto de Barão de Antonina e já vivi aí por estas aldeias. Há 23 anos eu sai do Barão de Antonina. Eu ..., fiquei analisando, a gente já sabe que a problema do álcool existe. Então, não vou aqui falar que é um problema grave, todo mundo já sabe. Eu quero só apontar o que eu acho que pode ser o caminho para melhorar a situação, porque acabar eu acho quase impossível. Eu acho em primeiro lugar, o índio, ele deveria, eu penso, continuar com as rocinhas dele. Mais intensificar essas rocinhas em volta da casa com a batata, com o mandioca, com as pequenas coisas. Eu tenho notado que os índios ficam muito na espera da tal da cesta básica e as vezes aquelas rocinhas de perto da casa acaba ficando para depois. Isso é grave. Eles acabam sem alimentação. Esse espaço onde eles moram, todo mundo, um próximo do outro é bastante complicado. Também não sei como poderia resolver esta questão. É o caso. Eu vou me referir aqui a Geni porque é uma pessoa que eu estou mais em contato com ela. Eu tive a oportunidade de fazer um trabalho no posto indígena Apucarantina e notei. Eu acho que não foi só naquele dia em que eu estava lá, a alimentação da casa da tia Geni era feijão, arroz, pimenta e quiabo. Então, tinha coisas que tinha no quintal dela, eu achei isso muito interessante. Até que eu falei para ela porque você não fez mandioca hoje. Ela foi e falou o que os porcos estão comendo tudo a minha mandioca aí, os porcos dos vizinho. Quer dizer, estes quatro índios morando um bem pertinho do outro está causando problema pra plantas deles. Eu penso, até referindo de novo ao meu tio, que é marido da tia Geni, que já deixou de beber há muito tempo, bem que eu acho que agora ele tá ficando meio bêbado com outra coisa. Toda vez que eu chego lá, ele nunca tá em casa. Eu pergunto, cadê o tio. Ele tá trabalhando. Ele sai 6 hs de manhã e só volta as 6 da tarde. Chega as 8 da noite ele tá dormindo. Em compensação, eu espero, quero acreditar, que a

comida que ela nos serviu o dia que eu estive lá, eu achei que tava uma delícia. E se a família dela comer aquilo pelo menos três vezes por semana, eu acredito que eles estejam bem alimentados, que a comida tava de primeira. Então, acredito que eles se tiver a rocinha por perto da casa igual a tia Geni tem, por mais que os porcos estejam lá, eh, ela, eles estão bem. Eu penso, que é a cultura, não sei a palavra certa, eu digo a cultura que o índio gosta muito de festa. Tanto é que agora sexta, sábado e domingo só pensa em festa. Então, eu tive a oportunidade de presenciar um grupo teatral feito pelos índios do Barão de Antonina que infelizmente foram poucas as vezes que foram apresentadas. Eu notei receptividade dentro das aldeias e, dentro do Barão de Antonina e outros índios que foi tudo fotografado. Eles receberam isso muito bem. Então, eu penso porque esse grupo de teatro não tentou fazer aí uma festa, mostrando um bando de índio bêbado chegando em casa, que a criança vai dormir no mato, eu digo isso porque a minha mãe já dormiu no mato de medo do meu pai quando ele chegava bêbado porque ele fica meio, não violento, não era violência, era um cara chato mesmo. Então, minha mãe, olha vamos dormir nos vizinhos ou na casa de alguém Não vamos nos vizinhos porque senão ele vai lá atrás e acha nós. Ele vai tentar buscar nós, então, vamos dormir no mato. A bebida alcoólica é um problema sério. Eu diria até uma epidemia. É sério. Então, eu penso que o grupo teatral de indígenas que agora tá uma parte dele na Apucarantina, eu acho que é um grande aliado para a gente buscar a consciência do índio, mostrando este problema grave. Eu não estou ... para dizer dos problemas, eu estou querendo achar um caminho, uma alternativa para que amenize esta situação. Porque acabar eu acho muito difícil. Porque o índio vê essa situação que nem a antropóloga falou, é uma depressão muito grande. Porque eu que moro aqui em Londrina e ando pelas ruas e vejo as crianças andando atrás dos homens ou das mulheres, as vezes embriagados, eu chego na minha casa e fico pensando, vou buscar uma cerveja pra beber porque não agüento nem pensar nesta cena que eu vi. Olha, eu acho a cerveja um gosto muito ruim. Achei ruim, perdi o ânimo. Se não for uma cerveja, pode ser uma pinga mesmo, porque não agüento ficar pensando neste povo. Porque tô no olhar da criança, da mulher principalmente. Outro dia eu estava na FUNAI com uma senhora Kaingáng que o marido dela já deixou de beber como me disse ela, conta que tem 8 meses e 10 dias que o homem deixou de beber. E o homem foi pra cidade pro centro da cidade e ela ficou comigo. O homem ficou até o meio dia desde as 10 horas. Muito, desde as 10 horas até as 3 da tarde sem aparecer. Eu vi a agonia da mulher, de medo que o homem tivesse chegando já embriagado. E eu, sem dúvida, também comecei a pensar quando vi que ele estava descendo, que tava conseguindo descer as escadas. Eu sinceramente fiz o nome de cruz e falei Graças à Deus, que esse índio não chegou bêbado, que ia ver o desespero da mulher. Então, eu penso que a saída é o teatro, só isso.

