



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS TRINDADE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Anapaula Martins Mendes

Entre o aceitável e o reprovável: diálogos entre a biomedicina e antropologia médica e as perspectivas sobre o consumo de álcool entre povos indígenas e sua implicação no cuidado.

Florianópolis

2020

Anapaula Martins Mendes

Entre o aceitável e o reprovável: diálogos entre a biomedicina e antropologia médica e as perspectivas sobre o consumo de álcool entre povos indígenas e sua implicação no cuidado

Tese submetida ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Marcia Grisotti, Dra.
Coorientadora: Profa. Esther Jean Langdon, Dra.

Florianópolis

2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Mendes, Anapaula Martins

Entre o aceitável e o reprovável: diálogos entre a
biomedicina e antropologia médica e as perspectivas sobre
o consumo de álcool entre povos indígenas e sua implicação
no cuidado / Anapaula Martins Mendes ; orientadora,
Márcia Grisotti, coorientadora, Esther Jean Langdon, 2020.
267 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Saúde de Populações Indígenas. 3.
Consumo de Bebidas Alcoólicas. 4. Cuidado Culturalmente
Competente. 5. Políticas de Saúde. I. Grisotti, Márcia. II.
Langdon, Esther Jean. III. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV.
Título.

Anapaula Martins Mendes

Entre o aceitável e o reprovável: diálogos entre a biomedicina e antropologia médica e as perspectivas sobre o consumo de álcool entre povos indígenas e sua implicação no cuidado

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Maurício Soares Leite, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Ari Gighi Jr., Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Angel Martínéz-Hernández, Dr.
Universidad Rovira i Virgili

Prof. Lavinia Santos de Souza Oliveira, Dra.
Universidade Federal de São Paulo

Prof. Rodrigo Otávio Moretti Pires, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Marta Inez Machado Verdi, Dra.
Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Profa. Marcia Grisotti, Dra.
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Esther Jean Langdon, Dra.
Coorientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 2020.

*Este trabalho é dedicado à pessoa que mais
torcia para a realização deste sonho. Meu avô querido;
que triste não te ter aqui em presença hoje!*

AGRADECIMENTOS

Esta tese foi construída a partir de muita força e preciso dizer que esta força não veio só de mim. Com todos os intempéries e acontecimentos que circundaram os anos que se seguiram a construção e desenvolvimento deste projeto só posso aqui expressar minha enorme GRATIDÃO a todos que, de alguma forma, e por muitas vezes sem sequer saber o que estava se passando me apoiaram incondicionalmente e fizeram com que este trabalho fosse concluído.

Minha mãe, pai, avó e irmãs que estiveram e estão sempre ao meu lado apoiando minhas loucuras e minhas aventuras; que sorriram e choraram comigo entre tantos altos e baixos, no momento da doença, cuidando de mim e da minha família. Não sei como seria sem vocês!

Meu marido e minha filha, que sofreram junto e ao mesmo tempo me davam força para construir aquilo que era da minha vontade. Que buscavam me manter sóbria e forte para conservar minha saúde mental e me cercaram de amor e carinho. À Sara um agradecimento especial por se jogar comigo em outro país e permitir se desafiar conhecer novos caminhos. Eu sei que não foi fácil meu amor, mas sei que o aprendizado foi incrível, para você e para mim!

Sem palavras para agradecer às incríveis orientadoras que tive nesta caminhada. Márcia, obrigada pela chance de se aventurar por novos caminhos e conhecer um pouco mais da saúde indígena, por trazer sobriedade e chão em muitos momentos. E Jean, que experiência incrível é, para uma amante da Saúde Indígena, poder ser orientada por você, não há palavras para expressar o quanto isso foi importante para mim e para minha construção e amadurecimento enquanto pessoa e pesquisadora! Quero muito poder ter e levar vocês duas para minha vida!

Maurício sempre trazendo lucidez aos meus trabalhos, fui muito feliz em ter sido escolhida por você na orientação do mestrado e com certeza, ainda mais, por você ter aceito o convite para compor minha banca no doutorado e continuar contribuindo na construção do meu trabalho e da minha pessoa.

Ari Gighi Jr. desde a disciplina de Antropologia da Saúde até a banca de qualificação e defesa, muito obrigada, por todas as contribuições e ensinamentos.

Aos povos indígenas do Amapá que oportunizaram o espaço da pesquisa e colaboraram para a construção dos resultados; espero que os achados possam contribuir para a melhoria da saúde destes povos.

À Universidade Federal do Amapá pela oportunidade da dispensa para a qualificação.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES pelo financiamento do doutorado sanduíche que possibilitou minha inserção e qualificação no espaço da Universidade Rovira i Virgili e, ainda a convivência com pesquisadores e colegas incríveis; em especial ao Prof. Angel Martínéz-Hernáez, que aceitou me orientar no Departamento de Antropologia Médica e compor minha banca de defesa, e ao Prof. Oriol Romani que apoiou o direcionamento e as análises do meu trabalho em conjunto com Angel.

À família que me acolheu na Espanha durante o sanduíche Renata e Joaquim, saibam que são pessoas muito especiais em nos conceder fazer parte, mesmo que por um pequeno período, desta família linda que é a de vocês. Obrigada imensamente por nos acolher, a mim e à minha filha nesse grande momento de aprendizado e troca.

À vida por ser tão maravilhosa e a mim mesma por não esmorecer com todos os percalços do caminho. Por ter superado os problemas de saúde e recuperado a alegria de continuar um trabalho o qual foi árduo, mas que sempre me instigou muito. Gratidão ao meu corpo, ao universo e a todas as forças ocultas e presentes que me mantiveram firme e não me deixaram desistir. Muito obrigada!

*Nos atrai a diversidade, pois acreditamos que somente com respeito e a valorização das diferenças podemos efetivamente aprender o que desejamos saber e chegar com mais facilidade e prazer onde queremos estar.
Para aqueles que desejam fórmulas prontas para viver a vida a partir de verdades absolutas o que temos a oferecer-lhes é a certeza que não existem.
Aos que desejam viver a vida a partir das relações coconstruídas, sejam bem-vindos!*

*Bruce K. Alessander
Emerson E. Merhy
Paulo Silveira
(2018)*

RESUMO

Introdução: A saúde indígena no Brasil está balizada em propostas políticas específicas. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que institui o subsistema de saúde indígena e se baseia em uma proposta de atenção diferenciada. Visando atender às especificidades e reduzir as iniquidades em saúde há tempos apresentada entre estes povos. O foco da atenção está em inserir no âmbito territorial indígena a Atenção Primária em saúde, buscando articular os diferentes saberes médicos presentes em cada território e as particularidades relacionadas ao processo saúde e doença. Destacam-se nos últimos anos, uma maior preocupação com o consumo problemático de álcool e outras drogas entre os povos indígenas. Por este, e outros motivos, no ano de 2007, foi criada a Política de Atenção Integral à Saúde Mental dos Povos Indígenas, que busca criar um comitê gestor, que deveria ser responsável pela elaboração de propostas e estratégias de cuidado, monitoramento e avaliação destas ações. Considerando a problemática do consumo do álcool e as diferentes conotações que este objeto nos apresenta, quando pensamos estudá-lo no âmbito da saúde indígena, elegemos o conceito de alcoolização para pensarmos e observarmos os modos de beber dos povos indígenas, exercitando o foco não somente naquilo que, primariamente, é considerado problemático, mas em todos os aspectos e relações com o contexto que estes espaços exercem entre estes povos. **Objetivo:** Partindo deste conceito nos propomos a discutir, a partir de diferentes perspectivas, dos profissionais e indígenas, os saberes e práticas envolvidos no uso de bebidas alcoólicas entre povos indígenas no município de Oiapoque, Amapá e como isto implica nas práticas de cuidado exercidas nestes territórios. **Aspectos metodológicos:** Foi uma pesquisa qualitativa, de cunho descritivo, baseada em um modelo etnográfico ativo. Realizada entre os povos indígenas Palikur, Karipuna, Galibi Kaliña e Galibi Marworno, no município de Oiapoque, extremo norte do Amapá. Como técnica de coleta foi utilizada a inserção no campo através da observação participante e na realização de entrevistas semiestruturadas entre 11 profissionais da saúde indígena e 14 indígena, selecionados aleatoriamente. Os registros se deram a partir de diário de campo, fotografias e vídeos. As entrevistas foram gravadas em Mp4 e realizadas em momento e local oportunos em acordo com a disponibilidade e mediante o aceite livre e esclarecido dos participantes. A análise e interpretação se deu a partir hermenêutica dialética buscando diálogos entre os discursos e a prática. As transcrições se deram “ao pé da letra” das entrevistas e organização dos registros do diário de campo buscando compreender o cenário a partir da inserção e do compartilhamento do cotidiano, buscando sentidos nas falas e nas ações tentando explicar os processos. A leitura exaustiva e a transcrição pessoal possibilitaram a atribuição de códigos analíticos ou categorias com o objetivo de organizar as informações. Ao final foi realizada a apropriação dando início ao processo de interpretação dos diferentes sentidos e símbolos presentes nas linguagens. A codificação e análise das entrevistas entre os profissionais se deu a partir da submissão no *software Atlas TI 8.1*; diferente do conteúdo gerado pelos indígenas, que foi organizado e categorizado e analisado manualmente, levando em consideração, principalmente a questão da língua e da linguagem que poderiam ser mal interpretadas pelos *softwares*.

Resultados: Como resultado observamos a pouca resolutividade das políticas específicas sobre questões específicas relacionadas a saúde indígena, incluindo a situação do consumo do álcool. Analisando as diferentes perspectivas é possível observar que os profissionais que desenvolvem seu trabalho no âmbito da saúde indígena possuem dificuldade em compreender os contextos de consumo de bebidas alcoólicas como espaços sociais e trazem consigo seus próprios conceitos quando planejam suas ações e estratégias de cuidado vinculadas a este objeto, pouco levando em consideração as subjetividades e as relações contextuais implícitas nos modos de beber destes povos, o que implica na dificuldade em desenvolver ações que supram as

necessidades e as expectativas dos povos indígenas. O que também é descrito pelos próprios povos indígenas. Existem padrões aceitáveis e reprováveis de consumo e o uso em alguns momentos específicos, mesmo que baseado em longas bebedeiras, nem sempre é visto como problemático. O consumo individual, a troca do caxixi pelas bebidas industrializadas e aquele que desobedece às regras estabelecidas de consumo, desestruturando os modelos organizacionais formados nestas sociedades é o que, realmente, preocupa os povos indígenas. As estratégias de cuidado, portanto estão balizadas na manutenção da ordem a partir do cumprimento das regras criadas pelas lideranças indígenas que, assim como elaboram as regras, especificam punições que devem ser empregadas quando do descumprimento. A igreja evangélica surge como uma espécie de agente controlador e é visto como apoiador pelos profissionais e por muitos indígenas, porém tem foco na abstinência obrigatória à conversão. As ações de educação em saúde são observadas como descontínuas e deveriam ter um foco mais ampliado não utilizando termos como “alcoolismo” pois denota uma classificação que não é compreendida no meio indígena. **Conclusão:** As políticas específicas parecem não dar conta daquilo que se propõem e ainda estão centralizadas no saber biomédico e no conceito de alcoolismo, com foco na abstinência como forma de resolução dos problemas relacionados ao uso de bebidas alcoólicas entre povos indígenas nesta região. Os diferentes modos de consumo de álcool e os saberes e práticas envolvidos nestes contextos são muito diversos, incluindo aquilo que é observado como problemático, e precisam ser considerados quando pensamos a elaboração de estratégias de cuidado ao uso considerado problemático pelos povos indígenas. Os olhares sobre o uso do álcool entre os povos indígenas e profissionais de saúde se distanciam e estão balizados, principalmente, nos conceitos previamente formados a partir de suas constituições pessoais, morais e culturais e, ainda de formação. A relativização e a associação entre os conhecimentos antropológicos e biomédicos possibilitariam a criação das competências necessárias para o desenvolvimento de ações por profissionais de saúde nestes territórios.

Palavras-chave: Saúde de Populações Indígenas, Consumo de bebidas alcoólicas, Cuidado culturalmente competente, Políticas de Saúde

ABSTRACT

Introduction: Indigenous' health in Brazil is guided by specific policy proposals: The National Health Care Policy for Indigenous Peoples, which establishes the indigenous health subsystem and is based on a separate proposal of healthcare, aiming to meet the specificities and reduce health inequities that have long been present among these peoples. The focus of attention is on inserting Primary Health Care in the indigenous territory, seeking to articulate the different medical knowledge present in each territory and the characteristics related to the health and disease process. In recent years, there has been a greater concern with the problematic consumption of alcohol and other drugs among indigenous peoples. For this, as well as other reasons, in 2007, the Policy of Integral Attention to Mental Health of Indigenous Peoples was created, seeking to create a management committee which should be responsible for elaborating the proposals and strategies of care and monitoring, as well as evaluating these actions. Considering the problem of alcohol consumption and the different connotations that this object presents to us, when we think about studying it in the scope of indigenous health, we chose the concept of "alcoholization" to think and observe the ways of drinking of indigenous peoples, keeping the focus not only in what, primarily, is considered problematic, but in all aspects and relations with the context that these spaces exert among these peoples. **Objective:** Based on this concept, we set out to discuss, from different perspectives, from both professionals and indigenous people, the knowledge and practices involved in the use of alcoholic beverages among indigenous peoples in the municipality of Oiapoque, Amapá, and how this implies in the care practices exercised in these territories. **Methodological aspects:** It was a qualitative research, of a descriptive nature, based on an active ethnographic model, held among the indigenous peoples Palikur, Karipuna, Galibi Kaliña and Galibi Marworno, in the municipality of Oiapoque, in the extreme north of the State of Amapá. As a collection technique, the insertion in the field through participant observation and semi-structured interviews with 11 indigenous and 14 indigenous health professionals, selected at random, was used. The records were made from field diaries, photographs, and videos. The interviews were recorded in Mp4 and carried out at an appropriate time and place according to availability and subject to the participants' free and informed acceptance. The analysis and interpretation took place from dialectical hermeneutics seeking dialogues between discourses and practice. The transcriptions took place "to the letter", from the interviews and organization of the field diary records, seeking to understand the scenario from the insertion and sharing of daily life, also seeking meanings in the speeches and actions trying to explain the processes. Exhaustive reading and personal transcription made it possible to assign analytical codes or categories to organize the information. At the end, the appropriation was carried out, then starting the process of interpretation of the different meanings and symbols present in the languages. The coding and analysis of the interviews with the professionals was made from the submittal on the Atlas TI 8.1 software; different from the content generated by the indigenous people, which was organized and categorized and analyzed manually, mainly taking into account the language issues, which could be misinterpreted by software. **Results:** As a result, we observed the little resolution of specific policies on specific issues related to indigenous' health, including the situation of alcohol consumption. Analyzing the different perspectives, it is possible to observe that the professionals who develop their work in the scope of indigenous' health have difficulty in understanding the contexts of consumption of alcoholic beverages, such as social spaces, and bring with them their own concepts when planning their actions and care strategies linked to this object, little taking into account the subjectivities and contextual relations implicit in the drinking ways of these peoples, which implies the difficulty in developing actions that meet the needs and expectations of indigenous peoples, what is also described by the indigenous peoples themselves. There are acceptable and reprehensible patterns of consumption and use, at certain specific times; even if based on long drinking, it is not always seen as problematic. Individual

consumption, the exchange of caxixi for industrialized drinks, and those who disobeys the established rules of consumption, thus disrupting the organizational models formed in these societies, is what really concerns the indigenous peoples. The care strategies, therefore, are based on the maintenance of order based on the fulfillment of the rules created by the indigenous leaders who, as well as elaborating the rules, specify punishments that must be used when non-compliance. The evangelical church emerges as a kind of controlling agent and is seen as a supporter by both professionals and many indigenous, but it focuses on mandatory abstinence from conversion. Health education actions are seen as discontinuous and should have a broader focus, not using terms such as “alcoholism”, as it denotes a classification that is not understood in the indigenous environment. **Conclusion:** The specific policies do not seem to account for what they are proposing and are still centered on biomedical knowledge and the concept of alcoholism, with a focus on abstinence as a way of solving problems related to the use of alcoholic beverages among indigenous peoples in this region. The different modes of alcohol consumption and the knowledge and practices involved in these contexts are very diverse, including what is seen as problematic, and need to be considered as far as the development of care strategies is concerned, for the use of alcohol which is considered problematic by indigenous peoples. The views on the use of alcohol among indigenous peoples and health professionals are distant and are marked out, mainly, in the concepts previously formed from their personal, moral, and cultural constitutions, as well as their own backgrounds. Relativization and the association of anthropological and biomedical knowledge would enable the creation of the necessary skills for the development of actions by health professionals in these territories.

Keywords: Health of Indigenous Peoples, Alcohol Drinking, Culturally Competent Care, Health Policy

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1:** Distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil, de acordo com a SESAI/MS, 2018 42
- Figura 2.** Organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, em acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, 2018 43
- Figura 3.** Terras Indígenas Amapá e Norte do Pará 44
- Figura 4.** Síntese esquemática das dimensões e categorias analíticas das consequências negativas do uso do *Kaxmuk Maxakali*. (Oliveira et al, 2017) 55
- Figura 5.** Nuvem de palavras representada a partir da categorização e contagem manual dos códigos para o que foi considerado “aceitável”, segundo povos indígenas Oiapoque, 2018... 100

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil dos entrevistados de acordo com faixa etária, sexo, etnia, profissão e tempo de trabalho na saúde indígena.....	92
Tabela 2 - Caracterização dos indígenas entrevistados	97

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT Associação Brasileira de Normas Técnicas

AIS – Agente Indígena de Saúde

APIO – Associação dos Povos Indígenas de Oiapoque

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CASAI – Casa de Saúde Indígena

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CONEP – Comitê Nacional de Ética em Pesquisa

CCPIO – Conselho dos Povos Indígenas de Oiapoque

CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CONDISI – Conselho Distrital de Saúde Indígena

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

ENEM – Exame Nacional do Ensino Médio

FUNAI – Fundação Nacional do Índio

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IEPÉ – Instituto de Pesquisa e Formação Indígena

MPF – Ministério Público Federal

MS – Ministério da Saúde

PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

PAISMI – Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas

SENAD – Secretaria Nacional de Álcool e Drogas

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

SPI – Serviço de Proteção ao Índio

SUS – Sistema Único de Saúde

UNIFAP – Universidade Federal do Amapá

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO E CONSIDERAÇÕES INICIAIS	20
1 INTRODUÇÃO	35
1.1 Objetivos.....	40
1.1.1 Objetivo Geral.....	40
1.1.2 Objetivos Específicos	40
2 REFERENCIAL TEÓRICO	41
2.1 A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas	41
2.2 Organização da saúde indígena no Amapá.....	44
2.2.1 Os povos indígenas de Oiapoque.....	45
2.2.2 A política de saúde mental indígena: objetivos e diretrizes.....	47
2.3 Do alcoolismo à alcoolização: discursos entre a saúde e a antropologia	49
2.3.1 O conceito de alcoolismo	49
2.3.2 O conceito de alcoolização.....	51
2.3.3 O consumo de álcool entre povos indígenas no Brasil.....	52
3 PERCURSOS METODOLÓGICOS	57
3.1 Tipo de estudo.....	57
3.2 Campo de observação	57
3.3 Técnicas e instrumentos.....	58
3.4 Procedimentos de análise e interpretação	59
3.5 Aspectos éticos	60
4 RESULTADOS	62
4.1 Desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil	63
4.2 Representações e práticas de cuidado dos profissionais da saúde indígena em relação ao uso do álcool.....	74
4.3 Saberes e práticas no consumo de álcool entre povos indígenas: entre o aceitável e o reprovável.....	93

5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	114
	REFERÊNCIAS.....	119
	APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	125
	APÊNDICE II – Roteiros de Entrevista	128
	APÊNDICE III – Carta resposta ao CCPIO.....	130
	APÊNDICE IV – Relatório de descrição da trajetória de construção do projeto.....	135

APRESENTAÇÃO E CONSIDERAÇÕES INICIAIS

De família humilde e de interior fui a primeira a ingressar e sair de uma Universidade, sempre fui desprendida e meu mundo definitivamente não poderia estar restrito a um lugar. O mais engraçado talvez seja recordar o quanto sofria com as muitas mudanças quando era criança, era tanto medo que me fortaleceu. Minha sede em estudar me possibilitava conhecer novos mundos, mesmo que sem sair do lugar. E quando vi a oportunidade não pude negar meu caminho: o infinito! Mesmo com os pés no chão algo imaginário me movia. Forças xamânicas quem sabe, espíritos antepassados, forças da natureza.

Me formei no ano de 2004, ainda me lembro das lágrimas de meu avô em meio a formatura, ele realmente acreditava em mim e no meu potencial e me fez acreditar que eu podia muito mais a partir daquele momento. O mês era julho e a pergunta que não calava neste momento: e agora para onde vamos? Meu primeiro emprego foi dando aula em um curso técnico em Araranguá, cidade onde vivia e onde estudei e de onde pouco sai durante toda a minha vida. Logo em seguida em novembro fui morar em uma cidade vizinha, onde trabalhava em uma Unidade Mista de Saúde, as pessoas eram ótimas, o trabalho incrível; sempre gostei de me dedicar ao máximo a tudo que me propunha; mas eu precisava de mais.

Primeiro porquê eu imaginava que me formar em uma Universidade iria me fazer descobrir novos mundos, abrir outras portas e outra porque minha família nunca teve uma boa condição financeira e eu precisava pagar o financiamento estudantil, o qual me ajudou a concluir o curso de Enfermagem e os salários no sul do Brasil à época não eram suficientes para isso e, ao mesmo tempo, viver em outra cidade.

Minha sede em me aventurar pelo mundo, mesmo depois dos 22 anos – pode parecer um pouco tarde; me instigou a procurar por outras oportunidades enviando meu currículo para todo canto do país. Pouco tempo depois fui chamada a fazer parte da equipe de saúde indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Amapá e Norte do Pará. Sem a mínima noção de para onde eu iria e como seria essa experiência deixei que uma vontade enorme em desbravar o desconhecido me levasse e aceitei a proposta de emprego.

Cheguei no Amapá no dia 19 de abril de 2005, dia do índio, e era pelas camisas comemorativas e alusivas ao dia que eu iria reconhecer as pessoas que iriam me buscar no aeroporto. Tudo era novo, primeiro porque na Universidade nunca tínhamos falado sobre a possibilidade de inserção de trabalho entre povos indígenas e depois porque sair de Santa Catarina e ir para o Amapá para mim era como estar em outro país, onde as diferenças culturais

e sociais eram muito expressivas, desde a comida, até a forma de tratar as pessoas. Povo muito humilde e simples, mas muito receptivo.

Mas eu estava mais preocupada com a “aldeia” – onde era, como chegar, tem energia elétrica? Foi uma das perguntas feitas por mim aos coordenadores técnicos. Penso que eles resolveram omitir algumas coisas e me deixaram descobrir por si. Por exemplo, tinha energia elétrica, mas, somente quando tinha óleo diesel e o gerador funcionava. Coisas tão sutis às quais eu não estava acostumada no meu “mundinho” sul catarinense e que foram cruciais para me fazer crescer como pessoa e profissional e me fizeram criar uma paixão pelas especificidades destes povos e por eles mesmos, coisas pelas quais não consigo me desvincular até os dias atuais.

Bem, entre 2005 e 2006 então, desenvolvi atividades voltadas a assistência à saúde indígena no estado do Amapá, mais precisamente entre os povos Galibi Marworno, no Polo Base Kumarumã, onde viviam cerca de 2000 pessoas à época, numa grande ilha no meio da Amazônia. Porém como eu possuía capacitação em sala de vacina eu acabava circulando, em momentos de intensificação das atividades de imunização, por todas as aldeias e acabei por conhecer todos os povos indígenas residentes no município de Oiapoque.

Neste período acabei descobrindo coisas importantes, nos processos de capacitação, por mim mesma e minha curiosidade insaciável. Uma delas era que no sul do Brasil existiam mais indígenas que no Amapá; fiquei impressionadíssima com isso e comecei a refletir sobre a invisibilidade destes povos entre nós. A segunda coisa era a que a saúde indígena estava balizada por uma política específica que eu nunca tinha ouvido falar enquanto subsistema do Sistema Único de Saúde em meu processo de formação e eu percebia isso como um grande problema no processo de inserção dos profissionais, não somente da enfermagem.

Eu via muitos profissionais indo e vindo, num movimento de não conseguir lidar com peculiaridades relacionadas aos saberes culturais indígenas e que acabam “interferindo” nas nossas práticas enquanto profissionais formados em um modelo extremamente biomédico e intervencionista. O que fui percebendo que poderia ser diferente no processo de implementação da saúde coletiva enquanto atenção primária: foco da política de saúde indígena. Pensando que uma das diretrizes desta política era a articulação das diferentes práticas médicas, não somente entre a biomédica e uma prática tradicional de medicina específica, mas uma infinidade de saberes e práticas relacionadas à saúde, das quais os povos indígenas se utilizavam; comecei a me deixar aprender, na mais profunda humildade, com os técnicos que estavam ali há muitos anos e com os próprios indígenas.

A primeira coisa foi a língua, que para mim era uma barreira gigantesca e que interferia diretamente no trabalho. Comecei a pedir ajuda aos agentes indígenas de saúde (AIS) e iniciei uma trajetória de aproximação com as igrejas que ali estavam estabelecidas à época: católica e evangélica; isso me permitia duas coisas, me aproximar das pessoas e me sentir mais inserida socialmente e aprender o idioma; pois todos os cantos eram na língua indígena. Me incluindo nos espaços acabava tendo mais oportunidade de aprender como “funcionavam” as coisas e consequentemente desenvolvia de forma mais tranquila meu trabalho, inclusive com parcerias como a dos curadores tradicionais, em especial parteiras e pajé. Acabava usando um conceito que até então eu desconhecia o do relativismo. O que favorecia a diretriz que propunha a articulação entre os saberes médicos no processo de cuidar.

Infelizmente as formas de contratação por empresas terceirizadas (organizações não governamentais geralmente), à época, foram um problema em relação a minha manutenção no trabalho. Ficávamos meses sem receber e acabei pedindo para sair, com um pesar gigantesco. Voltando a Santa Catarina fiz uma seleção para trabalhar no município de José Boiteux com os povos Xokleng e por ali fui ficando; desenvolvendo meu trabalho da melhor forma possível e buscando sempre me introduzir e aprender com os povos indígenas; até ser novamente “seduzida” a retornar ao norte e convidada a trabalhar no DSEI Kayapó do Pará, onde fiquei por 2 anos. Em maio de 2007 tive uma filha que me acompanhou durante alguns percursos na saúde indígena com os Kayapó enquanto bebê, mas algumas questões logísticas não eram muito simples de serem contornadas enquanto acompanhada de uma criança. Apesar de que o fato de estar grávida e ter uma filha me possibilitou uma inserção mais próxima das mulheres Kayapó, que a partir de então me reconheciam como mulher.

E, em maio de 2008 fiz outra seleção do Projeto Rondon – contratadora à época – e fui trabalhar no DSEI Interior Sul, na assessoria técnica no Polo Base Passo Fundo no Rio Grande do Sul, onde desenvolvia um trabalho muito interessante de apoio aos profissionais em relação ao planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações e, de defesa aos direitos à saúde indígena, no sentido de fazer os gestores municipais, e principais redes de referência, compreenderem qual o papel da equipe de saúde indígena e como o subsistema de saúde indígena faz parte do SUS e que permeia todos os níveis de atenção de maneira equânime num processo contínuo de articulação entre os setores.

Quando ingressei na gestão e saí da região Amazônica - acreditem isto traz grande dificuldade aos profissionais, porque por muitas vezes nos inserimos em escalas longas que nos distanciam dos centros de ensino e da internet - senti uma necessidade gigante em estudar mais

e me fundamentar em relação ao que vinha desenvolvendo enquanto ação dentro da saúde indígena. Me especializei em Saúde Indígena e Saúde da Família, na UNIFESP e UFCSPA, respectivamente; e ingressei no mestrado em Saúde Coletiva na Universidade Federal de Santa Catarina, onde iniciei uma peregrinação semanal para que pudesse concluir as disciplinas (em Florianópolis/SC) e manter as atividades do trabalho (em Passo Fundo/RS), com um apoio incrível da minha chefia que reconhecia meus esforços e meu trabalho. Aqui pude contar com o apoio genial do meu orientador Maurício Soares Leite que conseguiu elucidar muitas coisas até então não pensadas por mim enquanto olhando pelo lado de dentro; como profissional executando um trabalho dentro de uma instituição.

Como nunca fui de me acomodar no trabalho e sempre foquei em desenvolver o melhor que podia, com a mudança da gestão da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) para a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), que se iniciou no final de 2010 a partir de um processo lento de transição; acabei me sentindo um pouco ociosa e deslocada, pois a falta de recursos não nos permitia desenvolver nossas atividades como deveríamos ou como gostaríamos.

E com uma proposta de trabalho no município de Oiapoque, em fevereiro de 2013, retornei ao Amapá, para trabalhar como apoiadora nas ações de controle de malária, pelo Programa Nacional de Controle de Malária do Ministério da Saúde. Como um percentual importante dos casos de malária estava registrado entre os povos indígenas da região, acabei me mantendo em contato e desenvolvendo ações com o DSEI, entre estes povos. E pude me reaproximar dos povos indígenas com quem havia trabalhado no ano de 2005 e fui muito bem recebida por todos.

Entre as atividades de assistência e gestão foram quase dez anos dedicados à saúde dos povos indígenas e ao final de 2013, quando ingressei como docente na Universidade Federal do Amapá, acabei me direcionando a lecionar disciplinas que estavam vinculadas à temática, tanto no curso de Enfermagem – o que me deixava muito feliz, pois via a possibilidade de apresentar aos alunos uma política que pouco era discutida em sala de aula durante o processo de formação, algo que me fez falta quando da inserção na saúde indígena - como no de Licenciatura Intercultural Indígena e, ainda, direcionando as pesquisas e atividades de extensão para este tema.

Entre os anos de 2015 e 2016 prestei serviços à SENAD como articuladora de redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Este trabalho me permitiu conhecer e me inserir em diferentes setores e serviços e aproximar a saúde indígena das discussões relacionadas ao

tema. À época existia um movimento, inclusive do Ministério Público em prol da “resolução do problema do alcoolismo entre indígenas no Amapá” e essa situação era discutida em muitos espaços e a realização de projetos e atividades voltadas ao tema era uma prioridade do DSEI.

Foi quando fui convidada a participar de uma reunião do Conselho Distrital de Saúde Indígena e apresentamos a proposta do projeto que foi bem vista pelas lideranças e então iniciada a organização burocrática deste processo. Pois o desenvolvimento de um projeto de pesquisa entre povos indígenas faz exigências burocráticas que tendem a tornar o processo muito moroso e por muitas vezes os indígenas não compreendem isto. E neste período muitas coisas aconteceram, o que me parece imprescindível em ser discutido e que descrevo melhor na sequência, assim como as intercorrências que permearam o desenvolver desta tese.

RELATÓRIO DE DESCRIÇÃO DA TRAJETÓRIA DE CONSTRUÇÃO DO PROJETO – (Apêndice IV)

ETAPA 1 – levantamento da necessidade das ações e apresentação ao CONDISI (2º semestre de 2016)

Enquanto eu estava apoiando atividades voltadas para a “Articulação de Redes para o cuidado de usuários de álcool e outras drogas” no Projeto REDES da Secretaria Nacional de Álcool e Drogas do Ministério da Justiça fui procurada pelos responsáveis técnicos (RT) em Saúde Mental do DSEI Amapá e Norte do Pará para discutir a possibilidade da realização de ações voltadas a situação do uso de álcool e saúde mental, de maneira geral, nas Terras Indígenas de abrangência deste distrito.

A demanda do uso do álcool foi trazida e, inclusive fomentada, por documentos do Ministério Público Federal (MPF) que, à época discutia em conjunto com os representantes indígenas, FUNAI e DSEI o tema como sendo prioridade entre as ações a serem implementadas nos territórios indígenas do Amapá e Norte do Pará. A época não participei das reuniões com o MPF mas tive acesso às atas durante algumas reuniões de discussão realizadas com os RTs em Saúde Mental do Distrito.

Solicitei, portanto que pudéssemos pensar ações de prevenção, mas que eu tivesse um espaço para apresentar a proposta aos povos indígenas em consulta. Desta forma fui convidada no dia 20 de junho de 2016 para participar da reunião ordinária do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), onde eu e outros dois professores apresentamos algumas propostas de

pesquisa e extensão e também fomos convidados a fazer parte das atividades de formação dos conselheiros distritais, que deveria ocorrer em dezembro e acabou não acontecendo como previsto, segundo o DSEI por conta de não haver recursos orçamentários.

Nesta reunião do dia 20, foram apresentados dois projetos de pesquisa que poderiam ser desenvolvidos nos territórios indígenas em Oiapoque – AP, um seria desenvolvido por um dos professores que estava no grupo, que também trabalha com saúde mental e o uso de álcool e outras drogas, que iniciaria, primeiramente pela aldeia do Manga, com a etnia Karipuna e outro trabalharia com os idosos. Com a apresentação dos projetos a discussão em relação ao uso de álcool e outras drogas se fortaleceu e os indígenas solicitaram que fosse trabalhado o tema, mas de outra forma e com outros grupos além dos Karipuna, considerando que a proposta da Prof. Fernanda era o de desenvolver uma análise mais epidemiológica e eles queriam algo mais resolutivo.

Eu propus então que após a execução do projeto com foco no levantamento quantitativo, relacionado ao uso de álcool e outras drogas eu poderia então organizar um projeto mais participativo e tentar estender às demais aldeias. Inclusive o cacique da Aldeia Kumenê, onde a maioria dos indígenas é da religião evangélica, referiu que lá não precisaríamos trabalhar uso de álcool, mas eles teriam outros problemas que poderiam ser abordados como a diabetes e a pressão alta, porque a discussão tinha foco na redução de danos e todos entenderam a proposta como abrangente à diferentes “problemas” de saúde. Assim como outras necessidades poderiam ser trabalhadas como a medicina tradicional, a exemplo. Desta forma me propus a organizar o projeto e posteriormente apresentar a proposta ao DSEI e ao Cacique da Aldeia Manga, onde iríamos iniciar as atividades e posteriormente ao da Aldeia Kumarumã para darmos sequência.

ETAPA 2: Reunião no DSEI com a equipe de saúde mental do estado e FUNAI Macapá

Foi realizada uma segunda reunião (lista de presença anexa, não está datada, porém foi realizada no dia 06/07) provocada pela SESAI – Secretaria de Saúde Indígena no município de Macapá, até porque existia esse movimento do Ministério Público Federal no sentido de “cobrar” a implementação de propostas de trabalho que iriam ao encontro com a possível resolução do “problema do álcool” entre os povos indígenas no Amapá.

Nesta reunião tivemos a presença de representantes da FUNAI – Fundação Nacional do Índio, DSEI representado pelo Departamento de Saúde Indígena, Saúde Mental do Estado, CONDISI, CESM, CEJUSP – PM, UNIFAP e representantes do CAPS AD. O objetivo era

tentar desenhar ações que poderiam ser realizadas de maneira articulada com os diversos setores presentes nos territórios indígenas pertencentes ao DSEI – Amapá e Norte do Pará.

Desta reunião umas das propostas foi a da execução do projeto de pesquisa em questão, além de outras ações, que seria apresentado como proposta ao MPF pelo DSEI em uma reunião posterior. De acordo com a proposta metodológica a pesquisadora iria se inserir etnograficamente e apoiar de forma participativa o desenvolvimento de ações em conjunto com a equipe de saúde indígena, inicialmente na aldeia Manga valorizando os saberes e práticas envolvidos no uso de bebidas alcoólicas. Além disso buscar em conjunto realizar a formação de agentes indígenas de saúde, professores e alunos; rodas de conversa e atividades de educação em saúde que poderiam ser algumas das propostas metodológicas de desenvolvimento do trabalho. Após isto, houveram outras pequenas discussões com o DSEI e foi iniciada a elaboração do projeto de pesquisa em si.

ETAPA 3: Apresentação do projeto ao cacique e equipe de saúde

No dia 30 de agosto de 2017, fui a aldeia Manga para sentar com o Cacique, responsável pela aldeia à época, e apresentar a proposta a ele, sendo que já havíamos conversado um pouco sobre o assunto na reunião do CONDISI e o mesmo apoiou a elaboração do projeto. O Cacique achou a proposta interessante e ficou com uma cópia do projeto o qual tentei explicar da forma mais direta possível:

Que eu iria ficar na aldeia durante alguns meses, trabalhando junto com a equipe de saúde indígena desenvolvendo atividades de capacitação e prevenção ao uso do álcool e outras drogas, através de rodas de conversa, atividades na escola e com os AIS, assim como conversando com os mais velhos, com as lideranças e pessoas que usam de substâncias alcoólicas para fins ritualísticos para tentar entender como o álcool era utilizado de maneira geral pela população, se nas festas, para cura, para socialização, para que pudéssemos pensar meios de estabelecer formas de uso que eles pensassem ser interessante para minimizar os problemas relacionados ao uso de álcool comprado na cidade, por exemplo, valorizando os saberes e práticas dos povos indígenas.

Neste dia recebi a seguinte orientação do Cacique: que deixasse os documentos com ele, mas que procurasse a FUNAI em Oiapoque e solicitasse a documentação necessária para encaminhar o projeto.

Desta forma, seguindo a orientação do Cacique retornei no dia 31 a FUNAI local com cópia do projeto e protocolei um pedido de autorização para o ingresso após explicar o conteúdo do projeto e como ele havia sido proposto desde o início. Me recordo que à época o Senhor responsável pelo meu atendimento, pediu que eu agilizasse o encaminhamento para a FUNAI Brasília pois a execução do projeto estava sendo aguardada, inclusive pelo MPF, porém, assim como expliquei ao Cacique, citado anteriormente, o desenvolvimento das atividades somente poderia se dar após os trâmites burocráticos que tendem a ser relativamente demorados entre FUNAI Brasília e CONEP, principalmente.

O mesmo me orientou a preencher o documento: Termo de Compromisso Individual, o qual ficou anexo a cópia do projeto protocolada na FUNAI e disse que iria dar encaminhamento aos documentos.

O termo de compromisso foi entregue também ao Cacique Luciano, que então assinou o termo de anuência que seria encaminhado junto aos demais documentos a FUNAI Brasília (conforme INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 01/95PRESI/FUNAI).

Importante relatar que a época foi apresentada a proposta do projeto às lideranças da Aldeia Kumarumã - ex cacique da aldeia Kumarumã, atual vereador na cidade de Oiapoque e liderança indígena, conselheiro e atual presidente do Museu Kuahí. Os mesmos concordaram em levar o documento ao Cacique da aldeia Kumarumã e discutir a proposta com ele para que em uma segunda etapa fossem desenvolvidas as atividades nesta aldeia. Isto considerando que ela está à uma distância considerável do Município de Oiapoque e possui uma logística mais complexa de acesso: somente por voadeira ou avião.

ETAPA 4: Encaminhamento dos documentos à FUNAI Brasília e abertura de processo para avaliação

Em meados de setembro foram agrupados todos os documentos solicitados pela FUNAI Brasília, em acordo com a INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 01/95 PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA que descrevem as normas que disciplinam o ingresso em TI com a finalidade de desenvolver pesquisa científica. Em acordo com o art. 5º da normativa seguem os documentos encaminhados em suas versões originais, cópias autenticadas e cópias, conforme orientação.

Art. 5º O pesquisador ou pesquisadores deverão anexar ao pedido do que trata o Art. 1º a seguinte documentação:

- I. Carta de apresentação da Instituição a que o pesquisador está vinculado e no caso de estudantes de graduação e pós-graduação, carta de apresentação do orientador responsável;
- II. Projeto de pesquisa, em português, detalhando a(s) terra(s) indígena(s) na(s) qual(is) pretende ingressar e cronograma;
- III. curriculum vitae do(s) pesquisador(es) redigido em português;
- IV. cópia autenticada da Carteira de Identidade ou Passaporte, quando se tratar de nacionalidade estrangeira;
- V. atestado individual de vacina contra moléstia endêmica na área;
- VI. atestado médico de não portador de moléstia contagiosa;
- VII. quando se tratar de pesquisador(es) de nacionalidade estrangeira, exigir-se-á para a efetivação de seu ingresso na terra indígena a obtenção de seu respectivo visto temporário, como prevê o artigo 22, do decreto nº 86.715 de 10 de dezembro de 1981, além do cumprimento do disposto no decreto nº 98.830, de 15 de janeiro de 1990.

Todos os documentos acima descritos foram encaminhados via correio à FUNAI Brasília que gerou o processo N° 08620.018834/2017-32.

A este processo foram solicitados, posteriormente, via email, dois documentos adicionais: comprovante de envio do projeto ao CEP/CONEP e termo de compromisso para uso de imagem, de som e de voz. Estes foram encaminhados via email e os originais via correio no dia 03 de novembro de 2017, reencaminhados dia 14 e solicitada confirmação de recebimento; sendo confirmado o recebimento dia 14 de novembro de 2017 pela assessoria da FUNAI.

ETAPA 5: Solicitação parecer de mérito científico CNPq

Ainda seguindo as orientações da INSTRUÇÃO NORMATIVA N° 01/95 PRESIDÊNCIA/FUNAI, conforme o art. 6°:

Art. 6° O Pesquisador deverá encaminhar diretamente ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico CNPq, o Projeto de Pesquisa e curriculum vitae.

Encaminhei, portanto ao email da COSAU – coordenação responsável pelas avaliações de pesquisas voltadas a saúde; a solicitação do parecer, anexando cópia do projeto e a carta de intenção.

Importante dizer que este parecer não é encaminhado ao pesquisador, portanto não tenho como o apresentá-lo, o mesmo é encaminhado, de acordo com o próprio CNPq,

diretamente à pessoa responsável na FUNAI/Museu do Índio e anexado ao processo em questão.

ETAPA 6: Submissão do projeto à plataforma Brasil para apreciação do CEP E CONEP

A submissão do projeto com a indexação de todos os documentos foi finalizada no dia 10 de outubro de 2017, desde então o mesmo sofreu avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa - CEP da Universidade Federal do Amapá e foi encaminhado ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, conforme orientações da normativa da FUNAI e resoluções que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos, conforme descrito no projeto de pesquisa.

Das intercorrências encontradas no percurso

Porque se faz importante relatar cada passo da trajetória do projeto? Porque tivemos muitas dificuldades que precisam ser aqui apresentadas no desenvolver desta pesquisa e que deve ser somada à burocracia presente no processo de submissão, apreciação e autorização de uma atividade de pesquisa envolvendo povos indígenas.

As etapas descritas acima fizeram parte de um relatório (Apêndice IV) que foi um documento de resposta emitido pela pesquisadora ao Conselho de caciques dos Povos Indígenas de Oiapoque – CCPIO em julho de 2018, a partir de um ofício, emitido pelo mesmo conselho, que sugeria o indeferimento da pesquisa a qual já iria se iniciar e era aguardada pelo DSEI, profissionais e por alguns indígenas. Este documento foi um anexo ao Ofício 182/2018/CCPIO o qual foi endereçado à reitoria da Universidade Federal do Amapá.

O que aconteceu, para além da troca de caciques - Cacique da aldeia Manga precisou se afastar por problemas de saúde; foi que, no mês de abril se iniciou um movimento dos povos indígenas, encabeçado pelo CCPIO e apoiado pelo Curso de Licenciatura Intercultural Indígena em prol da realização de um processo seletivo “diferenciado” o qual propunha cotas para os indígenas em todos os cursos do Campus Binacional Oiapoque e, ainda uma forma diferente de seleção, que não a aplicação de provas como o ENEM ou vestibular, a exemplo.

Este movimento gerou a solicitação de uma reunião extraordinária do Conselho do Campus para a aprovação de uma minuta de edital que subsidiaria a realização deste processo seletivo. Eu enquanto coordenadora do Curso de Enfermagem fazia parte do Conselho e fui convocada à reunião. Assim como os demais conselheiros tomamos ciência do conteúdo da

discussão e da minuta do edital dois dias antes da reunião o que impossibilitou qualquer discussão prévia de um edital, então já “pronto” e repleto de inadequações.

No dia da reunião os povos indígenas da região vieram participar em um grupo bastante grande, o que iniciou alguns conflitos: sala pequena, pessoas em pé, em fim. A apresentação da minuta foi realizada pela coordenação do Curso de Licenciatura Intercultural e a discussão em relação à minuta apresentada, que era pauta da reunião tomou outra conotação e em algum momento os indígenas presentes entenderam que o Conselho estava votando o mérito do ingresso dos indígenas, o que não era verdade. Pelo contrário, me parecia muito óbvio que esse tipo de seleção se estruturasse no Campus Binacional em algum momento, considerando que, praticamente 30% da população do município é indígena.

Com a apresentação da minuta de edital o Conselho do Campus se manifestou de forma negativa, pois o mesmo apresentava muitas inconsistências e provavelmente não seria aprovado posteriormente no Conselho Superior, assim como, os colegiados dos cursos aos quais os indígenas estavam pleiteando as vagas também gostariam de fazer parte da discussão, considerando que tudo foi feito por uma comissão que não integrava os demais cursos, somente a Licenciatura Intercultural. E que teríamos que pensar questões importantes que iam para além do ingresso dos povos indígenas, mas a sua manutenção na Universidade e, conseqüentemente fora da aldeia; incluindo aqui o aperfeiçoamento dos docentes no sentido de adequar suas metodologias e da criação de monitorias que apoiassem estes alunos fora da sala de aula também.

Tendo não sido aprovada a minuta de edital o Conselho do Campus sugeriu realizar uma nova reunião, incluindo representantes indígenas, para rever as inconsistências e reestruturar o edital de forma a garantir a participação dos indígenas no processo seletivo para o próximo ingresso que seria o segundo semestre de 2018. A reunião foi agendada para a mesma semana e os indígenas se fizeram presentes e algumas questões foram realinhadas e a proposta de minuta foi encaminhada ao setor jurídico da Universidade para avaliação e emissão de parecer.

Nesta mesma semana mesmo sendo dados os encaminhamentos em acordo com as discussões que realizamos com as lideranças indígenas e a participação de todos os cursos o CCPIO emitiu um ofício 120/2018 onde foram suspensas, por tempo indeterminado, todas as reuniões, pesquisas e projetos de extensão realizados por professores e pesquisadores da Universidade Federal do Amapá nas Terras Indígenas Uaçá, Galibi e Juminã. Assim como a entrada de professores nestas terras indígenas, suspendendo, inclusive os projetos já autorizados e, em andamento, os quais seriam revistos e reavaliados pelo Conselho.

Todo esse movimento num intuito de tentar fazer com que a Universidade os olhassem, assim como as suas demandas, com mais sensibilidade e buscassem agilizar o processo seletivo. Como resultado o ofício 399/2018 da Reitoria da UNIFAP chamou os indígenas para ampliar a discussão em conjunto com o MPF em Macapá para tentar agilizar o processo já com uma proposta reestruturada de edital.

Após a realização do processo seletivo, em julho de 2018, o CCPIO emitiu, portanto, o Ofício 182/2018 permitindo o ingresso dos professores e pesquisadores, porém, seguindo algumas regulamentações e protocolos elaborados pelo Conselho e indeferindo os projetos submetidos pelos professores que votaram de forma negativa enquanto representantes do Conselho do Campus, incluindo o meu projeto. O Anexo do ofício que indeferia meu projeto estava baseado em subjetividades, considerando que a única coisa que o CCPIO havia para avaliar era uma cópia do Projeto na íntegra, entregue a eles e aos Caciques. Desta forma elaborei uma carta resposta (Apêndice III) e anexa a esta carta estava o relatório de descrição da trajetória de construção do projeto com todos os possíveis documentos anexos como descrito acima.

Estes documentos foram entregues em mãos por mim ao Coordenador Geral do CCPIO, o qual disse que não havia entendido os motivos do indeferimento do meu projeto e que me conhecia e iria encaminhar os documentos a uma comissão de avaliação de projetos, que havia sido organizada dentro do CCPIO e que eu deveria aguardar a resposta dos mesmos.

O mesmo foi feito com os novos caciques da aldeia Manga. Procurei pelo antigo Cacique que estava na aldeia e pedi a ele que me apresentasse aos novos cacique e vice para que eu pudesse entregar os documentos a eles e tentar explicar um pouco da proposta e, assim foi feito, os mesmos disseram que pensavam que não era mais interesse da comunidade trabalhar o uso do álcool e que a maioria das pesquisas não traziam resultados concretos a eles, questionando pesquisas anteriores realizadas na aldeia e que não tiveram nenhum retorno. Desta forma me disseram que iriam apresentar a proposta à comunidade numa reunião que aconteceria no mês seguinte e depois me dariam uma resposta. O que também não aconteceu.

Contudo, mesmo procurando pela comissão referida pelo Chefe do Conselho CCPIO, nunca obtive retorno ou uma contra resposta. Desta forma busquei conversar com algumas lideranças que se contrapunham ao que tinha acontecido, isto porque existia um certo conflito interno entre a nova estruturação das lideranças e a alguns posicionamentos do CCPIO; e tentei reestabelecer a configuração metodológica do trabalho em conjunto com eles, pensando então abordar o tema através de entrevistas, sem ingressar nos territórios indígenas, considerando

apenas os ingressos anteriores e, acrescentando ao público-alvo os profissionais de saúde enquanto uma outra perspectiva de pensar o uso do álcool e outras drogas e buscar reformular uma proposta de trabalho em acordo com o que se encontrou em todo o percurso da pesquisa. Assim todos estavam em acordo o que me gerou uma nova submissão ao comitê de ética, considerando a inserção dos profissionais e da reforma metodológica.