Geni Pirai

Representante da etnia Kaingáng/ Aldeia do Apucarantina (Londrina - PR)

Eu sou de Apucarantina, quem não me conhece, mas eu também sofri muito com a bebida alcoólica. A enfermeira nossa que sabe. Mas de um lado meu marido deixou de beber, mas do outro lado tem meu filho e meu genro que bebe. Então de um lado eu sofro e de um lado eu sou feliz com meu marido, mas do outro lado sou muito triste por causa do meu filho. Então, eu sempre falo pra minha filha que é Luzia. Muitos conhece a Marlene, muitos da prefeitura conhece ela. Então, eu falei pra ela, domingo mesmo, ele já tá lá alcoolizado, sabe, falando palavrão lá pra cacique, uma coisa ele tinha que respeitar porque é uma autoridade. E daí é, um medo tão grande, meu marido não bebe já tá com quase 2 anos que ele não bebe. Mas eu sofri, eu sofri. Ele bebeu durante 32 anos, desde da época que eu casei com ele que ele vem bebendo. Tinha vez, eu tive as minhas duas últimas meninas. Elas são gêmeas, hoje elas estão com 17 anos, são as minhas caculas. E tenho 5 filhos homens... Tinha vez que eu passava na noite eu passava no mato para ele não me agredir e não assustar as minhas filhas. Porque se eu não corresse, o filho maior, se ele botasse a mão em mim, eles queriam avançar no pai, é claro. Eles queriam me defender. Então, eu sofri muito, eu pedia pro meu marido, eu esperava ele melhorar da bebida. No outro dia, eu dizia, João, senta aqui, vamos conversar. Então, aí nós conversamos, mas ele não me dizia nada. Eu pedia pra ele, pelo amor de Deus, deixe da bebida que não traz bem e não dá comida pra ninguém. O dinheiro que você pode comprar um pão, um pacote de açúcar, você empata com um litro de pinga. Então, sofri muito, tinha vez de eu passar na casa de Edgar, escondido dele, ele amanhecia me procurando. Então, nunca perdi a esperança. Eu falei pra minha fé, mas Deus é pai. Então, eu queria perder a minha fé, mais eu redobrava. Eu dizia, mas meu Deus, eu te Peço com muita fé, me atende, pelo amor de Deus, eu ..., tire essa bebida do meu marido. Que ele não sabe o que ele faz. Chegava final de semana, não tinha paz, era todo em oito e oito dia o homem chegava bêbado em casa. E graça ao meu bom Deus, ele me ouviu. Já quase com dois anos. Hoje em dia ninguém vê o meu marido andando caindo pras estradas. A vida dele é só trabalhar. Ele chega até 6 hs a 6.30 na casa, toma seu banho, janta e já vai pra cama. Se lá um dia pinta um baile, nois vai junto, dança bastante e depois, olha Geni, tou cansado, vamos embora, vamos. Isso já é só pra 5.30 hs. E daí, nois vai tudo pra casa. E desta noite, Deus me deu esta felicidade. Só na outra parte têm os meus meninos que é o Reginaldo, é o João Luiz, o Joãozinho que é o meu

genro. Então, nesta parte eu fico muito triste, então, falei pra minha filha não perde a esperança não. Falei com Deus na frente, você chega lá porque eu cheguei. Falei, eu não vou falar pra vocês que eu não sofri. Tinha vez que nem roupa eu não tinha pra vestir porque eu morei em São Jerônimo. Depois passei pro Barão de Antonina, tava a mesma coisa. Passei pra Apucarantina que é município de Londrina. Só graças à Deus, Deus mostrou felicidade pra mim. Então, eu olho quem tem os parentes alcoólatras, primeiramente tem que crer em Deus porque Deus é pai, Deus tarda mas não falha. Assim eu digo pra minhas crianças. Então, domingo eu chorei, chorei, meu marido não bebe, mas no dia do escândalo do meu genro. Mas o que que ele pensa, meu Deus. Será que ele não tem no coração. Mais ai eu entrei pra casa do meu tio, mas chorei, mas chorei, mas chorei e minha menina tudo nervosa, chorando também. Antes de vir pra cá, eu falei pra ele, oh Joãozinho, eu recebi um convite da comadre Marlene, é uma reunião, falei pra ele, se não me engano e sobre a alcoólica e eu vou apontar você Joãozinho. Falei pra ele, porque meu genro já foi cacique. E eu me lembro como fosse ontem. João, você tem seus 30 anos, você não é mais criança. Ele tem aquele menino, tava ruim, quantas vezes eu não falei pra você, Joãozinho, pede pra Deus que dê saúde para o menino. Falei que Deus me perdoe eu falar, mas parece que Deus queria tirar aquele menino pra não ver o sofrimento que você faz com os outros, eu falei, um olho na sua cara, grita, chora, olha na mãe. Não pode defender, falei, mas Deus teve ... e pra nós. Então pense nisso e pare de beber. Eu sei que é difícil mas faça um esforço. Faça que nem seu sogro. Ele fez esforço, ele venceu. Até a minha irmã, meu marido falam pra ele, hoje em dia me agradece porque eu falava isso pra ele. Ele falava palavrão pra mim e aquilo me chocava por dentro. Mas graça ao meu bom Deus, eu tou feliz. Mas triste por causa dos meus meninos e meu genro. Mas eu tenho fé em Deus que a gente chega lá. E é só isso.