A etnografia não foi deixada de lado, pelo contrário, todo meu percurso entre estes povos, o que tenho registrado em um diário de campo realizado no ano de 2005, somados às atividades vinculadas a projetos de extensão, inserções mais atuais baseadas em uma observação participante – entre os anos de 2016 e 2018, e outras atividades realizadas entre os povos indígenas do Oiapoque foram somadas a estruturação do discurso e das práxis analisadas enquanto respostas dadas pelos indígenas e profissionais inseridos nas entrevistas.

Me coloquei inteira nessa proposta de projeto o qual me gerou as mais diferentes sensações em tão pequeno espaço de tempo: o desafio de me inserir num trabalho com um novo tema, nesse caso o uso de álcool e outras drogas que não era uma área com a qual eu desenvolvia pesquisa; gratidão e sensação de que estava no caminho certo quando a proposta veio dos próprios indígenas; alegria de poder submeter a proposta de projeto ao doutorado e o mesmo ser aceito; a dor em me sentir vista da forma mais distante possível do meu ser quando fui descrita como racista e discriminadora quando votei não à minuta na reunião do Conselho, como se eu estivesse votando mérito de ingresso e isso jamais seria a minha posição enquanto pessoa que sempre apoiou as causas indígenas e busquei me inserir sempre de forma empática.

Uma tristeza ainda maior ao ver o indeferimento do meu ingresso nas aldeias para o desenvolvimento da pesquisa, mas somado a um conforto de ver muitos indígenas me procurando para demonstrar reconhecimento e preocupação comigo e em dizer que estavam ali me amparando e reconheciam meus esforços e que iriam apoiar o desenvolvimento do projeto porque o viam como importante.

Para trazer um pouquinho mais de desafio à construção e conclusão desta tese, realizei um sanduíche do doutorado por seis meses na Universidade Rovira i Virgili, na cidade de Tarragona, Espanha, orientada pelo Prof. Angel Martín-Hernández, no Departamento de Antropologia Médica, o que foi uma experiência extremamente enriquecedora. Porém, quando retornei ao Brasil em maio de 2019, não me sentia bem e ao investigar fui diagnosticada com um carcinoma de cólon e a partir daí, passei por alguns procedimentos cirúrgicos e tratamento quimioterápico que duraram até o ano seguinte. Confesso pensei em desistir, mas manter-me

focada nos estudos me ajudou a manter a saúde mental neste período, incluindo o processo de quarentena dada minha inserção no grupo de risco para o COVID19.

Enfim, que tese dura e tempestuosa, cheia de altos e baixos, mas que eu ainda espero que possa contribuir de alguma forma para melhorar a estruturação das Políticas de saúde indígena e de saúde mental indígena e conseqüentemente os serviços oferecidos entre os povos indígenas do município de Oiapoque impactando de forma positiva na sua situação de saúde e beneficiando a todos.

1 INTRODUÇÃO

Os povos indígenas no Brasil são caracterizados por uma ampla diversidade que vai além dos dados apresentados pelo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Dentre eles as múltiplas línguas identificadas, 274 idiomas, faladas por 305 grupos étnicos distribuídos em cerca de 13% do território brasileiro, presentes em todos os estados somavam neste censo pouco mais de 890 mil pessoas sendo menos de 1% do contingente populacional do país. (IBGE, 2010)

O elevado número de etnias, sua ampla distribuição no país, incluindo áreas rurais e urbanas, as distintas situações territoriais em que se inserem a organização sociopolítica, costumes, línguas, sua interação com o ambiente, os meios de subsistência, cosmologia, entre outros aspectos representam um importante desafio para a compreensão da situação de saúde dos povos indígenas no país, e que deve ser considerada como resultado dessa ampla diversidade social e cultural existente entre eles. (LITTLE, 2002; JUNQUEIRA, 2002; ISA, 2018)

Os movimentos sociais indígenas em prol dos direitos à saúde que atendessem suas especificidades e considerassem todas essas diversidades se iniciaram nas décadas de 1970 e 1980, em conjunto com os movimentos de reforma sanitária no país, e se intensificaram posteriormente à aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual não previa modos de manter seus princípios e incluir os povos indígenas no processo de assistência. Após amplas discussões em 1999 um projeto de lei foi então aprovado e subsidiou a criação do Subsistema de Saúde Indígena (SASI), através da Lei 9.836 de 1999, a lei Arouca.

Este subsistema tinha como foco a manutenção do acesso aos povos indígenas introduzindo a atenção primária à saúde dentro dos territórios, com base no modelo organizacional do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) entre outras diretrizes que tinham por objetivo efetivar os princípios do SUS e respeitar as peculiaridades relacionadas aos povos indígenas no Brasil. No ano de 2002 a partir das diretrizes previstas no SASI foi criada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). O modelo organizacional estabelecido para a atenção a saúde indígena no país foi o de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), subdivididos em 34 em todo Brasil.

O DSEI Amapá e Norte do Pará é responsável pela organização da saúde dos povos indígenas dos estados do Amapá e da região norte do Pará, incluindo neste rol os povos

indígenas pertencentes ao município de Oiapoque, população centro desta proposta de pesquisa. Dentre eles estão os povos Karipuna, Galibi Marworno, Galibi Kaliña e os Palikur. Distribuídos em três terras indígenas, devidamente demarcadas, Terra Indígena Juminã, Galibi e Uaçá, as quais se situam as margens dos rios Oiapoque, Uaçá e Urucauí, assim como às margens da Br 156, que liga o Oiapoque aos demais municípios do estado.

Apesar de falarem idiomas diferentes, alguns Kheuol, outros Palikur e Galibi, em sua maioria são políglotas, dominando o idioma francês – considerando a proximidade e os não limites fronteiriços estabelecidos por eles e a Guiana Francesa – e o português. Os povos Palikur também são majoritariamente evangélicos, porém a religião protestante tem tomado um alcance importante entre todos os povos em todo o território. Estes povos se distanciam em alguns aspectos culturais, mas tem buscado, ao longo dos anos se organizar em conjunto, o que lhes trouxe muitas semelhanças e aproximações e tem lhe trazido, também, grande autonomia política, considerando que há anos que sempre possuem ao menos um representante indígena na Câmara de vereadores e, no ano de 2016 tomou posse no município o primeiro vice-prefeito indígena. (IBGE, 2020)

Para além da política eles também se organizam através de associações, como a Associação dos Povos Indígenas de Oiapoque (APIO) e o a partir do Conselho dos Caciques dos Povos Indígenas do Oiapoque (CCPIO), estas organizações são apoiadas por outras instituições como o IEPÉ – Instituto de Pesquisa e Formação Indígena e a FUNAI – Fundação Nacional do Índio, especialmente a partir do Museu Kuahí. Estas ONGs discutem diferentes áreas, incluindo, desde a saúde, patrimônios materiais e imateriais, redes de subsistência, meio ambiente e demarcação de terras e os direitos indígenas de maneira mais geral. (GALLOIS & GRUPIONI, 2003; VIDAL, 2007)

Dentre os meios de subsistência estão presentes, em grande parte do território e, pela maioria da população, a caça e a pesca, assim como o plantio de roças, com foco na produção de mandioca, da qual produzem e comercializam a farinha e os demais derivados, como a tapioca e o tucupi, assim como plantam e comercializam frutas, aqui, ganhou um foco especial, nos últimos anos, o açaí. Porém, existem muitos trabalhadores assalariados dentro dos territórios, principalmente nas áreas da saúde e educação, o que gera o consumo de alimentos industrializados e outros insumos adquiridos no município de Oiapoque e na Guiana Francesa, onde também comercializam a farinha de mandioca e seus derivados. (VIDAL, 2007; IEPÉ, 2015; 2018)

A saúde dos povos indígenas de Oiapoque, como dito anteriormente, é gerida pelo DSEI Amapá e Norte do Pará, o qual se descentraliza no município através dos Polos Base: Kumarumã, Manga e Kumenê, presentes nas aldeias com maior contingente populacional, atendendo às unidades de saúde presentes nas demais aldeias. O perfil epidemiológico é caracterizado pela alta prevalência de alguns agravos como a malária, as parasitoses intestinais, tuberculose e síndromes gripais, contudo, tem, ao longo dos últimos dez anos, sofrido uma espécie de transição, onde as doenças crônicas não transmissíveis, em especial a diabetes e a hipertensão arterial sistêmica e suas complicações, tem tomado um espaço importante.

Apesar deste processo de transição evidenciado e com a estruturação e organização previstas na PNASPI a saúde dos povos indígenas no Brasil tem sido observada, em diferentes estudos, como fortemente desigual quando comparada com os demais segmentos populacionais, apresentando indicadores de morbimortalidade que expressam esta disparidade e caracteriza estes povos como vulneráveis em diversos aspectos, o que parece estar relacionada a não efetivação de algumas diretrizes importantes da PNASPI. Esta desigualdade vem marcada pelo alto índice de doenças ditas negligenciadas como a malária e a tuberculose, a exemplo, doenças infecto-parasitárias e transmissíveis. (BRASIL, 2002)

Contudo esse perfil tem sofrido alterações nos últimos anos e tem chamado a atenção a situação das doenças crônicas não transmissíveis, incluindo neste rol os transtornos mentais com foco nos suicídios e no uso de álcool entre os povos indígenas o qual é trazido como problemático pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde (MS), órgão atualmente, responsável pela gestão da saúde indígena no Brasil. Pensando nestas e em outras questões voltadas à saúde mental, foi elaborada no ano de 2007 a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas que previa a criação de um comitê gestor, o qual deveria ter como foco o planejamento de ações, seu monitoramento e avaliação.

A proposta desta política específica tinha como diretriz, ao lidar com as questões de saúde mental, respeitar os valores, modelos organizacionais, tecnologias e serviços disponíveis na identificação de “problemas” e na elaboração de estratégias que poderiam saná-los. Protagonizar e construir coletivamente com os povos indígenas em prol do seu próprio cuidado, considerando que em um contexto tão diverso existem diferentes percepções em relação ao ato de beber, assim como existem muitas representações envolvidas nesta ação. (BRASIL, 2007)

Apesar do “alcoolismo” entre indígenas vir sendo descrito como importante problema de saúde pública no Brasil há algum tempo, os estudos vinculados a esta temática ainda são,

relativamente escassos em relação aos demais seguimentos populacionais e estes processos necessitam ser melhor compreendidos dadas as imensas diversidades socioculturais presentes em nosso país em relação a estes povos (LANGDON, 2001; SOUZA e GARNELO, 2007; SOUZA, 2013).

Souza e Garnelo (2007) partindo de um conceito mais amplo de alcoolização, trazido por Menendez, referem que existe uma necessidade em se analisar o consumo do álcool considerando os contextos de inserção dos sujeitos, sua cultura e sua história, não apenas o “uso problemático” buscando significados para beber. Langdon (2001) reforça dizendo que necessitamos de uma abordagem mais “cultural/coletivo/multifatorial” buscando uma ampliação no enfoque sobre a situação que nos permita criar estratégias que tenham maior impacto na situação o que vai ao encontro do previsto na política.

Sabe-se que o uso de substâncias psicoativas, incluindo bebidas alcoólicas, possuem inúmeras representações para estes grupos e precisamos, portanto, entender os modos de beber das sociedades indígenas e que significado elas trazem; o que é de fundamental importância para que compreendamos “como e por que beber” entre os povos indígenas e consigamos então estabelecer estratégias de cuidado que caminhem ao encontro daquilo que expressem as necessidades e opiniões destes povos. É o que nos propomos a partir deste trabalho, assim como observar como se efetivam as diretrizes das políticas específicas que, deveriam dar conta daquilo que é observado como problemático em relação ao consumo de bebidas alcoólicas (SOUZA e GARNELO, 2007; SOUZA, 2013).

Menendez (1982; 1992) tem se preocupado, desde a década de 1980, com a ampliação do olhar sobre o consumo de bebidas alcoólicas entre povos tradicionais, e com a necessidade em se estabelecer relações, em estudos que desenvolvem este objeto, pensando não somente no foco fisiopatológico incluído nos conceitos biomédicos, os quais atribuem e classificam os problemas relacionados ao uso de álcool, a partir de parâmetros quantitativos e com foco unicausal, mas também nas análises antropológicas. Essa proposta visa observar não somente o que, por nós, sociedades envolvidas, é descrito como problema, mas também as demais relações provocadas pelo consumo do álcool e seu contexto.

Souza e Garnelo (2006) reforçam esta necessidade na atualidade, descrevendo como uma espécie de compromisso o processo de desconstrução do conceito de “alcoolismo” quando da realização de estudos entre povos indígenas. Exigindo uma necessidade em contextualizar os estudos a partir dos processos históricos e dos aspectos sócio culturais

expressos nos territórios indígenas. Desenvolver este olhar possibilitaria o planejamento de ações e estratégias de cuidado mais efetivas, o que iremos buscar observar a partir desta perspectiva.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Discutir, a partir de diferentes perspectivas, os saberes e práticas envolvidos no uso de bebidas alcoólicas entre povos indígenas no município de Oiapoque, Amapá e sua implicação no cuidado.

1.1.2 Objetivos Específicos

Discutir a implementação e aplicação das políticas – PNASPI e Política de Saúde Mental - específicas voltadas ao cuidado e à saúde dos povos indígenas no Brasil;

Descrever as perspectivas e representações dos profissionais em relação ao uso de bebidas alcoólicas entre os povos indígenas com quem trabalham no município de Oiapoque – AP;

Descrever os espaços de consumo, significados e possíveis estratégias de cuidado através das sugestões apresentadas pela própria população indígena e profissionais de saúde indígena.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

A atenção à saúde desta população tem em seu histórico práticas que vem desde a ação de missionários da igreja católica, inicialmente, à presença do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) que exercia atividades de frente de atração e “pacificação” com uma mescla de ações descontínuas e com intervenções medicamentadoras na área da saúde, sendo substituído no final da década de 1960 pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e associado, em alguns períodos, às ações que atingiam também as populações rurais e outras localizadas em áreas de difícil acesso, como a exemplo, os Serviços de Unidades Sanitárias Aéreas. (SUSA) (MS/SESAI, 2016)

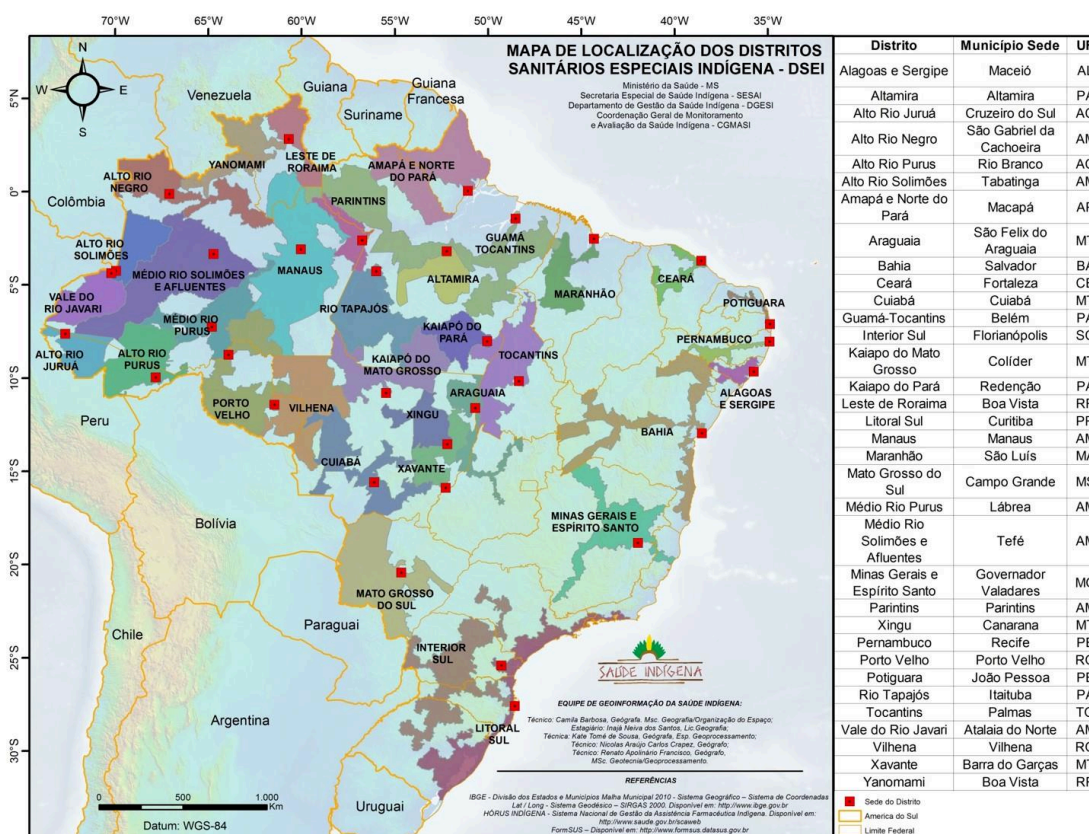
Em conjunto com os movimentos da reforma sanitária no país, já em uma época em que o Ministério da Saúde assumia a saúde indígena, amplas discussões em relação a situação de saúde desta população levaram à criação de uma Lei, conhecida como Lei Arouca, que fundamentou a inserção do Subsistema de Saúde Indígena como integrante do Sistema Único de Saúde Brasileiro e da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; que baseia-se no modelo organizacional dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI¹) que hoje somam 34 distribuídos no país (Figura 1); a qual vamos discutir melhor adiante. (BRASIL, 2002)

Para além da diretriz que prevê o modelo organizacional baseado nos DSEI, temos outras diretrizes que regulamentam essa política, dentre elas a preparação dos profissionais para trabalhar em contextos diversos, o monitoramento das ações de saúde e a sistematização destas informações através do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), articulação entre os diferentes saberes médicos, promoção de uso racional de medicamentos, promoção de ações específicas em situações específicas, promoção da ética em pesquisa e de ambientes saudáveis e o controle social.

¹ Os DSEI, em acordo com o Ministério da Saúde, são um modelo de organização dos serviços - orientado por um espaço étnico e cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado; que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social.

A principal proposta da PNASPI é a de reduzir as iniquidades em saúde através de uma aproximação dos serviços, levando a atenção primária à saúde para dentro dos territórios, melhorando o acesso destes povos aos serviços e consequentemente sua situação de saúde. Se orienta por um modelo “complementar e diferenciado” no sentido de atender às diferentes demandas que atravessam a saúde dos povos indígenas respeitando as especificidades relacionadas ao reconhecimento do processo saúde e doença entre estes povos, com vistas a proteger, promover e recuperar sua saúde. (GARNELO e PONTES, 2012; CARDOSO, 2015)

Figura 1. Distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil de acordo com a SESAI/MS, 2018.



Fonte: SESAI/MS, 2018. <https://www.saude.gov.br/saude-indigena/sobre-a-sesai>

Atualmente a gestão da Saúde Indígena está centralizada na Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), dentro do Ministério da Saúde e se descentraliza através dos DSEIs distribuídos no território brasileiro como apresentado acima. Esses distritos possuem em sua área de abrangência outros serviços que fazem parte deste modelo organizacional e são

responsáveis pela assistência à saúde de forma direta: os Polos Base, as CASAI – Casas de Saúde Indígenas e as Unidades de Saúde indígenas (Figura 2). (BRASIL, 2002)

Os Polos Bases podem estar dentro ou fora dos territórios indígenas e geralmente funcionam como um ponto de apoio às Unidades de Saúde Indígena. A maioria dos Polos possui uma equipe multidisciplinar de saúde, incluindo profissionais médicos, enfermeiros, técnicos, agentes indígenas de saúde (AIS) entre outros a depender da necessidade local. Estes Polos servem de referência direta na prestação de serviços de atenção básica para as Unidades de Saúde Indígena. Já as CASAI são serviços que tem por objetivo apoiar os pacientes referenciados à rede SUS quando da necessidade de outros níveis de atenção à saúde. Este serviço recebe, aloja, alimenta e presta serviço de enfermagem por 24 horas, apoia no deslocamento ao indígena e o acompanha em consultas, exames, procedimentos cirúrgicos, entre outros.

Figura 2. Organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, em acordo com a PNASPI, 2018.

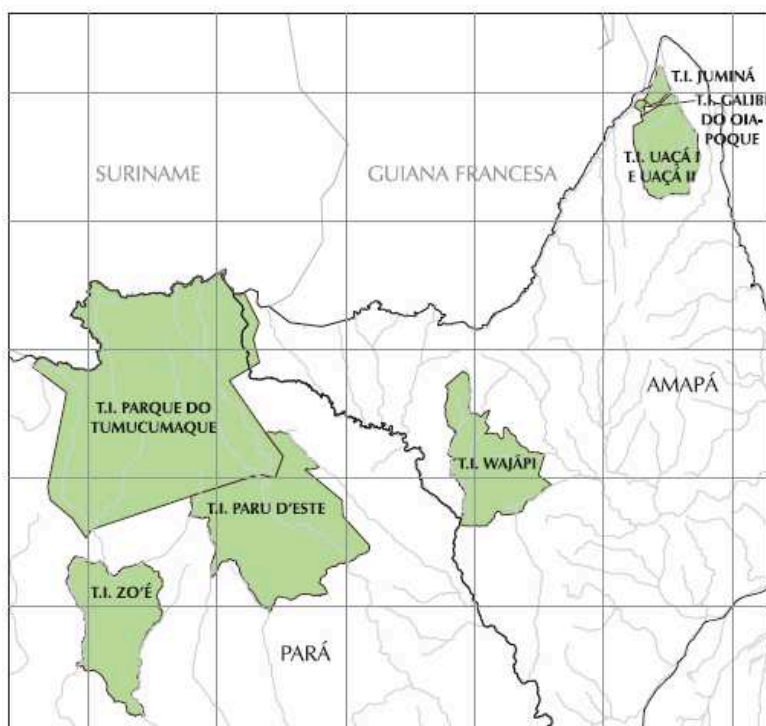


Fonte: SESAI/MS, 2018.

2.2 ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA NO AMAPÁ

A saúde da população indígena no estado do Amapá é gerenciada pelo DSEI Amapá e Norte do Pará, localizado na capital Macapá. Em sua área de abrangência conta com os grupos étnicos Galibi Kalinã, Galibi Marworno, Karipuna e Palikur no município de Oiapoque; Wajãpi em Pedra Branca do Amapari, municípios pertencentes ao estado do Amapá e os grupos étnicos Zo'é, Aparai, Wayana, Tiriyo e Katxuyana entre os municípios de Óbidos e Almeirim no Pará. No total são mais de doze mil indígenas no espaço territorial de abrangência deste DSEI, distribuídos em sete terras indígenas (Figura 3). (GALLOIS E GRUPIONI, 2003; MS/SESAI; 2016)

Figura 3. Terras Indígenas DSEI Amapá e Norte do Pará.



Fonte: PPTAL/FUNAI, 2003 in Gallois & Grupioni, 2003.

O município de Oiapoque está localizado no extremo norte do estado, a cerca de 600 quilômetros da capital do Estado, Macapá, e faz fronteira com a Guiana Francesa. Sua população em 2018 foi estimada em 26.627 pessoas, porém com uma população itinerante de

quase 15% devido ao processo de ingresso e saída do país vizinho, situação que traz particularidades e especificidades bastante peculiares em relação ao que envolve os processos saúde e doença nesta região (IBGE, 2019). Conta com o maior percentual populacional de indígenas no Estado, somando em torno de 30% da população total, cerca de 7 mil indivíduos, distribuídos em três terras indígenas: Uaçá, Galibi e Juminã (Figura 3). (MS/SESAI, 2016; GALLOIS e GRUPIONI, 2003)

O DSEI está representado, no município de Oiapoque, por espaços descentralizados de atenção, conforme segue a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. São três Polos Base: Manga, Kumarumã e Kumenê e uma Casa de Saúde Indígena. Os Polos estão organizados dentro das terras indígenas e funcionam como primeira referência e ponto estratégico para estarem presentes profissionais como enfermeiros, médicos, odontólogos e demais profissionais quando disponíveis: nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, entre outros (MS/SESAI, 2016; MS/FUNASA, 2002).

Para além do município de Oiapoque, o DSEI conta com Polos Base nos territórios indígenas do norte do Pará, onde estão os Polos Missão e Bona que atendem os povos indígenas localizados nas montanhas do Parque do Tumucumaque. E ainda, o Polo Base Aramirã, que atende os povos indígenas Wajãpi de Pedra Branca do Amapari. Conta também com uma CASAI no município de Macapá, onde encontram-se as principais referências do estado para maiores complexidades na atenção à saúde. Ao todo atende à dez etnias, distribuídas em uma área de 21.0625,07Km², são seis Polos Base, duas CASAI e vinte e três Unidades Básicas de Saúde que atendem a 142 aldeias em quatro municípios entre os estados do Amapá e norte do Pará.

2.2.1 Os povos indígenas de Oiapoque

Como descrito anteriormente o município de Oiapoque representa grande parte da população indígena presente no estado do Amapá e compõem esta população diferentes grupos étnicos: Galibi Kaliña, Galibi Marworno, Karipuna e Palikur. Estes povos possuem, em diferentes proporções, o estabelecimento de relações que otimizaram seus modos de organização social e política, desde a década de 1970, em prol da busca e manutenção de seus direitos, reunindo-se anualmente em grandes assembleias e através da Associação dos Povos Indígenas de Oiapoque (APIO) inicialmente e, posteriormente com a criação de novas

associações e organizações com objetivos comuns. (GALLOIS e GRUPIONI, 2003; VIDAL, 2007; ANDRADE, 2009)

Estes povos estão localizados nas Terras Indígenas Uaçá, Juminã e Galibi, distribuídas entre os Rios Uaçá, Urucauá, Curipi, Oiapoque e na Rodovia Br 156. Tem uma população estimada em aproximadamente 7000 pessoas, distribuídas em mais de 40 aldeias, tendo como principal referência as aldeias consideradas Polos Base². Dentre elas temos o Kumarumã, com cerca de 2000 indígenas, majoritariamente Galibi Marworno, mas com a presença de famílias dos demais grupos étnicos em menor número. Antigamente esta aldeia era única, hoje as famílias começaram a migrar e a se reorganizar em novas pequenas aldeias, todas à beira do rio Uaçá. (GALLOIS e GRUPIONI, 2003; ANDRADE, 2009)

Polo Base Kumenê, onde a maioria dos indígenas são da etnia Palikur e somam mais de 1000 indígenas somente na aldeia principal, que é referência para as outras onze aldeias adjacentes distribuídas ao longo do rio Urucauá. No Polo Manga está situada a maior população Karipuna, mas com a presença de famílias de outros grupos étnicos e, está distribuída de maneira mais abrangente geograficamente; no Rio Curipi, Br 156 e Rio Oiapoque, onde está localizada a aldeia Galibi onde vivem os povos Galibi Kaliña. (GALLOIS e GRUPIONI, 2003; ANDRADE, 2009)

Além de estarem distribuídos de forma distinta geograficamente e possuem aspectos comuns e ao mesmo tempo bastante peculiares a cada grupo; estes povos também falam diferentes línguas. A maioria dos grupos étnicos fala português, francês e o *Kheuol* ou *patoá* como é popularmente conhecido o idioma dos povos Karipuna e Galibi Marworno. Já os Galibi Kaliña e os Palikur possuem seus próprios idiomas. (VIDAL, 2007)

Os Galibi Marworno são os povos com maior concentração neste município, com uma população de cerca de 3000 indígenas, distribuídos na Terra Indígena Uaçá, entre a Br 156 e no Rio Uaçá, principalmente. Contudo estão presentes em muitas das demais aldeias em menor

² Os Polos Base, de acordo com a PNASPI (MS/FUNASA, 2002) são a primeira referência para as equipes multidisciplinares que atuam nas aldeias. Podem estar localizados dentro dos territórios indígenas ou em municípios próximos que sejam referência. A maioria dos agravos à saúde deverão ser resolvidas nesse nível. No caso do DSEI Amapá e Norte do Pará os Polos Bases encontram-se dentro dos territórios indígenas e geralmente possuem uma equipe de saúde que é responsável pela assistência à saúde de uma área bem delimitada geograficamente. As equipes de saúde, de acordo com a PNASPI deveriam ser compostas, minimamente, por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Indígenas de Saúde, contudo, em acordo com as especificidades locais e epidemiológicas outros profissionais podem ser agregados à equipe. No município de Oiapoque os Polos Bases Kumarumã, Manga e Kumenê estão dentro das aldeias que recebem o mesmo nome dos polos.

proporção. Apesar da semelhança no nome não possui qualquer tipo de parentesco com os Galibi Kaliña que estão situados às margens do Rio Oiapoque, na Terra Indígena Galibi, com uma população de cerca de 30 indígenas organizadas em pequenas famílias em uma única aldeia. (VIDAL, 2007; GALLOIS e GRUPIONI; 2003)

O povo Palikur é um dos povos mais antigos da região, com relatos desde 1513, e que ao se isolar durante o processo de colonização conseguiu sobreviver. Após o estabelecimento das terras de Oiapoque como sendo brasileiras em 1900 com a assinatura do Laudo Suíço muitos indígenas Palikur migraram para o território francês, onde atualmente muitas famílias ainda vivem, assim como mantém suas relações de comércio com a Guiana Francesa. Este grupo étnico é predominantemente evangélico há algumas décadas e se mantém às margens do rio Urucaúá, na Terra Indígena Uaçá. (VIDAL, 2007)

Os povos Karipuna somam mais de 2000 indígenas distribuídos, como dito anteriormente, entre os Rios Oiapoque e Curipi e na Br 156, nas Terras Indígenas Uaçá, Juminã e Galibi, sendo um dos grupos mais populosos e o mais amplamente distribuído. O termo Karipuna foi descrito como “índios misturados, civilizados ou avançados” e assim estes povos se reconhecem e assumem essa “identidade”. (TASSINARI, 2003; p16; GALLOIS e GRUPIONI; 2003) Realmente os povos Karipuna são os que estão mais próximos e por isso possuem maiores relações de contato com o município de Oiapoque, tendo a aldeia Manga, uma das maiores em termos populacionais, cerca de 20Km de distância e acesso terrestre.

Os povos indígenas de Oiapoque não possuem um contato apenas comercial com o município de Oiapoque, mas sua inserção e suas relações se dão, inclusive no âmbito político e no final dos anos 1960 o indígena da etnia Karipuna Manuel Primo dos Santos foi eleito primeiro vereador indígena; atualmente a câmara de vereadores leva seu nome e frequentemente uma ou mais cadeiras são preenchidas por um representante indígena. No ano de 2016 o vice-prefeito eleito foi um indígena da etnia Karipuna, assumindo como prefeito interino em diferentes momentos no período da gestão 2016 – 2020. (VIDAL, 2007; GALLOIS e GRUPIONI; 2003)

2.2.2 A política de saúde mental indígena: objetivos e diretrizes

No Brasil, como apresentado acima, a saúde dos povos indígenas é organizada a partir de um subsistema de saúde, submetido ao Sistema Único de Saúde, porém tendo como foco o

desenvolvimento de uma atenção diferenciada à saúde, em acordo com as diretrizes da PNASPI. Assim como a assistência à saúde de maneira integral, a saúde mental também se estrutura a partir de uma política específica. A qual tem por objeto a construção coletiva, incluindo o protagonismo sob a ótica cultural, desde o planejamento até a avaliação das ações, assim como o respeito às diversidades relacionadas ao que se considera problemática e as diferentes relações com o contexto no âmbito do que se caracteriza como transtorno mental, suicídios e uso de substâncias psicoativas, incluindo o álcool (BRASIL/MS, 2007).

A portaria 2.759 de 25 de outubro de 2007 estabelece as diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental dos Povos Indígenas (PAISMI) e cria o Comitê Gestor. Este comitê gestor deveria ter como integrantes diferentes setores, não somente os relacionados à saúde, como a FUNAI, assim como representantes dos conselhos de saúde indígena. A partir do comitê deveriam ser organizados instrumentos para o planejamento e monitoramento das ações que iriam ser realizadas no âmbito dos distritos.

Dentre as diretrizes que regem a PAISMI estão, em acordo com a portaria 2.759, do Ministério da Saúde:

I apoiar e respeitar a capacidade das diversas etnias e das comunidades indígenas, com seus valores, economias, tecnologias, modos de organização, de expressão e de produção de conhecimento, para identificar problemas, mobilizar recursos e criar alternativas para a construção de soluções para os problemas da comunidade;

II apoiar a organização de um processo de construção coletiva de consensos e de soluções, que envolva a participação de todos os atores sociais relevantes, em especial o movimento social e as lideranças indígenas, que considere e respeite as especificidades e a cultura de cada comunidade indígena envolvida, que respeite e convoque os conhecimentos da medicina tradicional das comunidades, e que crie alternativas viáveis e consensuais para a abordagem dos problemas de saúde destas comunidades;

III considerar como atores sociais imprescindíveis para a construção deste processo, os etnólogos e a comunidade acadêmica, na medida em que vem acompanhando sistematicamente o impacto do contato destas comunidades com as sociedades envolvidas, apontando a complexidade dos problemas das comunidades e das intervenções do Estado brasileiro e produzindo conhecimento acerca da heterogeneidade destas comunidades;

IV garantir ações integradas, através da articulação institucional entre as diferentes esferas de governo (União, Estados e Municípios);

V garantir acessibilidade, sobretudo através da potencialização das ações de construção coletiva de soluções para os problemas de

saúde mental no nível da atenção básica, e da potencialização dos CAPS na construção coletiva de ações em seu território, sobretudo em regiões com grande concentração de comunidades indígenas;

VI considerar como fundamento das propostas de intervenção a estratégia de pesquisa – ação participativa, que permita sistematizar informação epidemiológica, assim como os modelos explicativos e sistemas de ação que os indígenas implementam para a superação de seus problemas;

VII garantir a criação de um sistema de monitoramento e avaliação das ações, que além de inquéritos epidemiológicos específicos, inclua estudos qualitativos de avaliação das estratégias de intervenção, sejam estas intraculturais ou externas à cultura local; e

VIII garantir que o Programa de Formação Permanente de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, já em andamento, absorva, especialmente em regiões com grande concentração de comunidades indígenas, a problemática da saúde mental indígena.

Esta política reforça, a partir da criação do Comitê Gestor, a necessidade em se estabelecer ações de forma direcionada ao que, pelo Ministério da Saúde e Secretaria Especial de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, é reconhecido como “situações emergenciais”, dando destaque ao “alcoolismo” e ao suicídio (BRASIL/MS, 2007). Em 2018 durante a realização de uma oficina para discutir as questões e necessidades relacionadas às situações problemáticas observadas no consumo de álcool pelos povos indígenas, pode-se observar que pouco foi desenvolvido após a instituição da política e as propostas seguem similares às lançadas no ano de 2007. (MS/SESAI, 2018)

2.3 DO ALCOOLISMO À ALCOOLIZAÇÃO: DISCURSOS ENTRE A SAÚDE E A ANTROPOLOGIA

2.3.10 conceito de alcoolismo

O termo alcoolismo é considerado uma psicopatologia, representada pelo consumo exagerado, permanente ou contínuo de álcool, gerando assim o que se caracterizaria pela “dependência do álcool”, o que é conceituado como doença pela Organização Mundial de Saúde, sendo o álcool apresentado como um dos maiores fatores de risco para mortes prematuras no mundo. O termo “alcoolismo” tem sido, gradativamente substituído por outros termos como etilismo, uso nocivo ou abusivo de álcool, por exemplo. Ademais o consumo de

álcool enquanto doença busca sua explicação causal com foco no indivíduo, na dependência, nos achados biológicos e tem por base a abstinência como “solução”. (WHO, 2018; 2020)

A Classificação Internacional de Doenças – CID11, apresenta os “Transtornos devido ao uso de álcool” os quais são descritos como segue abaixo:

Os transtornos decorrentes do uso de álcool são caracterizados pelo padrão e consequências do uso de álcool. Além da intoxicação alcoólica, o álcool possui propriedades indutoras de dependência, resultando na dependência de álcool em algumas pessoas e na abstinência de álcool quando o uso é reduzido ou descontinuado. O álcool está implicado em uma ampla gama de danos que afetam a maioria dos órgãos e sistemas do corpo, que podem ser classificados como episódio único de uso nocivo de álcool e padrão nocivo de uso de álcool. Danos a outros resultantes do comportamento durante a intoxicação alcoólica estão incluídos nas definições de uso nocivo do álcool. Vários transtornos mentais induzidos pelo álcool e formas relacionadas ao álcool de comprometimento neurocognitivo são reconhecidos. (WHO, 2020a - CID11 – 6C40)

O alcoolismo tem sido associado à diferentes agravos como violências, suicídios, cânceres, transtornos mentais, acidentes de trânsito, infecções sexualmente transmissíveis, abuso de drogas ilícitas, entre outros, e isto tem trazido visibilidade no sentido de reconhecer esta “doença” como um importante problema de saúde pública. Porém estes agravos citados não possuem como único fator de desencadeamento o consumo de álcool ou de outras drogas, mas está relacionado a uma infinidade de situações socioeconômicas e culturais. Tendo por foco estar relacionado a questões de saúde mental e caracterizado por situações que atravessam as questões biológicas, sociais e psicológicas tende a ser algo complexo no que diz respeito a assistência à saúde dispensada pelos serviços e pelos profissionais. (WHO, 2018; 2020; NEVES, 2004)

Se pensarmos nessa triangulação formada por desordens que circulam entre o psicológico, biológico e social quando refletimos não somente o consumo de álcool, mas o uso de drogas pela humanidade ao longo dos tempos, precisamos percorrer por todos estes campos e reconhecer que existem muitas particularidades relacionadas aos diferentes modos de consumo. Precisamos reconhecer que beber pode ser um “ato social” e que isso sofre grandes interferências dos espaços socioculturais de consumo. Por este motivo nos propomos a pensar de forma mais ampliada quando pensamos desenvolver qualquer ação relacionada ao consumo de álcool entre povos indígenas. (MENENDEZ, 1982; NEVES, 2004)

2.3.2 O conceito de alcoolização

Este conceito há muito vem sendo discutido no campo da Antropologia Médica e da Saúde, desde a década de 1980 por Menéndez, mais precisamente falando; porém pouco reconhecido pelos profissionais de saúde e pelo campo biomédico. Este pensamento está baseado, a exemplo, na não instituição de um descritor, no campo da saúde, que agregue o consumo de álcool a partir desta perspectiva. Neste sentido buscamos utilizar como descritor o termo indexado à biblioteca virtual em saúde: “consumo de bebidas alcoólicas” que trata dos “comportamentos associados à ingestão de bebidas alcoólicas”, incluindo o ato de beber em situações sociais.

Diferente do que se pensa quando falamos no termo alcoolismo, os processos de alcoolização, consideram a multicausalidade dos fatores relacionados ao consumo do álcool, não somente o caracterizado problemático; inclui a todos no processo de análise, enquanto sociedade e comunidade; compreende as funções e significados positivos e negativos, assim como considera os contextos e espaços de consumo e as diferentes influências e impactos trazidos pelo contato inter étnico, por exemplo, e como tudo isso impacta no modelo organizacional de uma comunidade indígena e naquilo que é considerado “normal” ou problemático pelo grupo. Reconhecendo, inclusive, que existem lugares sociais e culturais ocupados pela bebida alcoólica. (MENENDEZ, 1982; 1992; LANGDON, 2001; 2005; 2013)

O conceito de alcoolização tem sido pensado, desde o início da década de 1980, sugerindo a necessidade de um olhar mais antropológico a questões que estão também relacionadas, à saúde entre alguns povos. Reconhecendo que o consumo do álcool, historicamente, está presente entre as diferentes populações no mundo e trazendo distintas representações e estabelece relações intrínsecas com os modelos socioculturais. (MENENDEZ, 1982; 1992; LANGDON, 2001; 2005; SOUZA e GARNELO, 2006)

Menendez (1982; 1992) não somente nos faz pensar que questões culturais estão relacionadas ao consumo do álcool, inclusive o consumo “exagerado” e que, isto nem sempre é vivenciado de forma problemática pelas sociedades, mas também nos estimula a refletir o quanto estas questões atravessam o processo de atenção à saúde e pode sim ser problemático quando não considerado pelos profissionais que lidam com estas situações. (SOUZA e GARNELO, 2007; SOUZA e GARNELO, 2012; MENENDEZ, 2016)

Ao passo que temos o consumo do álcool como algo extremamente problemático e pensado com foco na biomedicina e nas características e associações patológicas e biológicas. O olhar antropológico nos permite compreender melhor como, onde e por quê se bebe e, conseqüentemente nos possibilita um leque maior de atuação, o qual nos aproxima de resultados que sejam mais interessantes àquela população, em específico reconhecendo que as ciências sociais contribuem para o entendimento destes contextos de consumo. (MENENDEZ, 1982; 1992; LANGDON, 2001; SOUZA e GARNELO, 2007; MENENDEZ, 2016)

Romaní (1993) aponta que estas necessidades em reconhecer estas múltiplas questões envolvidas no consumo do álcool fazem com que muitos profissionais de saúde discutam sobre a “inutilidade” resultante das intervenções baseadas, pura e simplesmente, na visão do consumo do álcool como doença e com foco na abstinência. Menendez reforça a crítica sobre um modelo médico hegemônico e às limitações evidenciadas quando do exercício do cuidado com base apenas nesta linha de pensamento. (MENENDEZ, 1992; 2016)

Por fim, em relação a situação do consumo do álcool entre povos indígenas no Brasil Langdon (2001; 2005) inicia uma discussão, com base na necessidade em se reconhecer que cada grupo étnico possui diferentes “modos de beber” e esse “onde, como e por quê” beber pode expressar a própria cultura, assim como podem representar formas de resistência étnica, cultural e social, estabelecerem relações políticas, sociais e ideológicas, entre outras questões, que não somente as problemáticas vislumbradas quando pensamos na lógica do alcoolismo, mas , percorrendo por outros campos que não somente o biomédico.

2.3.3 O consumo de álcool entre povos indígenas no Brasil

Os estudos que tratam do uso de bebidas alcoólicas entre povos indígenas no Brasil, têm sido intensificados nos últimos anos, apesar de ainda serem relativamente escassos, considerando uma acentuada preocupação com doenças infecciosas e parasitárias, por exemplo, que estavam, há alguns anos, de forma direta, desenhando o perfil epidemiológico desta população no país. Contudo, tem-se observado um processo de transição epidemiológica que traz grande preocupação com outros agravos como as doenças crônicas não transmissíveis e o uso problemático de álcool e outras drogas. (GARNELO, 2012; CARDOSO, 2015)

As pesquisas relacionadas ao tema também possuem foco em alguns grupos étnicos específicos ou são desenvolvidos entre pesquisadores que já possuem algum percurso

relacionado a temática em sua área de pesquisa e seguem com a descrição e avaliação de diferentes aspectos relacionados às práticas de consumo entre os povos com quem trabalham. As pesquisas, em sua maioria, possuem abordagem antropológica e consideram o conceito de alcoolização recomendado por Menendez. Souza & Garnelo (2006) também sugerem como proposta metodológica necessária “ a desconstrução do alcoolismo” enquanto pensarmos a construção de um objeto de estudo relacionado ao consumo de bebidas alcoólicas entre povos indígenas.

Desde o processo de colonização a bebida tradicional foi sendo, em muitos espaços, substituída pelas bebidas destiladas, em especial a cachaça. As frentes de atração e os momentos ditos como de pacificação eram regados por bebidas alcoólicas e serviam, também, como presente ofertado aos indígenas. O álcool servia, portanto, como instrumento de dominação e escambo, principalmente na troca de serviço, neste processo histórico. Diferentes transformações socioculturais têm sido evidenciadas a partir do contato inter étnico em relação ao consumo de álcool, impactando de diferentes maneiras nas formas de vida dos povos indígenas. (CHAVES et al., 2013; SOUZA, et al., 2013; QUILES, 2013; FERNANDES, 2013; LANGDON, 2013)

O uso de álcool por povos indígenas no Brasil tem características bastante peculiares e que convergem com a ampla diversidade sócio econômica e cultural relacionada a estes povos no país. Ou seja, existem diferentes aspectos relacionados a “como, quando e o que se bebe”, são modos de beber diversos e que se vinculam aos modelos socioculturais e organizacionais destes povos em seus diferentes contextos. (LANGDON, 2001, 2005, 2013; SOUZA e GARNELO, 2013; SOUZA et al., 2013; DIAS, 2013; FERREIRA, 2013)

O consumo de bebidas alcoólicas também é observado como parte integrante de diferentes espaços onde são estabelecidas relações sociais importantes como o das festas de igreja, os mutirões e atividades de roça, os rituais de cura, de iniciação, de comemoração, luto e aproximação com os seres da natureza e outras entidades relacionadas a estes contextos, com diferentes significados atribuídos. (SOUZA e GARNELO, 2007; 2013; DIAS, 2013; GHIGGI Jr. e LANGDON, 2013; LANGDON, 2013 ACIOLI, 2013; FERREIRA, 2013; PENA, 2013; QUILES, 2013; OLIVEIRA et al., 2019)

Porém, como disse Fernandes (2013, p.51) precisamos observar o uso do álcool como “um conjunto de sistemas culturais que sofreram profundas transformações com a conquista europeia” e ainda sofrem; o que não tem a ver somente com a substituição da bebida tradicional

pela cachaça, por exemplo. Estas mudanças nos padrões de consumo foram observadas em diferentes grupos étnicos e em diferentes estudos.³A presença de estilos de beber apreendidos com os não indígenas nas cidades é citada por Dias (2013, p.119), como um ponto observado, inclusive, como “estilo indesejável de beber”. São atribuídos aqui o consumo de bebida “nos fins de semana, no final de um dia de trabalho, quando estão na cidade para fazer compras ou receber o salário, dias dos pais e das mães, aniversários, datas cívicas e feriados em geral”.

Estas mudanças relacionadas ao tipo de bebida consumida nesses territórios e os locais e contextos de uso é algo que preocupa em diferentes aspectos e estigmatiza os povos indígenas frente aos povos envolventes, sendo estes tratados por bêbados, bebedores e alcoólatras. (LANGDON, 2001; OLIVEIRA et al., 2019) Fernandes (2013) aponta ainda as diferentes consequências geradas quando se exclui ou se reduz o consumo das bebidas fermentadas em prol das bebidas destiladas, a qual tem sido substituída, especialmente, pela cachaça e Dias (2013) reforça o quanto isso tem sido observado com “reprovável”, inclusive pelos próprios povos indígenas.

O consumo exagerado também tem sido apontado por diferentes autores entre grupos étnicos diversos. As “longas bebedeiras, porém, nem sempre são apontadas como problemáticas e muito comumente são seguidas por longos períodos de “abstinência”. Segundo Quiles (2013, p.67) “eles bebem de forma intermitente” o que causaria estranhamento ao sistema biomédico quando pensamos as crises de abstinência que não são geradas nestes episódios abstêmios, assim como gera conflito as “noções de excesso” estabelecidas entre indígenas e não indígenas, incluindo nesse leque os profissionais de saúde. (MACIEL et al., 2012)

Dias (2013, p.121) refere-se a uma espécie de “ética da imoderação, do exagero e da recusa parcimônia”, apresentada pelos povos indígenas do Uaçá pensando os episódios de embriaguez ou “porre”, como descrito por eles mesmos. A presença da bebida em diferentes espaços e esse consumo baseado na “imoderação” faz com que “a embriaguez se torne bastante comum e intensa” e precisa ser analisada como “integrante da vida social” destes povos baseada nos modelos organizacionais e nas regras atribuídas à construção destes contextos de consumo.

Oliveira et al. (2019) atribuiu, em seu estudo com os Maxakali, diferentes categorias analíticas relacionadas ao consumo abusivo do álcool e suas representações para estes povos

³ Destacamos aqui as situações observadas e perspectivas atribuídas em muitos dos estudos citados na coletânea: “Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais”. Organizado por Souza, Maximiliano L.P. e Editora FioCruz em 2013.

quando do uso da *Kaxmuk* (cachaça). A primeira categoria é a individual, que seria a dimensão que traria consequências mais importantes pensando a segurança e saúde do indígena quando bebe sozinho e de forma abusiva. Considera-se que existem, neste contexto maiores riscos atribuídos e observa-se que isso acontece, de forma mais rotineira, em contextos extraterritoriais, ou seja, quando o indígena vai à cidade, por exemplo. Na dimensão individual os riscos estão relacionados à acidentes, situações de violência, doenças crônicas como a hipertensão e doenças sexualmente transmissíveis e a interação com outros medicamentos.

Na dimensão familiar, algo a se considerar segundo Oliveira et al. (2019) são as variações relacionadas aos conceitos de família, suas representações, papéis e responsabilidades atribuídas por cada povo indígena em acordo com seus modelos organizacionais. Os reflexos do consumo abusivo do álcool, nesse caso, impactam em consequências coletivas, porém no âmbito de uma família, em especial sobre aqueles que não bebem. Pode estar relacionado, por exemplo, ao crescimento e desenvolvimento infantil e a situações de violência familiar e contra a mulher.

Pensando a coletividade, a categoria analítica comunitária atribui o uso abusivo de álcool aos impactos relacionados aos padrões de organização social estabelecida nas comunidades indígenas. Beber escondido, por exemplo, pode ter a ver com não ser apontado como alguém que estaria infringindo as regras. Como resultado Oliveira et al. (2019) aponta a “mobilidade das famílias” por conta dos conflitos gerados como consequência do consumo exagerado de bebidas alcoólicas entre estes povos, assim como, pode resultar na “configuração de novas aldeias”. A imagem abaixo ilustra bem o que a autora descreve em seus achados.

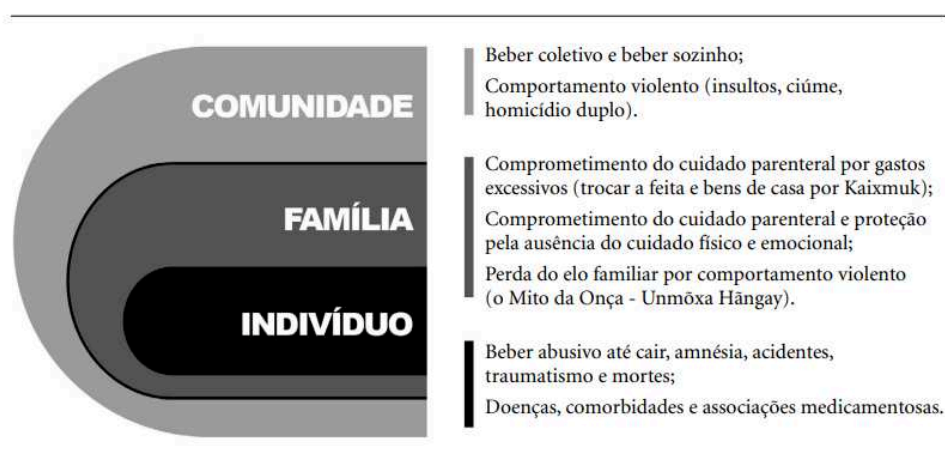


Figura 4: Síntese esquemática das dimensões e categorias analíticas das consequências negativas do uso da *Kaxmuk Maxakali*. Extraída de Oliveira et al., 2019.

A partir da perspectiva da saúde indígena, apontam Souza e Garnelo (2013), o desafio que é lançado aos profissionais de saúde, com base em seus processos de formação estritamente biomédicos, em especial quando da necessidade de desenvolver ações no âmbito da saúde mental, incluindo as vinculadas às situações relacionadas ao uso de bebidas alcoólicas. Os autores buscam estabelecer uma discussão na necessidade em se compreender as diferentes relações socioculturais que constituem os espaços de consumo de álcool entre povos indígenas no Brasil, sem desconsiderar os aspectos diversos que envolvem estas práticas entre os diferentes grupos étnicos, em diferentes territórios.

Souza (2013) reforça que existe dificuldade em serem desenvolvidas ações de prevenção e de promoção da saúde no âmbito das doenças crônicas, assim como entre todos os demais agravos que exigem mudanças comportamentais do indivíduo. A formação biomédica não tem por objeto a autonomia dos sujeitos e, de maneira geral, possuem certa resistência em buscar construir ou pensar em conjunto novos caminhos para o cuidado. Esse caminho seria mais desafiador considerando que deveríamos buscar “reconhecer e incorporar nas práticas dos serviços de saúde, as concepções populares sobre processo saúde-doença-cuidado”; o que também está balizado em relações de hierarquia e poder.

O relativismo, proposto por Souza e Garnelo (2013) e Langdon (2013), permitiria perceber com maior clareza o que é importante, assim como, o que é problemático e como estabelecer relações de cuidado nestes contextos, incluindo-se aqui os de consumo de bebidas alcoólicas. Observados por muitos profissionais como problema se nos baseamos somente nos nossos próprios conceitos e culturas. O que reforça a necessidade de discutirmos as diferentes perspectivas em relação a situação e estabelecer diálogos coerentes sobre elas. Assim como relativizar é necessário compreender o conceito de cultura para fortalecer as competências culturais e o respeito às diversidades, necessários para o bom desenvolvimento do trabalho na saúde indígena.

Reconhecer os significados simbólicos relacionados ao ato de beber, tentaria responder, os aspectos envolvidos nos “rituais” de consumo. Ferreira (2013) reforça que se o “alcoholismo” é “multicausal e determinado pelo contexto, as estratégias terapêuticas construídas por cada grupo social também são diversas e como construções culturais precisam ser entendidas no âmbito do universo social em que são colocadas em prática”, ou seja, deve ter base na construção coletiva e no protagonismo dos sujeitos buscando os diferentes significados e símbolos estabelecidos.

3 PERCURSOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, de cunho descritivo, que, de acordo com Minayo (2009) nos possibilita trabalhar com o “*universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e atitudes*” ou seja traz a possibilidade de compreendermos as representações e conceitos vinculados aos processos dentro de um espaço cultural diverso. A pesquisa é baseada em um modelo metodológico etnográfico ativo com o objetivo de, através da análise em conjunto com a própria comunidade dos seus processos culturais, buscar enfrentar melhor situações vistas como problemáticas relacionados a estes processos. A etnografia tem por objetivo apoiar na descrição dos variados sistemas culturais de determinados grupos étnicos. (Minayo, 2009; Beude & Weber, 2007)

3.2 CAMPO DE OBSERVAÇÃO

O município de Oiapoque, com população estimada em 27906 pessoas em 2020; está situado no extremo norte do Estado do Amapá, fazendo fronteira com a Guiana Francesa, está a quase 600 quilômetros de distância da capital Macapá. Este município concentra sua população principalmente na área urbana, a qual possui características bastante específicas. Para além da área urbana o município se constituiu pela presença de populações ribeirinhas, quilombolas e cerca de 30% de seu contingente populacional são povos indígenas. Ao todo são cerca de sete mil indígenas, distribuídos em três terras indígenas devidamente demarcadas. (IBGE, 2020; VIDAL, 2007)

Polo Base Kumarumã está situado na aldeia Kumarumã que era a única aldeia pertencente a este polo, atualmente agregando outras duas aldeias menores constituídas por indígenas residentes de Kumarumã que migraram por motivos diversos. Sua população é de pouco mais de dois mil indígenas localizados em “ilhas” dentro do Parque Nacional do Cabo Orange, as margens do Rio Uaçá, há mais de um dia de barco e cerca de 6 horas de “voadeira” saindo da cidade de Oiapoque. O grupo étnico predominante são os Galibi Marworno, porém famílias das etnias Karipuna e Palikur também residem neste local.

No Polo Manga a população é de aproximadamente dois mil indígenas, em sua maioria da etnia Karipuna, falantes da língua *Kheoul*, assim como os Galibi Marworno. O polo possui diversas aldeias distribuídas entre a BR 156, Rio Curipi e Rio Oiapoque, concentrando a população na aldeia Manga – pouco mais da metade da população atendida por este Polo. Fica há vinte quilômetros de Oiapoque, possui acesso terrestre e é porta de entrada para o ingresso às demais aldeias, com acesso a partir do Rio Curipi. O Polo Base Manga é constituído pelos povos indígenas Karipuna, predominantemente, porém todos os demais povos, incluindo os Galibi Kaliña, estão presentes neste território.

O Polo Kumenê está situado às margens do Rio Urucauá, possui uma população de pouco mais de novecentas pessoas distribuídas em onze aldeias situadas ao longo do rio; neste território estão localizados os indígenas da etnia Palikur. Também é uma aldeia com acesso apenas por via fluvial ou aérea, como o polo Kumarumã, distante do município de Oiapoque. A língua falada por este grupo é o Palikur, do tronco linguístico *Aruaque*.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

A proposta da pesquisa estava balizada em reconhecer, a partir do processo de inserção ativa do pesquisador nos espaços (trabalho de campo) nestes Polos Base, as diferentes representações e conceitos vinculados ao uso de substâncias psicoativas entre esta população através da observação participante em acordo com as discussões estabelecidas com o DSEI, CONDISI e lideranças indígenas.

Porém como descrito na trajetória de construção do projeto algumas destas propostas tiveram que ser adequadas durante a aplicação do projeto. Para além das atividades de campo, as quais foram consideradas as atividades de assistência, realizadas enquanto enfermeira, e de extensão vinculadas a atuação como docente na Universidade e articuladora de redes, foram inseridas entrevistas (Roteiros – Apêndice II) enquanto instrumento de coleta de informações.

A observação participante baseada na inserção do pesquisador nas aldeias teve como fonte de registro diário de campo, fotografias e filmagens, quando necessário e autorizado; incluindo as aplicações da técnica do teatro do oprimido, atividades que fizeram parte do projeto de extensão Oiapoque, Cooperação e Saúde. As entrevistas eram semiestruturadas com questões abertas, as quais foram gravadas em Mp4 e duraram cerca de 45 a 50 minutos.

Foram inseridos na pesquisa profissionais de saúde e indígenas os quais foram selecionados de forma aleatória, através de convite da pesquisadora quando vinham à cidade desenvolver alguma atividade e aceitavam participar da pesquisa a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice I). Cabe salientar que à época o quadro de profissionais estava bastante defasado e, ainda que, muitos dos profissionais entrevistados eram indígenas – o que é bastante característico nesta região.

Minayo (2004) ressalta que um dos instrumentos principais de trabalho do pesquisador nas atividades que envolvem a observação participante é o diário de campo, que se trata de um local onde efetuamos os registros das informações coletadas durante as atividades realizadas no local. Aqui serão registradas nossas observações, análises, questionamentos, reflexões, reavaliações, em fim toda informação que o pesquisador julgar pertinentes serem registradas em relação aos objetivos propostos pelo projeto.

3.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO

A transcrição das entrevistas se deu “ao pé da letra”, ou seja, foram registradas exatamente as respostas apontadas pelos entrevistados e organizadas em arquivos *word*. Além disso foram analisados os registros do diário de campo afim de compreender o cenário social de cada grupo através da inserção do pesquisador nas “cenas sociais” compartilhando do cotidiano. Assim como os vídeos realizados nas atividades de educação em saúde (Minayo et al., 2009; Beude & Weber, 2007).

A análise dos resultados vai além da mera descrição daquilo que foi registrado, de acordo com Wolcott (1994) citado por Minayo et al. (2009); a proposta é ir “*além do descrito, fazendo uma decomposição dos dados e buscando as relações entre as partes decompostas*”, ainda para o autor o processo de interpretação deve buscar sentidos nas falas e nas ações para se tentar compreender e explicar os processos.

Esta fase, de análise e interpretação, foi realizada com base na proposta da hermenêutica dialética que, de acordo com Minayo (2004, p. 218), se apresenta como um “*caminho de pensamento*” e funciona como uma “*via de encontro entre a ciências sociais e a filosofia*”. Ainda em acordo com a autora a partir da hermenêutica dialética podemos compreender como, em realidade, a práxis se dá em relação aos discursos dos sujeitos, desta forma podemos interpretar mutuamente “*a linguagem e a práxis*”.

A leitura exaustiva e a transcrição pessoal da autora possibilitaram a criação ou atribuição de códigos primários ou categorias aos achados, que nos possibilitaram iniciar a organização das informações coletadas para posterior análise. Para as entrevistas realizadas com os profissionais as análises e codificações foram submetidas e interpretadas com apoio do *software Atlas 8.1* de forma isolada tentando observar as atribuições e representações trazidas por eles em seus discursos. Nesta sessão foram criados e analisados os códigos utilizados: uso de álcool, políticas, representações, práticas e apoiadores.

Para as entrevistas com os povos indígenas as análises se deram através da leitura, categorização e codificação manual, pela autora, considerando, especialmente, questões relacionadas à linguagem e da língua que poderiam ser mal interpretadas a partir do *software*. Buscando um olhar mais cuidadoso às transcrições e aos demais instrumentos de coleta utilizados. As categorias atribuídas de forma indutiva, a partir da organização dos dados e das leituras foram: “saberes e práticas” que buscou estabelecer: as regras e normas que regulam o uso de álcool entre estes povos e o que é aceitável e reprovável ente os espaços e formas de consumo; “significados e ressignificados” atribuídos a estas formas de consumo e ainda, “estratégias de cuidado” tentando descrever o que vem sendo executado e como estas poderiam ser mais efetivas, na perspectiva dos povos indígenas .

Na sequência foi realizada a organização dos textos e vídeos no software e a releitura e ordenação das citações e códigos, assim como a releitura dos códigos criados e resignificados atribuídos durante as leituras e releituras e posteriormente a formulação de novas unidades de análise: as famílias e códigos. Ao final foi realizado o que podemos chamar de apropriação onde iniciamos o processo de interpretação dos diferentes sentidos e símbolos presentes nas linguagens, explícitas e escondidas, trazidas pelo conteúdo analisado.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta tese, como já foi descrito na apresentação, foi amplamente discutida, enquanto projeto, com os espaços institucionais: DSEI, FUNAI, CONDISI, assim como com as lideranças indígenas. Posteriormente foi submetido à apreciação do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, conforme Resolução 304 de agosto de 2000 que aprova as normas para pesquisa envolvendo seres humanos – Área de Povos Indígenas e a Resolução 466 de dezembro de 2012

que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, incluindo a pesquisa entre povos indígenas.

Concomitantemente foi submetida à apreciação da FUNAI à qual autorizou o ingresso aos territórios indígenas propostos, assim como ao CNPQ para apreciação e emissão de parecer de mérito científico, documentos que foram anexados ao processo junto ao CONEP. Todos os sujeitos da pesquisa assinaram, quando esclarecidos sobre os objetivos e quando da sua vontade em participar da pesquisa, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Desta forma não foram feridos os princípios bioéticos relacionados a esta pesquisa que tratam da autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade assegurando os direitos e deveres dos envolvidos no processo de pesquisa.

Os profissionais de saúde foram inseridos, enquanto sujeitos do estudo, em um segundo projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá, aprovado através do parecer 3.237.512, CAAE: 07397019.0.0000.0003 em 01 de abril de 2019. O primeiro projeto, apreciado pelo CONEP, teve parecer aprovado em 06 de julho de 2018, parecer número: 2.758.736, CAAE: 78912417.0.0000.0003.

4 RESULTADOS

Os resultados da tese, atendendo às regulamentações do programa serão apresentados no formato de artigos científicos que tendem a responder aos objetivos propostos.

O primeiro artigo intitulado: *O desafio da Atenção Primária na Saúde Indígena no Brasil* teve por objetivo discutir, de forma crítica, a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas que, assim como a política de saúde mental indígena serviu como base e eixo norteador para as discussões aqui propostas. O artigo foi submetido à Revista Panamericana de Salud Publica em dezembro de 2017, avaliado por pares, e aprovado em setembro de 2018, com sua publicação em novembro de 2018.

O segundo artigo teve por objetivo descrever as perspectivas dos profissionais da saúde indígena a respeito do consumo de álcool entre povos indígenas no município de Oiapoque, Amapá e como isso reflete nas estratégias de cuidado realizadas por estes profissionais. Foi intitulado: *Representações e práticas de cuidado dos profissionais de saúde indígena em relação ao uso de álcool*, o mesmo foi submetido à revista Ciência e Saúde Coletiva em maio de 2019 e aprovado em agosto de 2019. Publicado na edição especial *Desigualdade social, vulnerabilidade e políticas públicas* em maio de 2020.

O terceiro artigo trata da implementação de novos conceitos a partir da percepção dos efeitos relacionados com o processo de alcoolização entre esta população com foco nos saberes e práticas descritos pelos próprios povos indígenas e descrição possíveis estratégias de cuidado através das sugestões apresentadas por eles mesmo, assim como as observadas a partir do desenvolvimento de atividades pelos profissionais de saúde nas aldeias. O artigo foi sumariamente intitulado: *Saberes e práticas no consumo de álcool entre povos indígenas: entre o aceitável e o reprovável*. Será submetido posteriormente à revista indexada ainda a ser definida pelo grupo de trabalho.

4.1 DESAFIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

Desafio da Atenção Primária na Saúde Indígena no Brasil

The challenge of providing primary healthcare care to indigenous peoples in Brazil

El desafío de brindar atención primaria de salud a los pueblos indígenas en Brasil

Anapaula Martins Mendes

Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/UFSC), Florianópolis (SC), Brasil. Email correspondente; anapsosa@hotmail.com

Maurício Soares Leite

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Nutrição, Florianópolis (SC), Brasil

Esther Jean Langdon

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis (SC), Brasil

Márcia Grisotti

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Florianópolis (SC), Brasil

***Como citar:** Mendes AM, Leite MS, Langdon EJ, Grisotti M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2018;42: e184.

<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>

RESUMO

O direito à saúde pleiteado pelos povos indígenas, no Brasil, dialoga com diferentes marcos regulatórios, incluindo a Declaração de Alma Ata, a qual faz proposição a valorização aos cuidados primários em saúde, promovendo maior acesso e minimizando desigualdades em saúde. No âmbito do Sistema Único de Saúde foi criado o subsistema de saúde indígena e a Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI); enquanto estratégia para garantir o acesso à saúde aos povos indígenas, através da atenção diferenciada, considerando a diversidade sociocultural, particularidades epidemiológicas e logísticas e focando no desenvolvimento da atenção primária nos territórios indígenas e garantindo a integralidade da assistência. O artigo propõe trazer reflexões acerca da implementação da PNASPI, destacando os avanços e desafios apresentados durante este percurso. Apesar dos crescentes financeiros disponibilizados para implementar o subsistema de saúde indígena, as ações pouco impactam nos indicadores apresentados, que refletem desigualdades historicamente descritas entre estes povos e os demais segmentos. A participação social ainda se mantém frágil e suas discussões

refletem a insatisfação dos usuários. A descontinuidade do cuidado somada à carência e alta rotatividade de profissionais, assim como a necessidade em estabelecer diálogos interculturais que promovam a articulação com saberes tradicionais são fatores que desafiam a efetividade da Política. O cuidado ainda é centrado em práticas paliativas e emergenciais, geralmente baseado na remoção de pacientes, gerando altos custos. O fortalecimento da APS é fundamental para a superação destes desafios e necessita ser reconhecida enquanto importante marco regulador do modelo organizacional da PNASPI.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Saúde de Populações Indígenas, População Indígena.

ABSTRACT

In Brazil, the right to health claimed by indigenous peoples interacts with various regulatory milestones, including the Alma-Ata Declaration, which proposes and highlights primary health care (PHC) as a means to increase access and minimize health inequalities. As part of the Brazilian Unified Health System (SUS), an indigenous health subsystem (SASI) was established, along with a National Policy for the Care of Indigenous Peoples (PNASPI), as a strategy to ensure health care access for these populations. PNASPI aims to provide differentiated health care to indigenous populations, considering the sociocultural diversity and the epidemiological and logistic peculiarities associated with the care of these peoples and focusing on the provision of comprehensive care. The present article discusses the implementation of PNASPI, highlighting achievements and challenges faced during this process. Despite the growing financial resources made available for the implementation of the indigenous health subsystem, the initiatives developed thus far have had little impact on health indicators, which reflect historical inequalities in relation to other population segments. Indigenous social control is still fragile, and the discussions in this arena show the dissatisfaction of users toward the system. The discontinuity of care, added to the shortage of and high turnover of health care workers and the need to establish intercultural dialogues that promote articulation with traditional knowledges, challenge the effectiveness of PNASPI. Care is still centered on palliative and emergency measures, usually based on relocation of patients for treatment, which is associated with high cost. To overcome these challenges, PHC must be strengthened and recognized as a regulatory milestone by the PNASPI organizational model.

Keywords: Primary health care; health of indigenous peoples; indigenous population (public health); Brazil

RESUMEN

En Brasil, el derecho a la salud reclamado por los pueblos indígenas interactúa con varios marcos regulatorios, incluida la Declaración de Alma-Ata, que propone y destaca la atención primaria de salud (APS) como un medio para aumentar el acceso a la salud y minimizar las desigualdades en materia de salud. Como parte del Sistema Único de Salud de Brasil (SUS), se crearon el subsistema de salud indígena (SASI) y la Política Nacional de Atención de Salud de los Pueblos Indígenas (PNASPI), como estrategias para garantizar el acceso a la atención médica de estas poblaciones. La Política tiene como objetivo brindar atención de salud diferenciada a las poblaciones indígenas, considerando la diversidad sociocultural y las peculiaridades epidemiológicas y logísticas asociadas con la atención de estos pueblos y centrándose en dispensar una atención integral basada en la APS. En este artículo se discute la

implementación de la Política, y se destacan los logros y desafíos enfrentados durante este proceso. A pesar de los crecientes recursos financieros disponibles para la implementación del subsistema de salud indígena, las iniciativas desarrolladas hasta ahora han tenido escaso impacto en los indicadores de salud, que reflejan desigualdades históricas en relación con otros segmentos de la población. La participación social aún es débil, y las discusiones en este campo revelan la insatisfacción de los usuarios con el sistema. La falta de continuidad de la atención, sumada a la escasez y alta rotación de los trabajadores de la salud, así como la necesidad de establecer diálogos interculturales que promuevan la articulación con los conocimientos tradicionales, cuestionan la efectividad de la Política. La atención aún se centra en prácticas paliativas y de emergencia, generalmente basadas en la reubicación de los pacientes para tratamiento, lo que se asocia con un alto costo. La superación de estos desafíos depende del fortalecimiento de la APS y de su reconocimiento como marco regulador importante del modelo organizativo de la Política.

Palabras clave: Atención primaria de salud; salud de poblaciones indígenas; población indígena; Brasil

INTRODUÇÃO

No Brasil, segundo último censo do IBGE (2010), vivem mais de 890 mil índios, distribuídos em todos os estados e correspondem a 0,4% da população brasileira; configurados em 505 terras indígenas representam 12,5% do território nacional. Apesar do contingente populacional não ser tão expressivo, em relação ao número total da população brasileira, evidenciamos uma imensa sociodiversidade entre estes povos, por se tratarem de 305 grupos étnicos, falantes de 274 idiomas diferentes. Fundamental às discussões do presente artigo é o quadro epidemiológico que, guardadas particularidades de cada povo, em termos gerais os caracteriza e é marcado por indicadores de saúde amplamente desfavoráveis frente ao restante da população brasileira.^{1'2'3}

Anteriormente à reformulação da Constituição, em 1988, os povos indígenas eram tutelados pelo Estado. Privados de direitos, a trajetória esperada era a da sua progressiva assimilação pelo restante da população brasileira. A Constituição teve grande impacto sobre a criação das políticas públicas voltadas aos povos indígenas, considerando a iniciativa de retirar de seu texto a tutela e torná-los cidadãos de fato e de direito. A postura anterior do Estado brasileiro impedia que protagonizassem as tomadas de decisão em acordo com suas reais necessidades. Dentre os direitos a eles previstos na Constituição estava a garantia de atenção diferenciada à saúde.^{2'3'4}

A conferência internacional de Alma Ata⁵ (1978) foi marco nas discussões relacionadas ao desenvolvimento dos cuidados primários como base para a efetivação da saúde enquanto direito fundamental e redução das desigualdades estabelecidas entre povos; através de ações que visam a promoção da saúde, com foco na articulação entre diferentes setores, considerando a amplitude do conceito de saúde.⁵

Em acordo com as discussões cabe aos governos, em conjunto com as práticas de participação social, estabelecer normas e políticas que regulem estratégias que objetivem reduzir estas iniquidades e desigualdades relacionadas à saúde, que refletem, de forma direta, no desenvolvimento dos países; com base na situação local, na integralidade da assistência, compreendendo o acesso aos serviços e aos cuidados de diferentes profissionais, incluindo os “praticantes tradicionais”.^{5’6}

Diferentes movimentos foram instituídos nos anos 1980 no Brasil em prol de mudanças no sistema de saúde brasileiro, que resultaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Mobilizações neste sentido também foram realizadas pelo segmento indígena, que não conseguia se ver inserido nas propostas generalistas do SUS e que possuía necessidades específicas.^{2’4} A Declaração de Alma Ata já trazia como objeto de discussão a implementação de ações de atenção primária em saúde visando a redução das desigualdades em saúde com foco nas especificidades de cada povo, proposta seguida no processo de construção do subsistema de saúde indígena a partir das conferências de saúde protagonizadas pelos povos indígenas.^{5’6’7}

Nesse contexto, o objetivo deste artigo é discutir como vem sendo implementada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) no Brasil, desde sua criação no ano de 2000, com seus marcos regulatórios, trazendo reflexões acerca dos desafios vivenciados em sua execução e na redução das desigualdades em saúde, historicamente descritas entre estes povos.

A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

No Brasil, a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena (CNPSI), realizada em 1986, foi um dos primeiros momentos em que o Estado ouviu diferentes lideranças indígenas para discutir propostas relacionadas à formulação de diretrizes voltadas a saúde destes povos, assumindo como legítimas suas necessidades e especificidades e tendo como foco os cuidados primários. Até então a atenção a saúde indígena vinha sendo gerida sucessivamente

pelos mais diversos setores e órgãos, com ações desenvolvidas a partir de uma perspectiva paliativa e atividades descontinuadas, com poucos impactos na situação de saúde.^{3'4'7}

A proposta inicial da 1ª CNPSI foi a de que a gerência da atenção à saúde indígena fosse vinculada ao Ministério da Saúde (MS), gestor do SUS no Brasil. Esta discussão se estendeu a uma 2ª Conferência, que mobilizou ainda mais os indígenas e teve a participação paritária de delegados indígenas e não indígenas. A proposta estava então voltada à mudança no modelo de atenção à saúde destes povos, baseado na proposta de uma atenção diferenciada, com foco nos cuidados primários.⁷

Em 1999, através da Lei 9836, foi instituído o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) no SUS, onde a gestão da saúde indígena passa a ser a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). O subsistema tinha como missão instituir no âmbito territorial indígena a atenção primária à saúde e a continuidade da assistência nos diferentes níveis de atenção; atendendo às especificidades de cada povo, o que incluía desde questões de cunho sociocultural até os aspectos logísticos e epidemiológicos; respeitando seus saberes tradicionais e garantindo a participação e controle social no processo de gestão.^{3'4'8} Também em acordo com as diretrizes de Alma Ata, as equipes de saúde incorporaram trabalhadores indígenas, ocupando as novas funções de agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento.^{4'5}

A partir da criação do SASI foi elaborada a PNASPI. Esta política deveria ser implementada de acordo com os princípios do SUS, dando ênfase à descentralização das ações e dos recursos, da universalidade, integralidade, equidade e participação social, com destaque às questões relacionadas à sua diversidade cultural, étnica, geográfica, epidemiológica, histórica e política. Como modelo organizacional foram criados os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI); ao todo são 34 no país, havendo dentro destes, outras instâncias responsáveis pela assistência à saúde em diferentes níveis, como os Polos Base, as Unidades ou Postos de Saúde e as Casas de Saúde Indígena.⁸

A participação social é realizada através dos conselhos locais – geralmente situados em uma aldeia ou grupo de aldeias em determinada terra indígena – e os distritais de saúde indígena, que apoiam a regulamentação da gestão dos distritos e levam as discussões do nível local para as conferências distritais. A escolha dos conselheiros é feita pelas comunidades indígenas. A partir daí as discussões se ampliam nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena.⁸

A CRIAÇÃO DA SESAI E A SITUAÇÃO ATUAL DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

Durante a 4^o Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, em 2006, foram reivindicadas melhorias na situação de saúde e questionada a gestão da FUNASA. O órgão vinha sendo alvo de duras críticas, que incluíam sucessivas denúncias de corrupção e desvios de recursos (em uma discussão sobre o financiamento e a gestão do SASI, Garnelo & Maquiné⁹ (2015) descrevem uma lista de sítios da web onde um grande volume de denúncias foi veiculado, incluindo grandes jornais, organizações não governamentais e órgãos estatais de fiscalização e comunicação). Como resultado, formaram grupos de trabalho que posteriormente impulsionaram a criação de uma secretaria diretamente ligada ao Ministério da Saúde. Em 2010, foi aprovada a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).⁷

O que a sua criação traz de novo é, em última instância, a existência de um órgão responsável unicamente pela saúde indígena, que até então havia sido coordenada por setores dentro de outros órgãos ou instituições que tinham atribuições mais amplas, por vezes sequer limitadas aos povos indígenas. Neste novo formato, contudo, não estão ausentes os desafios operacionais: Garnelo e Maquiné⁹ (2015) apontam que, dentre as secretarias diretamente ligadas ao MS, a SESAI é a única que contempla simultaneamente responsabilidades tanto pela gestão como pela execução das ações e programas de saúde, o que exige do órgão uma robusta estrutura administrativa.

A 5^o Conferência, em 2013, foi a primeira subsequente à criação da SESAI e dentre as principais reivindicações estavam a garantia da assistência integral, para além da atenção básica. Outra reivindicação era de que a atenção primária fosse fortalecida em associação e respeito aos cuidados indígenas, o que parecia não se consolidar mesmo após a criação da secretaria. Esta conferência foi ainda objeto de críticas importantes, que apontavam para uma limitação no controle social, na medida da participação dos representantes indígenas, e para a aprovação de propostas vistas como contraditórias.^{3,4,10}

UMA AVALIAÇÃO CRÍTICA SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DA PNASPI

Mesmo com a criação e implementação da SESAI, os problemas e desafios enfrentados antes pela FUNASA parecem, em termos gerais, permanecerem. Vale assinalar que

a disponibilidade de recursos financeiros não se constituiu em um empecilho ao alcance de seus objetivos, tanto no período em que esteve sob a gestão da FUNASA quanto após a criação da SESAI. Na verdade, as análises disponíveis sobre o financiamento do subsistema apontam para um crescimento considerável e praticamente constante dos recursos disponíveis desde os seus primeiros anos de existência, à exceção talvez dos primeiros momentos após a criação da SESAI. Para dar uma ideia da progressão, o orçamento de 2010 era três vezes maior que o de 2002, chegando a R\$379.000.000,00.^{3'4'9}

Em 2015, alcançava o montante de R\$1.221.421.377,00 liquidados.¹¹ No entanto, se os dados indicam uma evolução significativa e consistente dos recursos aprovados e executados, não é possível falar em uma melhora proporcional dos indicadores de saúde.^{3'9'11'12} Apesar de uma relativa escassez de dados demográficos e epidemiológicos sobre os povos indígenas do país – quando comparados com os dados disponíveis para o restante da população brasileira; parece evidente um quadro de marcantes desigualdades, que persistem após quase 20 anos de existência do subsistema. Alguns importantes indicadores os colocam em franca desigualdade como a mortalidade geral, materna, número de internações e óbitos por doenças respiratórias e doenças infecciosas e parasitárias na infância e doenças transmissíveis.^{13'14'15}

O quadro de precariedade se confirma no Inquérito Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, o único Inquérito de saúde realizado, no âmbito nacional, entre estes povos, onde foram registradas elevadas prevalências de anemia (atingindo além das crianças, as gestantes) e desnutrição, principalmente entre menores de cinco anos, contrastando com a obesidade e o sobrepeso encontrados entre mulheres adultas. Este perfil aponta para a importância crescente das doenças crônicas não transmissíveis entre povos indígenas. O Inquérito registrou ainda precárias condições sanitárias e taxas elevadas de internações por diarreia e infecções respiratórias entre crianças, o que indica a baixa resolutividade das ações na atenção primária.¹⁶

Outra dificuldade relacionada à implementação desta política refere-se ao uso do Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), restrito aos profissionais e gestores que o utilizam. Além das críticas referentes à limitação do acesso e à confiabilidade de seus dados, mencionam-se problemas de comunicação com os demais sistemas de informação do SUS, o que acaba por dificultar o planejamento, de acordo com as reais necessidades locais, e um monitoramento que nos permita avaliar o desenvolvimento destas ações, os avanços e limites da PNASPI e, conseqüentemente, a melhoria da situação de saúde da população indígena.^{3'13'17}

Alguns autores têm descrito que a presença de estruturas de saúde precárias, insumos e equipamentos escassos que, somados à alta rotatividade de profissionais e à complexidade logística encontrada em algumas regiões, têm se refletido negativamente na qualidade da prestação de serviços dentro dos territórios indígenas. Cuidados paliativos e atenção emergencial têm sido priorizados, caracterizando o enfraquecimento da atenção primária. Em relação à alta rotatividade dos profissionais, o não estabelecimento de vínculo tende a inviabilizar o reconhecimento das especificidades culturais que atravessam o cuidado em saúde destes povos.^{3'4'18}

A estruturação dos Conselhos de Saúde nos parece um ganho real aos povos indígenas no que diz respeito às diretrizes da política. A participação social tem como objetivo permitir que os indígenas se insiram nas estratégias de planejamento e avaliação dos serviços prestados a seus povos e conseqüentemente busquem maior resolutividade aos problemas. Porém, enfrenta sérias barreiras para a sua real concretização, a despeito da previsão legal de instâncias de controle social no Subsistema e das situações vivenciadas durante as conferências, onde as vozes ativas nem sempre são as dos indígenas.^{3'4} Cardoso⁴ (2015) e Shankland¹⁵ (2012) reportam experiências onde os próprios indígenas julgam precária a atuação de alguns conselheiros.

Um grande desafio que persiste é o da realização da diretriz que propõe a articulação entre as chamadas “medicinas tradicionais” e o sistema médico oficial. Análises recentes têm apontado que as iniciativas oficiais de incorporação das práticas e saberes nativos, resultaram na constituição de dispositivos de controle pelo Estado, com uma perspectiva essencialmente integracionista. Além disso, as propostas oficiais de uma atenção diferenciada parecem ser vistas como problemáticas pelos próprios gestores, e a própria racionalidade biomédica impede a flexibilização das ações em direção ao diálogo intercultural.^{3'4'18'19}

CONCLUSÕES

Embora desejável, mostra-se pouco produtiva, se é que factível, uma proposta de um balanço categórico do processo de implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no Brasil. Houve, por certo, avanços importantes, com ganhos reais no cenário da saúde indígena no país. No entanto, em termos gerais os dados disponíveis ainda seguem apontando para enormes distâncias entre o que a Política preconiza e a precariedade com que a

mesma se concretiza no cotidiano vivido pelos povos indígenas. Se por um lado é possível afirmar que, a despeito de todas as dificuldades enfrentadas a partir da criação do subsistema de saúde indígena, a Política teve impactos positivos no cenário da saúde indígena no país, é também verdadeiro que os impactos foram limitados.

Parece mais sensato, talvez, pensar em ganhos ainda parciais, em muitos aspectos positivos, mas distantes ainda dos objetivos propostos pela PNASPI. São inegáveis progressos como o aumento do acesso destes povos aos serviços de saúde, inclusive em regiões mais remotas do país. O foco na atenção primária, proposto desde Alma Ata, mesmo que ainda frágil em sua efetivação no panorama indígena, reflete uma importante mudança de perspectiva em relação às práticas vigentes anteriormente à incorporação da saúde indígena pelo MS. A participação e o controle social avançaram significativamente, mas encontram ainda sérias barreiras à sua efetivação. A gestão da SESAI ainda se mostra centralizada e limitada pelo modo como seu quadro pessoal é composto, e os problemas com a formação de profissionais para a atuação em ambientes interétnicos e a elevada rotatividade parecem muito distantes de serem solucionados.

Ao mesmo tempo, há que se mencionar a persistência de uma distância inaceitável entre diversos indicadores de saúde registrados entre povos indígenas e o restante da população brasileira, sendo o segmento indígena sistematicamente desfavorecido. Reflexos da manutenção destas iniquidades em saúde se veem em pauta nas discussões das conferências nacionais de saúde indígena, nos recorrentes discursos de insatisfação dos usuários com a atenção à saúde de seus povos. Apesar da estruturação e construção da PNASPI corroborar com as propostas descritas na Declaração de Alma Ata, pensando os cuidados primários em saúde como estratégia para viabilizar o direito à saúde através do acesso, com vistas a reduzir as desigualdades, entre outras propostas da Declaração, as análises aqui realizadas indicam que estas estão ainda longe de se concretizarem plenamente. Se garantir a atenção primária em caráter universal à população brasileira como um todo constitui meta tão desejável como desafiadora, alcançá-la em um segmento de reconhecida vulnerabilidade como os povos indígenas no Brasil constitui um desafio de proporções ainda maiores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Os Indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Brasília. IBGE; 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf> Acesso em: 03/04/2016.
2. Instituto Socioambiental (BR). Povos Indígenas do Brasil. ISA; 2006-2010. Disponível em: <www.socioambiental.org.br>. Acesso em: 03/04/2015.
3. Garnelo L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: Garnelo L, Pontes AL (Org.). Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasil. SECAD; 2012.
4. Cardoso MD. Políticas de Saúde Indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. In: Langdon EJ, Cardoso MD. Saúde Indígena: Políticas comparadas na América Latina. Florianópolis. Ed.UFSC; 2015.
5. Organização Mundial de Saúde (OMS). Declaração de Alma Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS; 6-12 de setembro de 1978.
6. Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Renewing Primary Health Care in the Americas. Washington DC. Opas; 2007.
7. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Relatórios do Conselho Nacional de Saúde: Relatórios das Conferências de Saúde Indígena. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm> Acesso em: 13/01/2016.
8. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2a.ed. Brasília. Ministério da Saúde; 2002.
9. Garnelo L, Maquiné A. Financiamento e gestão do subsistema de saúde indígena: considerações à luz dos marcos normativos da administração pública no Brasil. In: Langdon EJ, Cardoso MD. Saúde Indígena: Políticas comparadas na América Latina. Florianópolis. UFSC; 2015.
10. 5º Conferência Nacional de Saúde Indígena: Desafios demais, debates de menos. Revista RADIS. Rio de Janeiro. FIOCRUZ; 2014.
11. Verдум R. Nota Técnica nº 187. Os direitos indígenas na Cipoal da Transparência. Brasil. INESC; 2015.
12. Souza LG, Santos RV, Coimbra Jr. CEA. Estrutura etária, natalidade e mortalidade do povo indígena Xavante de Mato Grosso, Amazônia, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15(Supl. 1):1465-1473.

13. Basta PC, Orellana JDY, Arantes R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: Garnelo L, Pontes AL (Org.) Saúde Indígena: Uma introdução ao tema. Série Via dos Saberes n° 5. Brasília. Unesco; 2012.

14. Mendes AM, Bastos JL, Bresan D, Leite MS. Epidemiologic situation of tuberculosis in Rio Grande do Sul: an analysis about Sinan's data between 2003 and 2012 focusing on indigenous peoples. Rev Bras Epidemiol. Jul-Set; 2016; 19(3): 658-669.

15. Shankland A, Toledo ME, Barbosa A, Bittencourt MF. Brazil Country Report: Indigenous Health and Vulnerability Monitoring Systems. Part of UNICEF's RTMMV Global Study. Institute of Development Studies (IDS) UNICEF; 2012 Dec.

16. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional De Saúde. Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. Relatório Final: Análise dos dados. Rio de Janeiro. Ministério da Saúde; 2009.

17. Sousa MC, de, Scatena JHG, Santos RV. O Sistema de Informação à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. Cad. Saúde Pública, 23(4):853-861. Rio de Janeiro. 2007 abr.

18. Langdon EJ. Os diálogos da antropologia com a saúde: Contribuições para as políticas públicas em saúde indígena. In: Langdon EJ, Grisotti M. Políticas Públicas: Reflexões antropológicas. Florianópolis. Ed.UFSC; 2016.

19. Ferreira LO. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. História, Ciências, Saúde. Rio de Janeiro. 2013; 20(1): 203-219.

20. Ferreira LO. Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. In: Langdon EJ, Cardoso MD. Saúde Indígena: Políticas comparadas na América Latina. Florianópolis. Ed.UFSC; 2015.

4.2 REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DE CUIDADO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE INDÍGENA EM RELAÇÃO AO USO DO ÁLCOOL

Representações e práticas de cuidado dos profissionais da saúde indígena em relação ao uso de álcool

Representations and care practices of professionals regarding indigenous use of alcohol

Anapaula Martins Mendes

Professora na Universidade Federal do Amapá, Campus Binacional Oiapoque e Doutoranda Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3287-797X> Email: anapsosa@hotmail.com

Jose-Oriol Romani Alfonso

Professor na Universitat Rovira i Virgili - Medical Anthropology Research Center. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6939-0711> Email: oriol.romani@urv.cat

Esther Jean Langdon

Professora na Universidade Federal de Santa Catarina – Departamento de Antropologia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5883-3000> Email: estherjeanbr@yahoo.com.br

Márcia Grisotti

Professora na Universidade Federal de Santa Catarina – Departamento de Sociologia e Ciência Política. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0389-7100> Email: grisotti@fastlane.com

Angel Martínez-Hernández

Professor na Universitat Rovira i Virgili - Medical Anthropology Research Center. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5122-7075> Email: angel.martinez@urv.cat

***Como citar:** Mendes AM et al. Representações e práticas de cuidado dos profissionais da saúde indígena em relação ao uso de álcool. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(5):1799-1808, 2020. Doi: 10.1590/1413-81232020255.34442019

RESUMO

A saúde indígena no Brasil está regulamentada pelo subsistema de saúde indígena, estruturado a partir do SUS e descrito na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. O uso do álcool tem sido visto como um problema entre povos indígenas. Nesse artigo descrevemos as representações atribuídas por profissionais de saúde em relação ao uso do álcool entre indígenas e como estas influenciam nas práticas de cuidado. Trata-se de um estudo descritivo baseado em entrevistas e observação participante por inserção etnográfica. A análise e interpretação se deu com apoio do Software Atlas TI 8.0. O uso do álcool é observado como problemático pelos profissionais, e o consumo excessivo é reproduzido em contextos específicos. Os modos de beber variam de acordo com a etnia, religião e o local e isso resulta na descrição da necessidade de desenvolver competências culturais, que apoiariam na execução de ações efetivas e que contemplassem a construção coletiva prevista nas políticas. Uma rede de apoiadores é descrita, dentre eles as lideranças, curadores tradicionais e a igreja evangélica. O estudo mostra as dificuldades na efetivação das políticas e na implementação de ações que correspondam às expectativas dos povos indígenas, reconhecendo as lógicas culturais e sociais relacionadas ao uso do álcool.

Palavras-chave: Saúde de populações indígenas, Alcoolismo, Política de Saúde.

ABSTRACT

Indigenous people's health in Brazil is regulated by the indigenous health subsystem, structured according to that of SUS, and described in the National Policy for Health Care of Indigenous Peoples. Alcohol use has been regarded as a health issue among indigenous peoples. In this paper, we describe the representations attributed by health professionals concerning alcohol use among indigenous peoples, and how these influence care practices. This is a descriptive ethnographic study based on interviews and participant observation. Analysis and interpretation were made with the support of Software Atlas TI 8.0. Excessive consumption occurs in specific contexts, and professionals view alcohol use as a problem. Drinking patterns vary with ethnicity, religion, and location, thus resulting in the need to develop cultural competencies that support the implementation of effective actions and that also allow for collective construction, as stipulated in the policies. A network of supporters is described, among which are indigenous leaders, traditional healers, and the Evangelical Church. The study shows the difficulties of both carrying out policies and implementing actions which correspond to the indigenous peoples' expectations, recognizing the cultural and social rationale related to alcohol use.

Keywords: Health of Indigenous People; Alcoholism; Health policy.

INTRODUÇÃO

A saúde indígena no Brasil está regulamentada pelo subsistema de saúde indígena, estruturado a partir do Sistema Único de Saúde e descrito na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). A política propõe atenção diferenciada baseada em diretrizes que tem por objetivo, além de inserir a atenção primária nos territórios, respeitar as

especificidades de cada povo, incluindo suas percepções sobre o processo saúde e doença, seus saberes e práticas médicas, assim como sua autonomia através do controle social e, ainda na formação de seus recursos humanos.^{1,2,3}

Enquanto Política de Saúde Mental, o Brasil se alicerça, após o movimento da reforma psiquiátrica, em práticas que centrem o cuidado no usuário e na redução de danos, principalmente, entre os usuários de álcool e outras drogas.⁴ No caso da saúde indígena, em 2007, foi apresentada uma proposta de Política de Saúde Mental específica a qual prevê as diretrizes que fundamentam a atenção a saúde mental destes povos. Nesta política estão incluídos o uso de álcool e outras drogas, a formação permanente e a criação de um comitê gestor desta política; considerando como situação emergencial a situação do álcool e do suicídio entre alguns povos indígenas.⁵

O uso de álcool entre povos indígenas tem sido apresentado, portanto, como um importante problema de saúde. Contudo, Ghiggi Jr e Langdon⁶ e Langdon⁷ descrevem uma certa dificuldade em se traçar um consenso sobre o que, realmente, pode ser caracterizado como alcoolismo, dados os diferentes modos de consumo padronizados em acordo com especificidades apresentadas pelos povos indígenas e que não nos permite generalizar ou aproximar estes modos de beber daquilo que é padrão para a sociedade não indígena. Esta percepção nos parece foco das diretrizes propostas pela política específica criada pelo Ministério da Saúde que protagoniza os povos indígenas desde o processo de planejamento, avaliação e desenvolvimento de ações relacionadas ao tema.

Muitos dos estudos realizados entre povos indígenas têm se baseado no conceito de alcoolização, proposto por Menéndez (1982) que aborda este “agravo” de uma maneira mais contextual, o que nos permite observar os diferentes modos de beber de cada grupo social e cultural, assim como compreender as repercussões e consequências positivas e negativas em relação ao uso de bebidas alcoólicas.⁸ Considerando então o uso em sua amplitude e não somente como problema de saúde sem focar somente nos sujeitos considerados “alcoólicos dependentes” sejam eles considerados excessivos, moderados ou abstinéus. Desta forma o uso de álcool também pode ser analisado em seu contexto não somente como problema, mas também enquanto prática social e cultural.^{8,9,10}

Souza & Garnelo¹¹, pensando este conceito de alcoolização, indicam que existe uma necessidade em se analisar o consumo do álcool considerando os contextos de inserção dos sujeitos, sua cultura e sua história, não apenas o “uso problemático”, mas buscando significados

para o beber. Langdon⁷ reforça dizendo que necessitamos de uma abordagem mais “cultural/coletivo/multifatorial” buscando uma ampliação no enfoque sobre a situação que nos permita criar estratégias que tenham maior impacto na situação.

Sabe-se que o uso de substâncias psicoativas, incluindo as bebidas alcoólicas, possuem inúmeras representações para diferentes grupos e precisamos compreender os diferentes modos de beber das sociedades indígenas e que significados eles trazem, o que é de fundamental importância para que possamos entender, portanto, “como e porquê beber” nestes contextos diversos, assim como compreender como os rituais e as regras estabelecidas pelos povos indígenas exercem “implicações simbólicas e sociopolíticas reguladoras” que necessitam ser consideradas no momento do planejamento de ações pelas equipes de saúde.^{7,11,12}

O objetivo deste artigo é descrever as representações e significados atribuídos por profissionais da saúde indígena ao uso de álcool em comunidades indígenas, assim como descrever como isso influencia no desenvolvimento das práticas de cuidado entre povos indígenas no extremo norte do estado do Amapá e as relações com as diretrizes das políticas específicas estabelecidas, com foco no conceito ampliado de alcoolização.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma etnografia realizada com profissionais lotados nos serviços de saúde indígena no município de Oiapoque, Amapá. Este município conta com uma população aproximada de 7000 indígenas, cerca de 30% do total de sua população, dos grupos étnicos: Galibi Marworno, Karipuna, Galibi Kali’na e Palikur, distribuídos em três terras indígenas.

A etnografia foi baseada em observações participantes, desenvolvidas durante a efetivação de atividades assistenciais conjuntas, de pesquisa e de educação em saúde, registradas através de diário de campo e vídeos. As atividades de campo se iniciaram no ano de 2016 a partir de uma reunião do Conselho Distrital Indígena que convidou um dos pesquisadores a desenvolver ações relacionadas ao consumo do álcool entre os povos indígenas.

A partir disto foi desenvolvido projeto de pesquisa que foi efetivado entre os anos de 2017 e 2018 com a inserção do pesquisador em reuniões, atividades de educação em saúde e de extensão que tratavam do tema. Estas atividades incluíram além da discussão sobre o tema, também atividades de educação em saúde, sessões de teatro do oprimido, palestras, rodas de conversa e trabalho conjunto à equipe de saúde indígena.

Também foi realizada entrevista semiestruturada com 11 profissionais (Tabela 01), de um total aproximado de 20 trabalhadores; não contabilizados neste número os Agentes Indígenas de Saúde, que não fizeram parte desta etapa devido à problemas, logísticos e administrativos, para o ingresso nas aldeias no período de realização. Os demais foram entrevistados em locais fora da aldeia em seus períodos de folga.

A seleção foi realizada através de convite formal realizado pessoalmente ou por telefone e email e a partir do aceite do profissional mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; foi agendado local e horário oportuno para a realização das entrevistas as quais foram gravadas.

A análise e interpretação se deu a partir da lógica da hermenêutica dialética que propõe compreender como a práxis se dá em relação aos discursos dos sujeitos, buscando interpretar os sentidos com base na linguagem assim como dialogando de forma crítica com o que foi observado, enquanto trabalho de campo somado ao referencial teórico, tomando como base o contexto de inserção do grupo, sujeito e objeto do estudo.^{13,14,15}

A organização dos dados foi realizada com o apoio do *Software ATLAS TI 8.0* o qual foi descrito anteriormente por Forte et al.¹⁶ (2017) e Martorell-Poveda et al.¹⁷ (2015) como potencial apoio na organização e leitura dos dados coletados em conjunto com a análise baseada na prática da hermenêutica dialética. Os documentos foram transcritos literalmente; lidos e organizados, em conjunto com os vídeos, no *software* onde foram realizadas releituras e ordenação das citações através da atribuição de códigos ou categorias primárias, criadas de forma indutiva, a partir das leituras iniciais e triangulados de acordo com as observações realizadas durante o trabalho de campo, com o objeto e os objetivos propostos.

Após a organização dos dados se buscou compreender os diversos sentidos e símbolos presentes nas diferentes formas de linguagem apresentadas pelos profissionais a partir da elaboração de uma rede de relações. Quatro categorias emergiram a partir desta organização dos dados: as representações e significados, competência cultural, rede de apoiadores e atitudes e práticas profissionais; estas três últimas foram agrupadas na descrição por estarem presentes e compreendidas de forma complementar, quando analisados os discursos e observações.

REPRESENTAÇÕES E SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS AO USO DE ÁLCOOL ENTRE POVOS INDÍGENAS

De maneira geral os profissionais observam, nos territórios onde desenvolvem seu trabalho, um consumo baseado no exagero. Palavras como “muito” e “bastante” surgem e são expressas de forma a descrever como são representados os modos de consumo pelos povos indígenas com quem trabalham. A situação é caracterizada como problemática, de forma geral, fundamentada na caracterização de excesso, a qual não surge diretamente relacionada a um padrão ou quantidade, mas sim às consequências trazidas pelo consumo abusivo.

[...] quase sempre é problemático porque assim eles começam na diversão, só que nessa diversão da bebida né eles perdem o controle, começam a beber, beber e perdem o controle.

Alguns contextos de consumo são destacados como determinantes deste padrão de abuso. Dentre eles estão as festas dos santos, vinculadas à igreja católica, historicamente inserida nos territórios indígenas, desde o processo de colonização. As festas dos santos, de acordo com os profissionais, estimulam o consumo de bebidas alcoólicas de forma desenfreada, ou seja, sem controle e durante muitos dias ou semanas.

E quando tem festa na aldeia a gente sabe né que eles fazem o uso, [...] em festas de santos. São João, sempre eles fazem festa, fazem uso bastante de álcool desde destilados até fermentados.

O uso de álcool também se difere em acordo com o local ou o grupo étnico com quem se trabalha. Os indígenas que residem em aldeias onde são, em sua maioria evangélicos são caracterizados como menos problemáticos em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, considerando que existe um veto ao uso quando o indígena se “converte” a esta religião; porém isso tem sido observado entre outros grupos étnicos, em outros territórios onde a igreja evangélica também tem se instalado.

[...] era uma aldeia, que não tinha, não fazia muito uso da bebida alcoólica. As pessoas diziam que, quase em sua totalidade devido à entrada do trabalho de evangelização.

É observada uma troca importante nos padrões de consumo, que antes estavam concentradas no uso do caxiri – bebida tradicional produzida pelos povos da região – e que, atualmente, estimula a ingestão de bebidas industrializadas como a cerveja e a cachaça, esta última mais presente nos locais onde ainda não há energia elétrica. Neste contexto também se altera quem bebe; antes bebiam jovens adultos, hoje se observa o consumo de álcool industrializado muito mais cedo, o que é trazido como preocupação pelos profissionais.

A bebida deles trazia menos problema, porque a bebida deles ela não é tão forte

quanto a outra que vem de fora.

Antes eles bebiam era mais o caxixi que era só isso que eles bebiam antigamente que os mais velhos acostumavam de fazer... não bebia criança, hoje em dia a gente vê assim de quase 10, 11 anos já está bebendo, mas antigamente não tinha essas coisas assim, era um respeito muito grande assim com as famílias.

[...] bebidas tradicionais deles, eles tão usando mais com uma baixa frequência num momento de festa, festejos, alguma comemoração, dança do turé entre outras. Mas a maioria das bebidas em si são bebidas industrializadas.

O uso problemático também está vinculado à falta de cumprimento das regras e normas sociais instituídas pelos povos indígenas o que gera conflitos que nem sempre podem ser sanados pelos profissionais, os quais direcionam a situação a uma rede de apoiadores estabelecida em acordo com sua inserção no território. Dentre as formas de “punição” construídas pela própria sociedade indígena, independente da conduta profissional, a faxina aparece como principal forma de castigo. Trata-se de um momento de exposição do sujeito à comunidade indígena, esta ação além de promover a “vergonha” também sujeita o indígena a situações de extrema carga de trabalho, o qual, normalmente seria desenvolvido por um grande grupo de pessoas e que acaba a cargo de uma única.

[...] punir né, tem as faxinas que eles dão. É as leis deles né, que quando alguém faz a coisa errada então eles tem as leis deles que é feita por eles mesmos, como colocar pra fazer uma faxina.. uma punição.

Dentre as situações ditas como problemáticas são citadas as que geram violências, doméstica ou não, outros conflitos familiares, falta ao trabalho, à escola ou a outros compromissos; existe um foco muito centrado no contexto familiar, assim como na desarticulação com as normas de organização social que configura este território.

Essa problemática de drogas né, quer dizer do álcool, mas o álcool também é uma droga, droga lícita, mas é uma droga, de uma certa forma a gente tem percebido muito conflito familiar, tem tido vários problemas aqui, teve uma época que a gente tinha várias situações, de espancamento da mulher...

É meio complicado o uso do álcool né, porque traz muita consequência ruim, assim.. entre eles, briga, desentendimento na família e tem vezes que eles ficam agressivos, com eles mesmos; além da violência, os constrangimentos que a família passa né, assim né, envolvendo outras famílias ...problemas sociais e as vezes assim, jovem em vez de estarem em sala de aula

tão usando bebida, fazendo coisas que não devem.

ESTABELECENDO REDES, COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS E INSTITUINDO SUAS PRÁTICAS

O desenvolvimento de habilidades específicas necessárias para abordar temas como o de uso de bebidas alcoólicas, nomeamos como competência profissional, a qual foi representada em alguns momentos pelos profissionais. Eles compreendem a necessidade de entender melhor os saberes e práticas envolvidas no uso do álcool e de estabelecer ações que atendam àquilo que realmente é observado como necessidade pelos povos com quem se trabalha, dada a diversidade presente na região onde estão inseridos.

[...] todo profissional tem que estar capacitado, treinado pra lidar com cada situação, porque é uma coisa trabalhar com o dito indígenas ou não indígenas.

Tem que ser um trabalho diferenciado com eles né.

A gente trabalha com 3 povos, os Galibi Marworno, Palikur e os Karipuna.

O desenvolvimento destas competências possibilita a efetivação de um cuidado culturalmente adequado e realizado de forma mais organizada, considerando que muitos se veem sobrecarregados em relação às diferentes práticas a serem executadas em diferentes programas de saúde. Isso influencia nas suas representações e também no desenvolvimento destas ações, desde seu planejamento. Para tanto, alguns profissionais referem que seria interessante ter uma equipe que desenvolvesse um trabalho específico sobre este tema e reconhecem a necessidade de estabelecer uma prática de atenção diferenciada.

[...] é complicado as vezes você trazer uma abordagem pra eles e colocar o dano que traz o álcool.

Com base no desenvolvimento destas competências se estabelece, então, uma rede hierarquizada de apoiadores que influenciam de forma direta as atitudes e práticas destes profissionais. Algumas figuras são extremamente representativas nestes territórios, se iniciando pelas “lideranças”, aqui descritos como caciques, conselheiros, curadores, entre outras pessoas que surgem como referência para a estruturação dos modelos organizacionais estabelecidos no contexto indígena, como ex-caciques e professores.

Para os profissionais estas pessoas são aquelas que detém do poder e, conseqüentemente, a responsabilidade sobre a situação gerada pelo uso do álcool, em específico

a caracterizada como problemática; considerando que, geralmente está vinculada à um conflito social com intrínseca relação com o rompimento destas regras estabelecidas pelos povos indígenas. Para além das lideranças, a FUNAI e a Polícia também surgem com características similares: mediadores de conflitos e reguladores, balizados em uma legislação.

[...] quando entra muita bebida, aí o cacique tem que ser duro com eles aí no caso quem não obedece, quem briga, quem faz coisa errada, durante a bebida.. o cacique tem direito a punir aquela pessoa, de colocar, por exemplo numa faxina, ou então tem que fazer alguma coisa, acionar a polícia se tiver alguma coisa grave no meio entendeu.

É compreendido pelos profissionais que são as lideranças quem podem interferir nos modos de vida e nos padrões de organização social; geralmente suas ações são fomentadas por leis, regras e normas, previamente estabelecidas e que regulam desde o ingresso e o comércio das bebidas dentro dos territórios até os dias e horários que são permitidos o uso pelos povos indígenas. Para além disso, também estabelecem as normas relacionadas às possíveis formas de punição, como descrito anteriormente, que podem ser empregadas de acordo com o nível de desobediência e com o impacto gerado por tal ação.

Neste contexto alguns trabalhadores são vistos como melhor qualificados para lidar com estas situações, como no caso dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e técnicos de enfermagem indígenas, elencados como integrantes desta rede de apoio. O que foi observado é que estas figuras, por estarem inseridos enquanto população nestes contextos, possuem muito mais propriedade para intervir em uma situação que necessite abordar o tema do uso do álcool. Os espaços da escola e os professores também foram apresentados como potenciais apoiadores, considerando, principalmente as ações que visam as práticas de educação em saúde.

Para a maioria dos profissionais, um importante apoiador na “resolução do problema do álcool” é a igreja; especialmente a evangélica, religião seguida predominantemente pelos povos Palikur, porém, nos últimos anos tem se fortalecido e se inserido, também entre os demais grupos étnicos aqui estudados.

[...] eu gosto de falar do evangelho, as vezes o indígena ta lá vira evangélico e para de beber, pela religião.

[...]Jeu acho que pode ser a melhor experiência que eu já tive.

Nesta segunda citação o profissional faz referência à igreja evangélica e à conversão dos indígenas que resultava em abstinência, o que era exposto como resolutivo, quando questionado sobre experiências exitosas em relação a abordagem do tema; contrapondo-se à

forma como é observada a ação da igreja católica, que, de acordo com eles, tende a estimular um uso descontrolado de bebidas alcoólicas pelos povos indígenas, assim como possibilitar os espaços de uso abusivo caracterizados, principalmente pelas festas de santos.

[...] a gente não vê eles usando a bebida indígena né mas sim caixas e caixas de...vou colocar nome né...51, caixas e caixas de cerveja... né, e tem as festas deles que tem o festeiro que cada festeiro tem que dar uma quantidade de bebida e de álcool.

Também foram traduzidos como integrantes desta rede, por alguns profissionais, instituições como os alcoólicos anônimos e uma comunidade terapêutica (entidades que atendem e tratam de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de álcool e outras drogas) conhecida como “fazenda da esperança”, enquanto desenvolvedores de técnicas capazes de sanar um problema e, algumas práticas pensadas, se fundamentam nestes modelos que se centram na resolução da problemática através da abstinência o que contraria claramente o que se propõe enquanto política de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas e que reproduz, muito provavelmente, pessoalidade nas posturas profissionais, que deixam de seguir as orientações protocolares e veem uma comunidade terapêutica como apoio no que tange a situação de consumo do álcool.

A figura do gestor do DSEI foi trazida na descrição da rede como contraditória enquanto apoiador, sendo que os profissionais sentem falta do apoio destes no desenvolvimento das atividades, principalmente em relação a instrumentalização para a execução das ações e na formação destes profissionais que, em acordo com a PNASPI, deveria ser realizada pelo DSEI. Neste sentido se compreende que para além do fornecimento de insumos e materiais, descrito por alguns profissionais, fica prejudicada a diretriz de formação dos recursos humanos e, conseqüentemente o desenvolvimento das competências culturais necessárias para a implementação do cuidado.

A partir da disponibilização destas ferramentas caracterizadas como necessárias ao desenvolvimento das ações os profissionais estabelecem quais atitudes e práticas podem ser desenvolvidas; destacando-se as atividades com foco na educação. Palestras, oficinas, aconselhamento individual foram expressas, por praticamente todos, como sendo estratégias importantes e que deveriam ser contínuas, mesmo que por alguns não se efetive. Esta não efetivação em acordo com eles está vinculada a diferentes aspectos, desde a limitação de insumos e recursos humanos, até questões relacionadas às dificuldades em relação ao tema e

métodos de abordagem, ao apoio da gestão e o lugar estabelecido por cada profissional em relação ao trabalho.

Esta última ocorre por conta de uma espécie de distanciamento do tema e de uma limitação nas ações de saúde que não se articulam. O lugar do trabalho estabelecido por cada profissional se configura a partir de códigos previamente criados por eles mesmos, seja no processo de formação ou na própria estrutura dos serviços. A exemplo, os assistentes sociais ou farmacêuticos não desenvolvem atividades relacionadas ao tema, pelo contrário, se posicionam referindo ter outras atribuições e que existem profissões específicas para tal ação como enfermeiros e psicólogos.

As escolas são postas como espaços potenciais para o desenvolvimento destas atividades. Apesar deste local ser considerado importante foram poucos os profissionais que referiram desenvolver atividades, de forma organizada e contínua, com o apoio dos professores, dentro destes espaços. De acordo com os profissionais é necessário focar nas crianças e na população mais jovem a partir da representação dos malefícios trazidos pelo uso de bebidas alcoólicas, incluindo as possíveis doenças e agravos atribuídos ao uso exagerado.

DISCUSSÃO

Em relação ao consumo exagerado descrito, estudos anteriores atribuem estes episódios baseados em excessos aos diversos estilos de beber entre diferentes povos indígenas. As longas “bebedeiras” nem sempre são vistas como situações problemáticas pelos indígenas, diferente do que está representado pelos profissionais aqui abordados.^{7,9,18,19} Dias²⁰ (p.121) quando descreve suas impressões acerca do uso de álcool entre os povos indígenas na Terra Indígena Uaçá nos apresenta um estilo de beber que a seu ver “*se caracteriza por uma ética de imoderação, do exagero e da renúncia parcimônia*”.

Os fatores que influenciam como, quando e onde se bebe são múltiplos e, entre povos indígenas, geralmente não se dão de forma isolada, mas inclui a todos enquanto sociedade, mesmo estando cercados de contextos e conceitos instituídos pelo contato interétnico.²¹ O uso característico de bebidas nas festas, funerais, na construção das roças, casas, espaços coletivos, rituais de cura, são apresentados em diferentes estudos, mas nem sempre com a mesma conotação. Podem ser atribuídos a um momento de diversão; ao estabelecimento de relações sociais e políticas; para manter-se forte e alerta no desenvolvimento de determinada atividade;

festejar ou chorar pela ida de um ente querido; aproximar-se dos espíritos; homenagear a determinada entidade; estabelecer processos terapêuticos, entre outros significados simbólicos.^{7,11,18,20,22}

A intervenção da igreja evangélica nas práticas culturais e nos espaços de consumo de bebidas e outras drogas tem sido ressignificada nestes contextos sendo reconhecida, inclusive, como suporte à biomedicina, numa espécie de “eficácia simbólica” atribuída pelos indígenas e por profissionais, que os mantêm em lugares distintos, mas que têm diferentes iniciativas em relação às intervenções necessárias para minimizar os problemas gerados pelo uso de álcool. É importante salientar que não somente o uso abusivo é centro da intervenção, mas qualquer espécie de consumo; com foco na abstinência como requisito para a inserção nos espaços pentecostais contradizendo as diretrizes políticas estabelecidas para o cuidado destes usuários.²³

Rivera²³ em sua tese trata estas situações de transformação cultural como uma “nova racionalidade” que se estrutura de forma a superar as expectativas em relação às práticas biomédicas e tradicionais tornando-se um “saber médico pentecostal”. Nesta perspectiva transformam-se os sentidos e os significados atribuídos ao processo saúde e doença e, desta forma, também se alteram os processos terapêuticos. Esta reelaboração simbólica, como cita Vallverdú²⁴, apesar de fortalecer e reconfigurar, de forma direta, os modelos organizacionais, políticos e sociais destes povos, também tem sido território de conflito “*por desafiar as estruturas de controle político e econômicos tradicionais*” e ao mesmo tempo poderia ser considerada como uma base ideológica da reformulação dos poderes políticos e econômicos contemporâneos.

Em relação ao uso das bebidas tradicionais já não serem mais foco nos momentos de consumo do álcool, isso nos parece representado por diferentes adaptações culturais realizadas ao longo do tempo. A esta transição ou incorporação de outras bebidas alguns autores referem que a ação, muitas vezes, parece ser intensificada, no sentido de que a cachaça ou outra bebida fermentada industrializada possui um efeito maior em relação a bebida tradicional, quando pensamos em teor alcoólico. Contudo os motivos que levam a esses momentos de exagero coletivo ainda possuem significados construídos e constituídos socialmente mesmo que em novos contextos de consumo como os descritos pelos profissionais de saúde.^{7,18,22,25}

Sobre as situações problemáticas apresentadas como resultado do consumo exagerado de outras bebidas ou pela “troca” da bebida tradicional pelas industrializadas Oliveira et al.²⁵ descrevem situação similar entre os Maxakali onde as lideranças indígenas também reconhecem

em seus discursos as consequências negativas que vêm trazendo esta alteração nos padrões de consumo destes povos; o que corrobora com os discursos dos profissionais de saúde apresentado por Maciel et al.²⁶ entre os Potiguara.

Da mesma forma sustenta Quiles¹⁸ ao falar sobre os comportamentos estabelecidos nos momentos de consumo exagerado de álcool entre os Bororo; caracterizado pelo uso prolongado de bebidas, por todas as faixas etárias, no qual “geralmente a aldeia inteira acompanha todas as fases da bebedeira”, passando por situações de agressividade e violência e geralmente se encerram com o “cair anestesiado”.

Dias²⁰ chamava a atenção ao fato deste ato de “beber até rezar”, tanto da bebida tradicional como da cachaça ou outra bebida, se estabelecer visando o fim da bebida; por este motivo o consumo as vezes se dava durante dias e ainda se dá como descreveram os profissionais, porém seguia com dias, semanas e até meses de abstinência. O mesmo estudo trouxe, no discurso de alguns indígenas, a representação de um certo distanciamento do caxiri quando se bebia muita cachaça e que essa prática trazia consequências nem sempre bem vistas por eles.

De acordo com a PNASPI um dos focos no desenvolvimento da atenção primária é a proposta de atenção diferenciada, que se dá, também, a partir da formação dos recursos humanos que deveriam, portanto, desenvolver esse “cuidado culturalmente apropriado”. Essas habilidades seriam base para que se configurassem as diretrizes propostas pela política, o que nem sempre se efetiva e se reflete de maneira direta na insegurança representada pelos profissionais de saúde e também nos resultados relacionados a situação de saúde destes povos.^{3,27}

As políticas específicas de saúde indígena e a de saúde mental fomentam essa proposta de construção coletiva e de representação dos povos indígenas, a partir destes atores sociais considerados importantes, desde o planejamento, monitoramento e avaliação das situações e atividades propostas no que tangem a saúde desta população, incluindo as relacionadas com o uso de álcool, como citamos anteriormente. Tudo isso valorizando e respeitando as especificidades de cada povo e estimulando a formação permanente dos profissionais de saúde lotados nestes contextos diversos visando a implementação das ações de forma efetiva.^{1,5}

As condições impostas pela igreja evangélica nestes territórios se baseiam em regras controversas àquelas presentes entre os povos indígenas, propiciando uma inversão de sentidos baseadas em novas interpretações relacionadas aos simbolismos anteriormente atribuídos,

inclusive em relação ao processo saúde, doença e atenção. Onde os significados do que é bom e as representações divinas se apresentam em prol de uma conversão obrigatória e salvadora e que ao mesmo tempo dialoga com conflitos importantes em relação aos modelos organizacionais que orientam os contextos indígenas.^{23,24}

De acordo com Rivera²³ (p.209) a “*estrutura simbólica das práticas terapêuticas pentecostais geralmente incitam a conversão*” e esta reflete na aceitação de que a produção social do saber pentecostal é verdadeira e única e isto deve ser reproduzido por todos os que se inserirem nos espaços da igreja. Dentre as bênçãos mais comumente reproduzidas está a de que “*seguir o caminho de Deus*” faz com que você seja apresentado como uma boa pessoa e, como beber não está conceituado como algo bom, você não beberá mais e desta maneira encontrará a salvação.

Devemos esclarecer que não foi especulada a atribuição religiosa dos profissionais inseridos no estudo, mas se percebe que alguns deles fazem parte de um grupo que reproduz seus saberes eclesiásticos em seus espaços de trabalho, o que não pode ser generalizado. Neste sentido é necessário estabelecer um certo “relativismo” entre estes profissionais, o que também está presente quando falamos do desenvolvimento de habilidades e competências para o desenvolvimento do seu trabalho.^{9,27,28}

O que deveria estar instituído enquanto prática, pensando as diretrizes políticas, seria, principalmente dotar de conhecimento, informação e orientação a população com quem se trabalha, permitindo que o indivíduo, família ou sociedade possa escolher e gerir suas relações com o álcool, assim como seu plano de cuidado. O que também está bastante claro na Política de Saúde Mental no Brasil a qual se fomenta na proposta da redução de danos que, a partir de um modelo de negociação, atribui autonomia aos sujeitos, inclusive na construção do seu plano terapêutico.^{4,5,28}

De acordo com Souza⁹ parece que existe dificuldade entre os profissionais de saúde em desenvolver ações de prevenção e promoção de saúde no âmbito das doenças crônicas não transmissíveis, em especial por elas exigirem mudanças comportamentais, as quais os mesmos não podem gerir de forma direta e que são autônomas. Esta situação também se reflete na dificuldade em se inserir em contextos étnicos culturais diversos quando os processos de formação em nível acadêmico estão hegemonicamente médico centrados.

Souza & Garnelo²⁹ (p.266) descreveram, partindo de discussões anteriores realizadas por outros autores a dificuldade na inserção de profissionais de saúde em contextos diversos,

em especial, entre grupos que reproduzem padrões culturais específicos, como no caso dos povos indígenas. Sendo ainda mais desafiador o desenvolvimento de trabalhos relacionados à saúde mental, no âmbito da atenção primária, quando o foco no cuidado ao usuário de álcool “configura um importante obstáculo a ser enfrentado pelos profissionais”.

CONCLUSÃO

As representações profissionais aqui descritas nos parecem estar centradas em uma única dimensão e direção, onde trabalhadores assumem uma posição onde são considerados majoritariamente os conceitos biológicos e biomédicos, apreendidos durante processo de formação. Neste caso existe maior dificuldade em realizar ações realmente efetivas e que dialoguem com as expectativas dos povos indígenas enquanto coletivo, principalmente quando a atuação destes profissionais está envolvida por questões morais e não-laicas. Esta perspectiva individualizante não é foco das diretrizes políticas pensadas para estes contextos, tampouco a proposta de atenção diferenciada.

Os profissionais de saúde são inseridos no processo de trabalho sem desenvolver as competências necessárias para planejar, executar e avaliar ações no âmbito dos contextos étnico culturais diversos que permeiam o trabalho com povos indígenas no Brasil.

Desta forma o consumo do álcool é observado pelos profissionais sem levar em conta as lógicas sociais e culturais de consumo estabelecidas pelos povos indígenas com quem trabalham. Sem considerar que estes modos de consumo estão permeados por ações de reciprocidade, controle e regulação que representam muito mais que uma limitação em relação à quantidade, mas possuem uma conotação ritualística e simbólica. Estas limitações na compreensão destes comportamentos e práticas fazem com que estes profissionais foquem em um modelo individualizante o que é contraditório às lógicas das sociedades indígenas de maneira geral e às políticas de saúde mental indígena no Brasil.

O reconhecimento destas dimensões socioculturais das formas de beber indígenas seria a base que permitiria realizar políticas de redução de danos em relação ao álcool, já que as metodologias dialógicas, de escuta e reconhecimento do outro, são capazes de garantir maior capacidade em relação a implementação destas políticas. Ou seja, devem ser considerados os reais interesses dos indígenas e o capital social gerado por estes povos, assim como as dimensões comunitárias do beber expresso pelos rituais de consumo.

Porém o que observamos é que os profissionais de saúde não se baseiam no simbolismo local e nas mudanças que esta população realmente tem interesse em promover no processo de planejamento, avaliação e implementação das práticas voltadas a este tema, contradizendo, portanto, os marcos regulatórios previstos nas políticas específicas aqui tratadas e reduzindo as possibilidades de êxito no desenvolvimento das suas ações.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2^a.ed. Brasília: MS. FUNASA, 2002.
- 2.Garnelo, L. Pontes, AL. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012.
- 3.Mendes, AM. Leite, MS. Langdon, EJ. Grisotti, M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2018; 42:184.
- 4.Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- 5.Ministério da Saúde. Portaria 2759 de 25 de outubro de 2007: Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o comitê gestor. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- 6.Ghiggi Jr, A. Langdon, EJ. Reflexões sobre estratégias de intervenção a partir do processo de alcoolização e das práticas de autoatenção entre os índios Kaingang, Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(6):1-10, jun, 2014.
- 7.Langdon EJ. O abuso de álcool entre os povos indígenas no Brasil: uma avaliação comparativa. In: Souza, MLP. de (Org.) Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais. Editora FioCruz. Rio de Janeiro, 2013.
- 8.Menéendez EL. El proceso de alcoholización: revisión crítica de la producción socioantropológica, histórica y biomédica en América Latina. Cuaderno de la Casa Chata 57:61-94,1982.
- 9.Souza MLP. Da prevenção de doenças à promoção da saúde: reflexões a partir da questão do uso de bebidas alcoólicas por indígenas. In: Souza MLP, organizador. Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013. p. 108-26.

10. Menéndez EL. Etnografía y Alcoholismo: la construcción metodológica de um problema. IN: Prácticas e ideologías “científicas” y “populares” respecto del “alcoholismo” en México. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Ciesas. México, 1992.
11. Souza MLP, Garnelo L. Quando, como e o que se bebe: o processo de alcoolização entre povos indígenas do Alto Rio Negro, Brasil. In: Souza, MLP. de (Org.) Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais. Editora FioCruz. Rio de Janeiro, 2013.
12. Grund JPG, Kaplan CHD, De Vries M. Rituales de regulación: el consumo controlado e incontrolado de las drogas en el marco natural. En: La cultura de las drogas en la sociedad del riesgo. Heather N, Wodak A, Nadelmann E, O’Hare P. Publicaciones Grup Igia. Barcelona, 2004. Disponível em; <http://www.grupigia.org/wp-content/uploads/CulturaDrogas.pdf>
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
14. Gadamer H-J. Verdade e método: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Tradução de Flávio Paulo Meurer. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
15. Melo MF. Hermenêutica e dialética: Gadamer e Habermas na metodologia das Ciências Sociais. *Revista Angolana de Sociologia*, 10; 2012, p.11-20.
16. Forte ECN, Pires DEP, Trigo SVVP, Martins MMFPS. A hermenêutica e o software ATLAS.TI: União promissora. *Texto Contexto Enferm*, 2017; 26(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e0350017.pdf>
17. Martorell-Poveda MA, Martinez-Hernaéz A, Cancellor-Maicas N, Correa-Hurquiza M. Self-care strategies for emotional distress among young adults in Catalonia: a qualitative study. *International Journal of Mental Health Systems*, 2015; 9:9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4363191/>
18. Quilles MI. In: “Mansidão do fogo”: aspectos etnopsicológicos do comportamento alcoólico entre os Bororo. In: Souza MLP. de (Org.) Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais. Editora FioCruz. Rio de Janeiro, 2013.
19. Souza MLP, Garnelo L. Quando, como e o que se bebe: o processo de alcoolização entre populações indígenas do alto Rio Negro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(7):1640-1648, jul, 2007.

20. Dias LF. Consumo de bebidas alcoólicas entre os povos indígenas do Uaçá. In: Souza MLP. de (Org.) Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais. Editora FioCruz. Rio de Janeiro, 2013.
21. Fernandes JA. Cauinagens e Bebedeiras: os índios e o álcool na história do Brasil. In: Souza, MLP. de (Org.) Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais. Editora FioCruz. Rio de Janeiro, 2013.
22. Ferreira LO. As boas palavras Mbyá-Guarani como caminho para a redução do uso de bebidas alcoólicas. In: Souza MLP, organizador. Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais. Rio de Janeiro: Editora FioCruz; 2013. p. 195-211.
23. Rivera CDP. La mala Hora: Articulaciones en el pluralismo médico de agricultores precordilleranos Aymaras Chilenos. Tese Doctoral. Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona, 2015.
24. Vallverdú J. Religión, Política y Construcción Étnica en Chiapas, México. Revista Arxius de Ciències Socials. N9. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona, 2003.
25. Oliveira RC, Nicolau BF, Levine A, Mendonça AVM, Videira V, Vargas AMD, Ferreira EF. “Tihik quando bebe Kaxmuk não tem pai, nem mãe, nem irmão”: Percepções sociais das consequências do uso da cachaça no povo indígena Maxakali/MG/Brasil. Cien Saude Colet (2017/Nov).
26. Maciel SC, Oliveira RCC, Melo JRF. Alcoolismo em Indígenas Potiguara: Representações Sociais dos Profissionais de Saúde. Psicologia Ciência e Profissão, 2012, 32(1), 98-111.
27. Pedrana L, Trad LAB, Pereira LMG, Torrenté MON, Mota SEC. Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2018; 42:e178.
28. Romání O. Alcohol, sociedade y cultura. Revista Jano: Medicinas e Humanidades. Barcelona, 1993.
29. Souza MLP, Garnelo L. Relativismo Cultural e Uso de Álcool: Contribuições a partir do campo da saúde indígena. IN: Alarcon, S; Jorge, MAS (Org.). Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: FioCruz, 2012.

Tabela 01: Perfil dos profissionais entrevistados de acordo com a faixa etária, sexo, etnia profissão e tempo de trabalho na Saúde Indígena (SI).

Profissão	Número	Etnia	Número
Enfermeiros	02	Pardos	05
Assistente Social	01	Indígenas	06
Farmacêutico	01		
Técnico em Enfermagem	07	Tempo de trabalho na SI	
		Até 5 anos	03
Faixa etária		Entre 6 e 9 anos	05
20-29 anos	04	≥10 anos	03
30-39	03		
40-49	01	Sexo	
≥50	03	F	05
		M	06

Fonte: Registros das entrevistas, 2018.

4.3 SABERES E PRÁTICAS NO CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE POVOS INDÍGENAS: ENTRE O ACEITÁVEL E O REPROVÁVEL.

Título: Saberes e práticas no consumo de álcool entre povos indígenas: entre o aceitável e o reprovável.

Resumo: Introdução: Compreender o uso de bebidas alcoólicas entre povos indígenas como um ato social circundado por diferentes relações socioculturais e influenciado pelo contexto, nos faz pensar a partir de uma nova perspectiva, a do conceito de “alcoholização”. Sem buscar foco nos aspectos fisiológicos e patológicos e naquilo que nós entendemos como problemático, mas buscando explicações que partam das perspectivas dos povos indígenas e compreendendo como se dão os diferentes modos de beber entre cada povo e como isso impacta nas sociedades indígenas. **Objetivos:** descrever os saberes e práticas envolvidos no consumo de bebidas alcoólicas pelos povos indígenas de Oiapoque, assim como as possíveis estratégias de cuidado apresentadas pelos próprios indígenas. Apoiando o protagonismo e a construção coletiva, previstos nas políticas, buscando subsidiar o planejamento e avaliação das ações de saúde. **Aspectos metodológicos:** Baseou-se em um processo de inserção etnográfica com registros em diários de campo, vídeos e fotografias; além disso da realização de entrevistas semiestruturadas, realizadas com 14 indígenas selecionados aleatoriamente e inseridos no estudo a partir da aceitação livre e esclarecida. Foram transcritas na íntegra e analisadas, assim como os demais registros, a partir da proposta da hermenêutica dialética, buscando um diálogo e uma aproximação entre a práxis e os discursos. Foram, indutivamente, criadas três categorias de análise: saberes e práticas, significados e ressignificados e estratégias de cuidado. **Resultados:** Existem espaços considerados aceitáveis e reprováveis que definem o consumo problemático ou não entre os povos indígenas de Oiapoque e, dificilmente isto poderá ser revertido em um valor quantitativo. De maneira geral, aquilo que corrobora com a desordem social, ou com a desestrutura dos modelos ou normas pré-estabelecidas pelas sociedades indígenas é considerado problema e, para tanto também são criadas leis que definem que tipo de punição deve ser empregada a cada tipo de regra quebrada. As festas, rituais, momentos de construção coletiva e de manutenção das roças são espaços regados a bebida e que não se inserem, de forma direta, no rol das reprovações. As festas da igreja católica, porém, devido, principalmente, as mudanças no tipo de bebida consumida – antes o caxixi e agora a cachaça e a cerveja; tomam uma conotação dúbia, onde existe uma divisão de pensamentos entre os indígenas destes grupos, o que também parece associado ao pensamento pentecostal cada vez mais evidenciado entre estes povos nestes territórios. A igreja também é percebida como um espaço de cuidado por muitos e constitui um novo saber inserido neste contexto e que interfere, para muitos, de forma positiva no controle das situações problemáticas relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas. Dentre as práticas de educação desenvolvidas, em acordo com os povos indígenas, ainda deixam a desejar e merecem ser reavaliadas no sentido de atender melhor suas expectativas; deveriam ter um caráter contínuo e não ter enfoque direcionado ao termo “alcoholismo” que por ser pejorativo e estigmatizante reduz a probabilidade de participação dos indígenas nestes espaços. **Discussão:** Dentre os estudos realizados entre povos indígenas no Brasil, podemos verificar que aquilo que aqui encontramos representado nos discursos dos indígenas coincide com as perspectivas de outros grupos populacionais, onde já foi observada a necessidade de um olhar ampliado que leve em conta os diferentes modos de beber destes

povos, assim como respeite as transformações culturais dispostas ao longo dos anos, protagonizando, portanto, os povos indígenas neste processo de elaboração de estratégias de cuidado, levando em consideração, inclusive, as práticas de autoatenção que já estão estabelecidas nestes contextos. **Conclusão:** É necessário o estímulo ao exercício da construção coletiva para o desenvolvimento de ações que devem estar pautadas na perspectiva dos povos indígenas. Entre aquilo que é desenvolvido por eles mesmos podemos ver que se entende ainda como efetivo nestes processos, mas existe uma busca em estabelecerem redes que apoiem estes processos de cuidar.

Palavras-chave: Saúde dos Povos Indígenas, Saúde Mental, Consumo de bebidas alcoólicas, Políticas Públicas.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), assim como a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas no Brasil, têm como objetivo proporcionar aos povos indígenas atenção diferenciada à saúde. Respeitando suas particularidades e especificidades culturais, articulando as práticas biomédicas com os saberes médicos tradicionais e mantendo a autonomia dos sujeitos inseridos nestes contextos. Em especial através do controle social, mas também na construção de seus planos terapêuticos individuais e coletivos no que tange sua saúde mental e aqui inclui-se o consumo de álcool e outras drogas (Brasil, 2002; Brasil, 2007, Garnelo & Pontes, 2012; Mendes et al., 2018).

Em acordo com relatório elaborado a partir de uma oficina de discussão e construção de estratégias, realizado em conjunto pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e Ministério da Saúde, representado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), no ano de 2018, o consumo de álcool entre povos indígenas é considerado um dos eixos mais complexos a serem trabalhados da política de saúde mental, o que pouco se percebe efetivado apesar de ser considerado problema de saúde pública e termos uma proposta de política de saúde mental específica que deveria dar conta, também, das questões relacionadas ao consumo problemático do álcool (Brasil, 2007; FUNAI/MS/SESAI, 2018).

O uso de álcool vem sendo discutido como uma situação problemática, em relação à saúde dos povos indígenas, pela SESAI e por outros órgãos indigenistas e, é observada a necessidade de um processo de articulação de redes intersetoriais que visem atender a complexidade e amplitude desta situação, compreendendo os diferentes aspectos sócio culturais que podem estar envolvidos no consumo de bebidas alcoólicas e respeitando aquilo que prevê a política específica de saúde mental indígena (FUNAI/MS, 2018).

Menendez (1992), a partir de uma discussão que parte do que ele denomina “enfoque relacional”, descreve a importância que os rituais e as relações sociais possuem sobre a causa, tratamento, prevenção e cura de agravos, incluindo neste rol o que a biomedicina denomina como alcoolismo. Neste sentido o alcoolismo deve ser compreendido como parte do processo de alcoolização o qual pode ser considerado um fenômeno, onde sua causa e desenvolvimento, se associa a diferentes processos socioculturais e não somente a um problema biomédico, com causa e fisiologias pré-definidas, e que pode ser explicado por outros eixos, mas que, de forma geral, são, comumente, secundarizados pela medicina em suas explicações.

Os estudos antropológicos e sociológicos que ampliam o olhar sobre os diferentes processos de alcoolização não desmerecem a necessidade de ações médicas, mas pressupõe o apoio e a instrumentalização do desenvolvimento destas ações, pois busca entender como e por que se dão os diversos rituais de consumo de bebidas alcoólicas em diferentes contextos e grupos sociais. É reconhecido que o uso de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, possuem inúmeras representações para povos indígenas e para que se possa desenvolver o cuidado, em casos onde é reconhecida a situação como problema, é necessário que ampliemos nosso olhar não somente com foco no alcoolismo, pensando na abstinência (Langdon, 2013; Souza, 2013; Souza & Garnelo, 2013; Mendes et al., 2020). Partindo deste conceito mais amplo de alcoolização trazido por Menendez (1982; 1992), que aponta como necessária a análise destes contextos de consumo e dos saberes e práticas envolvidos considerando todos os aspectos sociais e culturais e sua história, não apenas o “uso problemático” buscando, então, os significados do beber.

Tudo isto reforça a necessidade em compreender os diferentes modos de beber – “como, onde e por que beber” – das sociedades indígenas e o sentido que por elas é atribuído. Baseados nisto é possível que consigamos então construir estratégias de cuidado que caminhem ao encontro daquilo que expressem as necessidades e opiniões destes povos (Menendez, 1992; Langdon, 2001; Souza & Garnelo, 2006; Souza, 2013; Menendez, 2016; FUNAI/MS, 2018; Menendez, 2020)

Desta forma nos propomos, neste artigo, a descrever os saberes e práticas envolvidos no consumo de bebidas alcoólicas pelos povos indígenas de Oiapoque, estado do Amapá, assim como as possíveis estratégias de cuidado apresentadas pelos próprios indígenas. Apoiando o protagonismo e a construção coletiva, previstos nas políticas, buscando subsidiar o planejamento e avaliação das ações de saúde.

PERCURSOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo descritivo, baseado em um modelo metodológico etnográfico, realizado com povos indígenas pertencentes às Terras Indígenas Uaçá, Juminã e Galibi, no município de Oiapoque, estado do Amapá. Este município está situado à 600km da capital Macapá, fazendo fronteira com a Guiana Francesa. Possui uma população estimada em 27.270 habitantes, destes cerca de 7000 são indígenas, pertencentes a quatro grupos étnicos, os Galibi Marworno, Galibi Kaliña, Karipuna e Palikur. Estão distribuídos entre as terras indígenas Uaçá, Juminã e Galibi e presentes em cerca de mais de 40 aldeias (IBGE, 2020; Brasil, 2020).

Os povos indígenas de Oiapoque em relação aos seus aspectos socioculturais se distanciam e se assemelham em diferentes aspectos. Ao longo dos anos criaram conselhos e Associações, como a Associação dos Povos Indígenas do Oiapoque (APIO), onde discutem as situações vivenciadas e suas necessidades em conjunto, fortalecendo-se politicamente. Os Galibi Marworno e os Karipuna que são os grupos étnicos mais expressivos são falantes da mesma língua o *Kheuol* ou *patuá* enquanto que os Galibi Kaliña mantem sua língua materna, mas também falam o *patuá* e os Palikur falam *Arawak*, contudo a maioria deles é poliglota, falantes, além da sua língua, o português e o francês e a língua dos “parentes” (Vidal, 2007).

A pesquisa foi realizada durante a execução de atividades de educação e assistenciais – com as equipes de saúde indígena; de pesquisa e de extensão, registradas através de diário de campo e vídeos. Estas atividades tiveram início no ano de 2016, a partir de um convite do Conselho Distrital de Saúde Indígena – CONDISI, para apoiar a realização de ações voltadas ao consumo de álcool entre povos indígenas. Após a submissão e aprovação do projeto de pesquisa elaborado a partir das propostas dos indígenas os pesquisadores se inseriram executando atividades de capacitação, rodas de conversa, teatro do oprimido e outras ações de educação em saúde nos anos de 2017 e 2018.

Ademais foram realizadas entrevistas semiestruturadas com indígenas, num total de 14 pessoas, pertencentes aos quatro diferentes grupos étnicos. A inclusão se deu por demanda aleatória, condicionado ao aceite e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, após convite formal realizado por uma das pesquisadoras, a qual realizou as entrevistas em momento e horário oportunos, as quais foram gravadas e tiveram duração média de 45 a 50 minutos.

Tabela 1. Caracterização dos indígenas entrevistados, 2018.

Etnia	N	Faixa etária	N	Sexo	N
Palikur	2	18 a 29 anos	9	Masculino	7
Galibi Kaliña	1	30 a 49 anos	5	Feminino	7
Galibi Marworno*	8	50 a 59 anos	0		
Karipuna	3	≥ 60 anos	0		
Total			14		

Fonte: Transcrição das entrevistas, 2018.

*Este povo indígena corresponde ao maior contingente populacional no município seguido pelos Karipuna.

As entrevistas foram transcritas “ao pé da letra”, ou seja, foram registradas exatamente as respostas trazidas pelos entrevistados e organizadas em arquivo *word*. Foram também analisados os registros de vídeo e do diário de campo afim de compreender o cenário social de cada grupo através da inserção do pesquisador e do compartilhamento do cotidiano.

A análise e interpretação, foi realizada com base na proposta da hermenêutica dialética que, de acordo com Minayo (2004), a partir dela podemos compreender como, em realidade, a práxis se dá em relação aos discursos dos sujeitos, desta forma podemos interpretar mutuamente “*a linguagem e a práxis*”. A leitura exaustiva e a transcrição pessoal da autora permitiram a criação ou atribuição de códigos primários ou categorias aos achados, e conseqüentemente iniciar a organização das informações coletadas para posterior análise.

As categorias atribuídas de forma indutiva, a partir da organização dos dados e das leituras foram: “saberes e práticas” que buscou estabelecer: as regras e normas que regulam o uso de álcool entre estes povos e o que é aceitável e reprovável ente os espaços e formas de consumo; “significados e ressignificados” atribuídos a estas formas de consumo e ainda, “estratégias de cuidado” tentando descrever o que vem sendo executado e como estas poderiam ser mais efetivas, na perspectiva dos povos indígenas. Ao final foi realizado o que podemos chamar de apropriação onde iniciamos o processo de interpretação dos diferentes sentidos e símbolos presentes nas linguagens, explícitas e escondidas, trazidas pelo conteúdo analisado.

O APROVÁVEL E O REPROVÁVEL NA VISÃO INDÍGENA: RECONHECENDO OS SABERES E PRÁTICAS NO CONSUMO DE BEBIDAS

O estabelecimento de códigos culturais baseados nos “saberes e práticas” pelos povos indígenas apresenta os padrões de normalidade – o que seria aceitável e o reprovável – estabelecidos por eles mesmos, considerando seus modelos organizacionais que estabelecem leis e normas específicas, que regulam, entre outras questões, os espaços sociais e culturais ocupados pela bebida alcoólica e pela bebida tradicional. Esta é uma questão interessante, pois a “bebida tradicional”, o caxixi e o aluá – este último produzido somente pelos povos Galibi Kaliña – não são reconhecidos como e, se distanciam nos discursos, daquilo que é compreendido como bebida alcoólica, que é descrita como a “bebida industrializada” ou “do não indígena”.

Este distanciamento observado entre a bebida alcoólica e a bebida tradicional pressupõe que, na visão dos povos indígenas de Oiapoque, não é o álcool em si que problematiza o consumo, pois beber o caxixi ou o aluá em grandes quantidades nas ações coletivas e festividades é observado não somente como aceitável, mas como um ritual já estabelecido, que normaliza estas práticas coletivas.

Contudo a bebida tradicional já não é mais amplamente consumida e produzida por estes povos, isto se dá em momentos específicos e o fato de as bebidas não indígenas serem mais consumidas é percebido como uma espécie de afastamento cultural, o que também pode ser compreendido como um espaço de resignificação relacionado ao ato de beber. *“Assim porque a maioria assim, agora só usam a bebida industrializada eles não, mais assim tão se afastando mais assim do caxixi, ta se afastando assim da cultura né...não tem mais esse hábito assim de fazer o caxixi, de tomar o caxixi”*. (Indígena 1)

No contexto onde nos inserimos foi possível observar que esses processos de resignificação vão ao encontro de outros padrões ou hábitos de vida inseridos nos territórios indígenas, por exemplo, os trabalhos assalariados que estipulam horários a serem cumpridos e reduzem o tempo para a produção da bebida por algumas famílias e aumentam as chances de acesso e consumo de bebidas industrializadas, isso onera menos tempo e garante as festas. Inclusive o próprio pajé refere que, em alguns dos rituais de cura realizados faz uso da bebida do não indígena se não houver caxixi pronto, o que também exige tempo. A redução dos espaços de roças e a maior facilidade no acesso, incluindo a inserção de comércio nas aldeias, clandestinos ou não, também contribuem com estas mudanças.

O uso do caxixi, há alguns anos tem sido substituído pelo consumo de bebidas “industrializadas”, em acordo com os povos indígenas isso tem acontecido, na maioria das

aldeias, nos últimos dez anos. As bebidas industrializadas são mais frequentemente utilizadas, nos espaços festivos, sendo observado ainda o consumo da bebida tradicional, principalmente pelos mais velhos e nos eventos culturais como apresentações em escolas, no *Turé* e nos rituais xamânicos.

O que é apresentado pelos indígenas como aceitável, tem a ver com as regras que regulam o quando, onde e por quê beber, fazendo referência, principalmente ao uso das bebidas tradicionais em espaços festivos, como o *Turé* e em outros rituais, incluindo os de cura realizados pelo pajé, como o *xitotó*, por exemplo, assim como as atividades comunitárias de limpeza das roças e mutirões de trabalho (Figura 1). Aquilo que é aceitável possui um espaço na organização sociocultural instituída por estes povos, ou seja, não causa conflitos, traduz questões culturais, se insere respeitando um grupo de normas elencadas no processo de vivência e nos modos de organização das sociedades indígenas neste território.

Pensando nestas questões organizacionais, podemos perceber que algumas normas são estipuladas pelas lideranças e devem ser seguidas, como por exemplo, o ato de não beber durante a semana, a não ser que seja em algum espaço permitido como um mutirão – *maiuhi* - ou abertura de roças. “*No sábado e domingo né...não pode tomar durante a semana. É, é proibido*”. (Indígena 3). Estes dois momentos se constroem a partir da socialização da bebida alcoólica, seja ela tradicional ou industrializada, o desenvolvimento destes trabalhos é regado pela bebida, que é observada por eles como uma espécie de “estimulante” e, ao mesmo tempo, uma forma de agradecimento, aqueles que apoiam a realização da atividade.

Quando questionados sobre os motivos de usar a bebida nas roças, por exemplo, tivemos algumas respostas como a que segue:

Pra estimular o trabalho, entre aspas né, estimular o trabalho, porque o caxixi ele é o seguinte[pausa] além dele te dar energia pra trabalhar, ele te faz ter o mesmo efeito que a bebida tem no nosso organismo, muitas vezes, aquela sensação de alegria, de disposição pra fazer as coisas. Se associa isso ao fator da energia que ele dá, o próprio caxixi né. (Indígena 6)

Dentre os demais lugares de consumo descritos pelos povos indígenas desta região podemos elencar os seguintes espaços: “dia do índio, festas festivas, *Turé*, rituais, apresentações fora da aldeia, natal e ano novo, aniversários, semana cultural nas escolas, festa da padroeira, torneios de futebol, encerramento de reuniões e confraternizações, pajé, fins de semana”. É

como por exemplo a” desestruturação familiar, abandono escolar e do trabalho” e termos como “alcoólatra e bêbado”. Beber fora da aldeia, também é uma prática reprovável, pois permite o julgamento externo e isso não cabe aqueles que não reconhecem os aspectos culturais dos povos indígenas, criando estereótipos desnecessários.

Considerando a redução na produção e consumo da bebida tradicional, há substituição por outras bebidas, estimulados pelo maior acesso a recursos financeiros, por meio de trabalhos remunerados na educação e saúde, por exemplo, e do comércio da produção de farinha e pimenta, que facilitam a compra. Foram descritas a “cachaça, vinho, vodka, caipirinha, cana, tatuzinho, whisky e 51” como sendo as bebidas mais consumidas atualmente. O consumo de bebidas alcoólicas permite, portanto, uma espécie de *status*. O acesso aos bens de consumo inseriu, também, a “cerveja” neste leque, permitindo a refrigeração desta bebida, pois alguns comércios e famílias possuíam refrigeradores e freezers. Inseridas, também, nas festas de igreja que antes eram regadas a caxixi.

As festas da igreja católica, as quais reverenciam santos, são espaços dúbios – vistos como aceitáveis e reprováveis - devido a um processo de ressignificação destes eventos e, pelo que pudemos observar, pela inserção do pensamento protestante nestes territórios. Considerados por muitos, atualmente, como um momento problemático de consumo, o qual há alguns anos tem substituído a bebida tradicional pela industrializada. Além disso há uma preocupação recorrente nos discursos com o uso das bebidas não indígenas pelos mais jovens, incluindo crianças. Ao passo que alguns ainda veem as festas de igreja, católica neste caso, como um espaço cultural, ao qual foram atribuídos novos sentidos no processo de colonização e assimilação estabelecidos ao longo dos séculos.

Estas festas, atualmente são regadas a bebidas industrializadas e tem uma longa duração, o que está relacionado à disponibilidade de bebida, algumas festas podem durar semanas ou até a bebida acabar. O consumo de outras bebidas tem gerado algumas situações que causam essa dupla interpretação, como por exemplo as brigas e outras situações de violência, questões que violam as regras de convivência e organização social. Pensando neste contexto observamos uma especificidade relacionada ao Povo Palikur, que tem cerca de 90% de sua população evangélica, e a religião prega a abstinência necessária para o alcance de Deus e das graças, desta forma, o consumo de álcool é pouco observado como problemático entre este grupo étnico.

De maneira geral, os espaços de consumo que geram grandes violências são tratados como problemáticos por quase todos os entrevistados e, também, na avaliação dos vídeos e

registros de campo, realizados nas ações de educação em saúde. Então, o limite não está relacionado à uma quantidade específica de bebida, mas sim ao “bem-viver” e ao estabelecimento de um convívio saudável e amigável entre as famílias pertencentes ao grupo. Com o objetivo de não “quebrar as regras”, pensando que, na aldeia, somente são permitidos o consumo e a comercialização durante os fins de semana, muitos indígenas bebem, durante a semana, no município vizinho. Isto acontece com maior frequência entre os Karipuna e outros grupos residentes em áreas que estão mais próximas do município.

Dentre as diferentes estratégias de cuidado, assim vamos chamar as práticas relacionadas ao cuidado e controle dos “problemas” relacionados ao consumo do álcool entre os povos indígenas de Oiapoque, temos apontadas por estes povos como estratégia prioritária o reconhecimento e cumprimento pela população às regras estabelecidas dentro desta sociedade. A pessoa responsável por este controle, assim como no estabelecimento destas normas, é o cacique e outras lideranças, como os mais velhos e conselheiros. Eles são referenciados como “exemplo” e, quase sempre, é “ele quem resolve”, o cacique.

É a figura do cacique quem irá regular onde se pode beber – geralmente no espaço familiar, ou naqueles espaços ditos como aceitáveis; quando beber – muito comumente o consumo é permitido nos fins de semana; e as regras de comercialização, sendo que em alguns locais a venda também é proibida, o que gera uma espécie de comércio clandestino. “...no caso, que eu to sabendo agora, tem que fiscalizar o barco antes de sair daqui, porque tem muita bebida lá”. (Índigena 7). Aqui o indígena se refere ao comércio ter sido proibido em determinada aldeia e com a manutenção dos problemas relacionados com o uso de álcool neste local se estabeleceu uma nova “lei” com base na fiscalização dos barcos antes de saírem da cidade.

Quando o uso é visto como problemático, cabe ao cacique, conselheiros e demais lideranças reunirem-se para avaliar, julgar e punir, se necessário aqueles que descumpriram as regras. Outros espaços são vistos como apoiadores nesse processo de regulação, dentre eles a igreja evangélica, que tem se inserido de forma mais intensa em quase todas as aldeias. Apesar de pregarem a abstinência, alguns indígenas referem que ainda existem espaços de consumo, dentre eles na própria aldeia, “escondidos” e na cidade. “[...] geralmente o pessoal da aldeia quando chegam no Oiapoque se mata em beber. Bebe, bebe a modo aí que não enxerga bebida na vista deles”. (Índigena 12)

A igreja evangélica desenvolve um forte papel de controlador em relação ao consumo de álcool, considerando o que prega o protestantismo, quem se vincula a igreja não pode consumir bebidas alcoólicas e muitas famílias que vivenciam problemas têm buscado apoio na conversão. Estar mais próximo de Deus possibilita o distanciamento da bebida, assim como de outros aspectos culturais como as crenças nas práticas médicas tradicionais e a forte influência das festas realizadas pela igreja católica desde a colonização. E o protestantismo que antes era predominantemente Palikur tem tomado um espaço importante entre os demais grupos étnicos e já está presente em todas as aldeias.

Além da igreja evangélica a FUNAI ainda é descrita como instituição de apoio - mesmo não estando mais presente de forma direta nos territórios; visto que, por muitos anos, em seus postos, geralmente localizados nas entradas das aldeias, fiscalizava com afinco o ingresso de bebidas alcoólicas nas terras indígenas. A polícia somente é acionada quando a situação é extremamente grave e não há apenas como o cacique intervir.

Os “castigos e punições” estipulados pelo cacique e lideranças ainda são as estratégias descritas como mais eficientes pelos indígenas e observadas como sendo a primeira alternativa no enfrentamento de alguma situação problema identificada a partir do consumo de álcool. Estas punições podem ser diferentes e são determinadas em acordo com a gravidade do que é apresentado ao cacique. Vão desde uma limpeza na comunidade ou faxina como eles chamam, onde executam serviços que, por muitas vezes são realizados por um grupo, sozinhos. O uso do *cubahi* e das prisões, como o Encruzo, proporcionam a vergonha e a exposição das pessoas para que as mesmas repensem o que fizeram e sofram com os julgamentos externos, no caso dos demais indígenas que circulam pela aldeia. A expulsão do território só é utilizada como estratégia em último caso.

Algo interessante apresentado pelos indígenas e que também foi observado durante os processos de inserção no território aponta a dificuldade de os profissionais desenvolverem ações com foco nas situações geradas pelo consumo do álcool. A maioria dos indígenas referiu não existirem atividades que abordem este tema ou eram muito esporádicas e fomos procurados por alguns profissionais e conselheiros para que pudéssemos desenvolver algo voltado ao tema. Os agentes indígenas de saúde (AIS), assim como os caciques são considerados exemplos, então se o AIS bebe ele não pode, nem tem propriedade para falar sobre o assunto.

Para além disso as ações desenvolvidas por grupos de fora são quase em sua totalidade, vistas com bons olhos. Pelo que observei tem a ver com a “novidade”, existe uma maior

valorização do conhecimento externo, de profissionais de fora e também uma sensação boa de movimento quando se recebe uma visita de pessoas externas. Isso também traz maior segurança aos profissionais que, por muitas vezes sentem-se invasivos, no sentido de distanciarem-se de qualquer intervenção que envolva problemas relacionados ao uso de álcool, afinal isso é coisa do cacique, das lideranças, da FUNAI, da igreja, da polícia.

Questão importante trazida pelos indígenas, ainda em relação as ações de educação em saúde, tem a ver com o fortalecimento de estigmas, reconhecidos por eles, quando se participa de atividades relacionadas ao consumo do álcool, propostas pelos profissionais. O que também tem a ver com os temas escolhidos e citados nas tais “palestras”. Pois se são palestras sobre “alcoolismo” e na aldeia ninguém se observa como “alcoólatra/alcoolista”, nem tem “problema” com o álcool, portanto, é desnecessário se fazer presente ou, ainda, se houver a participação nestes espaços os indígenas acabariam sendo considerados “alcoólatras”. Isso pode ser perfeitamente observado na fala seguinte, quando questionado sobre as atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde em seu território sobre o tema:

Hummm, pra falar a verdade, essa questão disso aí eu nunca presenciei, de nenhum profissional de saúde realizando palestra da questão da bebida alcoólica, informando. Até porque, eu acho assim, na comunidade onde eu vivo se for conversar sobre...aaa eu vou dar uma palestra sobre bebida alcoólica..pode ter certeza que ninguém vai aparecer.” Eu acho que é assim, eles não gostam quando tu vai dar lição, tipo assim, tu ta dando lição de moral...a ele ta falando isso porque prejudica isso e isso. Eles não querem nem saber! (Índigena 2)

O QUE A LITERATURA TEM NOS DITO SOBRE O ASSUNTO

O beber exagerado nem sempre está relacionado ao consumo problemático. Deste modo, podemos dizer que não existe uma medida específica que quantifique o que é reprovável enquanto ato de beber. (DIAS, 2013) O que vai ao encontro do que Souza et al. (2007) encontrou quando avaliou o uso de um instrumento de medida padronizado por estudiosos, que categoriza alguém como “alcoolista ou dependente”, e que só reforça que não podemos generalizar as abordagens relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas entre povos indígenas, mas sim buscar estabelecer ações relacionadas as especificidades sócio culturais de cada povo indígena.

Ainda assim alguns estudos tentam constituir, a partir de critérios quantitativos, uma categorização para identificar usuários de álcool “dependentes” entre povos tradicionais. O que não nos parece interessante, tampouco resolutivo, vista a necessidade da distinção entre os conceitos de “alcoolismo” e alcoolização ou, ainda, da “desconstrução do conceito de alcoolismo” apresentada por Souza e Garnelo (2006) quando propõem, enquanto pesquisadores, definir propostas metodológicas ao desenvolver sobre este objeto de estudo no âmbito da saúde indígena.

Algo importante a refletirmos, em relação ao trabalho desenvolvido aqui, é que, estamos falando especificamente de quatro povos indígenas, em três territórios específicos, e devemos considerar, também, que no Brasil possuímos um grupo gigantesco de povos indígenas – mais de 300 povos reconhecidos, falantes de mais de 270 idiomas. O que fortalece a necessidade de pensarmos a ampla diversidade sociocultural e levar em conta que seus modelos organizacionais se diferem, inclusive entre o mesmo grupo étnico, muitas vezes distribuídos em diferentes territórios, em regiões diversas, inserindo-os em contextos muito distintos. (ACIOLI, 2013; IBGE, 2020; ISA, 2018) Ou seja, precisamos considerar esta heterogeneidade também quando pensamos construir propostas relacionadas aos contextos de consumo de álcool.

O uso de bebidas alcoólicas é muito comum, nos territórios indígenas, nos processos de construção do coletivo como na construção de espaços comuns, mutirões de limpeza e cuidados com o território, trabalhos na roça, entre outros. (SOUZA e GARNELO, 2013; DIAS, 2013) A bebida, nestes contextos, desenvolve diferentes papéis como citado nos resultados e reforçado por Quiles (2013) que retrata o “valor simbólico”, do uso do álcool nestes momentos entre os Bororo, relacionando o consumo à manutenção do corpo aos longos e cansativos períodos de trabalho e a necessidade de dispender um maior esforço físico, o que também pode ser observado entre os povos indígenas de Oiapoque inseridos neste estudo, tratam-se de rituais de consumo ainda preservados, porém ressignificados no sentido de substituir, em alguns momentos o tipo de bebida utilizada.

Os eventos, como as festas de culto aos padroeiros da igreja católica e datas comemorativas como natal e ano novo, por exemplo, que foram instituídas de forma gradativa nos contextos territoriais indígenas, também são espaços de consumo considerados aceitáveis (SOUZA e GARNELO, 2013; DIAS, 2013) Contudo o consumo exagerado de bebida, em especial nas festas de igreja tem sido observado, em alguns momentos como problemático ou

“indesejável”, como assinalado por Dias (2013, p 119). O que nos parece ter a ver com o tipo de bebida consumida e os desfechos gerados pelas longas bebedeiras – afinal as festas de igreja duram dias ou semanas e se bebe “sempre visando o fim da bebida” – mas, também tem a ver com o julgamento pentecostal, considerando a ampliação dos grupos evangélicos nestes territórios, entre todos os grupos étnicos. Trata-se de um olhar “externo”, neste caso da igreja evangélica, reproduzido pelos próprios indígenas.

O fato das bebidas tradicionais estarem sendo substituídas, ao longo dos anos, pelas bebidas não indígenas, principalmente a cachaça tem sido cada vez mais evidenciada e descrita entre outros grupos populacionais em outros territórios. Entre os povos indígenas do Uaçá o evento já havia sido reportado por Dias (2013, p.120) porém esta mudança reflete em uma “embriaguez bastante acentuada”, o que pode estar relacionado ao percentual alcoólico dos produtos utilizados. Ao passo que as longas bebedeiras se mantêm em momentos específicos, inclusive os ritualísticos, porém com base em substâncias diferentes – o caxixi sendo substituído pela cachaça. Esta substituição já foi observada tomando um espaço de ressignificação, onde os povos indígenas se adaptam culturalmente a novas formas de vida.

Dentre elas a inserção em espaços de trabalho remunerados, como vimos entre os povos aqui estudados e que acaba por definir maior acesso a bens de consumo, incluindo neste rol as bebidas alcoólicas industrializadas, energia elétrica e refrigeradores, que permitem, inclusive, que a cachaça seja substituída pela cerveja, situação que tem transformado os modos de consumo. (QUILES, 2013; DIAS, 2013; FERNANDES, 2013; SOUZA et al. 2013) O acesso acaba gerando, inclusive, um certo *status*, porém o consumo ainda se dá, principalmente, no coletivo; dificilmente vemos alguém bebendo sozinho, o que sim parece algo que não faz parte do contexto e pode evidenciar situações problemáticas.

Porém, entre muitos povos, estas mudanças, ao longo do tempo, nos modos de beber, podem já não ser explicadas, pura e simplesmente, por especificidades culturais. (LANGDON, 2013) Fernandes (2013) reforça que não podemos, porém, focar apenas no tipo de bebida consumida, mas nas alterações nos contextos de consumo e suas repercussões no ato social de beber. Estas transformações tendem a trazer consequências nem sempre positivas observadas pelos povos indígenas, as violências geradas, por exemplo, são algo incluído no ramo das reprovações porque tendem, principalmente, a desestruturar as relações sociais e os modelos organizacionais instituídos por estes povos.

Existe uma preocupação especial com o ato de beber sozinho, o qual implica inclusive na caracterização estigmatizadora do “alcoólatra” e outros termos pejorativos, muitas vezes reproduzidos pelos próprios indígenas, como num processo de apropriação das normas e condutas ditadas pelos colonizadores e não indígenas. Existe uma intensa preocupação com o olhar externo e como o ato de beber sozinho se replica, em especial, nos momentos de visita às cidades, esta inquietação se intensifica. (LANGDON, 2013; SOUZA e GARNELO, 2013; DIAS, 2013; GHIGGI Jr e LANGDON, 2014; OLIVEIRA et al., 2017)

Oliveira et al. (2017) quando dividiu em três categorias analíticas – individual, coletiva e familiar – os diferentes contextos de consumo de bebidas alcoólicas, instituiu a partir destas dimensões os diferentes aspectos negativos relacionados a cada modo. No âmbito individual se sobrepõe a preocupação descrita acima e o ato de “beber até cair” e as implicações sobre o sujeito, incluindo os comportamentos agressivos, quedas, insolações e acidentes, assim como as doenças adquiridas como hipertensão, diabetes e infecções sexualmente transmissíveis. O que tem relação com o que foi apontado pelos povos aqui referenciados.

As dimensões familiares e comunitárias também geram situações problemáticas, a partir do consumo de álcool antigas desavenças e desentendimentos podem vir à tona e desencadear diferentes violências, como contra a mulher, família em geral e contra indivíduos da comunidade ou de outras famílias. Kunitz & Levi (1994), em pesquisa desenvolvida entre os Navajo, apontaram como possíveis fatores protetivos questões relacionadas com as “responsabilidades familiares, de saúde, à religião e aos laços comunitários” (LANGDON, 2013, p.30), reforçando as situações problemáticas que circundam o beber sozinho.

Quando trazemos para a discussão as práticas de cuidado observadas e descritas pelos povos indígenas de Oiapoque podemos dizer que algo importante e que perpetua tem a ver com os modelos de controle social instituídos pelas lideranças, onde se estabelecem as regras de consumo. Estes processos são hierarquizados e quando não seguidos geram punições que devem ser instituídas como uma espécie de exemplo a não ser seguido pelo restante da comunidade. Contudo o ato de burlar essas “leis” tem se reproduzido de forma constante, incluindo a criação de espaços de consumo problemático, como fora da aldeia, e comércios clandestinos de álcool (ACIOLI, 2013; DIAS, 2013; SOUZA et al., 2013)

Esses modelos foram instituídos partindo de regras autoritárias da FUNAI, a qual estava exercendo controle direto nos territórios indígenas e se balizava na legislação, que proíbe, até os dias de hoje, o comércio de bebidas alcoólicas aos povos indígenas. A lei 6001 de 1973 é

substancialmente antiga e foi criada com base na instituição da tutela, vivenciada à época pelos povos indígenas no Brasil, porém, destituída com a Constituição de 1988, mas mantendo a legislação que soa como discriminatória e desrespeitosa até a atualidade com foco no reducionismo baseado na abstinência como resolução dos problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas.

Hoje toma espaço, e se fortalece, com a saída da FUNAI dos territórios de forma integral, as igrejas evangélicas, que são reconhecidas como espaços importantes de controle dos problemas causados pelo consumo problemático de bebidas alcoólicas nas terras indígenas. O foco na abstinência como garantia de aproximação de Deus e resolução dos problemas é cada vez mais evidenciado entre povos tradicionais, o que Rivera aponta como novos sentidos atribuídos as estruturas que apoiam a prática médica, considerando a igreja como um novo “saber médico”, ou seja, que interfere ou apoia nos processos de cuidado nestes contextos. (VALLVERDÚ, 2003; GIGGHI Jr e LANGDON, 2014; RIVERA, 2015)

Os espaços de educação em saúde, devido a estas muitas interfaces que se relacionam com as diferentes implicações e modos de beber, parecem ser um fator limitante aos profissionais de saúde no desenvolvimento de ações. Para além da necessidade do entendimento destes contextos, existe uma dificuldade em se estabelecer, partindo dos modelos de formação biomédica, relações com estas diferentes interfaces, assim como com a manutenção do protagonismo indígena no processo de construção do cuidado, reconhecendo as diferentes dimensões socioculturais no consumo de bebidas alcoólicas (MACIEL et al., 2012; GHIGGI JR & LANGDON, 2014; SOUZA, 2013; MENDES et al., 2020).

Não é de se estranhar que, em alguns territórios, lideranças tomam para si este papel de educador. O que pode ser extremamente resolutivo e traz reflexões importantes a partir das perspectivas dos próprios indígenas a partir de seus percursos e transformações acerca do consumo do álcool e de como isso interfere em suas vidas, positiva e negativamente, buscando soluções que fazem sentido. O trabalho desenvolvido pelos povos Mbyá-Guarani com o propósito de levar aos seus as “boas palavras” carregadas por seus guias espirituais os “*Xondaro marãgatu*” e os *Karai*, representando os especialistas médicos tradicionais e os líderes espirituais, respectivamente, com o objetivo de construir ou reconstruir o que eles caracterizaram como “bem-viver” indígena. (Ferreira, 2013) Estes espaços de construção coletiva atribuem maior significado ao que é desenvolvido e conseqüentemente tendem a ter maior impacto àqueles que o significam e ressignificam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O consumo de bebidas alcoólicas entre os povos indígenas inseridos no estudo, possui diferentes conotações e abre precedente para perspectivas diversas em relação ao seu consumo, as quais dependem de que relações se estabelece e que consequências são produzidas no âmbito social. O que foi percebido como mais importante em relação ao que pode ser reprovável tem a ver com a desestruturação dos modelos organizacionais instituídos entre cada grupo, independente do grupo étnico e dos resultados que as “desobediências” podem gerar no espaço coletivo. Os modos de beber e os diferentes impactos gerados precisam ser compreendidos como ato social e são, diretamente influenciadas pelo contexto.

Estas questões parecem fortalecer a proposta da formulação de políticas específicas como no caso da Política de Atenção à Saúde Mental dos povos indígenas, mas ainda assim, considerando o tempo de implantação e, a manutenção dos problemas relacionados a este eixo, a política não tem dado conta, o que nos leva a pensar na sua não implementação e, conseqüentemente, na não consideração das especificidades e no estabelecimento do protagonismo indígena no estabelecimento de ações e monitoramento destas. A estruturação da política em si não garante os direitos e o alcance dos objetivos previstos a partir do desenvolvimento de suas diretrizes, considerando que ela não tem sido implementada, ou seja, posta em prática.

Pensando na abordagem vinculada ao conceito de alcoolização precisamos observar, não somente o que se estabelece como negativo, mas também, o consumo aceitável e que faz parte da constituição social e cultural destes grupos; como os espaços de confraternização e festas, usos ritualísticos, independente se com foco na cura ou na manutenção do equilíbrio entre os seres humanos e da natureza, que estão relacionados com a cosmologia dos povos indígenas. Buscando uma perspectiva ampliada no que se refere ao desenvolvimento de práticas de cuidado, incluindo aqui as de autoatenção já estabelecidas pelos povos indígenas, mas nem sempre reconhecidas pela biomedicina.

Estes movimentos dinâmicos de ressignificação cultural que conduzem a outras formas de experienciar o consumo de bebidas alcoólicas entre povos indígenas precisa ser uma discussão protagonizada pelos próprios povos e compreendida por aqueles que desenvolvem o trabalho entre eles. De maneira geral as estratégias de cuidado desenvolvidas pelos povos

indígenas são observadas como eficientes por eles. Contudo, o tempo todo, é ressaltada a necessidade em buscar apoio para lidar com algumas situações observadas como problemáticas.

Evidenciando o que os povos indígenas observam sobre as práticas profissionais desenvolvidas nos territórios enfocam na necessidade de se constituir um processo de continuidade das ações. Devem ser mais frequentes, não possuir abordagem direta no “alcoolismo”, devem lidar com aquilo que faz parte da realidade vivenciada no território, assim como o contexto deve ser considerado o tempo todo, buscando, em especial a determinação dos problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas entre estes povos.

As relações de contato, estabelecidas ao longo dos séculos, influenciam de certa forma nos diferentes modos de beber, porém não podemos reduzir os povos indígenas no sentido de generalizar suas práticas de consumo de bebidas alcoólicas, pois isso se dá e se deu, de diferentes formas, gerando diferentes impactos, entre os povos indígenas brasileiros. Igualmente o reducionismo biomédico não deve prevalecer, mas sim deve atuar de forma conjunta com os aspectos levantados a partir do olhar antropológico e do conceito de alcoolização.

Deve ser a junção de todos os aspectos, considerando desde os impactos epidemiológicos, relacionados aos danos causados pelo consumo reprovável de bebidas alcoólicas. Agrupando, então as problemáticas que norteiam os aspectos patológicos e fisiológicos, mas também os sócio antropológicos. Com certeza este não é um exercício simples. Principalmente no âmbito da saúde onde os processos formativos têm um foco ampliado na biomedicina, mas é necessário, à medida que inserimos as práticas biomédicas em espaços étnicos diversos com os territórios indígenas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.Acioli MD. Tomar uma fuga: metáforas sobre o contexto do social e econômico da alcoolização Pankararu. In: Souza, MLP. de (Org.) Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais. Editora FioCruz. Rio de Janeiro, 2013.
- 2.Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2^a.ed. Brasília: MS. FUNASA, 2002.
- 3.Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2759 de 25 de outubro de 2007: Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o comitê gestor. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Características do Distrito Sanitário Especial Indígena do Amapá e Norte do Pará, 2018.
<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/28/Caracterizacao-DSEI-Amapa-Chamada-Publica-n-02-2017.pdf> Acesso em: 10 nov. 2018.
5. Dias LF. Consumo de bebidas alcoólicas entre os povos indígenas do Uaçá. In: Souza MLP. de (Org.) Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais. Editora FioCruz. Rio de Janeiro, 2013.
6. Fernandes JA. Cauinagens e Bebedeiras: os índios e o álcool na história do Brasil. In: Souza, MLP. de (Org.) Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais. Editora FioCruz. Rio de Janeiro, 2013.
7. Ferreira LO. As boas palavras Mbyá-Guarani como caminho para a redução do uso de bebidas alcoólicas. In: Souza MLP, organizador. Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.
8. Fundação Nacional do Índio. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Secretaria de Atenção à Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. I Oficina sobre Povos Indígenas e Necessidades Decorrentes do Uso do Alcool: cuidado, direitos e gestão: Relatório executivo. Brasília, 2018. Disponível em:
http://www.funai.gov.br/arquivos/conteudo/cogedi/pdf/Outras_Publicacoes/Relatorio_Geral_Oficina_Povos_Indigenas_Alcool/Relatorio_Geral_Oficina_Povos_Indigenas_Alcool.pdf
9. Garnelo L. & Pontes AL. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012.
10. Gighi Jr., A. Langdon, EJ. Reflexões sobre estratégias de intervenção a partir do processo de alcoolização e das práticas de autoatenção entre os índios Kaingang, Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(6):1-10, jun, 2014.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Município de Oiapoque: População – estimativas 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ap/oiapoque/panorama> Acesso em: 18 de março de 2020.
12. Instituto Socioambiental (BR). Povos Indígenas do Brasil. ISA; 2006-2010. Disponível em: <www.socioambiental.org.br>. Acesso em: 03/04/2018.
13. Kunitz SJP. Levy JE. Drinking Careers: a twenty-five-year study of three Navajo populations. New Haven, London: Yale University Press, 1994.
14. Langdon EJ. LANGDON, Esther Jean. O que beber, como beber e quando beber: O contexto sociocultural no alcoolismo entre as populações indígenas. In: Anais do Seminário sobre Alcoolismo e DST/AIDS entre os Povos Indígenas (pp. 83-97). Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2001.

- 15.Langdon EJ. O abuso de álcool entre os povos indígenas no Brasil: uma avaliação comparativa. In: Souza, MLP. de (Org.) Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais. Editora FioCruz. Rio de Janeiro, 2013.
- 16.Maciel SC, Oliveira RCC, Melo JRF. Alcoolismo em Indígenas Potiguara: Representações Sociais dos Profissionais de Saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2012, 32(1), 98-111.
- 17.Mendes AM, Leite MS, Langdon EJ, Grisotti M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2018; 42:184.
- 18.Mendes AM et al. Representações e práticas de cuidado dos profissionais da saúde indígena em relação ao uso de álcool. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(5):1799-1808, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n5/1413-8123-csc-25-05-1809.pdf>
- 19.Menéndez EL. El proceso de alcoholización: revisión crítica de la producción socioantropológica, histórica y biomédica en América Latina. *Cuaderno de la Casa Chata* 57:61-94,1982.
- 20.Menéndez EL. Etnografía y Alcoholismo: la construcción metodológica de um problema. IN: Prácticas e ideologías “científicas” y “populares” respecto del “alcoholismo” en México. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Ciesas. México, 1992.
- 21.Menendez EL. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1):109-118, 2016.
- 22.Menendez EL. Morir de alcohol : saber y hegemonía médica / Eduardo L. Menéndez. - 1a ed ampliada. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2020. Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo. Salud colectiva. Spinelli, Hugo; 7). Disponível em: <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/download/8/19/38-2?inline=1>
- 23.Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- 24.Oliveira RC, Nicolau BF, Levine A, Mendonça AVM, Videira V, Vargas AMD, Ferreira EF. “Tihik quando bebe Kaxmuk não tem pai, nem mãe, nem irmão”: Percepções sociais das consequências do uso da cachaça no povo indígena Maxakali/MG/Brasil. *Cien Saude Colet* (2017/Nov).
- 25.Quilles MI. In: “Mansidão do fogo”: aspectos etnopsicológicos do comportamento alcoólico entre os Bororo. In: Souza MLP. de (Org.) Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais. Editora FioCruz. Rio de Janeiro, 2013.
- 26.Rivera CDP. La mala Hora: Articulaciones en el pluralismo médico de agricultores precordilleranos Aymaras Chilenos. Tese Doctoral. Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona, 2015.

- 27.Souza, Maximiliano Loiola & Garnelo, Luiza. Desconstruindo o alcoolismo: notas a partir da construção do objeto de pesquisa no contexto indígena. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.* IX, 2, 279-292. Jun/2006.
- 28.Souza, Maximiliano Loiola & Garnelo, Luiza. Quando, como e o que se bebe: o processo de alcoolização entre populações indígenas do alto Rio Negro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(7):1640-1648, jul, 2007.
- 29.Souza MLP. Da prevenção de doenças à promoção da saúde: reflexões a partir da questão do uso de bebidas alcoólicas por indígenas. In: Souza MLP, organizador. *Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013. p. 108-26.
- 30.Souza MLP & Garnelo L. Quando, como e o que se bebe: o processo de alcoolização entre povos indígenas do Alto Rio Negro, Brasil. In: Souza, MLP. de (Org.) *Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais*. Editora FioCruz. Rio de Janeiro, 2013.
- 31.Souza MLP. Deslandes SF. Garnelo L. Modos de vida e modos de beber de jovens indígenas em um contexto de transformações. In: Souza, MLP. de (Org.) *Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais*. Editora FioCruz. Rio de Janeiro, 2013.
- 32.Vallverdú J. Religión, Política y Construcción Étnica en Chiapas, México. *Revista Arxius de Ciències Socials*. N9. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona, 2003.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Parece importante iniciarmos evidenciando, como limitação no processo de construção e desenvolvimento deste projeto, as dificuldades vinculadas às questões bioéticas, onde o tempo, entre a construção, submissão e aprovação de um estudo envolvendo povos indígenas, por muitas vezes torna-se inimigo do objeto, pois neste caso o objeto passou a não fazer mais tanto sentido e foi substituído pelo objetivo de pleitear o ingresso na universidade. Esta questão perpassa também pelo lugar de fala da pesquisadora que se pautava e era visualizado pelos povos indígenas de diferentes formas: alguns ainda me viam como enfermeira, outros como professora da universidade e, ainda como coordenadora de curso e membro de conselho. Estes diferentes olhares, constituídos sobre mim, permitiram construir espaços de potencialidade e, ao mesmo tempo, limitar o desenvolvimento de algumas coisas que haviam sido propostas neste estudo, incluindo aqui o trabalho de campo em sua integralidade.

O objetivo desta tese foi o de discutir, a partir de diferentes perspectivas, os saberes e práticas envolvidos no uso de bebidas alcoólicas entre povos indígenas no município de Oiapoque, Amapá e sua implicação no cuidado. Para tanto buscamos observar e descrever os diferentes olhares que permeiam o desenvolvimento destas estratégias de cuidado, dentre eles os dos profissionais de saúde indígena e dos povos indígenas, sob a ótica das políticas específicas instituídas para o desenvolvimento da atenção à saúde desta população e do conceito de alcoolização.

As políticas de saúde indígena contemplam as necessidades e especificidades que devem ser levadas em conta, quando pensamos o processo de construção da assistência à saúde destes povos, porém sua implementação ainda é frágil e morosa e não sustenta, de maneira integral, suas diretrizes. Sua proposta de atenção diferenciada, com objetivo de atender as peculiaridades sócio culturais e reduzir as iniquidades em saúde, ainda necessita ser fortalecida e caminha a passos lentos, pois os indicadores de saúde apresentados pelos povos indígenas ainda representam uma ampla desigualdade em relação a todos os demais segmentos populacionais. Há avanços evidentes, mas ainda temos diretrizes que precisam ser fortalecidas dentre elas a articulação entre os diferentes saberes médicos e a formação dos profissionais para exercer suas funções nestes territórios.

A política de saúde mental, também vem com a mesma proposta, compreender os contextos de inserção e propor ações em acordo com as expectativas e aspectos socioculturais específicos dos povos com quem se irá trabalhar, considerando o protagonismo indígena no planejamento, monitoramento e avaliação das ações propostas. Incluindo o consumo de bebidas alcoólicas como um importante problema de saúde pública entre os povos indígenas. É importante refletir sobre como a efetivação de uma proposta política é dependente da outra, ou seja, para que se efetivem o que está previsto na política de saúde mental é necessário que sejam postas em práticas as diretrizes da política de atenção à saúde, concomitantemente.

Trouxemos para o desenvolvimento do trabalho a proposta de análise do objeto partindo do conceito de alcoolização, o qual extrapola o reducionismo biomédico que pauta o “alcoolismo” como um agravo unicausal, com sinais e sintomas fisiopatológicos que, quase sempre, se caracterizam pela dependência. Compreendemos a necessidade em entender os modos de beber com maior amplitude, porém isso nem sempre é trabalhado, por exemplo, no âmbito da formação dos profissionais. Desenvolver competências culturais que deem conta das tamanhas especificidades socioculturais que circundam o ato de beber entre povos indígenas seria primordial a estes profissionais inseridos no contexto indígena.

E quando nos propomos a discutir o que representa e como estes profissionais desenvolvem ações voltadas ao uso problemático de álcool podemos ressaltar que os processos formativos desenvolvidos pelo distrito ou pela SESAI não produzem esta contextualização ou aproximação com as questões culturais. E a base para a construção do cuidado, mantém-se focada nas condutas biomédicas e, aquilo que é observado como problema, passa pelos conceitos estruturados, ao longo da construção pessoal, de cada profissional. São indivíduos inseridos em um contexto de atuação diverso, porém sustentados por seus próprios conceitos e formados a partir das bases médico centradas, algo que não é simples de ser desconstruído.

Ou seja, de alguma forma, por muitas vezes, desmerecem o protagonismo indígena e os saberes e práticas que deveriam fundamentar as estratégias de cuidado implementadas nos territórios, em acordo com a proposta política. Importante reforçar que não buscamos culpabilizar nenhum dos profissionais que se dispôs a falar sobre suas práticas e sobre seu entendimento em relação a situação do consumo do álcool entre os povos indígenas, mas sim, problematizar a necessidade de olharmos de forma diferenciada para esta situação visando a construção de novos saberes o que impactaria de forma positiva no processo de cuidado.

Contudo, outra questão importante a ser levantada a partir da perspectiva dos profissionais e, também observada entre os indígenas, é a necessidade em se explorar melhor os diálogos que visem a construção coletiva. Algo muito forte estabelecido em relação ao consumo de álcool entre povos indígenas e que foi estruturado a partir da inserção da FUNAI são as regras e normas que devem ser seguidas no consumo de bebidas alcoólicas. Estas regras são formuladas pelos Caciques e demais lideranças e o descumprimento destas gera uma desordem que será punida em acordo com estas normas.

O que quero dizer é que, em alguns momentos os profissionais não se sentem seguros para atravessar esta linha tênue entre quem e quando se deve falar sobre este tema. Percebo que existe um desconforto de ambos os lados. Dos caciques de já não conseguem manter, em muitos momentos a ordem que gostariam e, ao mesmo tempo dos profissionais por não conseguirem espaço para tratar sobre o assunto. É constante na fala dos indígenas a percepção da necessidade em haver mais e de forma mais constante atividades que tratem deste tema, mas isso precisa ser desenvolvido em conjunto com eles; buscando atender suas próprias percepções de problemas e não com foco no conceito e na palavra “alcoolicismo”. Até porque eles não têm interesse em manter termos pejorativos como estes sendo reproduzidos, inclusive dentro dos territórios.

Pensar “o que, onde, quando e porquê” bebem, no caso dos povos indígenas aqui estudados é algo bastante complexo pois, apesar de em muitos aspectos se assemelharem e se organizarem socialmente em conjunto, através de grandes conselhos e associações. Também possuem algumas características que os distinguem como a língua, situação geográfica, aspectos culturais, organizacionais e religiosos. Porém, de maneira geral, seus modos de beber também se assemelham, com algumas especificidades mais destacadas entre os povos Palikur. Isso pode ser uma limitação importante para os resultados encontrados neste estudo pois, apesar de ter lidado com todos os grupos étnicos, ele não foi desenvolvido em todos os territórios o que poderia trazer outras questões para lidarmos em relação ao tema, o que necessita ser aprofundado.

Questão interessante que precisa ser ressaltada entre os Palikur é que, historicamente, foram “catequisados” pela religião protestante e são, em sua maioria, evangélicos, religião que tem se disseminado fortemente nos últimos anos entre os demais grupos étnicos e tem refletido, na fala dos indígenas, em uma solução interessante para os problemas gerados pelo uso de

álcool, o que não quer dizer que estes povos não consumam bebidas alcoólicas, mas os problemas são evidenciados em menor proporção, ao menos pelo que podemos observar neste estudo em específico. A atuação dos grupos protestantes nestes territórios poderia ser melhor analisada posteriormente, trazendo como foco estes atores e estes contextos para um estudo específico, para que possamos compreender melhor como se dá este processo.

Dentre aquilo que os povos indígenas consideram aceitável, em relação às práticas de uso de bebidas alcoólicas, os momentos festivos, de construção coletiva e comunitária, incluindo a manutenção das roças e da própria aldeia, são espaços que, de maneira geral, não causam problemas. Devido às mudanças em relação ao tipo de bebida consumida – antes o caxixi e agora a bebida industrializada – alguns destes momentos não é observado, por toda a sociedade como algo saudável ou bom, incluindo aqui as festas de padroeiros, realizadas pela igreja católica.

Mas existe, atrelado à esta ideia, um discurso vinculado ao protestantismo que se fortalece entre estes povos e toma um lugar de fala importante quando o uso de álcool se torna problemático. O foco na abstinência como oferta para a aproximação de Deus tem se tornado uma estratégia interessante de cuidado entre estes povos e a igreja evangélica tem tomado um papel de apoiador neste sentido, tanto para os indígenas como para os profissionais de saúde.

Aquilo que é observado como reprovável interfere no processo organizacional e extrapola aquilo que está regulamentado. Isto, assim como a mudança no tipo de bebida utilizada, é visto como uma espécie de distanciamento cultural por eles mesmos. Esta falência, observada em alguns momentos, do “antigo” modelo de organização social pautado nas antigas regras da FUNAI e mantidas na atualidade, pressupõem a necessidade de maior instrumentalização destas lideranças para abordarem o tema de outras formas, buscando essa aproximação de saberes e a manutenção do protagonismo indígena.

Questão interessante a ser destacada é a que o consumo problemático não está atrelado a uma medida quantitativa. Beber muito e por longos períodos nem sempre gera situações problema e o beber exagerado, por muitas vezes, é seguido por outro longo período de abstinência. Porém, algumas situações como as violências tem trazido preocupação, pois o consumo de outras bebidas, que não o caxixi, tem causado desfechos reprováveis e passíveis de punição. Alguns processos de transformação sociais e econômicas, incluindo as formas de trabalho, têm sido evidenciados como fator predisponente a esta transição sobre o tipo de bebida consumida.

Nos parece que as representações sobre os modos de beber, assim como os saberes e as práticas desenvolvidas, perpassam por questões socioeconômicas e culturais e são influenciadas de forma direta pelo contexto onde estes povos estão inseridos, e isto tem se dado num processo contínuo e dinâmico de mudanças. E, não reconhecer estas dinâmicas, tem influenciado de forma negativa na construção de estratégias de cuidado que caminhem ao encontro daquilo que é visualizado como problema por estes povos.

Numa perspectiva de superação destes espaços problemáticos de consumo, conseguimos observar a necessidade em unir os pontos de vista biomédicos e antropológicos, no sentido de se complementarem enquanto reguladores na construção de estratégias mais eficientes de cuidado, pensando e considerando, todos os aspectos culturais e sociais mas, relativizando estes múltiplos significados e (re)significados atribuídos ao consumo de bebidas alcoólicas ao longo dos séculos.

Neste caso o reconhecimento do conceito de alcoolização e consequentemente das lógicas culturais, pertencentes a este território e a análise dos modos de beber partindo do pressuposto antropológico de que, nem todo contexto de consumo influencia de forma negativa nos processos sociais e, reconhecendo o beber como ato social, seria instrumento para gerir os meios terapêuticos e a construção do cuidado no consumo problemático de álcool e o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos neste processo.

REFERÊNCIAS

- 5º Conferência Nacional de Saúde Indígena: Desafios demais, debates de menos. Revista RADIS. Rio de Janeiro. FIOCRUZ; 2014.
- ACIOLI MD. Tomar uma fuga: metáforas sobre o contexto do social e econômico da alcoolização Pankararu. In: Souza, MLP. de (Org.) Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais. Editora FioCruz. Rio de Janeiro, 2013.
- ANDRADE HM (Org.) Turé dos Povos Indígenas do Oiapoque. Museu do Índio. Funai. 2009.
- BASTA PC. ORELLANA JDY. ARANTES R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: Garnelo L, Pontes AL (Org.) Saúde Indígena: Uma introdução ao tema. Série Via dos Saberes nº 5. Brasília. Unesco; 2012.
- BEUD S. WEBER F. Guia para pesquisa de campo. Produzir e analisar dados etnográficos. Editora Vozes. Petrópolis, RJ, 2007.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ª.ed. Brasília: MS. FUNASA, 2002.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 2759 de 25 de outubro de 2007: Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o comitê gestor. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. Características do Distrito Sanitário Especial Indígena do Amapá e Norte do Pará, 2018. <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/28/Caracterizacao-DSEI-Amapa-Chamada-Publica-n-02-2017.pdf> Acesso em: 10 nov. 2018.
- CARDOSO MD. Políticas de Saúde Indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. In: Langdon EJ, Cardoso MD. Saúde Indígena: Políticas comparadas na América Latina. Florianópolis. Ed.UFSC; 2015.
- CHAVES MBG. CARDOSO AM. FERREIRA SMB. Problemas relacionados ao uso de álcool entre indígenas Guarani no estado do Rio de Janeiro: uma experiência de abordagem terapêutica integrada. In: Souza, MLP. de (Org.) Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais. Editora FioCruz. Rio de Janeiro, 2013
- DIAS LF. Consumo de bebidas alcoólicas entre os povos indígenas do Uaçá. In: Souza MLP. de (Org.) Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais. Editora FioCruz. Rio de Janeiro, 2013.
- FERNANDES JA. Cauinagens e Bebedeiras: os índios e o álcool na história do Brasil. In: Souza, MLP. de (Org.) Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais. Editora FioCruz. Rio de Janeiro, 2013.
- FERREIRA LO. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. História, Ciências, Saúde. Rio de Janeiro. 2013; 20(1): 203-219.
- FERREIRA LO. As boas palavras Mbyá-Guarani como caminho para a redução do uso de bebidas alcoólicas. In: Souza MLP, organizador. Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013. p. 195-211.

FERREIRA LO. Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. In: Langdon EJ, Cardoso MD. Saúde Indígena: Políticas comparadas na América Latina. Florianópolis. Ed.UFSC; 2015.

FORTE ECN, PIRES DEP, TRIGO SVVP, MARTINS MMFPS. A hermenêutica e o software ATLAS.TI: União promissora. Texto Contexto Enferm, 2017; 26(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e0350017.pdf>

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. I Oficina sobre Povos Indígenas e Necessidades Decorrentes do Uso do Álcool: cuidado, direitos e gestão: Relatório executivo. Brasília, 2018. Disponível em: http://www.funai.gov.br/arquivos/conteudo/cogedi/pdf/Outras_Publicacoes/Relatorio_Geral_Oficina_Povos_Indigenas_Alcool/Relatorio_Geral_Oficina_Povos_Indigenas_Alcool.pdf

GADAMER H-J. Verdade e método: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Tradução de Flávio Paulo Meurer. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

GALLOIS DT. GRUPIONI, DF. Povos Indígenas no Amapá e Norte do Pará: quem são, onde estão, quantos são, como vivem e o que pensam? Instituto Iepé, 2003.

GARNELO L, MAQUINÉ A. Financiamento e gestão do subsistema de saúde indígena: considerações à luz dos marcos normativos da administração pública no Brasil. In: Langdon EJ, Cardoso MD. Saúde Indígena: Políticas comparadas na América Latina. Florianópolis. UFSC; 2015.

GARNELO L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: Garneiro L, Pontes AL (Org.). Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasil. SECAD; 2012.

GHIGGI Jr, A. LANGDON, EJ. Reflexões sobre estratégias de intervenção a partir do processo de alcoolização e das práticas de autoatenção entre os índios Kaingang, Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(6):1-10, jun, 2014.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2014.

GRUND JPG, KAPLAN CHD, DE VRIES M. Rituales de regulación: el consumo controlado e incontrolado de las drogas en el marco natural. En: La cultura de las drogas en la sociedad del riesgo. Heather N, Wodak A, Nadelmann E, O'Hare P. Publicaciones Grup Igia. Barcelona, 2004. Disponível em: <http://www.grupigia.org/wp-content/uploads/CulturaDrogas.pdf>

INSTITUTO DE PESQUISA E FORMAÇÃO INDÍGENA (IEPÉ). Uasei, o livro do açaí: saberes do povo Karipuna. Fonte, AN (Org.). São Paulo: Iepé - Instituto de Pesquisa e Formação Indígena, 2015.

INSTITUTO DE PESQUISA E FORMAÇÃO INDÍGENA (IEPÉ). Peixes e Pesca Conhecimentos e Práticas entre os Povos Indígenas do Baixo Oiapoque, Amapá. Laval P & Vidal L (Org.). São Paulo: Iepé - Instituto de Pesquisa e Formação Indígena, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Os Indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Brasília. IBGE; 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf> Acesso em: 03/04/2017.

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Município de Oiapoque: População – estimativas 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ap/oiapoque/panorama> Acesso em: 18 de março de 2020.
- INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). Povos Indígenas do Brasil. ISA; 2006-2010. Disponível em: <www.socioambiental.org.br>. Acesso em: 03/04/2018.
- JUNQUEIRA C. Antropologia Indígena: uma introdução. História dos Povos Indígenas no Brasil. EDUC/ PUC-SP. São Paulo, 2002.
- KUNITZ SJP. LEVY JE. Drinking Careers: a twenty-five-year study of three Navajo populations. New Haven, London: Yale University Press, 1994.
- LANGDON EJ. O que beber, como beber e quando beber: O contexto sociocultural no alcoolismo entre as populações indígenas. In: Anais do Seminário sobre Alcoolismo e DST/AIDS entre os Povos Indígenas (pp. 83-97). Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2001.
- LANGDON EJ. O abuso de álcool entre os povos indígenas no Brasil: uma avaliação comparativa. In: Souza, MLP. de (Org.) Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais. Editora FioCruz. Rio de Janeiro, 2013.
- LANGDON EJ. Os diálogos da antropologia com a saúde: Contribuições para as políticas públicas em saúde indígena. In: Langdon EJ, Grisotti M. Políticas Públicas: Reflexões antropológicas. Florianópolis. Ed.UFSC; 2016.
- LITTLE PE. Territórios e Povos Tradicionais do Brasil: Por uma Antropologia da Territorialidade. Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, 2002.
- MACIEL SC. OLIVEIRA RCC. MELO JRF. Alcoolismo em Indígenas Potiguara: Representações Sociais dos Profissionais de Saúde. Psicologia Ciência e Profissão, 2012, 32(1), 98-111.
- MARTORELL-POVEDA MA, MARTINEZ-HERNAÉZ A, CANCELLER-MAICAS N, CORREA-HURQUIZA M. Self-care strategies for emotional distress among young adults in Catalonia: a qualitative study. International Journal of Mental Health Systems, 2015; 9:9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4363191/>
- MELO MF. Hermenêutica e dialética: Gadamer e Habermas na metodologia das Ciências Sociais. Revista Angolana de Sociologia, 10; 2012, p.11-20.
- MENDES AM et al. Representações e práticas de cuidado dos profissionais da saúde indígena em relação ao uso de álcool. Ciência & Saúde Coletiva, 25(5):1799-1808, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n5/1413-8123-csc-25-05-1809.pdf>
- MENDES AM. BASTOS JL. BRESAN D. LEITE MS. Epidemiologic situation of tuberculosis in Rio Grande do Sul: an analysis about Sinan's data between 2003 and 2012 focusing on indigenous peoples. Rev Bras Epidemiol. Jul-Set; 2016; 19(3): 658-669.
- MENDES AM. LEITE MS. LANGDON EJ. GRISOTTI M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2018; 42:184.
- MENÉNDEZ EL. El proceso de alcoholización: revisión crítica de la producción socioantropológica, histórica y biomédica en América Latina. Cuaderno de la Casa Chata 57:61-94,1982.

- MENÉNDEZ EL. Etnografía y Alcoholismo: la construcción metodológica de um problema. IN: Práticas e ideologias “científicas” y “populares” respecto del “alcoholismo” en México. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Ciesas. México, 1992.
- MENENDEZ EL. Morir de alcohol: saber y hegemonía médica / Eduardo L. Menéndez. - 1a ed ampliada. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2020. Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo. Salud colectiva. Spinelli, Hugo; 7). Disponível em: <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/download/8/19/38-2?inline=1>
- MENENDEZ EL. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1):109-118, 2016.
- MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MINAYO MC de S. (org.) Deslandes SG. GOMES R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 28ªed. Editora Vozes. Petrópolis, RJ, 2009.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. Relatório Final: Análise dos dados. Rio de Janeiro. Ministério da Saúde; 2009.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. DSEI Amapá e NortedoPará. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/25/Dsei-Amapa.pdf> Acesso em 18/4/2016.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Relatórios do Conselho Nacional de Saúde: Relatórios das Conferências de Saúde Indígena. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm> Acesso em: 13/01/2016.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. I Oficina sobre povos indígenas e necessidades decorrentes do uso do álcool: cuidado, direitos e gestão. Relatório final. MS/SESAI. 2018.
- NEVES DP. Alcoholismo: acusação ou diagnóstico? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(1):7-36, jan-fev, 2004.
- OLIVEIRA RC. NICOLAU BF. LEVINE A. MENDONÇA AVM. VIDEIRA V. VARGAS AMD. FERREIRA EF. “Tihik quando bebe Kaxmuk não tem pai, nem mãe, nem irmão”: Percepções sociais das consequências do uso da cachaça no povo indígena Maxakali/MG/Brasil. *Cien Saude Colet* (2017/Nov).
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Declaração de Alma Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS; 6-12 de setembro de 1978.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *Renewing Primary Health Care in the Americas*. Washington DC. Opas; 2007.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Folha informativa: Álcool. 2019. Disponível em: [OPAS/OMS Brasil - Álcool \(paho.org\)](http://opas.org.br/pt-br/temas/alcool) Acesso em: 13/04/2020.

PEDRANA L. TRAD LAB. PEREIRA LMG. TORRENTÉ MON. MOTA SEC. Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2018; 42:e178.

QUILLES MI. “Mansidão do fogo”: aspectos etnopsicológicos do comportamento alcoólico entre os Bororo. In: Souza MLP. de (Org.) *Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais*. Editora FioCruz. Rio de Janeiro, 2013.

RIVERA CDP. *La mala Hora: Articulaciones en el pluralismo médico de agricultores precordilleranos Aymaras Chilenos*. Tese Doctoral. Departamento de Antropologia, Filosofía y Trabajo Social. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona, 2015.

ROMANÍ O. Alcohol, sociedade y cultura. *Revista Jano: Medicinas e Humanidades*. Barcelona, 1993.

SHANKLAND A. TOLEDO ME. BARBOSA A. BITTENCOURT MF. Brazil Country Report: Indigenous Health and Vulnerability Monitoring Systems. Part of UNICEF’s RTMMV Global Study. Institute of Development Studies (IDS) UNICEF; 2012 Dec.

SOUSA MCde. SCATENA JHG. SANTOS RV. O Sistema de Informação à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. *Cad. Saúde Pública*, 23(4):853-861. Rio de Janeiro. 2007 abr.

SOUZA ML e GARNELO L. Desconstruindo o alcoolismo: notas a partir da construção do objeto de pesquisa no contexto indígena. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.* IX, 2, 279-292. Jun/2006.

SOUZA MLP. GARNELO L. Quando, como e o que se bebe: o processo de alcoolização entre populações indígenas do alto Rio Negro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(7):1640-1648, jul, 2007.

SOUZA LG. SANTOS RV. COIMBRA Jr.CEA. Estrutura etária, natalidade e mortalidade do povo indígena Xavante de Mato Grosso, Amazônia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(Supl. 1):1465-1473.

SOUZA MLP. GARNELO L. Relativismo Cultural e Uso de Álcool: Contribuições a partir do campo da saúde indígena. IN: Alarcon, S; Jorge, MAS (Org.). *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*. Rio de Janeiro: FioCruz, 2012.

SOUZA MLP e GARNELO L. Quando, como e o que se bebe: o processo de alcoolização entre povos indígenas do Alto Rio Negro, Brasil. In: Souza, MLP. de (Org.) *Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais*. Editora FioCruz. Rio de Janeiro, 2013.

SOUZA MLP. Da prevenção de doenças à promoção da saúde: reflexões a partir da questão do uso de bebidas alcoólicas por indígenas. In: Souza MLP, organizador. *Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais*. Rio de Janeiro: Editora FioCruz; 2013. p. 108-26.

SOUZA MLP. DESLANDES SF. GARNELO L. Modos de vida e modos de beber de jovens indígenas em um contexto de transformações. In: Souza, MLP. de (Org.) *Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais*. Editora FioCruz. Rio de Janeiro, 2013.

TASSINARI, A. M. I. *No bom da festa: o processo de construção cultural das famílias Karipuna do Amapá*. Edusp, São Paulo, 2003.

VALLVERDÚ J. Religión, Política y Construcción Étnica en Chiapas, México. Revista Arxius de Ciències Socials. N9. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona, 2003.

VERDUM R. Nota Técnica nº 187. Os direitos indígenas na Cipoal da Transparência. Brasil. INESC; 2015.

VIDAL, L. Povos Indígenas do Baixo Oiapoque: o encontro das águas, o encruzo dos saberes e a arte de viver. Museu do Índio, Instituto Iepé. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global status report on alcohol and health 2018. Geneva. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health topics: Alcohol. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/alcohol#tab=tab_1 Acesso em: 06/03/2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Version: 09/2020. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> Acesso em 10/11/2020a.

APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Me chamo Anapaula Martins Mendes, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina e docente da Universidade Federal do Amapá- Campus Oiapoque. Você está sendo convidada(o) para participar da pesquisa sobre **“Representações sobre uso de bebidas alcoólicas entre Povos Indígenas na região de Oiapoque, fronteira Franco-Brasileira no Estado do Amapá.”**, que tem como objetivo geral compreender os processos sociais e os significados envolvidos no uso de bebidas alcoólicas entre povos indígenas no município de Oiapoque, estado do Amapá. A proposta se baseia especificamente em investigar como, quando e onde os povos indígenas dos Polos Base Kumarumã e Manga fazem uso de bebidas alcoólicas e que significados este uso traz para esta população. O que queremos investigar, portanto é porquê, onde e como fazem o uso de bebidas alcoólicas e como isto é vivenciado por vocês. Queremos compreender o que há de positivo e negativo envolvendo o uso de bebidas alcoólicas dentro de suas aldeias e que bebidas vocês fazem uso atualmente (se a feita por vocês ou a comprada/industrializada). E ainda, se as situações que vocês observam como problemáticas quando se faz o uso de bebidas alcoólicas podem ser “tratadas ou minimizadas” através de intervenções dentro do próprio território indígena e que ações seriam estas.

Para o desenvolvimento do trabalho a pesquisadora irá passar um tempo nas aldeias Manga e Kumarumã e neste período serão feitas visitas aos Pajés, lideranças e outros curadores identificados pela comunidade, pois iremos realizar algumas entrevistas ou conversas com estas pessoas, como neste momento com você; iniciando esta conversa sempre pela apresentação da proposta do projeto, mesmo ela já tendo sido divulgada para toda a aldeia antecipadamente. Para além da(s) visita(s) a(s) sua(s) casa(s) visitaremos a(s) escola(s) onde conversaremos com os professores e elencaremos as turmas de alunos que farão parte de uma atividade lúdica, através de desenhos, que nos apresentarão uma noção de entendimento da situação pelas crianças. Serão realizadas também, rodas de conversa sobre o assunto com toda a comunidade e iremos discutir as datas e horários com as lideranças. Essas atividades acontecerão quando a

pessoa achar conveniente e poderá ser usado o gravador, desde que me seja permitido. Deve ficar claro que esses procedimentos não são agressivos ou nocivos à vida e que o gravador só será utilizado se houver a sua permissão e que o principal objetivo em seu uso é o de poder traduzir da maneira mais correta possível o que for dito pelo entrevistado. Nenhuma das atividades fornece risco aos participantes e todas as informações coletadas serão utilizadas apenas para fins acadêmicos, não sendo expostos os nomes dos entrevistados em nenhuma ocasião.

Qualquer dúvida a respeito do trabalho pode ser retirada comigo (pesquisador); assim como se você tiver o desejo em se retirar da pesquisa você poderá sair sem qualquer dano. As dúvidas podem ser retiradas pessoalmente ou através de email ou contato telefônico que seguem abaixo:

Pesquisadora: Anapaula Martins Mendes

Telefone: (96)981299307 / **Email:** anapsosa@hotmail.com

Endereço: Rod. Br 156, 3051, Coordenação de Enfermagem/Campus Binacional Oiapoque, Bairro Universidade, Oiapoque – AP.

Outra pessoa que poderá apoiar na retirada de dúvidas e esclarecimentos sobre o projeto é minha orientadora a Dra. Marcia Grisotti, no Departamento de Ciências Sociais – Coordenação da Pós-graduação em Sociologia/Universidade Federal de Santa Catarina, Bloco H (CFH-3º piso), Campus Universitário – Trindade, Florianópolis-SC; email: girsotti@fastlane.com.br.

Reafirmo que todas as informações fornecidas durante a pesquisa serão mantidas em sigilo, garantindo a sua privacidade não apontando ou descrevendo o nome de qualquer participante. Também garanto que não há qualquer custo para você(s). Os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não, sendo que os dados coletados serão utilizados para a confecção da tese e de artigos e outros materiais de divulgação, como livros, relatórios, pôster, resumos, etc. Previamente à apresentação da tese os dados coletados serão apresentados à população indígena onde foi realizada a pesquisa.

Sendo assim, conhecendo os propósitos da pesquisa, gostaria de saber se concordam em participar. Caso concordem será necessária a assinatura no consentimento que segue abaixo.

A. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

“Representações sobre o uso de bebidas alcoólicas entre Povos Indígenas na região de Oiapoque, fronteira Franco-Brasileira no Estado do Amapá.”

Pesquisadora e doutoranda: Anapaula Martins Mendes

Orientadora: Profa. Dra. Marcia Grisotti

Coorientadora: Profa. Esther Jean Langdon

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e que recebi, de forma clara e objetiva, todas as explicações sobre o projeto. Também fui informado de que não há qualquer despesa para mim ou qualquer outra pessoa da comunidade envolvida na pesquisa.

Foi garantido pela equipe de pesquisa que as informações que irão coletar serão guardadas em sigilo e que apenas os resultados finais da pesquisa serão divulgados e que os nomes das pessoas participantes não serão revelados nesta divulgação. Ninguém além dos pesquisadores terá acesso às minhas informações particulares. Estou ciente também de que a qualquer momento posso retirar outras dúvidas que eu venha a ter em outro momento com a equipe de pesquisa.

Minha participação é voluntária e posso deixar de participar a qualquer momento se assim for a minha vontade sem qualquer prejuízo ou penalidade. Vou receber uma cópia do termo para que possa guardar comigo e rever quando pensar necessário.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Concordo e autorizo gravar minha entrevista: () sim () não.

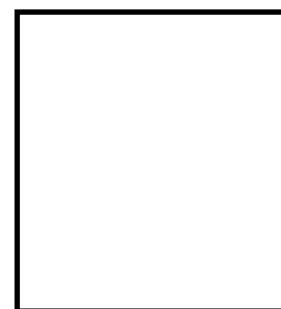
Oiapoque,de.....de 201 .

Aldeia: _____

Nome por extenso: _____

Assinatura*⁴: _____

Assinatura pesquisador _____



⁴ (Caso o entrevistado não tenha condições de assinar, será, após a leitura do termo e certificação de seu entendimento sobre o projeto, pega sua digital e a assinatura de uma testemunha).

APÊNDICE II – Roteiros de Entrevista

ROTEIRO DE ENTREVISTA – INDÍGENAS

Importante: a entrevista será identificada com a inicial “I” de indígenas e enumerada em ordem de aplicação.

Vamos iniciar a gravação e o Sr(a) irá dizer qual sua etnia, idade, e aldeia onde reside ou de onde veio.

QUESTÃO 1: Fale um pouco sobre como você percebe o uso de álcool entre o seu povo.

QUESTÃO 2: Em que lugares ou em que momentos os indígenas do seu povo fazem uso de substância alcoólica? Que bebidas são usadas?

QUESTÃO 3: Você pensa que o uso de álcool causa problemas nos territórios indígenas? De que tipo? Fale sobre alguma situação que você já presenciou.

QUESTÃO 4: Seu povo produz algum tipo de bebida tradicional? Qual? Quando vocês a usam?

QUESTÃO 5: Que ações são realizadas pelos profissionais de saúde em relação ao uso de álcool nas aldeias? Você pensa que são boas estratégias?

QUESTÃO 6: E seu povo se utiliza de alguma forma específica para lidar com os problemas que aparecem com o uso de álcool na sua aldeia?

QUESTÃO 7: Você observa que estas ações produzem efeitos? Tem alguma experiência para contar? Pensa que existe alguma estratégia que seja melhor e que, atualmente, não seja utilizada?

ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Importante: a entrevista será identificada com a inicial “P” de profissional e enumerada em ordem de aplicação.

Vamos iniciar a gravação e o Sr(a) irá dizer qual sua profissão, idade, quanto tempo trabalha com povos indígenas e quanto tempo trabalha com os povos indígenas de Oiapoque.

QUESTÃO 1: Fale um pouco sobre como você percebe o uso de álcool entre os povos com quem você trabalha.

QUESTÃO 2: Você percebe que o uso de álcool causa problemas nos territórios indígenas? De que tipo? Fale sobre alguma situação do seu cotidiano já vivenciada.

QUESTÃO 3: Em algum momento você observa como NÃO problemático o uso de álcool entre indígenas? Quando?

QUESTÃO 4: Os povos com quem você trabalha produzem algum tipo de bebida tradicional? Qual? Quando eles a usam?

QUESTÃO 5: Que ações são realizadas pelos profissionais de saúde em relação ao uso de álcool nas aldeias? Pode falar da sua experiência, se tem dificuldades para abordar o tema, se vê a necessidade de abordagens específicas...

QUESTÃO 6: E os povos indígenas com que você trabalha se utilizam de alguma conduta específica para abordar esta situação?

QUESTÃO 7: Você observa que estas ações produzem efeitos? Tem alguma experiência para contar? Pensa que existe alguma estratégia que seja melhor e que, atualmente, não seja utilizada?

APÊNDICE III – Carta resposta ao CCPIO

*Recebido
24/07/2018
Tere Elito dos Santos
Presidente CCPIO*

*Recebido
24/07/2018
Tere Elito dos Santos
Presidente CCPIO*

Oiapoque, 20 de julho de 2018.

Em resposta ao Anexo do Ofício 182/CCPIO/2018, datado de 17 de julho de 2018, com a descrição do parecer para pesquisa em Terra Indígena de Oiapoque.

Parecer n° 001/CCPIO/2018 – Referente a pesquisa intitulada: “Saberes e práticas no uso de bebidas alcoólicas entre povos indígenas na Fronteira franco-brasileira, estado do Amapá” coordenada e desenvolvida pela Prof. Anapaula Martins Mendes, segue resposta:

1. A autorização da FUNAI foi feita somente para a Terra indígena Uaçá. Não especifica as comunidades, embora sejam definidas na metodologia do projeto.

RESPOSTA: A pesquisadora não tem domínio pelas descrições feitas nos documentos pela FUNAI Brasília, porém se a análise do processo se deu a partir dos documentos regulamentados pela Instrução Normativa 01/95, acredito que a autorização tenha sido baseada na descrição do local de estudo ou campo de observação apresentada pelo Projeto de Pesquisa encaminhado à FUNAI: aldeias Manga e Kumarumã, somente. Portanto reconheço que existem limites quando eles descrevem que a Terra Indígena onde irei ingressar é a Uaçá, assim reconhecendo seu território, eticamente me proponho a atender aquilo que propus metodologicamente e me foi autorizado pelos povos indígenas em questão; e isso com certeza será avaliado pela FUNAI posteriormente, considerando que temos que encaminhar um relatório das atividades desenvolvidas pelo pesquisador após a finalização da pesquisa. Assumo, portanto a responsabilidade em atender somente o que foi descrito no projeto, efetuando nova apreciação e submissão em caso de avaliação da necessidade de expandir a outros territórios.

Porém, se houver necessidade de maiores esclarecimentos acerca deste documento acredito que a FUNAI Brasília poderá ser consultada e seria interessante que houvesse uma manifestação das instâncias locais no sentido de aperfeiçoar as informações descritas no documento de autorização, que não somente o nome do projeto, pesquisador, terra indígena e povo a ser vinculada a pesquisa.

2. Documento expedido pela FUNAI para autorização de ingresso na Terra Indígena Uaçá em 06/12/2017 com permissão para o ingresso em TI de 01/07/2018 a 31/03/2019. Não está anexada a autorização das lideranças das comunidades Manga e Kumarumã.

RESPOSTA: Estes documentos foram enviados à FUNAI Brasília conforme descreve relatório de trajetória de construção do projeto. Assim como anexados à submissão a Plataforma Brasil. Enquanto pesquisadora que já desenvolve atividades entre povos indígenas há 14 anos jamais iniciaria uma pesquisa sem a anuência das lideranças indígenas ou sem seu conhecimento estes documentos constam nos anexos do relatório descrito acima.

3. A pesquisadora não apresentou a autorização da FUNAI para uso de imagem, som e imagem e vozes de indígenas, mas cita que isso poderá ser feito durante a coleta de dados.

RESPOSTA: Os documentos solicitados pela FUNAI no ofício 303/2017 foram todos encaminhados via email e correios como requisito para a emissão da autorização de ingresso que se deu somente no dia 07 de dezembro de 2017. Como seguem os documentos anexos ao relatório de trajetória de construção do projeto onde constam cópias dos e-mails trocados e dos documentos anexados. Porém o foco do registro deste projeto está baseado, principalmente, nas anotações em diários de campo que pode ser observado no item “técnicas de análise e coleta de dados”, descrito entre os aspectos metodológicos do projeto de pesquisa.

4. A autorização para ingresso em terra indígena foi expedido ANTES da autorização do CONEP.

RESPOSTA: De acordo com as regulamentações que regem a pesquisa entre seres humanos (466/2012 e 510/2016) e as regulamentações específicas que regem a pesquisa envolvendo povos indígenas (304/2000 e 01/1995) não é necessária a autorização do CONEP para a submissão da autorização da FUNAI e não há nenhum impedimento para que os processos andem concomitantemente: CNPq (parecer de mérito científico), FUNAI (autorização de ingresso em TI) e CEP/CONEP (autorização da execução da pesquisa científica). Neste caso o CONEP solicitou em sua avaliação inicial, no mês de março de 2018, a indexação do documento de autorização da FUNAI.

5. O projeto foi inicialmente submetido ao CONEP em 25/09/2017 NO ENTANTO, após suspensão de todas as pesquisas nas Terras Indígenas do Oiapoque pelo CCPIO em maio de 2018, a pesquisadora em 07 de junho de 2018 acrescentou novas informações sobre o projeto na plataforma Brasil para que fosse submetidas à avaliação pelo CONEP.

RESPOSTA: É importante observar que depois de submetido um projeto a plataforma Brasil não existe a possibilidade de suspendê-lo, apenas de cancelar a submissão e é reconhecido que os trâmites para a avaliação de um projeto de pesquisa que envolve Povos Indígenas requer muito tempo, como pode ser observado somente pelo CEP/UNIFAP foram 5 meses para avaliação e encaminhamento ao CONEP. E seria desrespeitosa com a comunidade com quem me propus trabalhar se eu cancelasse uma submissão e protelasse mais um ano o desenvolvimento da proposta, afinal não haviam sido canceladas as pesquisas somente suspensas e, neste momento, eu não estava, assim como ainda não estou; pois estou tentando seguir com todos os trâmites regulamentadores em respeito aos povos indígenas; executando nenhuma pesquisa. Assim como não foi submetido nenhum documento novo ao processo apenas respondidas e corrigidas demandas solicitadas pelo CONEP. Desta forma acredito não haver nenhuma irregularidade na tramitação, pelo contrário.

6. O TCLE foi alterado, no entanto ainda não contém todas as informações necessárias, sequer comenta algo sobre a tradução do mesmo ou sobre o direito da(a) entrevistado(a) responder em sua língua materna. Faltam demais informações como contato da instituição e/ou pesquisadora e/ou pesquisadora (email e telefone do CEP/UFSC para esclarecimentos) entre outras informações.

RESPOSTA: Considero muito importante e interessante esta proposição do CCPIO e acredito que nem eu, enquanto pesquisadora, nem o CEP/CONEP, enquanto avaliadores não nos atentamos a isto. Penso que é viável e oportuno que o TCLE possa ser aplicado na língua materna Kheuol e que possa ser traduzido para a língua. Aproveito e solicito a orientação/indicação de um indígena que possa apoiar na tradução do documento. Como a proposta da pesquisa é de desenvolver de maneira participativa em conjunto com os profissionais de saúde, acredito que possamos propor aos Agentes Indígenas de Saúde que apoiem na hora da apresentação do TCLE, assim como poderei aproveitar a oportunidade para quem sabe desenvolver um pouco mais a língua Kheuol

que pude conhecer e aprender um pouco quando trabalhei com os povos indígenas de Oiapoque em 2005 e 2006.

Em relação aos contatos acredito que houve uma observação equivocada, pois constam nos parágrafos três (3) do TCLE os contatos da pesquisadora e da orientadora, incluindo telefones e endereços de email e locais de trabalho, assim como no parágrafo seis(6) constam os dados de contato: endereço, telefone e email do CEP/UNIFAP ao qual o projeto foi submetido à avaliação.

7. Não foi apresentado o questionário ou roteiro de entrevistas. E também não está especificado como se dará a coleta de dados mais detalhada feita pela pesquisadora.

RESPOSTA: O projeto não apresenta nenhuma proposta de aplicação de entrevistas ou questionários. Trata-se de uma pesquisa participativa com abordagem etnográfica, onde irei apoiar o desenvolvimento de atividades de prevenção ao uso de álcool e outras drogas em conjunto com a equipe de saúde indígena. De acordo com o que está descrito na proposta de coleta dos dados no projeto através de rodas de conversa, observação participante, capacitação dos AIS, trabalhos nas escolas com professores e alunos, desenvolvimento de teatro fórum entre outras atividades que serão organizadas em conjunto com a equipe de saúde indígena.

Considero a linguagem destes projetos científicos são exageradamente acadêmicas e gostaria de propor que eu possa me reunir em conjunto com representantes do CCPIO e as lideranças da Aldeia Manga, em especial, pois devido à mudança na gestão com a saída do Sr. Luciano os mesmo não tiveram a oportunidade de se inteirar do que realmente foi proposto; para que eu possa então responder a todos os questionamentos relacionados a pesquisa e esclarecer qual a real proposta do projeto.

Desta forma então vocês poderão avaliar se existe ainda a necessidade do desenvolvimento da pesquisa, considerando que já se passaram dois anos da discussão no CONDISI onde a demanda foi trazida pelos povos indígenas como importante para ser trabalhada.

Compreendo que a morosidade no processo pode ter feito com que o objeto da pesquisa – prevenção do uso e abuso de álcool, e outras drogas – não seja mais prioridade ou necessidade entre os povos indígenas de Oiapoque, porém tenho recebido

cobranças de representantes do DSEI e de profissionais questionando quando eu iniciarei as atividades.

APÊNDICE IV – Relatório de descrição da trajetória de construção do projeto.

Recebido
24/07/2018
Soni Elito dos Santos
Caixa de correio mangá

Recebido
24/07/2018
Presidente CCPIO

RELATÓRIO DE DESCRIÇÃO DA TRAJETÓRIA DE CONSTRUÇÃO DO PROJETO:

SABERES E PRÁTICAS NO USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS
ENTRE POVOS INDÍGENAS NA FRONTEIRA FRANCO-
BRASILEIRA, ESTADO DO AMAPÁ.

Anapaula Martins Mendes

Objetivo: descrever as etapas realizadas trazendo maior especificidade e detalhamento na descrição daquilo que foi desenvolvido para que o CCPIO possa apreciar com maior subsídio a proposta do projeto.

TRAJETÓRIA DE CONSTRUÇÃO DO PROJETO

ETAPA 1 – LEVANTAMENTO DA NECESSIDADE DAS AÇÕES E APRESENTAÇÃO AO CONDISI (2º SEMESTRE DE 2016)

Enquanto eu estava apoiando atividades voltadas para a “Articulação de Redes para o cuidado de usuários de álcool e outras drogas” no Projeto REDES da Secretaria Nacional de Álcool e Drogas do Ministério da Justiça fui procurada pelos responsáveis técnicos (RT) do DSEI Amapá e Norte do Pará para discutir a possibilidade da realização de ações voltadas a situação do uso de álcool e saúde mental, de maneira geral, nas Terras Indígenas.

Essa demanda foi trazida inclusive fomentada por documentos do Ministério Público Federal que discutiu em conjunto com os representantes indígenas e DSEI como sendo prioridade entre as ações a serem implementadas nos territórios indígenas de responsabilidade deste Distrito. A época não participei das reuniões com o MPF mas tive acesso às atas durante algumas reuniões de discussão realizadas com os RTs do Distrito.

Solicitei, portanto que pudéssemos pensar ações de prevenção mas que eu tivesse um espaço para apresentar a proposta aos povos indígenas em consulta. Desta forma fui convidada no dia 20 de junho de 2016 para participar da Reunião Ordinária do CONDISI, onde eu e mais dois professores apresentamos algumas propostas de pesquisa e extensão e também fomos convidados a fazer parte da formação dos Conselheiros Distritais, que acabou não acontecendo como previsto, segundo o DSEI por conta de não haver recursos orçamentários.

Nesta reunião do dia 20 eu propus então que após a execução do projeto da Prof. Fernanda, que também trabalha com saúde mental e o uso de álcool e outras drogas, que iniciaria, primeiramente pela aldeia do Manga, com a etnia Karipuna, e que posteriormente poderíamos estender as demais aldeias, inclusive o cacique da Aldeia Kumenê propôs que lá não precisaríamos trabalhar uso de álcool, mas eles teriam outros problemas que poderiam ser abordados como a diabetes e a pressão alta. Assim como outras necessidades foram abordadas como a medicina tradicional, a exemplo.

ANEXA ATA DA REUNIÃO E LISTA DE PRESENÇA

ATA DA SÉTIMA REUNIÃO DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE INDÍGENA DO MANGA

1 Ao vigésimo dia do mês de junho de 2016, no Centro de Formação da Aldeia do Manga
2 no KM 18, no Município de Oiapoque às 8:45h deu início a Reunião do
3 Conselho Local de Saúde Indígena, a secretária do CONDISI fez a composição da
4 mesa chamando: O presidente do conselho Local o Sr. Gilberto Iaparra Coordenadora
5 do DSEI Sra. Vanderbilte Marques, Cacique Luciano da Aldeia do Manga, Elton Anicá
6 representante da FUNAI Oiapoque, Luiz Hermolay da Associação AIKA, e Sergio dos
7 santos Presidente do CONDISI em seguida, todos da mesa deram boas vindas aos
8 presente e ressaltando a importância da reunião em seguida foi desfeito a mesa e
9 secretária Irene junto com o Presidente do Conselho Local apresentaram a pauta da
10 reunião para os Conselheiros Locais que estavam presente onde os mesmos
11 aprovaram a pauta da reunião em seguida o Sr Gilberto solicitou que a Coordenadora
12 fosse a primeira a falar, a mesma se pronunciou falando do pagamento dos Pilotos
13 Fluviais e Serviços Gerais, disse que também que por força de Lei os contratos dos CTU,
14 se estenderam até dezembro/2016, informou que devido a carência de servidores em
15 área teve que cancelar as férias de alguns servidores, em seguida o Cacique Luciano se
16 pronunciou perguntando a Coordenadora se os servidores iriam ter oportunidade de
17 tirar suas férias, onde a mesma respondeu que quem não usufruir das férias irá
18 receber quando da rescisão do contrato, a Coordenadora do DSEI disse que esta a
19 disposição de qualquer pessoa que quiser falar com ela, em seguida leu o Memorando
20 Circular nº. 23/2016, que versa sobre o Dia "D" pelo fortalecimento do Controle Social
21 na Saúde Indígena em seguida foi feito uma pausa para apresentar a equipe de
22 professores da UNIFAP e os mesmos se apresentaram falando do objetivo e explicando
23 da elaboração de projetos de saúde em comunidades indígena de Oiapoque, dando
24 prosseguimento a pauta da reunião a Coordenadora Vanderbilte informou da
25 impossibilidade da reforma da CASAI antiga que esta casa não pertence ao DSEI e está
26 sobre Judi esse foi o motivo de alugar outro prédio para atender os indígenas, e sobre
27 a manutenção de veículos informou que toda compra e manutenção é feita através de
28 licitação e que para uma empresa concorrer terá que esta em dias com toda
29 documentação disse também que todos que quiserem concorrer é só entrarem no site
30 do Governo Federal, quanto ao Óleo 2T, disse que já tinha um processo em
31 andamento mais que não foi homologado e por isso a empresa não se interessou mais
32 em entregar o produto, mais que já está providenciando um novo processo para
33 compra do Óleo 2T, sobre as construções dos Postos do Flecha, Kunanã e Galibi,
34 informou que a Empresa de Oiapoque paralisou as obra alegando o rio que estava
35 seco, onde foi notificada mesmo assim não deu andamento na construção e que

36 trabalha com recurso federal onde o mesmo não pode ficar parado porque o
37 SESANI/Brasília recolhe o recurso, e que já penalizou a empresa e irá fazer uma nova
38 licitação as 10:15 pausa para o lanche as 10:30 retorno e continuando a Coordenadora
39 informa que o DSEI está devendo uma medição onde ainda não foi pago devido a falta
40 de documento que a Empresa não apresentou, e que sobre a nomeação da chefia da
41 CASAI/OIAPOQUE, informou que agora toda nomeação esta passando pela Casa Civil
42 em Brasília e disse que já enviou três nomes para aprovação e que esta aguardando
43 quem vai ser o escolhido para chefiar a CASAI, disse também que a cota de
44 combustível é de 60.000,00 (Sessenta mil) mais que já solicitou aumento para o
45 Secretário em Brasília e que foi aumentado para 70.000,00 (setenta mil) e que a
46 contratação e pagamento de combustível é feito através da SESAI, quero dizer que
47 para cada motor de popa e as lanchas existe um cartão da ticket car, estar vindo para o
48 Oiapoque um servidor para realizar um levantamento em todas as áreas onde temos
49 motor de popa e roçadeira visto que esse combustível esta vindo de Macapá por
50 motivo de não termos posto para fornecer combustível no Oiapoque todos os cartões
51 de combustível quanto aos novos Pólos Base de saúde assim que forem concluídos irá
52 fazer de tudo para equipá-los, Quantos aos equipamentos que pertenciam às aldeias
53 de Oiapoque a Servidora Thelma Gama (Chefe de Patrimônio) informou que foram
54 entregues na época para o Chefe da CASAI, senhor Luiz Otávio onde o mesmo assinou
55 as cautelas, Em seguida a Coordenadora Vanda disse que o Sr. Luiz Otavio foi
56 outorgado pela Coordenadora anterior e que a equipe de endemia e Saneamento não
57 estavam entrando em área porque não tinha malária, o Sr. Coaraci Macial falou sobre
58 as licitações na administração publica que toda vez que se paga uma nota fiscal as
59 pessoas envolvidas recebem propina isso acontece no governo do Estado não estou
60 dizendo que esta acontecendo no DSEI/AP, e fez uma pergunta para Coordenadora
61 Vanda a Senhora confia nos seus engenheiros, hoje no DSEI estou trabalhando com
62 uma equipe reduzida pois só tenho duas pessoas de minha confiança e estou
63 aguardando as portarias de nomeação para forma a equipe completa, o Conselheiro
64 João Colares falou sobre os veículos destinados a CASAI/Oiapoque, as contratações das
65 equipes solicitando uma posição, sobre os abastecimentos as 12:00hs pausa para o
66 almoço, as 14:00hs retorno, continuando com a pauta da reunião, o mesmo lembrou
67 a Coordenadora, a senhora falou que todos iram se surpreender com a sua
68 administração eu anotei na minha agenda reunião do CONDISI em Macapá, a
69 Conselheira Creuza deseja que a Coordenadora desenvolva um bom trabalho, solicita
70 que o novo Chefe da CASAI/OYK seja o Fernando Forte, pois já tem experiência, o que
71 vai acontecer com os profissionais que estão atuando em área pois estão realizando
72 um bom trabalho, disse ainda que o guarda de endemia chegou na sua aldeias
73 querendo que a mesma e a comunidade da aldeia desocupassem as casas para
74 borrifar, não meu amigo hoje não dá para borrifar volte a manhã ele disse amanhã não
75 dá pois tenho que ir embora hoje mais de tanto eu insistir ele concordou que voltaria
76 no outro dia, Em seguida o Técnico de Enfermagem Luiz Cesar da aldeia Santa Izabel
77 quer saber sobre manutenção de veículos e a lancha que esta parada quer saber
78 também sobre a Técnica de Saneamento Cleisse que não esta mais trabalhando no
79 Manga. Em seguida a Coordenadora Vanderbilte solicita que cada cacique faça um

80 levantamento das necessidades de suas aldeias e encaminhe a ela em seguida o
81 cacique Leôncio da aldeia Thawari, falou sobre combustível e que também não tem
82 motor, o Cacique Luciano fez o convite a Coordenadora para que a mesma possa
83 conhecer todos os problemas das áreas indígenas, onde a mesma respondeu que irá
84 percorrer todas as aldeias em julho, solicitou que a mesma tomasse providencias
85 quanto ao combustível guardado na CASAI/OYK antiga, perguntou se tinha como
86 resolver o problema dos carros que transportam combustíveis em resposta a
87 coordenadora informa que quanto à reforma da CASAI antiga a mesma teria que ser
88 do DSEI e quanto à manutenção da CASAI o DSEI tem obrigação de zelar e cuidar do
89 patrimônio e que a ficou mais para deposito do que para alojamento, onde foi
90 interdita pela vigilância sanitária e por esse motivo alugamos outro prédio para
91 alojar os pacientes indígenas, quanto a solicitação de um carro para a aldeia do manga
92 disse que vai ficar um Fiat disponível para fazer deslocamento de paciente quando
93 chegam das aldeias para o posto do manga. Disse também que o Secretário da SESAI,
94 informou que sobre a contratação pode ser através de Conveniadas ou Contrato
95 Temporário da União e que a SESAI esta sendo auditada e que por enquanto foi
96 suspensa todos os processos de contratação inclusive as conveniadas Em seguida
97 Fernando Forte solicita da Coordenadora o que fazer com manutenção dos
98 motores, compra de Hélice e vela, que as lanchas estão paradas sem gasolina para
99 atuar, pois acha que deveria ter uma Empresa de manutenção em Oiapoque, em
100 resposta a Coordenadora informa que a CASAI era como se fosse um prédio
101 descentralizado do DSEI, e que quanto a manutenção predial de todos os postos de
102 saúde o processo está em andamento só esta aguardando a liberação e autorização da
103 SESAI/Brasília e quanto a manutenção e conserto de motor de popa, informou que já
104 esta providenciando um curso profissionalizante para capacitar pilotos e proeiros. Em
105 seguida falou Cacique Ramon da aldeia Santa Izabel, disse que os mini-hospitais que
106 estão sendo concluídos têm que serem contemplados com motor gerador, o cacique
107 Alfredo dos Santos solicitou mais capacitação para AIS. Em seguida a Coordenadora
108 informou que tem orgulho em trabalhar na saúde indígena e que apesar de todas as
109 dificuldades esta fazendo de tudo para que as coisas aconteçam e que a Escola
110 Graziela tem que inserir a SEPI que faz parte do Governo do Estado para em conjunto
111 fazer a capacitação dos AIS, em seguida falou o cacique da aldeia açaizal José
112 Damasceno sobre as aldeias que estão sem técnicos, o Cacique da aldeia Santa Izabel
113 falou sobre medicamentos, combustível e solicitou informação sobre o abaixo assinado
114 que fizeram sobre a permanência do Fernando Forte Como Chefe da CASAI Oiapoque,
115 onde perguntou aos demais caciques presentes sobre Fernando Forte ser o novo Chefe
116 da CASAI/Oiapoque onde todos foram unânime em dizer que sim, em seguida
117 Alexandre da aldeia Manga solicita providencias sobre os materiais adquiridos e que
118 não chegaram às aldeias de origem, o Cacique Luiz Campos da aldeia Kumarumã falou
119 sobre os materiais que ainda não foram entregues, o Secretário de assuntos Indígenas
120 do Município Wanderson Anicá falou que não é fácil mais disse que a continuidade de
121 todo trabalho e essencial, que solicita a intervenção dos mesmos servidores sabe que
122 terão um grande problema se saírem todos os profissionais, a Coordenadora
123 Vanderbilte respondeu que todo os questionamentos feitos, ela já tinha dado a

124 resposta no começo da reunião na qual o Sr. Wanderson não estava presente e pediu
125 que o mesmo na próxima reunião chegasse mais cedo , em seguida o presidente do
126 Conselho Local Gilberto Iaparra falou sobre a participação da juventude na reunião e
127 também das dificuldades do deslocamento para as aldeias, disse que o problema hoje
128 é a comunicação, mais que o trabalho esta sendo divulgado, informou que se o novo
129 Chefe da Casai Oiapoque se não for o Fernando que vão fechar a CASAI com todos os
130 pacientes dentro e solicita uma posição imediata da Coordenadora, Sergio dos Santos
131 presidente do CONDISI informa que nem tudo pode resolver solicita que a
132 Coordenadora que veja com carinho para as reivindicações, falou também em
133 relação a CASAI/MACAPÁ, sobre os alojamentos dos pacientes, a Coordenadora
134 Vanderbilte informou que irá atender a solicitação dos indígenas indicando como novo
135 Coordenador da CASAI/OIAPOQUE o senhor Fernando Forte, mais disse que, o que vier
136 acontecer será de responsabilidades das lideranças, onde todos concordaram e deu-se
137 por encerrado o 1º dia da Reunião do Conselho Local. As 8:00h do dia 21/06/2016 deu
138 inicio o segundo dia de reunião do Conselho Local, o Sr. Gilberto Iaparra fez a abertura,
139 falando da Reunião com os conselheiros e as lideranças presentes feito no dia
140 20/06/2016 das 19:00 as 21 hs, onde foi discutido as dificuldades em cada aldeia, em
141 seguida chamou a Equipe da UNIFAP, Professora Ana Paula, Enfermeira Coordenadora
142 do Curso de Enfermagem no Município de Oiapoque oferece a linha de pesquisa e
143 extensão para a comunidade indígena, Fábio trabalha com a saúde do idoso oferece
144 projeto de pesquisa, conhecer o processo de envelhecimento – envelhecer saudável
145 em comunidade indígenas. Projeto apresentado pelo professor Fernando em saúde
146 mental, através de questionários professora Fernanda falou sobre alcoolismo este é o
147 tema que gostaria de trabalhar na área indígena, visto que precisamos conhecer para
148 estender este projeto, que gostaria de ter autorização dos conselheiros e comunidades
149 para fazermos esta pesquisa, Gilberto Iaparra falou que para pegar uma autorização
150 precisa de autorização da FUNAI, visto que tem que ter autorização das pessoas que
151 serão entrevistadas, então gostaria de ouvir todos os caciques e Conselheiros se estão
152 de acordo, Délcio dos Santos falou que todos os trabalhos realizados em área são
153 muitos bons, mais também gostaria de ter m retorno, Fabio informou que para realizar
154 esta pesquisa precisa conhecer outras comunidades, em seguida o Cacique Luciano
155 falou que antes gostaria que fosse reunido com as comunidades para também
156 tomarem ciência de que irá acontecer, a professora Nivalda ressaltou que é muito bom
157 trazer mais conhecimento para a comunidade, visto que também leva para a sala de
158 aula, Professora Fernanda informa que antes de começar este projeto gostaria de fazer
159 uma roda de conversa com a comunidade, Luiz Hermolay gostaria de saber se será
160 estendido para todas as comunidades indígenas, em seguida a Secretária do CONDISI
161 Irene fez uma pergunta para Ana Paula gostaria de saber se a UNIFAP realiza
162 capacitação de Conselheiros Distritais em parceria com o DSEI/AP na formação dos AIS
163 e AISANS, sim é possível essa parceria, o Professor Fábio disse que o DSEI/SESAI,
164 formule um documento e encaminhe para a UNIFAP , Elton informa também visto que
165 é para conhecimento da categoria Prof. Fábio informou que também tem outros
166 cursos, Elton informou que a UNIFAP é um Órgão Federal que já vem trabalhando com
167 a FUNAI, visto que isso é muito importante. Ana Paula Informou que no inicio irão

168 trabalhar com os Karipunas, mais não quer dizer que não podem trabalhar com outras
169 etnias, colares informa que na aldeia do Kumenê tem muitos casos de diabetes e
170 hipertensão, a Cacique Creuza informa que gostaria de participar pois gosta de
171 trabalhar com medicina tradicional, Ariana informou que gostaria que fosse elaborada
172 uma cartilha com as ervas medicinais as 10:15 pausa para o lanche as 10:30 retorno
173 onde o Presidente do Conselho Local Gilberto Iaparra, falou nova mente sobre a
174 nomeação do Chefe da Casai/Oiapoque Fernando Forte, dizendo que só conseguem as
175 coisas através de pressão, informou ainda que vão retirar as demandas das CASAI'S
176 visto que os equipamentos que vierem para CASAI Oiapoque gostaria que as cautela
177 também fosse passadas para ele, solicitou para todos os conselheiros mais fiscalização
178 no material entregue nas aldeias, Fernando Informa que ainda tem 04 rádios na
179 CASAI/OYK e que ainda não foram entregues por falta das antenas e das placas, a
180 Coordenadora Vanderbilte informou que antes o chefe da CASAI era responsável por
181 todos os materiais, mais que a partir de agora o responsável será o setor de
182 Patrimônio do DSEI, Fernando informou que já foi chamado pela rodoviária por duas
183 vezes devidos os pneus dos carros estarem carecas, onde a Presidente da Licitação
184 Maria Lucinete informou que os pneus já foram providenciados para compra,
185 Fernando informa que sua preocupação maior hoje é o motor da aldeia do kumarumã
186 que se encontra quebrado em caso de uma emergência não vai ter como retirar o
187 paciente, a Coordenadora Vanderbilte informou sobre o índice de malária nas aldeias e
188 que foi notificada pelo Procurador para que resolvesse essa demanda, em seguida
189 Fernando Forte agradeceu o apoio de todos os caciques e lideranças presentes para
190 que chefiasse a CASAI/OIAPOQUE, e também se colocou a disposição de todos, em
191 resposta aos Conselheiros sobre o Carro de odontologia que esta parado no DSEI a
192 Coordenadora informou que o odontólogo Blendo, esta fazendo novo processo para
193 compra de insumos odontológicos pois sem insumo não da para os dentistas
194 trabalharem, Sergio dos Santos Informou que esteve em Brasília e soube que foi
195 solicitada a compra de uma ambulância para Oiapoque, onde a Coordenadora informa
196 que são três ambulância e um caminhão que ficou pendente além dos que já foram
197 entregues, e que tem até dia 12/07/2016 para ser resolvido, as 14:00hs teve o retorno
198 para reunião com a discussão das normais, rotinas e Regimentos Internos das CASAI's
199 feita pela Secretaria do CONDISI, Maria Irene juntamente com os Conselheiros, nada
200 mais tendo à declarar o Presidente do Conselho Local Gilberto Iaparra deu por
201 encerrada esta Reunião as 17:30 do dia 21 de junho de 2016.

. Relatora: -----

. Relatora: -----

original



LISTA DE PRESENCIA CONTROLE SOCIAL

DSEI AMAPÁ E NORTE DO PARÁ

EVENTO: REUNIÃO DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE INDÍGENA MANGA

PERÍODO: 20 a 21/6/2016

LOCAL ALDEIA MANGA

Nº	NOME	1º DIA: 20 / 6 / 2016		2º DIA: 21 / 6 / 2016	
		MANHÃ	TARDE	MANHÃ	TARDE
01	Landival Alves dos Santos	Landival	Landival	Landival	Landival
02	Raimundo ESPORRÓ	Raimundo	Raimundo	Raimundo	Raimundo
03	Julia dos Santos Batista	Julia	Julia	Julia	Julia
04	Biagio Senais Saboti	Biagio	Biagio	Biagio	Biagio
05	Versoson Tolei	Versoson	Versoson	Versoson	Versoson
06	Carlos dos Santos	Carlos	Carlos	Carlos	Carlos
07	Raimundo Lalante	Raimundo	Raimundo	Raimundo	Raimundo
08	Gisolfo Iolô Lobosari	Gisolfo	Gisolfo	Gisolfo	Gisolfo
09	Simval Sechi	Simval	Simval	Simval	Simval
10	Aracilto Tapanã	Aracilto	Aracilto	Aracilto	Aracilto
11	Lisni Batista Jico	Lisni	Lisni	Lisni	Lisni
12	VERMILHA/MAPEPOUNE	VERMILHA	VERMILHA	VERMILHA	VERMILHA
13	Henrique Leânio	Henrique	Henrique	Henrique	Henrique
14	Mátias Kobanti	Mátias	Mátias	Mátias	Mátias
15	Germano de Castro Portano	Germano	Germano	Germano	Germano
16	Wilson dos Santos	Wilson	Wilson	Wilson	Wilson
17	Creuzza Maria dos Santos	Creuzza	Creuzza	Creuzza	Creuzza
18	Verônica dos Santos	Verônica	Verônica	Verônica	Verônica
19	Luciana da S. T.	Luciana	Luciana	Luciana	Luciana
20	Francisca da Paixão Santos	Francisca	Francisca	Francisca	Francisca
21	João César Pequeno dos Santos	João	João	João	João
22	Josefa dos Santos	Josefa	Josefa	Josefa	Josefa
23	Delcia dos Santos	Delcia	Delcia	Delcia	Delcia
24	Antonio Maria dos Santos	Antonio	Antonio	Antonio	Antonio
25	Marcos dos Santos Queiroz	Marcos	Marcos	Marcos	Marcos
26	Gilberto Tapanã	Gilberto	Gilberto	Gilberto	Gilberto
27	Momil Francisco Nunes	Momil	Momil	Momil	Momil
28	Marcelo dos Santos	Marcelo	Marcelo	Marcelo	Marcelo
29	Clay Amca dos Santos	Clay	Clay	Clay	Clay
31	Wilson dos Santos	Wilson	Wilson	Wilson	Wilson

LISTA DE PRESENÇA CONTROLE SOCIAL

DSEI AMAPÁ E NORTE DO PARÁ

EVENTO: REUNIÃO DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE INDÍGENA MANGA

PERÍODO: / /2016 LOCAL ALDEIA MANGA

Nº	NOME	1º DIA: / /2016		2º DIA: / /2016	
		MANHÃ	TARDE	MANHÃ	TARDE
32	Alexandre dos Santos Forte	Ass	Ass	Ass	Ass
33	HIRWING Alexandre dos S. Alves	Ass	Ass	Ass	Ass
34	Charles Charles dos Santos	Ass	Ass	Ass	Ass
35	José DAMASCENO Forte	Ass	Ass	Ass	Ass
36	Alfredo dos Santos	Ass	Ass	Ass	Ass
37	Luciano Laparra dos Santos	Ass	Ass	Ass	Ass
38	Kauã dos Santos dos Santos / Paqueta	Ass	Ass	Ass	Ass
39	Tacirriana Ho. a. Chuck da Santos	Ass	Ass	Ass	Ass
40	Jaime Calves dos Santos Nuncio	Ass	Ass	Ass	Ass
41	Sergio dos Santos	Ass	Ass	Ass	Ass
42	Walmir I. Nuncio	Ass	Ass	Ass	Ass
43	Luana dos Santos	Ass	Ass	Ass	Ass
44	Fernando Forte	Ass	Ass	Ass	Ass
45	Antonio Nuncio Forte	Antonio	Antonio	x Antonio	Antonio
46	Bairzinho montano	Bairzinho	Bairzinho	x Bairzinho	Bairzinho
47	Maria Charles	Maria	Maria	x Maria	Maria
48	M. N. NAZARIO	Nazario	Nazario	x Nazario	Nazario
49	Zaqueu Nuncio dos Santos	Zaqueu	Zaqueu	x Zaqueu	Zaqueu
50	Geizinde dos Santos Nuncio	Geizinde	Geizinde	x Geizinde	Geizinde
51	Selma dos Santos	Ass	Ass	Ass	Ass
52	[Redacted]	Ass	Ass	Ass	Ass
53	Amanda Maria Fernandes C. Sousa	Amanda	Amanda	x Amanda	Amanda
54	Clayton Almeida de Viola (Bento)	Clayton	Clayton	x Clayton	Clayton
55	Fabio Rodrigues Trindade	Fabio	Fabio	x Fabio	Fabio
56	Clayton S. S. Trindade	Clayton	Clayton	x Clayton	Clayton
57	Romão dos Santos	Ass	Ass	Ass	Ass
58	[Redacted]	Ass	Ass	Ass	Ass
59	Josiane Santos	Ass	Ass	Ass	Ass
60	Maria Luciene Frites	Ass	Ass	Ass	Ass

ETAPA 2: REUNIÃO NO DSEI COM A EQUIPE DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO E FUNAI MACAPÁ

Foi realizada uma segunda reunião (lista de presença anexa, não está datada porém foi realizada no dia 06/07) provocada pela SESAI – Secretaria de Saúde Indígena no município de Macapá, até porque existe um movimento do Ministério Público Federal no sentido de “cobrar” a implementação de propostas de trabalho que vão de encontro com a resolução do “problema do álcool” entre os povos indígenas no Amapá.

Nesta reunião tivemos a presença de representantes da FUNAI – Fundação Nacional do Índio, DSEI representado pelo Departamento de Saúde Indígena, Saúde Mental do Estado, CONDISI, CESH, CEJUSP – PM, UNIFAP e representantes do CAPS AD. O objetivo era tentar desenhar ações que poderiam ser realizadas de maneira articulada com os diversos setores presentes nos territórios indígenas pertencentes ao DSEI – Amapá e Norte do Pará.

Desta reunião umas das propostas foi a da execução do projeto de pesquisa em questão, além de outras ações, que seria apresentado como proposta ao MPF pelo DSEI em uma reunião posterior. De acordo com a proposta metodológica a pesquisadora iria se inserir etnograficamente e apoiar de forma participativa o desenvolvimento de ações em conjunto com a equipe de saúde indígena, inicialmente na aldeia Manga. Capacitação de agentes, formação de professores e alunos, rodas de conversa e atividades de educação em saúde foram algumas das propostas metodológicas de desenvolvimento do trabalho.

ANEXA LISTA DE PARTICIPANTES DA REUNIÃO NO DSEI.

APÓS ISTO, HOVERAM OUTRAS PEQUENAS DISCUSSÕES COM O DSEI E FOI INICIADA A ELABORAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA EM SI.



LISTA DE PRESEÇA

Assunto: _____ data: _____

Participantes	Telefone	Outros dados	Assinatura
Nome: <u>Maria Luze Bayfim Alves</u> Órgão/Etnia: <u>Distrito Sanitário Especial Indígena</u> Endereço: <u>R. do Baixo 177</u>	Celular: <u>981145470</u> Fixo: <u>-</u> E-mail: <u>maria.luze@saude.gov.br</u>		<i>Maria Luze Bayfim Alves</i>
Nome: <u>Maxima Nelli Bittencourt</u> Órgão/Etnia: <u>UNIFAP</u> Endereço: _____	Celular: <u>(31) 99914-1041</u> Fixo: _____ E-mail: <u>maximamnselli@unifap.br</u>		<i>MARINA B. BITTENCOURT</i>
Nome: <u>Rosabela dos S. P. Cardoso</u> Órgão/Etnia: <u>Coord. Estadual de Saúde Indígena</u> Endereço: _____	Celular: <u>991221366</u> Fixo: _____ E-mail: <u>rosabela.pereira@saude.gov.br</u>		<i>Rosabela</i>
Nome: <u>Monizze Ricardo Aguiar</u> Órgão/Etnia: <u>Coord. Estadual de Saúde Indígena</u> Endereço: _____	Celular: <u>999612732</u> Fixo: _____ E-mail: <u>monizze.aguiar@gmail.com</u>		<i>Monizze</i>




LISTA DE PRESEÇA

Assunto: _____ data: _____ / _____ / _____

Participantes	Telefone	Outros dados	Assinatura
Nome: <u>Anapaula Martins Mendes</u> Órgão/Etnia: <u>UNI-FAP / FaoCen, ISENAD</u> Endereço: <u>Siopague</u>	Celular: <u>96/981299307</u> Fixo: _____ E-mail: <u>anapaxosa@hotmail.com</u>		
Nome: <u>Rubemy N Lamb</u> Órgão/Etnia: <u>Saúde Mental</u> Endereço: _____	Celular: <u>98110.0577</u> Fixo: <u>3251-3244</u> E-mail: <u>rubemymosa@gmail.com</u>		
Nome: <u>Waldy Boliveiro da Fonseca</u> Órgão/Etnia: <u>SEFUSP / CONEN</u> Endereço: <u>AV. AIMERES - 679 BEE</u> <u>PEL</u>	Celular: <u>(96) 98111-3415</u> Fixo: _____ E-mail: <u>TAPAZAPENA@BOL</u> <u>COM BR</u>		
Nome: <u>Antonio Henrique Soares Neto</u> Órgão/Etnia: <u>SEFUSP - CONEN-AP</u> Endereço: <u>Av. Dr. Antonio Francisco de 77</u> <u>Nova Guaiçuba</u>	Celular: <u>99186-2221</u> Fixo: _____ E-mail: <u>henriqueadsbr@yahoo</u> <u>-mail.com</u>		

LISTA DE PRESEÇA

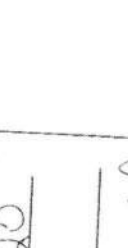
Assunto: _____ data: _____ / _____ / _____

Participantes	Telefone	Outros dados	Assinatura
Nome: <u>Bruce P. Soares Santos</u> Órgão/Etnia: <u>DSEI -</u> Endereço: <u>Pedro Baics</u>	Celular: <u>981217661</u> Fixo: _____ E-mail: <u>luiz-souza@bol.com.br</u>		
Nome: <u>Moahra Fagundes Pereira e Pereira</u> Órgão/Etnia: <u>FUNAI</u> Endereço: _____	Celular: <u>91 980442141</u> Fixo: <u>3241 - 6266</u> E-mail: <u>moahrafp@gmail.com</u>		
Nome: <u>CAMPOS M. O. PAULINO</u> Órgão/Etnia: <u>FUNAI</u> Endereço: _____	Celular: <u>56 98107 1736</u> Fixo: _____ E-mail: <u>CARLOS.M.PAULINO@GMAIL.COM</u>		
Nome: <u>Adrieli C. Susseuonana</u> Órgão/Etnia: <u>CAPS-AD / SESA</u> Endereço: _____	Celular: <u>96 981406328</u> Fixo: _____ E-mail: <u>adrieli.c.susseuonana@hotmail.com</u>		

LISTA DE PRESEÇA

Assunto: _____

data: _____

Participantes	Telefone	Outros dados	Assinatura
Nome: <u>Gabriel Nelson de Siqueira</u> Órgão/Etnia: <u>ESF I SEMSA</u> Endereço: _____	Celular: <u>98112-5820</u> Fixo: _____ E-mail: <u>gabrielnelsonde@brasil.com</u>		
Nome: _____ Órgão/Etnia: _____ Endereço: _____	Celular: _____ Fixo: _____ E-mail: _____		
Nome: _____ Órgão/Etnia: _____ Endereço: _____	Celular: _____ Fixo: _____ E-mail: _____		
Nome: _____ Órgão/Etnia: _____ Endereço: _____	Celular: _____ Fixo: _____ E-mail: _____		

ETAPA 3: APRESENTAÇÃO DO PROJETO AO CACIQUE E EQUIPE DE SAÚDE

No dia 30 de agosto de 2017, fui a aldeia Manga para sentar com o Cacique Luciano dos Santos e apresentar a proposta a ele, sendo que já havíamos conversado um pouco sobre o assunto na reunião do CONDISI e o mesmo apoiou a elaboração do projeto. O Cacique achou a proposta interessante e ficou com uma cópia do projeto o qual tentei explicar da forma mais direta possível:

- Que eu iria ficar na aldeia durante alguns meses, trabalhando junto com a equipe de saúde indígena desenvolvendo atividades de capacitação e prevenção ao uso do álcool e outras drogas, através de palestras, rodas de conversa, atividades na escola e com os AIS, assim como conversando com os mais velhos, com as lideranças e pessoas que usam de substâncias alcoólicas para fins ritualísticos para tentar entender como o álcool era utilizado de maneira geral pela população, se nas festas, para cura, para socialização, para que pudéssemos pensar meios de resgatar algumas formas de uso para minimizar os problemas relacionados ao uso de álcool comprado na cidade, por exemplo.

Neste dia recebi a seguinte orientação do Cacique: que deixasse os documentos com ele, mas que procurasse a FUNAI em Oiapoque e solicitasse a documentação necessária para encaminhar o projeto.

Desta forma, seguindo a orientação do Cacique retornei no dia 31 a FUNAI local com cópia do projeto e protocolei um pedido de autorização para o ingresso após explicar o conteúdo do projeto e como ele havia sido proposto desde o início. Me recordo que à época o Senhor Gregório Nazareno, responsável que me atendeu, pediu que eu agilizasse o encaminhamento para a FUNAI Brasília pois a execução do projeto estava sendo aguardada, inclusive pelo MPF, porém, assim como expliquei ao Cacique Luciano o desenvolvimento das atividades somente poderia se dar após os trâmites burocráticos que tendem a ser relativamente demorados entre FUNAI Brasília e CONEP, principalmente.

O mesmo me orientou a preencher o documento: Termo de Compromisso Individual, o qual ficou anexo a cópia do projeto protocolada na FUNAI e disse que iria dar encaminhamento aos documentos.

O termo de compromisso foi entregue também ao Cacique Luciano, que então assinou o termo de anuência que seria encaminhado junto aos demais documentos a FUNAI Brasília (conforme INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 01/95PRESI).

TERMO DE COMPROMISSO FIRMADO PELA PESQUISADORA E PELO CHEFE DA CTLO II – FUNAI OIAPOQUE SEGUE ANEXO.

ANUÊNCIA DO CACIQUE DA ALDEIA MANGA LUCIANO DOS SANTOS TAMBÉM SEGUE ANEXO.

Importante relatar que a época foi apresentada a proposta do projeto às lideranças da Aldeia Kumarumã Sr Luiz e Sr. Sérgio dos Santos, no Museu Kuahí. Os mesmos concordaram em levar o documento ao Cacique Alex Malaquias e apresentar a proposta a ele para que em uma segunda etapa fossem desenvolvidas as atividades na aldeia Kumarumã.

SEGUE ANEXA ANUÊNCIA ASSINADA PELO CACIQUE DA ALDEIA KUMARUMÃ ALEX MALAQUIAS.



TERMOS DE COMPROMISSOS INDIVIDUAIS
(com normas de conduta)

1 - Identificação:

Nome:	Guapaula M. Mendes
RG: 4.243.910	CPF: 005.709.699-64
Nacionalidade:	Brasileira
Profissão:	Docente ensino superior
Órgão ou entidade:	Universidade Federal do Amapá
Atividades a ser realizadas	Desenvolvimento de projeto de pesquisa

2 - Objetivo da solicitação.

Eu, Guapaula M. Mendes solicito o ingresso na Terra indígena Uapicá - Colônia Kumoumba com objetivo de realizar projeto de pesquisa no período de 01/03/2018 a 31/03/2019 em assim que obtiver parecer de aprovação do CONEP.

3 - Obrigações legais.

1. Respeitar toda a legislação brasileira e tratadas internacionais de proteção dos recursos naturais, toda a legislação brasileira relativa a pesquisa, expedições científicas patentes e segredos de indústria, bem com o todos os termos das Convenção sobre Diversidade Biológica. Observar⁵⁴ em especial as disposições legais aplicáveis que tratam dos direitos indígenas (Constituição Federal de 88, Arts. 231 e 232 e lei nº 6002/73 - Estatuto do Índio), da proteção dos recursos genéticos e conhecimento tradicional associado (Convenção de Diversidade Biológica, Convenção 169 da OIT, Decretos nº 4.946/2003, N.º 9.945/2001 e a medida provisória nº 186-16/2001. Dos direitos autorais, Lei nº 9.610/1998;
2. Não retirar dos limites da Terra indígena qualquer tipo de material biótico;
3. Não utilizar a pesquisa para fins comercial e não patentear quaisquer de seus resultados;
4. Não divulgar quaisquer conhecimentos sobre características de espécies manejadas pelos índios sem prévia autorização das comunidades indígenas envolvidas;
5. Adequar o projeto as modificações na legislação federal ou estadual que, porventura vierem a ocorrer ao longo do desenvolvimento da pesquisa;
6. Não fazer nenhum uso de material coletado para além dos objetos da auto-ização, sendo que qualquer utilização do material deverá ser objeto de um novo processo;
7. Comunicar imediatamente a FUNAI local e a CGLIC no caso de quaisquer incidentes ocorridos em campo;
8. Apresentar comprovante de vacinação atualizado (carteira de vacinação) inclusive contra moléstia endêmica na área quando for caso e atestado médico de saúde não portador de moléstia contagiosa;
9. Fotografar, gravar ou filmar somente por escrita dos índios, sendo sua utilização restrita aos propósitos dos estudos, sendo vedada, portanto, sua utilização para quaisquer outros fins, inclusive comerciais, em consonância com a portaria FUNAI Nº177 DE 16.06.06 (DOU 036 de 20.02.06 seção 03 pg 26). As imagens não devem ser expostas em site de relacionamento ou em qualquer meio de divulgação;

4 – Normas de condutas em terras indígenas

Ida as aldeias: as atividades que se pretendem realizar dentro das Tis devem ser discutidas com as comunidades locais da FUNAI quanto Tis sob sua jurisdição, deve estar de acordo com esse termo de conduta. No caso de prestação de serviço, as atividades devem se restringir às contratadas, cumprindo assediados estabelecidos. Ao chegar na aldeia, deve-se apresentar os planos de trabalho aos indígenas.

Postura: Recomenda-se aos não índios evitar o uso de roupas, objetos ou mídias (filmes, músicas, jogos de celular entre outros) de conotação pornográfica, racista ou religiosa. Também deve ser evitado o uso de sunga, ou outras peças íntimas nas aldeias, ainda que para tomar banho nos rios. É proibido assediar sexualmente os indígenas ou aceitar qualquer tipo de assédio , mesmo quem tenha o consentimento.

Saúde: Tendo em vista de vulnerabilidade epidemiológica dos povos, os não índios não devem ingressar nas referidas Tis portando nenhuma doença infecto contagiosa (gripe, varicela, dermatose, coqueluche, escabiose, entre outras). Recomenda-se diagnose por médicos especialistas e exige-se a utilização contínua da cobertura vacinal.

Uso de armas: O porte e uso de armas de fogo são exclusivos aos funcionários das forças de segurança pública.

Drogas e bebidas alcoólicas: É terminantemente proibido do ingresso, porte e consumos de bebidas e/ ou drogas ilícitas, bem como ingressar nas Tis apresentando sintomas dos mesmos. Sendo vedado oferecer, sugerir ou consumir, junto com os indígenas, drogas ou bebidas diferentes daquelas tradicionalmente consumidas.

Linguagem: São solicitados aos não índios que, dentro das Tis, seja evitado ao máximo os palavrões, gírias e expressões que denotem preconceitos e / ou pontos de vista depreciativos em relação aos índios.

Alimentação: considerando as particularidades alimentares tradicionais desses povos, é terminantemente proibida a distribuição de certos gêneros alimentícios ricos em açúcar, óleo e sal para os indígenas tais como balas, doces, bombons, pirulitos, chocolates, salgadinhos ("chips"), suco em pó industrializado ("ki-suco"), "tang", e entre outros), condimentos , bolachas recheadas, refrigerantes entre outros. Além de provocar graves enfermidades como diabetes, pressão alta e cáries, a distribuição desses alimentos agrava o problema do lixo nas Tis.

Gestão de lixo: Recomenda-se que dentro do planejamento logístico as equipes minimizem os artigos descartáveis, evitando o acúmulo de lixo. Além disso, é imprescindível que o lixo não orgânico não seja exposto ou descartado nas Tis, sendo recomendado que as equipes transportem o lixo para a cidade.

Biodiversidade: de acordo com a legislação brasileira, é proibida a retirada ou dano a quaisquer elementos e recursos naturais provenientes da flora, fauna, solo, subsolo e cursos hídricos das terras indígenas, preservando-se a integridade do ecossistema local. Desta forma, coleta caça e pesca é proibida. Caso de equipes que permaneça em campo durante muito tempo podem pescar para a própria alimentação, desde que autorizados e acompanhados pelos indígenas e respeitando acordos de pesca existente.

Artesanato: os indígenas produzem artesanatos a partir de diferentes matérias-primas e, entre eles penas, ossos e dentes de animais silvestres. É importante lembrar que de acordo com a lei de crime ambientais é proibido o comércio de qualquer peça que faça uso de tipo de material, portanto, deve-se ter cuidado ao aceitar presentes, comprar e encomendar artesanatos dos indígenas.

Além disso, é recomendada-se que toda troca ou negociação seja orientada pela FUNAI a fim de auxiliar no diálogo conjunto na busca de preço pelo trabalho realizado.

Proselitismo religioso: é terminantemente proibido o exercício de quaisquer atividades religiosas junto aos povos indígenas, como hinos e cantos religiosos, rezas coletivas, tradução da Bíblia, cantos e preces, bem como o uso de roupas com imagens ou expressões religiosas.

Respeito a diversidade cultural: é solicitada aos não indígenas uma postura de respeito, a dignidade profissionalismo perante a especificidade da cultura dos povos indígenas. Lembre-se que você estará na casa de outras pessoas.

Uso de cartões e senhas: Atualmente, muitos indígenas recebem salários, pensões e benefícios através de contas bancárias. Para tanto, podem demandar ajudas, mas, é terminantemente proibido o empréstimo, retenção o uso de cartões de banco e senhas de indígenas, mesmo quando solicitado.

Imprevistos: Em situações não previstas nestas diretrizes, solicitamos que consulte as unidades locais da FUNAI. Como referência, adote sempre o princípio da precaução (não faça) e do respeito.

Declaro estar ciente de tais informações e que posso responder civil, criminal e administrativamente pela não observância das recomendações e proibições contidas nesse termo de compromisso individual, bem como estou ciente de que as autorizações para entradas em terras indígenas poderão ser suspensas a qualquer tempo desde que:

- I. Seja solicitada a interrupção por parte da comunidade indígena;
- II. A pesquisa em desenvolvimento venha a gerar conflitos dentro da terra indígena;
- III. Haja a ocorrência das situações epidêmicas agudas ou conflitos graves envolvendo índios e não índios.

Guapaula M. Mendes
Assinatura:

Quapoque, 31 de agosto de 2017
Local e data

INGRESSO NA TERRA INDÍGENA: Itaá - aldeia Manga e Kumaximã
NO PERÍODO DE 01/02/18 à 31/03/2019 ou assim que tivermos parecer do
CONEP.
Terminado o período, comparecer em até 5 (cinco) dias úteis à sede da FUNAI para entrega do relatório de atividades executadas.

Servidor da FUNAI, ciente em 31/08/2017.

[Assinatura]
GILZANE MARIANO LOPES
Chefe de CLO II
Poder Judiciário/Presidente
Nº 426 - 26/02/2015



TERMO DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Fu Luciano dos Santos, Cacique da Aldeia Manga, autorizo a pesquisadora Anapaula Martins Mendes, portadora do RG-4243910, CPF: 005709699-64, professora da Universidade Federal do Amapá, Campus Binacional Oiapoque e estudante do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, matrícula nº 201604009, nível doutorado, a realizar a pesquisa a ser desenvolvida na Aldeia Manga intitulada **Saberes e práticas no uso de substâncias alcoólicas entre povos indígenas na fronteira Franco-brasileira, Amapá.**

A referida pesquisadora se compromete a:

1. Iniciar a pesquisa somente após os trâmites éticos necessários, incluindo apreciação do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa e autorização da Fundação Nacional do Índio;
2. Obedecer às regulamentações previstas nas resoluções 466/2012, 510/2016 e 304/2000, que regem a ética envolvendo seres humanos e povos tradicionais, obedecendo as possibilitando autonomia aos indivíduos, mínimos riscos e máximos benefícios, assegurando a privacidade e a não divulgação de nomes no processo de divulgação dos resultados da pesquisa.

Oiapoque, 30 de agosto de 2017.

Luciano dos Santos
Cacique Aldeia Manga – TI-Uaçá



TERMO DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu Alex Malaquíias, Cacique da Aldeia Manga, autorizo a pesquisadora Anapaula Martins Mendes, portadora do RG 4243910, CPF: 005709699-64, professora da Universidade Federal do Amapá, Campus Binacional Oiapoque e estudante do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, matrícula nº 201604009, nível doutorado, a realizar a pesquisa a ser desenvolvida na Aldeia Manga intitulada **Saberes e práticas no uso de substâncias alcoólicas entre povos indígenas na fronteira Franco-brasileira, Amapá.**

A referida pesquisadora se compromete a:

1. Iniciar a pesquisa somente após os trâmites éticos necessários, incluindo apreciação do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa e autorização da Fundação Nacional do Índio;
2. Obedecer às regulamentações previstas nas resoluções 466/2012, 510/2016 e 304/2000, que regem a ética envolvendo seres humanos e povos tradicionais, obedecendo as possibilitando autonomia aos indivíduos, mínimos riscos e máximos benefícios, assegurando a privacidade e a não divulgação de nomes no processo de divulgação dos resultados da pesquisa.

Oiapoque, 30 de agosto de 2017.

Alex Malaquíias

Alex Malaquíias
Cacique Aldeia Kumarumã – TI Uaçá

ETAPA 4: ENCAMINHAMENTO DOS DOCUMENTOS À FUNAI BRASILIA E ABERTURA DE PROCESSO PARA AVALIAÇÃO

Em meados de setembro foram agrupados todos os documentos solicitados pela FUNAI Brasília, em acordo com a INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 01/95 PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA que descrevem as normas que disciplinam o ingresso em TI com a finalidade de desenvolver pesquisa científica. Em acordo com o art. 5º da normativa seguem os documentos encaminhados em suas versões originais, cópias autenticadas e cópias, conforme orientação.

Art. 5º O pesquisador ou pesquisadores deverão anexar ao pedido do que trata o Art. 1º a seguinte documentação:

- I. Carta de apresentação da Instituição a que o pesquisador está vinculado e no caso de estudantes de graduação e pós-graduação, carta de apresentação do orientador responsável;
- II. Projeto de pesquisa, em português, detalhando a(s) terra(s) indígena(s) na(s) qual(is) pretende ingressar e cronograma;
- III. curriculum vitae do(s) pesquisador(es) redigido em português;
- IV. cópia autenticada da Carteira de Identidade ou Passaporte, quando se tratar de nacionalidade estrangeira;
- V. atestado individual de vacina contra moléstia endêmica na área;
- VI. atestado médico de não portador de moléstia contagiosa;
- VII. quando se tratar de pesquisador(es) de nacionalidade estrangeira, exigir-se-á para a efetivação de seu ingresso na terra indígena a obtenção de seu respectivo visto temporário, como prevê o artigo 22, do decreto nº 86.715 de 10 de dezembro de 1981, além do cumprimento do disposto no decreto nº 98.830, de 15 de janeiro de 1990.

TODOS OS DOCUMENTOS ACIMA DESCRITOS FORAM ENCAMINHADOS VIA CORREIO À FUNAI BRASÍLIA QUE GEROU O PROCESSO Nº 08620.018834/2017-32.

À este processo foram solicitados dois documentos adicionais: comprovante de envio ao CEP/CONEP e termo de compromisso para uso de imagem, de som e de voz. Estes foram encaminhados via email e via correio os originais no dia 03 de novembro de 2017, reencaminhados dia 14 e solicitada confirmação de recebimento; sendo confirmado o recebimento dia 14 de novembro de 2017 pela assessoria da FUNAI.

ANEXA RESPOSTA AO OFICIO VIA EMAIL E ANEXOS SOLICITADOS.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
TEL.: +55 (048) 3721- 6130
E-mail: ppgsc@contato.ufsc.br - <http://www.ppgsc.ufsc.br>

CARTA DE APRESENTAÇÃO DO ORIENTANDO

A pesquisadora Anapaula Martins Mendes, está desenvolvendo a pesquisa intitulada "**Saberes e práticas no uso de bebidas alcoólicas entre Povos Indígenas na fronteira franco-brasileira, Amapá**" está vinculada, enquanto discente ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina, em nível de doutorado, sendo orientada pelas Professoras Dra. Márcia Grisotti e Dra. Esther Jean Langdon. A Prof. Anapaula M. Mendes faz parte do quadro docente da Universidade Federal do Amapá, no Campus Binacional Oiapoque. As atividades da pesquisadora serão desenvolvidas na Terra indígena Uaçá, aldeia Manga. A discente é especialista em Saúde Indígena pela UNIFESP e desenvolveu sua dissertação de mestrado neste mesmo programa com pesquisa voltada a saúde dos povos indígenas.


Márcia Grisotti
Orientadora


Esther Jean Langdon
Coorientadora

Email do Outlook

From:(FUNAI/Assessoria de Aco



+ Novo | v

Responder | v

Excluir

Arquivar

Lixo eletrônico | v

Limpar

...

Resultados de pesquisa

Em pastas

✓ Todas as pastas

Caixa de Entrada

De

FUNAI/Assessoria de Acompan
aaep@funai.gov.br

Opções

Com anexos

Data

 Todas Esta semana Semana passada Este mês Seleccione intervalo

De

qui 19/07/2018



a

qui 19/07/2018



RES: Resposta ao ofício 303/2017 - processo nº 08620.018834/2017-32

A

Assessoria de Acompanhamento aos Estudos e Pesquisas - AAEP <aaep@funai.gov.br>

ter 14/11/2017, 12:15

Você v

Prezada,

Acuso recebimento dos documentos que foram anexados ao processo 08620.018834/2017-32.

Atenciosamente,

De: Anapaula Martins Mendes [mailto:anapsosa@hotmail.com]**Enviado em:** terça-feira, 14 de novembro de 2017 10:07**Para:** Assessoria de Acompanhamento aos Estudos e Pesquisas - AAEP**Assunto:** Enc: Resposta ao ofício 303/2017 - processo nº 08620.018834/2017-32

Olá Hilda bom dia;

Reencaminho o email com os documentos faltantes para anexar ao processo. Poderia acusar recebimento p

Abs, Anapaula M Mendes

De: Anapaula Martins Mendes <anapsosa@hotmail.com>**Enviado:** sexta-feira, 3 de novembro de 2017 13:35**Para:** FUNAI/Assessoria de Acompanhamento aos Estudos e Pesquisa**Assunto:** Resposta ao ofício 303/2017 - processo nº 08620.018834/2017-32

Em resposta ao ofício 303/2017 - processo nº 08620.018834/2017-32, referente a solicitação de ingresso em da pesquisa intitulada: Saberes e práticas no uso de bebidas alcoólicas entre povos indígenas na fronteira fra Amapá. Encaminho os documentos solicitados em anexo. Os originais seguem via correio.

Quaisquer dúvidas estou a disposição. Muito obrigada;

*Anapaula Martins Mendes**Professor/Pesquisador responsável***De:** FUNAI/Assessoria de Acompanhamento aos Estudos e Pesquisa <aaep@funai.gov.br>**Enviado:** segunda-feira, 9 de outubro de 2017 12:38**Para:** anapsosa@hotmail.com**Assunto:** Ingresso em Terra Indígena

Prezada,

Encaminho Ofício nº 304, que informa sobre autuação de processo e documentos faltantes para a autorização de ingresso em TI.

Atenciosamente,

Hilda Carla Barbosa Fajardo

Assistente Técnica

Assessoria de Acompanhamento aos Estudos e Pesquisas - AAEP

Presidência Fundação Nacional do Índio - FUNAI

Ministério da Justiça - MJ

(61)32476028 -6026

De

1 de 65



0374545

08620.018834/2017-32



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO
SBS Quadra 02 Lote 14 Edifício Cleto Meireles, - Bairro Asa Sul
CEP 70070-120 Brasília - DF
- <http://www.funai.gov.br>

Ofício nº 303/2017/AAEP-FUNAI

Brasília - DF, 06 de outubro de 2016.

A Sua Senhoria a Senhora
ANAPÁULA MARTINS MENDES
Rodovia Br 156, Nº 3051, Bairro Universidade
Coordenação do Curso de Enfermagem/Campus Binacional/UNIPAR
68980-000 - Oiapoque- AP

Assunto: Ingresso em Terra Indígena

Referência: **Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 08620.018834/2017-32.**

Senhora Anapaula Mendes,

1. Refiro-me à solicitação de autorização para ingresso na Terras Indígena Uaçá, povo Karipuna, para a realização da pesquisa intitulada "Saberes e práticas no uso de bebidas alcoólicas entre povos indígenas na fronteira franco-brasileira, Estado do Amapá."
2. O ingresso em terra indígena está regulamentado pela Portaria nº 177/PRES/2006, que trata do direito autoral/uso de imagens dos indígenas, e pela Instrução Normativa nº 001/PRES/1995, que regulamenta a pesquisa científica. Tais normativas podem ser acessadas pelo site da Funai, , www.funai.gov.br/index.php/servicos/ingresso-em-terra-indigena, no qual também é possível obter orientações para o pedido de autorização de ingresso em terra indígena.
3. As autorizações para ingresso em terra terra indígena são de competência exclusiva da Presidência da Funai, após a instrução de processo administrativo, observando-se a anuência prévia dos representantes dos povos indígenas envolvidos, conforme disposto na Convenção 169 da OIT, nos artigos 6º e 7º.
4. Pesquisas envolvendo seres humanos deverão ser submetidas ao Sistema Comitê de Ética em Pesquisa/ Comissão Nacional de Ética na Pesquisa – CEP/CONEP, conforme Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, do Ministério da Saúde, para emissão de parecer de ética na pesquisa
5. Ademais, verificou-se a ausência dos seguintes documentos, necessários ao prosseguimento do processo de autorização de ingresso em terra indígena:
 - Comprovante de envio do projeto ao Sistema CEP/CONEP
 - Termo de Compromisso para uso de imagem, de som e de som de voz de indígenas na realização da pesquisa (conforme modelo anexo, preencher, assinar e encaminhá-lo em original).

6. Eventuais esclarecimentos poderão ser feitos pelo telefone (61) 3247-6039 e e-mail aaep@funai.gov.br.

Atenciosamente,



Documento assinado eletronicamente por **CRISTINE APARECIDA MUNIZ MENEZES, Chefe de Gabinete da Presidência**, em 08/10/2017, às 17:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: http://sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0374545** e o código CRC **D0E74839**.

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 08620.018834/2017-32

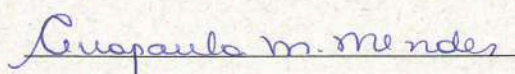
SEI nº 0374545

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, Anapaula Martins Mendes, professor/aluno de (graduação, pós-graduação), da Universidade Federal do Amapá, portador do RG nº4243910, órgão expedidor/UF SSP/SC e CPF nº 005709699-64, coordenador da pesquisa intitulada "Saberes e práticas no uso de bebidas alcoólicas entre povos indígenas na fronteira franco-brasileira, Estado do Amapá." como requisito para ingresso na Terra Indígena Uacá, povo indígena Karipuna e Galibi Marworno, aldeias Manga e Kumarumã, conforme Processo Funai nº **08620.018834/2017-32** no período de 01/07/2018 a 31/03/2019, com a finalidade de realizar registros fotográficos, sonoros e audiovisuais, para fins da referida pesquisa, **COMPROMETO – ME A:**

1. respeitar os usos e tradições indígenas e abster-me de proceder a exigências constrangedoras excessivas ou abusivas para com os indígenas, submetendo-me às disposições da Constituição Federal de 1988, da Lei Federal nº 6.001 de 1973 - Estatuto do Índio, da Portaria nº 177/PRES/FUNAI de 2006 e da Lei nº 9.610 de 1998;
2. não veicular qualquer informação ou adotar procedimento que atente contra a autonomia, a honra e a dignidade individual ou coletiva dos povos indígenas envolvidos, que promova visões preconceituosas ou estereotipadas sobre esses povos ou que estimule o ódio, a intolerância ou o etnocentrismo;
3. utilizar os registros fotográficos, sonoros e audiovisuais exclusivamente para fins do projeto de pesquisa intitulado "Saberes e práticas no uso de bebidas alcoólicas entre povos indígenas na fronteira franco-brasileira, Estado do Amapá";
4. não fazer nenhum uso do material coletado para além dos objetivos anuísidos pelos indígenas retratados, em conformidade com o Processo Funai nº **08620.018834/2017-32**;
5. remeter à Assessoria de Acompanhamento aos Estudos e Pesquisas - AAEP/FUNAI, em duas vias, monografia, relatórios, artigos, livros, gravações, imagens e outras produções oriundas da pesquisa ou do projeto;
6. remeter à FUNAI documento original de Termo de Licença de Uso de Imagem firmado com os indígenas retratados ou seus representantes, durante o período autorizado pela Funai para o ingresso em terra indígena.

O descumprimento das condições estabelecidas neste Termo de Compromisso, em conformidade com a CF/88, Art. 5º, e com a Portaria nº 177/PRES/FUNAI/2006, sujeita o infrator às sanções previstas na legislação vigente, bem como ao cancelamento da Autorização de Ingresso em Terra Indígena por parte da FUNAI-MJ. Qualquer outra utilização do material coletado, para além do objeto deste Termo de Compromisso, inclusive para exploração econômica, deverá ser objeto de novo processo de autorização junto ao indígena ou ao povo indígena, retratados e à Fundação Nacional do Índio. Declaro verdadeiras todas as informações prestadas neste Termo de Compromisso. Oiapoque, 31 de outubro de 2017.



Anapaula Martins Mendes – Pesquisador Responsável

COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SABERES E PRÁTICAS NO USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS ENTRE POVOS INDÍGENAS NA FRONTEIRA FRANCO-BRASILEIRA, ESTADO DO AMAPÁ.

Pesquisador: Anapaula Martins Mendes

Versão: 1

CAAE: 78912417.0.0000.0003

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 122547/2017

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto SABERES E PRÁTICAS NO USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS ENTRE POVOS INDÍGENAS NA FRONTEIRA FRANCO-BRASILEIRA, ESTADO DO AMAPÁ, que tem como pesquisador responsável Anapaula Martins Mendes, foi recebido para análise ética no CEP Universidade Federal do Amapá - UNIFAP em 16/10/2017 às 18:31.

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02

Bairro: Bairro Universidade

CEP: 68.902-280

UF: AP

Município: MACAPÁ

Telefone: (96)4009-2805

Fax: (96)4009-2804

E-mail: cep@unifap.br



0431860

08620.018834/2017-32



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO

Autorização de Ingresso em Terra Indígena nº 101/AAEP/PRES/2017

IDENTIFICAÇÃO			
NOME:	Anapaula Martins Mendes	PROCESSO Nº:	08620.018834/2017-32
NACIONALIDADE:	Brasileira	IDENTIDADE:	4243910 SSP/SC
INSTITUIÇÃO/ENTIDADE:	Universidade Federal de Santa Catarina		
PATROCINADOR:			
OBJETIVO DO INGRESSO			
REALIZAR PESQUISA CIENTÍFICA INTITULADA "SABERES E PRATICAS NO USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS ENTRE POVOS INDÍGENAS NA FRONTEIRA FRANCO-BRASILEIRA , ESTADO DO AMAPÁ".			

EQUIPE DE TRABALHO		
NOME	NACIONALIDADE	DOCUMENTO
*****	*****	*****
*****	*****	*****

LOCALIZAÇÃO			
TERRA INDÍGENA:	Uaçá	POVO INDÍGENA:	Karipuna
COORDENAÇÃO REGIONAL:	Amapá e Norte do Pará	CTL:	

VIGÊNCIA DA AUTORIZAÇÃO			
INÍCIO:	01/07/2018	TÉRMINO:	31/03/2019

Autorizo.

Brasília-DF, 06 de dezembro de 2017.

RESSALVAS:

- Esta autorização não inclui licença para uso de imagem, som e som de voz dos indígenas, para além do objeto desta autorização;
- Esta autorização não inclui acesso ao conhecimento tradicional associado à biodiversidade;
- Esta autorização não inclui acesso ao patrimônio genético;
- Remeter à Assessoria de Acompanhamento aos Estudos e Pesquisas – AAEP/Presidência/Funai, mídia digital contendo: relatórios, artigos, livros, gravações audiovisuais, imagens, sons, outras produções oriundas do trabalho realizado e informações sobre o acesso na internet.



Documento assinado eletronicamente por **Franklimberg Ribeiro de Freitas, Presidente**, em 07/12/2017, às 19:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site:

[http://sei.funai.gov.br/sei/controlador_externo.php?](http://sei.funai.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)

[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.funai.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0431860** e o código CRC **7E384365**.

Referência: Processo nº 08620.018834/2017-32

SEI nº 0431860

ETAPA 5: SOLICITAÇÃO PARECER DE MÉRITO CIENTÍFICO CNPq

Ainda seguindo as orientações da INSTRUÇÃO NORMATIVA N° 01/95PRESIDÊNCIA/FUNAI, conforme o art 6°:

Art. 6° O Pesquisador deverá encaminhar diretamente ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico CNPq, o Projeto de Pesquisa e curriculum vitae.

Encaminhei, portanto ao email da COSAU – coordenação responsável pelas avaliações de pesquisas voltadas a saúde; a solicitação do parecer, anexando cópia do projeto e a carta de intenção.

Importante dizer que este parecer não é encaminhado ao pesquisador, portanto não tenho como o apresentar, o mesmo é encaminhado, de acordo com o CNPq diretamente a pessoa responsável na FUNAI e anexado ao processo em questão.

Documentos enviados em 04/10/2017.

ANEXO COMPROVANTE DE ENVIO VIA EMAIL E CARTA DE INTENÇÃO PROTOCOLADA.

Email do Outlook

cosau@cnpq.br



+ Novo | v

← Responder | v

🗑 Excluir

📁 Arquivar

Lixo eletrônico | v

Limpar

...

Resultados de pesquisa

Em pastas

✓ Todas as pastas

Caixa de Entrada

Itens Enviados

De

Anapaula Martins Mendes
anapsosa@hotmail.comAssessoria de Acompanhament
aaep@funai.gov.brIza Maria Castro dos Santos
iza.santos@funai.gov.br

Opções

Com anexos

Data

 Todas Esta semana Semana passada Este mês Selecione intervalo

De

sex 20/07/2018



a

sex 20/07/2018



Enc: Expedição de parecer de mérito científico CNPq para pesquisas em TI.

AM

Anapaula Martins Mendes

qua 30/08/2017, 21:10

cosae@cnpq.br; cosau@cnpq.br v

Itens Enviados

Você respondeu em 04/10/2017 12:18.

VERSÃO FINAL projeto ... v

809 KB

CARTA DE INTENÇÃO C... v

126 KB

2 anexos (935 KB) Baixar tudo Salvar tudo no OneDrive - Pessoal

Boa tarde, venho solicitar apreciação do projeto intitulado Saberes e práticas sobre o uso de bebidas alcoólicas na fronteira franco-brasileira, Amapá.

Para a obtenção de parecer de mérito científico para pesquisas que necessitam ingresso em Terras Indígenas cto.

Anexos estão a carta de intenção e projeto na integra.

Gostaria que fosse, por favor, confirmado o recebimento do e-mail. De antemão agradeço e aguardo retorno

Prof. Anapaula Martins Mendes
Coordenador do Curso de Enfermagem
Campus Binacional Oiapoque
Universidade Federal do Amapá
Contato 96 981299307
E-mail institucional anapaula@unifap.br



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ - UNIFAP
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
CAMPUS BINACIONAL DE OIAPOQUE
COORDENAÇÃO DE ENFEMAGEM



CARTA DE INTENÇÃO

Oiapoque, 30 de agosto de 2017.

Ao: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq e Ministério da Ciência, Tecnologia e InovaçãoMCTI

Assunto: Solicitação de emissão de parecer de mérito científico da pesquisa anexa

Venho através deste documento solicitar a apreciação e emissão de parecer de mérito científico da pesquisa intitulada: **Saberes e práticas no uso de bebidas alcoólicas entre Povos Indígenas na Fronteira Franco-brasileira, Amapá**. Pesquisa vinculada ao desenvolvimento de Tese de doutoramento da discente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Anapaula Martins Mendes, a qual também é docente da Universidade Federal do Amapá, Campus Binacional Oiapoque. Sendo orientada pelas Profs. Dra. Marcia Grisotti e Dra. Esther Jean Langdon.

O presente projeto tem por principal objetivo compreender os processos sociais envolvidos no uso de bebidas alcoólicas entre povos indígenas na fronteira Franco-brasileira, no estado do Amapá. Para pensar o desenvolvimento da pesquisa a proposta foi apresentada às lideranças e comunidade e foi observada por tais como uma importante ação a ser executada. É compromisso desta pesquisa seu desenvolvimento em acordo com as resoluções que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos e povos indígenas incluindo: 466/2012, 304/200 e 510/2016. Não efetivando qualquer ação sem a anuência dos povos indígenas e dos indivíduos a serem incluídos na pesquisa. É responsabilidade deste grupo de pesquisadores retornar as informações coletadas e analisadas aos povos indígenas e divulgar estas informações através de publicações e apresentações em congressos de cunho científico. Estamos à disposição para sanar qualquer dúvida adicional em relação ao projeto. Aguardarei retorno, muito obrigada.

Anapaula m. Mendes

Prof. Msc. Anapaula Martins Mendes
Contato: (96)981299307

ETAPA 5: SUBMISSÃO DO PROJETO À PLATAFORMA BRASIL PARA APRECIÇÃO DO CEP E CONEP

A submissão do projeto com a indexação de todos os documentos foi finalizada no dia 10 de outubro de 2017, desde então o mesmo sofreu avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa - CEP da Universidade Federal do Amapá e foi encaminhado ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, conforme orientações da normativa da FUNAI e resoluções que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos, conforme descrito no projeto de pesquisa.

Parecer do CONEP foi liberado em junho de 2017.

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SABERES E PRÁTICAS NO USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS ENTRE POVOS INDÍGENAS NA FRONTEIRA FRANCO-BRASILEIRA, ESTADO DO AMAPÁ.

Pesquisador: Anapaula Martins Mendes

Área Temática: Estudos com populações indígenas;

Versão: 4

CAAE: 78912417.0.0000.0003

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.758.736

Apresentação do Projeto:

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas dos arquivos "Informações Básicas da Pesquisa" (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_ 997847.pdf, de 11/06/2018).

INTRODUÇÃO

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) no Brasil, vivem mais de 890 mil índios, não sendo incluídos neste total os indígenas considerados isolados. Este contingente corresponde a 0,4% da população brasileira. Esta população se distribui em 505 terras indígenas, representando 12,5% do território nacional. Foram identificadas, no último censo, 305 etnias que falam 274 idiomas, o que evidencia uma imensa sociodiversidade indígena em nosso país. O elevado número de etnias, sua ampla distribuição no país, incluindo áreas rurais e urbanas, as distintas situações territoriais em que se inserem, sua organização sociopolítica, crenças, costumes, línguas, os modos de interação com o ambiente, os meios de subsistência, cosmologia, entre outros aspectos representam um importante desafio para a compreensão da situação de saúde dos povos indígenas no país, e que deve ser considerada como resultado da ampla diversidade social e cultural existente entre eles (LITTLE, 2002; ISA, 2015). A atenção à saúde desta população tem em seu histórico práticas que vem desde a ação de missionários à presença do

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.758.736

Serviço de Proteção ao Índio (SPI) que exercia atividades de frente de atração e “pacificação” com uma mescla de ações descontínuas com intervenções medicamentadoras na área da saúde, sendo substituído no final da década de 1960 pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e associado, em alguns espaços de tempo, a ações que atingiam também as populações rurais e outras localizadas em áreas de difícil acesso como no caso dos Serviços de Unidades Sanitárias Aéreas - SUSA (MS/SESAI, 2016; ISA, 2015) Em conjunto com os movimentos da reforma sanitária no país, já em uma época em que o Ministério da Saúde (MS) assumia, mesmo que em partes, a saúde indígena, amplas discussões em relação a situação de saúde desta população levaram a criação de uma lei, conhecida como Lei Arouca, que fundamentou a inserção do Subsistema de Saúde Indígena como integrante do Sistema Único de Saúde Brasileiro e fundamentou a criação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) que baseia-se no modelo organizacional dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) que hoje somam 34 distribuídos no país (BRASIL/FUNASA, 2002). A saúde da população indígena no estado do Amapá é gerenciada pelo DSEI Amapá e Norte do Pará, que compreende, em sua área de abrangência, as etnias Galibi Kali'nã – também conhecido por Galibi do Oiapoque; Galibi Marworno, Karipuna e Palikur no município de Oiapoque e os Wajãpi em Pedra Branca do Amapari, municípios pertencentes ao estado do Amapá e os grupos étnicos Zo'ê, Aparai, Wayana, Tiriyo e Katxuyana entre os municípios de Óbidos e Almeirim no Pará. No total são mais de sete mil indígenas no espaço territorial de abrangência deste DSEI, distribuídos em sete terras indígenas (GALLOIS & GRUPIONI, 2003). O município de Oiapoque, no Amapá, conta com o maior percentual populacional de indígenas neste Estado, somando cerca de 30% da população total do município, com uma população em 2010 de 5569; estimada, no ano de 2017, em aproximadamente 7 mil indivíduos, o maior contingente populacional pertencente a este distrito, distribuídos em três terras indígenas: Uaçá, Galibi e Juminã. Este município está localizado no extremo norte do estado, a cerca de 600 quilômetros da capital do Estado, Macapá, e faz fronteira com a Guiana Francesa. Sua população em 2015 foi estimada em 24.263 pessoas, porém com uma população itinerante de quase 15% devido ao processo de ingresso e saída do país vizinho, situação que traz particularidades e especificidades em relação às situações envolvidas nos processos saúde e doença (IBGE, 2010; MS/SESAI, 2016; GALLOIS & GRUPIONI, 2003). O DSEI está representado, no município, por espaços descentralizados de atenção, conforme segue a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. São três Polos Base: Manga, Kumarumã e Kumenê e uma Casa de Saúde Indígena – CASAI. Os Polos estão organizados dentro das terras indígenas e funcionam como primeira referência e ponto estratégico para estarem presentes profissionais como enfermeiros, médicos, odontólogos e demais

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conepe@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.758.736

profissionais quando disponíveis: nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, entre outros (MS/SESAI, 2016; BRASIL/FUNASA, 2002). Dentre os problemas de saúde descritos entre os povos indígenas nesta região, tem chamado a atenção a ampla preocupação de lideranças, pessoas da comunidade, estudantes indígenas, instituições que desenvolvem atividades nesta área – governamentais ou não - e profissionais de saúde em relação à situação do uso de bebidas alcoólicas entre esta população. As instituições e a comunidade têm buscado parcerias e discutido com professores e pesquisadores da Universidade Federal do Amapá, que possui um Campus no município de Oiapoque, onde a pesquisadora responsável pelo presente projeto exerce suas atividades; solicitando o ingresso destes no sentido de ampliar as discussões e tentar traçar estratégias de controle. Dias (2013) quando analisou o consumo de álcool entre os povos indígenas da TI Uaçá, em Oiapoque, a partir de uma perspectiva etnográfica observou que as bebidas alcoólicas estão presentes em diferentes espaços sociais e que o consumo não possui um caráter “reprovável” de maneira geral pelos indígenas. Suas percepções variam em acordo com a situação vivenciada e, em muitos espaços, o uso da bebida assume um papel específico e que pode ser considerado benéfico, unindo as famílias para o trabalho, sendo utilizado nos diferentes processos de cura e de encontro com os espíritos da floresta, para as festas, em fim o autor parte do pressuposto de que o consumo do álcool “não pode ser compreendido simplesmente, pela ação farmacológica da substância no organismo”, mas sua repercussão no uso está associada aos modos de agir pensados em “acordo com o que a cultura e a sociedade esperam daquele que bebe” (DIAS, 2013, p. 109). Sabe-se que o “alcoolismo” entre indígenas vem sendo descrito como importante problema de saúde pública no Brasil há algum tempo, porém, estudos vinculados a esta temática ainda são, relativamente escassos em relação aos realizados entre os demais seguimentos populacionais e estes processos necessitam ser melhor compreendidos dadas as imensas diversidades socioculturais presentes em nosso país em relação a estes povos e as diferentes relações traçadas no momento do uso de substâncias entre esta população (SOUZA, 2013; SOUZA & GARNELO, 2007; LANGDON, 2001). Menendez (1982) aborda este agravo de uma maneira mais contextual e o transforma no conceito de “alcoolização”, o que nos permite observar os diferentes modos de beber de cada grupo social e cultural, assim como compreender as repercussões e consequências positivas e negativas em relação ao uso de substâncias alcoólicas. Considerando então o uso em sua amplitude e não somente como problema de saúde sem focar somente nos sujeitos considerados “alcoólicos dependentes” sejam eles considerados excessivos, moderados ou abstêmios. Desta forma o uso de bebidas alcoólicas também pode ser analisado em seu contexto não somente como problema, mas também enquanto prática cultural (SOUZA &

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.758.736

GARNELO, 2007; MENENDEZ, 1982). Para Souza e GarneLO (2007) partindo deste conceito mais amplo de alcoolização, trazido por Menendez, existe uma necessidade em se analisar o consumo do álcool considerando os contextos de inserção dos sujeitos, sua cultura e sua história, não apenas o “uso problemático”, mas buscando significados para o beber. Langdon (2001) reforça dizendo que necessitamos de uma abordagem mais “cultural/coletivo/multifatorial” buscando uma ampliação no enfoque sobre a situação que nos permita criar estratégias que tenham maior impacto na situação. Sabe-se que o uso de substâncias psicoativas, incluindo as bebidas alcoólicas, possuem inúmeras representações para estes grupos e precisamos compreender os diferentes modos de beber das sociedades indígenas e que significados que eles trazem o que é de fundamental importância para que possamos entender, portanto, “como beber e porquê beber” nestes espaços territoriais, o que nos propomos no presente trabalho (SOUZA & GARNELO, 2007; LANGDON, 2001).

HIPÓTESE

Diferentes saberes e práticas estão envolvidos no uso de bebidas alcoólicas entre os povos indígenas desta região e compreender como essas práticas são vivenciadas no cotidiano indígena possibilita estabelecer estratégias de autoatenção que podem já serem executadas por esta população ou criadas a partir desta percepção pelos próprios indígenas e pelos profissionais de saúde envolvidos neste processo de cuidar.

METODOLOGIA

Trata de uma pesquisa qualitativa que, de acordo com Minayo, 2013, nos possibilita trabalhar com o “universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e atitudes” ou seja traz a possibilidade de compreendermos as representações e conceitos vinculados aos processos dentro de um espaço cultural diverso. A pesquisa é baseada em um modelo metodológico etnográfico ativo com o objetivo de, através da análise em conjunto com a própria comunidade dos seus processos culturais, tentar enfrentar melhor situações vistas como problemas relacionados a estes processos. A etnografia tem por objetivo apoiar na descrição dos variados sistemas culturais de determinados grupos étnicos (BEUD, 2007; MINAYO, 2013). Além de ser possuir uma abordagem colaborativa a medida que surge de uma necessidade levantada pelos povos indígenas da região e outros setores como o DSEI, FUNAI e MPF. Local do estudo: A pesquisa se dará nas aldeias onde estão situados os Polos Base: Kumarumã e Manga, que são as maiores aldeias e contém o maior contingente populacional; dentre as etnias que iremos envolver no

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conepe@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.758.736

estudo estão os Galibi Marworno, Galibi Kali'nã, Karipuna e Palikur, este último grupo se insere majoritariamente em outro Polo: Kumenê, mas se dispersa com algumas famílias residindo nos demais. Estes polos somam aproximadamente três mil indígenas; porém se for necessária a visita em alguma aldeia adjacente por solicitação dos indígenas ou devido a visualização de alguma característica específica que possa beneficiar a pesquisa esta ação poderá ser estendida. Por exemplo, no caso de o Pajé que realiza as atividades vinculadas a população de um determinado Polo Base residir ou estar residindo temporariamente em uma outra aldeia. Instrumentos de coleta: A proposta da pesquisa é a de reconhecer a partir do processo de inserção ativa do pesquisador nos espaços (trabalho de campo) dos Polos Base - aldeias Kumarumã e Manga – as diferentes representações e conceitos vinculados ao uso de substâncias alcoólicas entre esta população. Serão realizadas atividades que irão se mesclar entre a observação participante, rodas de conversas com a comunidade, conversas com Pajés e outras pessoas que tenham alguma representação voltada aos rituais de cura, uso e produção de bebidas alcoólicas, representantes mais “velhos” e lideranças. A observação participante nos apresenta subsídios para compreender outros elementos que possam surgir como resultado das interações o que nos permite traduzir as experiências vivenciadas pelo grupo “assumindo o papel de um membro do grupo” (GIL, 1999, P.103; VICTORA ET AL., 2000). Esta fase da pesquisa está baseada na inserção do pesquisador nas aldeias – contexto natural do povo indígena a ser estudado – e terá como fonte de registro o diário de campo, fotografias e filmagens, quando necessário e autorizado. Serão realizadas também rodas de conversa que serão realizadas com agendamento, em conjunto com as lideranças, nos espaços da própria comunidade, convidando pessoas adultas de ambos os sexos a participar, e abordará questões relacionadas a como eram feitos e utilizadas as substâncias alcoólicas entre estes grupos étnicos e, ainda relacionar com as práticas nos dias atuais, buscando espaços temporais que possam indicar momentos transitórios no uso destas substâncias pelo uso de bebidas industrializadas e as percepções em relação ao consumo do álcool por estas comunidades. As rodas de conversa se repetirão, durante a inserção do pesquisador no campo, e trarão discussões voltadas ao resultado da primeira abordagem caso seja de interesse da comunidade continuar discutindo o tema e a proposição de estratégias.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.

Como critério de inclusão para a observação participante a possibilidade de participação de todas as pessoas da comunidade, em especial os pajés e curadores entre outras pessoas apresentadas pelas lideranças que possam contribuir com o desenvolvimento do objetivo. Ademais as rodas de

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.758.736

conversa serão abertas à todas as pessoas adultas (maiores de 18 anos) que tenham interesse em falar sobre o assunto e serão organizadas em conjunto com as lideranças.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.

Não apresentados.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

Compreender que saberes e práticas estão envolvidos no uso de bebidas alcoólicas entre povos indígenas no município de Oiapoque, estado do Amapá.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- a) Resgatar a memória de membros da comunidade sobre como eram utilizadas as substâncias alcoólicas no passado e comparar com o uso atual;
- b) Identificar se o uso de substâncias alcoólicas são percebidas como um problema e, se forem, como os diferentes membros da comunidade vivenciam esse processo no seu cotidiano;
- c) Identificar dentro do que for caracterizado como problemático no uso de bebidas alcoólicas se existe uma conduta relacionada as práticas de autoatenção numa perspectiva a partir dos membros da comunidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

Os riscos são relacionados ao ingresso em espaço territorial diferenciado e serão minimizados a medida que a pesquisadora já possui um certo vínculo com a população de estudo e já esteve presente em diferentes momentos nos dois Polos Base, conhece a língua e seus costumes e tende a interferir o mínimo possível nas condições de vida apresentadas por esta população, compartilhando de seus saberes e práticas do cotidiano e respeitando sua cultura e organização social.

BENEFÍCIOS

A pesquisa visa beneficiar diferentes campos de trabalho os quais requerem melhor conhecimento acerca das práticas culturais e sociais que envolvem o uso de bebidas alcoólicas, assim como as práticas de autoatenção voltadas ao uso caracterizado como problemático entre esta população. Desta forma se podem planejar ações e fundamentar melhor políticas que se voltem às reais

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

Continuação do Parecer: 2.758.736

necessidades destes povos e que vão ao encontro daquilo que eles vivenciam em seu cotidiano. Respeitando sua cultura e desmistificando a caracterização dada ao povo indígena quando relacionado ao uso de álcool. Respeitando seus diferentes modos de beber e reconhecendo os contextos onde estes processos se dão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Verificar item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Verificar item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

1. Quanto ao registro de consentimento livre e esclarecido referente ao arquivo "TCLE_limpo_CONEP.pdf", postado na Plataforma Brasil em 06/03/2018, recomenda-se que este seja impresso em frente e verso e, quando não for possível, que as páginas devem ser enumeradas da seguinte forma: 1/4; 2/4; 3/4; 4/4. Neste caso, deve ter haver um espaço para as rubricas do pesquisador e participante da pesquisa. Recomenda-se adequação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de Resposta ao Parecer Consubstanciado Conep nº 2.692.773:

1. Quanto ao arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_997847.pdf", postado na Plataforma Brasil em 06/03/2018, seguem as seguintes considerações:

1.1 Quanto ao Orçamento Financeiro do estudo. O Orçamento Financeiro apresentado no arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_997847.pdf", não está de acordo com o solicitado pela Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, item 3.3.e. Solicita-se que seja apresentado orçamento financeiro detalhado, que especifique todos os recursos, fontes e destinação, em especial os custos operacionais (recursos humanos e materiais). Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Vide documento "CARTA_RESPOSTA_parecer2047744_CONEP.pdf", postado em 11/06/2018.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.2 Solicita-se incluir na metodologia a descrição do espaço físico onde ocorrerá a entrevista e as

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.758.736

principais variáveis de interesse para o projeto, considerando a necessidade de privacidade e como será a seleção, e o tempo necessário para o procedimento e forma de abordagem dos possíveis participantes da pesquisa, conforme Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, itens 3.4.1.7 e 3.4.1.11.

RESPOSTA: Vide documento "CARTA_RESPOSTA_parecer2047744_CONEP.pdf", postado em 11/06/2018.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.3 Solicita-se apresentar, neste item do projeto, os critérios de inclusão e exclusão, para a participação no estudo, pois mesmo sendo um estudo de abordagem qualitativa, é necessário ter um critério mínimo para escolha dos participantes, conforme Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, item 3.4.1.11.

RESPOSTA: Foi inserido no último parágrafo (pag 37) do item 4.3 do projeto a seguinte descrição, conforme solicitado:

"Desta forma temos como critério de inclusão para a observação participante a possibilidade de participação de todas as pessoas da comunidade, em especial os pajés e curadores entre outras pessoas apresentadas pelas lideranças que possam contribuir com o desenvolvimento do objetivo. Ademais as rodas de conversa serão abertas à todas as pessoas adultas (maiores de 18 anos) que tenham interesse em falar sobre o assunto e serão organizadas em conjunto com as lideranças."

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Quanto ao de registro de consentimento livre e esclarecido referente ao arquivo "termo_de_consentimento_corrigido_CEP.pdf", postado na Plataforma Brasil em 06/03/2018, seguem as seguintes considerações:

2.1 Considerando a aprovação da Resolução CNS nº 510 de 2016 e que essa pesquisa pode incluir participantes não alfabetizados, sugere-se que o/a pesquisador/a considere outras formas de registrar o processo de consentimento e de assentimento livre e esclarecido e, caso considere pertinente alterar a forma de registro, explicitar sua nova proposta.

RESPOSTA: ME PARECE QUE O ITEM 2.1 QUE SOLICITA QUE OUTRAS FORMAS DE REGISTRO DE CONSENTIMENTO SEJAM ABORDADAS ESTÁ PREVISTA NA NOTA DE RODAPÉ COM A POSSIBILIDADE DE LEITURA CONJUNTA COM A PRESENÇA DE UMA TESTEMUNHA E A COLETA DA DIGITAL. ONDE SEGUE DESCRITO O SEGUINTE:

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.758.736

"Caso o entrevistado não tenha condições de assinar, será, após a leitura do termo e certificação de seu entendimento sobre o projeto, pega sua digital e a assinatura de uma testemunha."

TAMBÉM ESTÁ REPRESENTADO EM UM PEQUENO QUADRO O ESPAÇO PARA A DIGITAL.

Foi inserida a informação de que a testemunha "não é integrante da equipe de pesquisa".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.2 O registro de consentimento livre e esclarecido deve assegurar, de forma clara e afirmativa, que o participante da pesquisa receberá a assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, em caso de danos decorrentes da pesquisa (Resolução CNS nº 510, de 2016, Capítulo I, Art. 2º, Inciso II; e Capítulo III, Seção II, Artigo 17º, Inciso V). Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Inserida a informação no TCLE na sequência da descrição dos riscos a partir da seguinte frase:

"Em caso de danos decorrentes da pesquisa, ao participante, será garantida assistência imediata e integral por parte dos pesquisadores, pelo tempo que for necessário"

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.3 O registro de consentimento livre e esclarecido deve assegurar de forma clara e afirmativa a garantia de ressarcimento ao participante da pesquisa e a descrição das formas de cobertura das despesas realizadas pelo participante decorrentes da pesquisa, quando houver (Resolução CNS nº 510, de 2016, Capítulo III, Seção II, Artigo 17º, Inciso VII). Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Inseridas as informações no TCLE na sequência da descrição apresentada no item 2.2 como seguem abaixo: "Não será gerado qualquer custo ao participante durante a pesquisa que será financiada pelo próprio pesquisador. Sendo que qualquer custo gerado pode e deverá ser ressarcido e indenizado pelo pesquisador, caso necessário, sendo de direito do participante requerer."

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.4 Solicita-se incluir texto que o participante da pesquisa tem o direito de requerer indenização,

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.758.736

caso seja necessário (Resolução CNS nº 510, de 2016, capítulo IV, Art. 19º, parágrafo 2º; e Código Civil, Lei 10.406, de 2002, artigos 927 a 954, Capítulos I, "Da Obrigação de Indenizar", e II, "Da Indenização", Título IX, "Da Responsabilidade Civil").

RESPOSTA: Vide resposta da pendência 2.3.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.5 Em observação ao capítulo IV da Resolução CNS nº 510, de 2016, o registro de consentimento livre e esclarecido deve apresentar, de forma clara e objetiva, os potenciais benefícios da pesquisa ao participante, sem supervalorizá-los; caso o estudo não antecipe qualquer benefício direto ao participante, essa informação deve constar no registro de consentimento livre e esclarecido de forma explícita. Os potenciais riscos associados à pesquisa também devem estar descritos no registro de consentimento livre e esclarecido, sem subestimá-los; o registro de consentimento livre e esclarecido deve explicar as providências e as cautelas que serão adotadas para evitar ou diminuir os riscos associados à pesquisa (Resolução CNS nº 510, de 2016, Capítulo IV). Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Foram acrescentadas as descrições em vermelho para melhor apontar como os riscos serão minimizados para além do que já havia descrito no TCLE:

"As atividades fornecem riscos mínimos, relacionados a socialização dos saberes e práticas utilizados pelos povos indígenas participantes, os quais serão minimizados respeitando a autonomia de cada indivíduo, respeitando todos os preceitos éticos, assim como, todas as informações coletadas serão utilizadas apenas para fins acadêmicos, não sendo expostos os nomes dos participantes em nenhuma ocasião. E ainda com objetivo de minimizar os riscos, considerando que a pesquisadora possui um certo vínculo com a população, conhece a língua e seus costumes, a mesma se propõe a interferir o mínimo possível nas condições de vida e respeitar os aspectos socioculturais destes povos."

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.6 Solicita-se informar como se pretende divulgar os benefícios resultantes da pesquisa para a comunidade, de forma a garantir o retorno social para os participantes da pesquisa (Resolução CNS 466 de 2012, itens III.1.l e III.1.n e Resolução CNS 510 de 2016, Art. 10º).

RESPOSTA: Acrescentada a descrição em vermelho como segue:

"E nos comprometemos a apresentar à toda a comunidade os resultados encontrados, através da apresentação das informações em reuniões dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena e

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.758.736

Assembleias, assim como gerando relatório a ser encaminhado ao DSEI – Amapá e Norte do Pará."
ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.7 O registro de consentimento livre e esclarecido deve trazer, de forma explícita, os meios de contato com o CEP (endereço, E-MAIL e TELEFONE), assim como os horários de atendimento ao público. Também é necessário apresentar, em linguagem simples, uma breve explicação sobre o que é o CEP (por exemplo: essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa que tem a finalidade de proteger eticamente o participante). Como o estudo envolveu análise ética pela Conep, essas recomendações também devem ser estendidas a esta Comissão (Resolução CNS nº 510, de 2016, capítulo III, seção II, Artigo 17º, inciso IX). Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Vide documento "CARTA_RESPOSTA_parecer2047744_CONEP.pdf", postado em 11/06/2018.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3. Solicita-se que seja descrito no Projeto Detalhado como se dará o processo de obtenção do registro de consentimento livre e esclarecido dos participantes da pesquisa. (Resolução CNS nº 304, de 2000, itens III.2.4, IV.1, IV.2).

RESPOSTA: Vide documento "CARTA_RESPOSTA_parecer2047744_CONEP.pdf", postado em 11/06/2018.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	11/06/2018		Aceito

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.758.736

Básicas do Projeto	ETO_997847.pdf	18:26:49		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_parecer2047744_CONEP.pdf	11/06/2018 18:25:35	Anapaula Martins Mendes	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_CONEP.docx	08/06/2018 09:36:03	Anapaula Martins Mendes	Aceito
Outros	Versao_projeto_alterada_CONEP.pdf	08/06/2018 09:32:16	Anapaula Martins Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_limpo_CONEP.pdf	08/06/2018 09:21:26	Anapaula Martins Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_alterado_CONEP.pdf	07/06/2018 18:36:49	Anapaula Martins Mendes	Aceito
Outros	Versao_projeto_limpa_CONEP.pdf	07/06/2018 18:34:57	Anapaula Martins Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_corrigido_CEP.pdf	06/03/2018 16:38:00	Anapaula Martins Mendes	Aceito
Outros	FUNAI0431860_Autorizacao_de_ingresso em TI Pessoa Fisica.pdf	06/03/2018 16:36:47	Anapaula Martins Mendes	Aceito
Outros	Termo_anuencia_cacique_kumaruma.PDF	25/09/2017 10:03:47	Anapaula Martins Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento.pdf	25/09/2017 10:02:55	Anapaula Martins Mendes	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_Funai.pdf	25/09/2017 09:57:53	Anapaula Martins Mendes	Aceito
Outros	anuencia_cacique_Manga.pdf	25/09/2017 09:57:10	Anapaula Martins Mendes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_saberes_e_praticas_plataforma.pdf	25/09/2017 09:50:45	Anapaula Martins Mendes	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_Anapaula.pdf	25/09/2017 09:50:19	Anapaula Martins Mendes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.758.736

BRASILIA, 06 de Julho de 2018

Assinado por:
Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador)

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

SABERES E PRÁTICAS NO USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS ENTRE POVOS INDÍGENAS NA FRONTEIRA FRANCO-BRASILEIRA, ESTADO DO AMAPÁ.

Anapaula Martins Mendes

Resumo do Projeto

Introdução: Os povos indígenas no Brasil constituem uma enorme diversidade sociocultural, com um grande número de grupos étnicos distribuídos em todo o território nacional, falantes de quase 300 línguas se caracterizando por diferentes crenças, costumes, modos de organização sociopolítica assim como o modo de interação com o ambiente onde vivem. No município de Oiapoque a população indígena compõe cerca de 30% da população geral, distribuída em três terras indígenas e quatro grupos étnicos, destes dois serão incluídos neste estudo: os Galibi Marworno e os Karipuna, dos Polos Base Manga e Kumarumã. **Objetivos:** O principal objetivo desta pesquisa é o de compreender que saberes e práticas estão envolvidos no uso de bebidas alcoólicas entre povos indígenas no município de Oiapoque, situado no extremo norte do estado do Amapá e apoiar na estruturação de estratégias a serem desenvolvidas na prevenção ao uso problemático de bebidas alcoólicas entre estes povos. **Metodologia:** A pesquisa foi elaborada a partir da proposição dos próprios grupos indígenas; pelo Distrito Especial Sanitário Indígena Amapá e Norte do Pará, FUNAI e Ministério Público Federal, que propunham que houvessem intervenções educativas relacionadas ao que se via como uso problemático de álcool entre estes povos em algumas aldeias. Trata-se, portanto, de uma pesquisa qualitativa com foco no modelo metodológico etnográfico ativo com o objetivo de, através da análise em conjunto com a própria comunidade dos seus processos culturais, tentar enfrentar melhor situações vistas como problemas relacionados a estes processos. Serão realizadas atividades que irão se mesclar entre a observação participante, rodas de conversas com a comunidade, conversas com Pajés e outras pessoas que tenham alguma representação voltada aos rituais de cura,

uso e produção de bebidas alcoólicas, representantes mais “velhos” e lideranças. A observação participante nos apresenta subsídios para compreender outros elementos que possam surgir como resultado das interações o que nos permite traduzir as experiências vivenciadas pelo grupo “*assumindo o papel de um membro do grupo*” e terá como fonte de registro o diário de campo e fotografias quando necessário e autorizado. Serão realizadas também rodas de conversa nos espaços da própria comunidade, que abordará questões relacionadas a como eram feitos e utilizadas as substâncias alcoólicas entre estes grupos étnicos e, ainda relacionar com as práticas nos dias atuais, buscando espaços temporais que possam indicar momentos transitórios no uso destas substâncias pelo uso de bebidas industrializadas e as percepções em relação ao consumo do álcool por estas comunidades e possíveis práticas de autoatenção relacionadas ao uso de álcool. A hermenêutica dialética será utilizada no processo de análise e interpretação dos dados coletados. **Resultados esperados:** Espera-se que os resultados da pesquisa sirvam como instrumento para avaliar as ações institucionais/governamentais que estão sendo realizadas e sua efetividade, comparando-as com os significados atribuídos pela própria comunidade a esse tema. Acredita-se que essa pesquisa poderá contribuir para a configuração de novas estratégias de políticas públicas em relação ao processo de alcoolização nessa população, ao mesmo tempo em que poderá ser utilizado por estes grupos indígenas e por profissionais trabalhadores da saúde indígena no sentido de discutir suas práticas.

Descritores: Populações Indígenas, Saúde de Populações Indígenas, Bebidas alcoólicas.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES:

1º etapa de trabalho (2018) - Aldeia Manga:

Período: julho e outubro de 2018.

Atividades a serem desenvolvidas: rodas de conversa, atividades de educação em saúde, apoio às atividades desenvolvidas nas escolas e pela

equipe de saúde, formação do grupo de teatro do oprimido – atividade já apresentada no mês de maio nas aldeias Santa Isabel, Espírito Santo e Manga, onde os próprios adolescentes e profissionais de saúde poderão desenvolver ações de prevenção na aldeia.

Será organizado em conjunto com a equipe de saúde um cronograma de atividades que deverão ser continuadas posteriormente.

OBS: uma segunda etapa está prevista para o mesmo período do ano de 2019 na aldeia Kumarumã, desenvolvendo as mesmas atividades propostas a aldeia Manga.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

Anapaula Martins Mendes

**SABERES E PRÁTICAS NO USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS ENTRE
POVOS INDÍGENAS NA FRONTEIRA FRANCO-BRASILEIRA, ESTADO DO
AMAPÁ.**

Florianópolis, 2017.

Anapaula Martins Mendes

**SABERES E PRÁTICAS NO USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS ENTRE
POVOS INDÍGENAS NA FRONTEIRA FRANCO-BRASILEIRA, ESTADO DO
AMAPÁ.**

Projeto de pesquisa apresentado a banca para fins de qualificação de doutorado junto ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof. Dra. Marcia Grisotti.

Coorientadora: Prof. Dra. Esther Jean Langdon

Florianópolis, 2017.

LISTA DE SIGLAS

- AIS** – Agente Indígena de Saúde
- CASAI** – Casa de Saúde do Índio
- CID** – Código Internacional de Doenças
- CNPq** – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- CONEP** – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
- DESAI** – Departamento de Saúde Indígena
- DSEI** – Distrito Sanitário Especial Indígena
- EMSI** – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
- FNS/FUNASA** – Fundação Nacional de Saúde
- FUNAI** – Fundação Nacional do Índio
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- INSI** – Instituto Nacional de Saúde Indígena
- ISA** – Instituto Sócio Ambiental
- MS** – Ministério da Saúde
- OIT** - Organização Internacional do Trabalho
- OMS**- Organização Mundial de Saúde
- PNASPI** – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
- PPGSC** – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
- SESAI** – Secretaria Especial de Saúde Indígena
- SIASI** – Sistema de Informações da Atenção a Saúde Indígena
- SPI** – Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- SUSA** – Serviços de Unidades Sanitárias Aéreas

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Mapa Organizacional do DSEI e Modelo Assistencial.

FIGURA 2. Distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil.

FIGURA 3. Mapa de localização DSEI Amapá e Norte do Pará.

FIGURA 4. Terras Indígenas Amapá e Norte do Pará.

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TI – Terra Indígena

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	6
2. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS	10
2.1 DOS POVOS INDÍGENAS NO BRASIL E A PROPOSTA DE UMA ATENÇÃO DIFERENCIADA.....	11
2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS	15
2.3 A CRIAÇÃO DA SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA E A SITUAÇÃO ATUAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDÍGENA.....	18
2.5 O DSEI AMAPÁ E NORTE DO PARÁ E OS POVOS INDÍGENAS DO OIAPOQUE	25
2.6 DO ALCOOLISMO À ALCOOLIZAÇÃO: DISCURSOS ENTRE A SAÚDE E A ANTROPOLOGIA	28
3. OBJETIVOS	33
3.1 OBJETIVO GERAL	33
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
4. PROPOSTA METODOLÓGICA	34
4.1 TIPO DE ESTUDO	34
4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA.....	36
4.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO	38
4.5 CRONOGRAMA	38
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	39
4.7 CONTRIBUIÇÕES PARA O CAMPO DE CONHECIMENTO.....	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
APÊNCICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE	45

SABERES E PRÁTICAS NO USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS ENTRE POVOS INDÍGENAS NA FRONTEIRA FRANCO-BRASILEIRA, ESTADO DO AMAPÁ.

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) no Brasil, vivem mais de 890 mil índios, não sendo incluídos neste total os indígenas considerados isolados. Este contingente corresponde a 0,4% da população brasileira. Esta população se distribui em 505 terras indígenas, representando 12,5% do território nacional. Foram identificadas, no último censo, 305 etnias que falam 274 idiomas, o que evidencia uma imensa sociodiversidade indígena em nosso país.

O elevado número de etnias, sua ampla distribuição no país, incluindo áreas rurais e urbanas, as distintas situações territoriais em que se inserem, sua organização sociopolítica, crenças, costumes, línguas, os modos de interação com o ambiente, os meios de subsistência, cosmologia, entre outros aspectos representam um importante desafio para a compreensão da situação de saúde dos povos indígenas no país, e que deve ser considerada como resultado da ampla diversidade social e cultural existente entre eles (LITTLE, 2002; ISA, 2015).

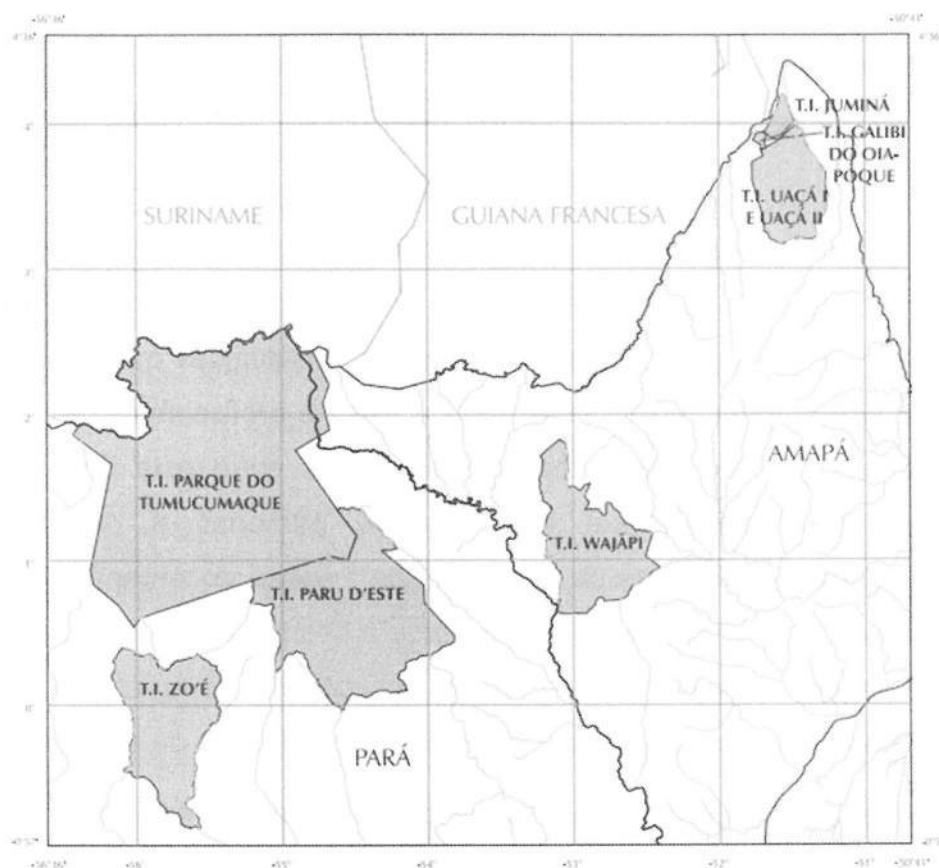
A atenção à saúde desta população tem em seu histórico práticas que vem desde a ação de missionários à presença do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) que exercia atividades de frente de atração e “pacificação” com uma mescla de ações descontínuas com intervenções medicamentadoras na área da saúde, sendo substituído no final da década de 1960 pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e associado, em alguns espaços de tempo, a ações que atingiam também as populações rurais e outras localizadas em áreas de difícil acesso como no caso dos Serviços de Unidades Sanitárias Aéreas - SUSA (MS/SESAI, 2016; ISA, 2015)

Em conjunto com os movimentos da reforma sanitária no país, já em uma época em que o Ministério da Saúde (MS) assumia, mesmo que em

partes, a saúde indígena, amplas discussões em relação a situação de saúde desta população levaram a criação de uma lei, conhecida como Lei Arouca, que fundamentou a inserção do Subsistema de Saúde Indígena como integrante do Sistema Único de Saúde Brasileiro e fundamentou a criação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) que baseia-se no modelo organizacional dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) que hoje somam 34 distribuídos no país (BRASIL/FUNASA, 2002).

A saúde da população indígena no estado do Amapá é gerenciada pelo DSEI Amapá e Norte do Pará, que compreende, em sua área de abrangência, as etnias Galibi Kali'nã – também conhecido por Galibi do Oiapoque; Galibi Marworno, Karipuna e Palikur no município de Oiapoque e os Wajãpi em Pedra Branca do Amapari, municípios pertencentes ao estado do Amapá e os grupos étnicos Zo'é, Aparai, Wayana, Tiriyo e Katxuyana entre os municípios de Óbidos e Almeirim no Pará. No total são mais de sete mil indígenas no espaço territorial de abrangência deste DSEI (Figura 1), distribuídos em sete terras indígenas (GALLOIS & GRUPIONI, 2003).

Figura 1. Terras Indígenas Amapá e Norte do Pará



Fonte: PPTAL/FUNAI, 2003 in Gallois e Grupioni, 2003.

O município de Oiapoque, no Amapá, conta com o maior percentual populacional de indígenas neste Estado, somando cerca de 30% da população total do município, com uma população em 2010 de 5569; estimada, no ano de 2017, em aproximadamente 7 mil indivíduos, o maior contingente populacional pertencente a este distrito, distribuídos em três terras indígenas: Uaçá, Galibi e Juminã. Este município está localizado no extremo norte do estado, a cerca de 600 quilômetros da capital do Estado, Macapá, e faz fronteira com a Guiana Francesa. Sua população em 2015 foi estimada em 24.263 pessoas, porém com uma população itinerante de quase 15% devido ao processo de ingresso e saída do país vizinho, situação que traz particularidades e especificidades em relação às situações envolvidas nos processos saúde e doença (IBGE, 2010; MS/SESAI, 2016; GALLOIS & GRUPIONI, 2003).

O DSEI está representado, no município, por espaços descentralizados de atenção, conforme segue a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. São três Polos Base: Manga, Kumarumã e Kumenê e uma Casa de Saúde Indígena – CASAI. Os Polos estão organizados dentro das terras indígenas e funcionam como primeira referência e ponto estratégico para

estarem presentes profissionais como enfermeiros, médicos, odontólogos e demais profissionais quando disponíveis: nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, entre outros (MS/SESAI, 2016; BRASIL/FUNASA, 2002).

Dentre os problemas de saúde descritos entre os povos indígenas nesta região, tem chamado a atenção a ampla preocupação de lideranças, pessoas da comunidade, estudantes indígenas, instituições que desenvolvem atividades nesta área – governamentais ou não - e profissionais de saúde em relação à situação do uso de bebidas alcoólicas entre esta população. As instituições e a comunidade têm buscado parcerias e discutido com professores e pesquisadores da Universidade Federal do Amapá, que possui um Campus no município de Oiapoque, onde a pesquisadora responsável pelo presente projeto exerce suas atividades; solicitando o ingresso destes no sentido de ampliar as discussões e tentar traçar estratégias de controle.

Dias (2013) quando analisou o consumo de álcool entre os povos indígenas da TI Uaçá, em Oiapoque, a partir de uma perspectiva etnográfica observou que as bebidas alcoólicas estão presentes em diferentes espaços sociais e que o consumo não possui um caráter “reprovável” de maneira geral pelos indígenas. Suas percepções variam em acordo com a situação vivenciada e, em muitos espaços, o uso da bebida assume um papel específico e que pode ser considerado benéfico, unindo as famílias para o trabalho, sendo utilizado nos diferentes processos de cura e de encontro com os espíritos da floresta, para as festas, em fim o autor parte do pressuposto de que o consumo do álcool *“não pode ser compreendido simplesmente, pela ação farmacológica da substância no organismo”*, mas sua repercussão no uso está associada aos modos de agir pensados em *“acordo com o que a cultura e a sociedade esperam daquele que bebe”* (DIAS, 2013, p. 109).

Sabe-se que o “alcoolismo” entre indígenas vem sendo descrito como importante problema de saúde pública no Brasil há algum tempo, porém, estudos vinculados a esta temática ainda são, relativamente escassos em relação aos realizados entre os demais seguimentos populacionais e estes processos necessitam ser melhor compreendidos dadas as imensas diversidades socioculturais presentes em nosso país em relação a estes povos

e as diferentes relações traçadas no momento do uso de substâncias entre esta população (SOUZA, 2013; SOUZA & GARNELO, 2007; LANGDON, 2001).

Menendez (1982) aborda este agravo de uma maneira mais contextual e o transforma no conceito de “alcoholização”, o que nos permite observar os diferentes modos de beber de cada grupo social e cultural, assim como compreender as repercussões e consequências positivas e negativas em relação ao uso de substâncias alcoólicas. Considerando então o uso em sua amplitude e não somente como problema de saúde sem focar somente nos sujeitos considerados “alcoólicos dependentes” sejam eles considerados excessivos, moderados ou abstêmios. Desta forma o uso de bebidas alcoólicas também pode ser analisado em seu contexto não somente como problema, mas também enquanto prática cultural (SOUZA & GARNELO, 2007; MENENDEZ, 1982).

Para Souza e Garnelo (2007) partindo deste conceito mais amplo de alcoholização, trazido por Menendez, existe uma necessidade em se analisar o consumo do álcool considerando os contextos de inserção dos sujeitos, sua cultura e sua história, não apenas o “uso problemático”, mas buscando significados para o beber. Langdon (2001) reforça dizendo que necessitamos de uma abordagem mais “cultural/coletivo/multifatorial” buscando uma ampliação no enfoque sobre a situação que nos permita criar estratégias que tenham maior impacto na situação. Sabe-se que o uso de substâncias psicoativas, incluindo as bebidas alcoólicas, possuem inúmeras representações para estes grupos e precisamos compreender os diferentes modos de beber das sociedades indígenas e que significados que eles trazem o que é de fundamental importância para que possamos entender, portanto, “como beber e porquê beber” nestes espaços territoriais, o que nos propomos no presente trabalho (SOUZA & GARNELO, 2007; LANGDON, 2001).

2. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

2.1 DOS POVOS INDÍGENAS NO BRASIL E A PROPOSTA DE UMA ATENÇÃO DIFERENCIADA

No Brasil, segundo último censo do IBGE (2010), vivem mais de 890 mil índios, não incluindo indígenas considerados isolados, localizados em todos os estados brasileiros. Esta população corresponde a 0,4% da população brasileira, distribuídos em 505 terras indígenas, representando 12,5% do território nacional. Apesar do contingente populacional não ser tão expressivo, em relação ao total populacional, por se tratarem de 305 grupos étnicos, falantes de 274 idiomas diferentes, evidenciamos uma imensa sociodiversidade entre estes povos.

O elevado número de etnias, sua ampla distribuição no país, incluindo áreas rurais e urbanas, as distintas situações territoriais em que se inserem, os diferentes modos de organização sociopolítica, as crenças, costumes, línguas, sua interação com o ambiente, os meios de subsistência, cosmologia, entre outros aspectos representam um importante desafio para a compreensão da situação de saúde dos povos indígenas no país, e que deve ser considerada como resultado desta ampla diversidade social e cultural existente entre eles (IBGE, 2010; LITTLE, 2002, JUNQUEIRA, 2002).

Anteriormente à reformulação da Constituição, no ano de 1988, esta população era considerada tutelada pelo Estado e não possuía autonomia sobre sua vida ou sobre a terra onde viviam. Privados de direitos, o tratamento que o Estado dava a esta população buscava os conduzir a mudanças em seus modos e costumes afim de se assimilarem à população não indígena da época para que não fossem mais considerados “povos diferenciados”. O objetivo era de promover a “civilização dos índios”. As ações realizadas, portanto, geraram grandes consequências em relação ao contingente populacional indígena existente no país, principalmente no que diz respeito a redução deste quantitativo populacional (ISA, 2015; GARNELO, 2012).

A Constituição de 1988 teve grande impacto sobre a criação das políticas públicas voltadas a esta população, considerando a iniciativa de retirar de seu texto a tutela, até então instituída sobre esta população e torna-los cidadãos de fato e de direito. Esta postura anterior do Estado impedia que

estes povos protagonizassem as tomadas de decisão em acordo com suas reais necessidades, como foi descrito anteriormente. Dentre os direitos previstos a estes povos estava a garantia de atenção diferenciada à saúde (GARNELO, 2012; CARDOSO, 2014).

Garnele (2012) nos propõe reflexionar sobre a construção da Política de Saúde Indígena associando à discussão, para um melhor entendimento, a um momento de movimentos sociais em prol de mudanças no sistema de saúde brasileiro. Como resultado destes movimentos foi realizada a Reforma Sanitária, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que seguia princípios que tratavam em especial da universalidade da atenção, da integralidade do cuidado, da equidade e da participação social nas tomadas de decisão e gerência do sistema (BRASIL, 1986; GARNELO, 2012; CARDOSO, 2014).

Estes movimentos também foram realizados a partir da população indígena Brasileira que não conseguia se ver inserida nas propostas generalistas do SUS e que possuíam necessidades específicas a serem tratadas. O objetivo é de que fossem pensadas estratégias que respeitassem a diversidade indígena. A 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena foi um dos primeiros momentos em que o Estado ouviu diferentes líderes indígenas para discutir propostas relacionadas a formulação de diretrizes voltadas a saúde destes povos, tornando legítimas as necessidades e especificidades trazidas por esta população (BRASIL, 1986; GARNELO, 2012; ISA, 2015).

Anteriormente às discussões em relação a criação de uma política específica, os povos indígenas tiveram sua atenção à saúde gerida pelos mais diversos setores, desde a igreja, através de missões que tinham objetivos mais amplos, mas que também exerciam atividades vinculadas à assistência à saúde. O Serviço de Proteção ao Índio, que também não tinha como principal atribuição atender as demandas de saúde até órgãos vinculados ao Ministério da Justiça, como no caso da FUNAI. Desta forma os cuidados prestados a esta população tinham características paliativas com atividades descontinuadas que poucos resultados traziam.

A primeira estratégia de atenção à saúde indígena, vinculada ao Estado no Brasil, se iniciou de forma desestruturada e desorganizada a partir da criação do SPI – Serviço de Proteção ao Índio, através do Decreto 8.072 de 20 de junho de 1910 instituído no Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio. O SPI se inseria entre a população indígena em diferentes formatos, ao passo que apoiava nas “frentes de expansão”, iniciando um processo de “civilização” ou “integração pacífica” das populações indígenas encontradas e atuava de forma precária e descontínua na assistência à saúde (ISA, 2017).

Uma das suas atribuições era manter os indígenas dentro do território que lhe foi concebido e impedir que “civilizados” ingressassem neste espaço. Além disso, pensando na proposta de Rondon em 1908, o maior objetivo do SPI era o de “transformar” os indígenas em “trabalhadores nacionais” ensinando-os a utilizar-se dos recursos naturais disponíveis em suas terras fortalecendo a produção de bens e serviços fazendo com que eles se sentissem mais “cidadãos brasileiros” ou seja, as ações vinculadas a este serviço iam além das de saúde e este órgão promovia atividades de cunho social que abrangiam a busca de um melhor desenvolvimento econômico, educação, direitos fundiários, censos, entre outros (LIMA, 1987).

Os Serviços de Unidades Sanitárias Aéreas – SUSAs foram instituídos na década de 50, substituindo o serviço oferecido pelo SPI voltado para a saúde, e realizavam atividades de atenção à saúde direcionadas às áreas de difícil acesso; desenvolvendo ações de imunização, controle da tuberculose, malária e, ainda, alguns procedimentos odontológicos, ainda da mesma maneira do SPI, acompanhando principalmente áreas com registros de epidemias que necessitavam de intervenção iminente, ou seja, o processo de continuidade da atenção não era previsto dentro da proposta do SUSA (ISA, 2017).

Em 1967 a FUNAI – Fundação Nacional do Índio passou a ser o órgão indigenista oficial, responsável pela promoção e proteção aos direitos dos povos indígenas no território brasileiro. O modelo de atenção à saúde utilizado, na época, era o “campanhista” visando o atendimento de situações de urgência e surtos, num formato similar ao serviço do SUSA. As ações eram realizadas por Equipes Volantes de Saúde e direcionadas às áreas endêmicas e situações específicas, sem continuidade ou acompanhamento (ISA, 2017; MS, 1999).

As primeiras discussões sobre as precárias condições de atendimento à saúde indígena, no país, se iniciaram com a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena concomitante à discussão de criação do SUS em 1986. A proposta inicial foi a de que a gerência da atenção à saúde dos povos indígenas fosse vinculada ao Ministério da Saúde, órgão gestor do SUS no Brasil. Esta discussão se estendeu a uma 2ª Conferência, que mobilizou ainda mais os indígenas e teve a participação paritária dos delegados indígenas e não indígenas. A proposta estava então, voltada à mudança no modelo de atenção à saúde destes povos, baseado no modelo inserido, anteriormente, entre os Yanomami: o DSEI Yanomami (BRASIL, 1993; BRASIL, 1986).

Na tentativa de melhorar o atendimento à saúde a FUNAI retoma as atividades, anteriormente substituídas pela Coordenação da Saúde do Índio (COSAI) instituída na Fundação Nacional de Saúde (FNS), em 1991; com a proposta de instituir um modelo de atenção integral à saúde dos povos indígenas. A dificuldade em prestar assistência à saúde destas populações de maneira continuada e integral foi observada nos diferentes órgãos referenciados como responsáveis pelas ações de saúde dos indígenas no Brasil (ISA, 2017; Brasil, 2009).

Em 1999 foi aprovado o projeto de Lei do médico sanitário Sérgio da Silva Arouca, instituindo o Subsistema de Saúde Indígena no SUS através da Lei nº 9836 de 23 de setembro de 1999 e a instância da gestão da saúde indígena passa a ser a Fundação Nacional de Saúde, assim como a responsabilidade da prestação de serviços de saúde à população indígena em acordo com a Portaria 1163 de 1999. Arouca queria assegurar aos indígenas a igualdade de oportunidades relacionadas a prestação de serviços de saúde, reduzindo as diferenças entre o estado de saúde dos povos indígenas entre os demais segmentos populacionais.

Foi então inserido na Lei 8080/90 o capítulo "V" que trata do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena tornando-se componente do Sistema Único de Saúde brasileiro baseado em um modelo organizacional específico e em uma proposta de atenção diferenciada que tinha por objetivo atender às especificidades de cada povo indígena as quais englobavam desde questões de cunho sociocultural até os logísticos e epidemiológicos; respeitando seus saberes tradicionais relacionados às práticas médicas e garantindo a

participação social no processo de gestão à sua saúde (BRASIL, 2002; LANGDON, 2007, BRASIL, 1986, KRENAK ET AL. 1988).

No modelo de atenção à saúde indígena implementado no Brasil o conceito central é atenção diferenciada. Isto é, as ações em saúde devem ser socioculturalmente adaptadas, levando em consideração particularidades culturais, epidemiológicas e logísticas para o atendimento das comunidades indígenas (Heusi, 2003).

2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

A partir da criação do Subsistema de Saúde Indígena a Fundação Nacional de Saúde passa a ser o órgão responsável pela atenção à saúde indígena, através do Departamento de Saúde Indígena (DESAI). Apenas em 2002 foi criada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, através da Portaria 254 de 2002. Esta política foi criada e implementada, de acordo com os princípios do SUS, dando ênfase à descentralização das ações e dos recursos, da universalidade, integralidade, equidade e participação social, com destaque às questões relacionadas à diversidade cultural, étnica, geográfica, epidemiológica, histórica e política destes povos (BRASIL, 2002).

De acordo com Pellegrini (2000), a indefinição de uma política de saúde impedia a implantação de ações de saúde com resultados mais efetivos; além de ignorar as diferentes inserções históricas e geográficas destes povos na sociedade brasileira, sua organização sociopolítica, línguas e modos próprios de perceber e agir o mundo diversos, práticas médicas tradicionais dificultam o pensar intervenções em saúde evidenciando o quadro atual de desassistência desta população. O qual era caracterizado pela presença de agravos que poderiam ser, significativamente, reduzidos, pelo estabelecimento de ações sistemáticas e contínuas de atenção básica de acordo com o autor.

Como modelos organizacionais foram criados os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) (Figura 1), os quais se orientam por serem espaços étnico-culturais dinâmicos, geográficos, populacionais e administrativos bem delimitados. Abrangem as atividades técnicas de forma diferenciada,

direcionando estas com o objetivo de manter o respeito à diversidade cultural e aos espaços de cada povo indígena. Neste contexto, a Política de Saúde Indígena ressalta a importância de sua articulação com o Sistema de Saúde brasileiro, como destaca: *“Cada Distrito organizará uma rede de atenção básica a saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do Sistema Único de Saúde”* (BRASIL, 2002, p. 14).

Figura 1. Mapa Organizacional do DSEI e Modelo Assistencial.



Fonte: MS/ SESAI, 2017.

Ao todo foram criados 34 Distritos (Figura 2) e como parte da rede de cuidados organizada dentro destes distritos existem outras instâncias nomeadas Polo Base, que devem funcionar como uma primeira referência para as aldeias e postos de saúde onde a atenção está centrada na figura dos agentes indígenas de saúde (AIS) e técnicos em enfermagem, responsáveis pela articulação e intermédio da população e a equipe de saúde. Estes Polos podem estar situados na própria aldeia indígena ou em municípios próximos, funcionando como unidades básicas de saúde, responsáveis por resolver e encaminhar possíveis agravos em saúde, referenciando-os ao SUS (BRASIL, 2002).

Contudo, nestas redes de referência para média e alta complexidade, para garantir o acesso ao indígena é necessário um processo de articulação com Estados e Municípios, que, em acordo com a PNASPI, devem agir de maneira complementar, a fim de definir os procedimentos de referência e contra referência, assim como os incentivos responsáveis pelo atendimento diferenciado ao indígena, respeitando suas peculiaridades e especificidades culturais, incluindo a prática da medicina tradicional (BRASIL, 2002).

Figura 2. Distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil.



Fonte: MS/ SESAI, 2017.

Com o objetivo de manter esta articulação com as referências de alta e média complexidade têm-se, também instituídas, as Casas de Saúde Indígena – CASAI, que funcionam como um ponto de referência e apoio ao indígena encaminhado à cidade para realização de qualquer tipo de atendimento em saúde. Estas casas deverão prestar assistência à saúde 24 horas por dia, assim como efetuar atividades de educação em saúde para acompanhantes e pacientes em condições de participação (BRASIL, 2002).

Dentre os objetivos da política estão: a preparação de recursos humanos, o monitoramento das ações, a articulação com os demais serviços e setores de saúde, a promoção do uso racional de medicamentos e o resgate, manutenção e respeito à medicina tradicional indígena, promoção da ética em pesquisa, promoção da saúde, prevenção de doenças e participação social. De acordo com a Política as equipes de saúde devem ser multidisciplinares e, a

princípio, deverão ser compostas, minimamente, por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde e, de acordo com a necessidade podem contar com a participação sistemática de outros profissionais (BRASIL, 2002).

Os agentes de saúde são profissionais que devem ser indígenas com o objetivo de melhorar as relações entre equipe e pacientes, facilitar o processo de linguagem e a manutenção das terapias e práticas de medicina tradicional executadas por cada povo, somando no processo de promoção de saúde, prevenção de doenças, reabilitação e cura. Estes profissionais, portanto, em acordo com a Política devem ser capacitados e treinados para entender o processo saúde doença de forma geral e algumas especificidades da biomedicina, de forma a entender como isto pode refletir em seu povo com todas as transformações que vêm ocorrendo (BRASIL, 2002; LANGDON, 2007).

Os AIS, portanto, são parte integrante da equipe multidisciplinar de saúde indígena, constituindo um importante elo entre esta e a comunidade onde estão inseridos. Esta equipe de saúde em sua constituição mínima deve ter como integrantes profissionais médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e odontólogos. Igualmente, em acordo com as peculiaridades territoriais e epidemiológicas outros profissionais podem ser agregados a equipe. A política prevê a capacitação destes profissionais também para que possam lidar com as especificidades culturais de cada grupo onde será desenvolvido o trabalho (Brasil, 2002; Langdon, 2007).

A participação social é realizada através dos conselhos locais – geralmente situados em uma aldeia ou grupo de aldeias em determinada terra indígena – e os distritais que apoiam a regulamentação da gestão dos Distritos e levam as discussões do nível local para as conferências distritais. A escolha dos conselheiros é feita pela comunidade indígena. A partir daí as discussões se ampliam nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena.

2.3 A CRIAÇÃO DA SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA E A SITUAÇÃO ATUAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDÍGENA

O controle social indígena tem fortalecido a efetivação das ações voltadas a atenção a saúde desta população. Ainda na 4ª Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, em 2006, diversas etnias discutiram a precarização da saúde indígena e o não cumprimento daquilo que regulamenta a Política de Saúde Indígena. Dentre as proposições finais nesta conferência estava, inclusive, a criação de um grupo de trabalho que fizesse uma análise e recomendasse as adequações necessárias ao subsistema de saúde indígena partindo do ponto de vista dos usuários, lideranças, gestores e trabalhadores da área da saúde indígena (Brasil, 2006).

A partir de 2008, após discussões no Fórum dos Conselhos Distritais Indígenas e no Seminário de Saúde Indígena, foram criados estes grupos com o objetivo de discutir a atenção à saúde indígena e dentre as propostas de adequação estava a criação da Secretaria de Saúde Indígena em substituição à FUNASA. Houve quatro seminários regionais na Amazônia Legal, dividida em dois momentos, no Centro-oeste e no Nordeste. Entre os apontamentos e propostas estava a autonomia dos DSEI, a criação da Secretaria e a transição da FUNASA para o Ministério da Saúde incluindo a transferência das ações de saneamento também para a Secretaria (Brasil, 2011).

Em 2010 foi aprovada a criação da nova Secretaria no Ministério da Saúde, através da Lei 12.314 de agosto de 2010. Desde então a saúde indígena vem se reestruturando dentro de uma proposta de atenção integral à saúde de acordo com as peculiaridades e com o perfil epidemiológico de cada Distrito, de acordo com a proposta da Política de Atenção à Saúde Indígena. A Secretaria de Saúde Indígena tem por principal objetivo cumprir a Política Nacional de Atenção à Saúde garantindo os direitos dos povos indígenas e a efetivação dos princípios do sistema único de saúde: integralidade, equidade, universalidade e participação social (Brasil, 2011).

A missão da Secretaria, segundo MS, é de “implementar um novo modelo de gestão e de atenção no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira e responsabilidade sanitária dos 34

Distritos Sanitários Especiais Indígenas”. Dentre suas atribuições o ministério da Saúde destaca:

1. O desenvolvimento de ações de atenção integral à saúde e educação em saúde indígena, de acordo com as políticas do SUS, sem ferir as práticas tradicionais indígenas;
2. Planejar e coordenar ações de saneamento e construção de unidades de saúde indígenas;
3. Promover a articulação das três esferas governamentais vinculadas a gestão do SUS e de organizações não-governamentais para garantir ações de atenção à saúde indígena, sempre respeitando as peculiaridades e especificidades de cada povo e seu perfil epidemiológico;
4. Promover o fortalecimento do controle social indígena.

A Secretaria está dividida em três departamentos: Gestão em Saúde Indígena, Atenção à Saúde Indígena e Saneamento e edificações, além dos 34 Distritos, que se mantém como unidade gestora descentralizada, divididos de acordo com a proposta original da Política Nacional de Saúde Indígena, os Polos Base e as Casas de Saúde Indígenas e Postos de Saúde localizados nas aldeias (Brasil, 2011; MS, 2016).

A 5ª Conferência foi realizada no ano de 2013 e foi a primeira subsequente a criação da secretaria e dentre as principais reivindicações estavam a garantia da assistência de maneira integral não apenas no âmbito da atenção básica e, ainda que a atenção primária seja fortalecida sem que sejam desrespeitados os métodos tradicionais utilizados por esta população e que para tanto seja garantido recurso financeiro suficiente o que parecia não se consolidar mesmo com a criação da secretaria (BRASIL, 2015).

No ano seguinte, partindo das discussões realizadas na Conferência, o Ministério da Saúde em consonância com o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão encaminharam ao Congresso Nacional um projeto de lei que objetiva a criação de um Instituto Nacional de Saúde Indígena – INSI este instituto seria o responsável pela execução das ações de saúde que integram a Política de Saúde Indígena Nacional (MS; 2016).

Este órgão seria responsável pela execução da atenção básica dentro das aldeias aos indígenas ali residentes, além disso executaria ações voltadas ao saneamento ambiental e edificações, além de ações de promoção do fortalecimento do controle social entre os povos indígenas. A proposta da criação do instituto não exclui a criação da SESAI mas descentraliza algumas ações e serviços, para tanto o planejamento anual de trabalho será definido pela Secretaria e fará parte de um “contrato de gestão” assinado entre os dois órgãos anualmente (MS, 2014).

Ao que parece o Ministério da Saúde pensa sanar, com a criação do INSI, as dificuldades em executar ações em locais remotos, de difícil acesso, mal estruturados e com dificuldade em manter profissionais capacitados e comprometidos com o trabalho. Sendo estes os principais problemas relatados por autores que tratam de discutir a política e seu processo de implementação, mas que, ao mesmo tempo, não nos parece resolver estes problemas, considerando, principalmente que sua base deveria ser pautada no fortalecimento da atenção básica em acordo com as especificidades culturais de cada povo e não no atendimento paliativo e emergencial de demandas (PELLEGRINE et al. 2009; GARNELO, 2012; CARDOSO, 2014).

2.4 UMA PEQUENA AVALIAÇÃO CRÍTICA DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA PNASPI

A ampla diversidade encontrada entre os povos indígenas e o comprometimento em garantir o acesso e o atendimento integral a esta população precisa ser pensada e repensada pelos gestores, porém necessita de discussões ainda mais amplas, e que realmente permitam que os povos indígenas sejam protagonistas, já que um dos objetivos é fortalecer o controle social indígena e manter a execução da atenção nos espaços territoriais indígenas com foco na atenção primária o que se vê muito deficiente e mal estruturado no processo de implementação desta política tendo, historicamente, foco em um atendimento de uma situação já instalada e nas

urgências e emergências que, geralmente são baseadas na remoção de pacientes (PELLEGRINE et al., 2009; GARNELO, 2012).

A pensar em sua distribuição no país os vemos muito além das linhas imaginárias que separam indígenas de não indígenas e que demarcam suas terras e, portanto, precisamos pensar na atenção à saúde desta população atravessando estes muros. A estruturação do sistema único de saúde brasileiro vem caminhando a passos lentos, assim como a implementação da Política de Saúde Indígena e de suas diretrizes. Podemos perceber isto a partir das análises epidemiológicas realizadas ao longo do período de implantação até a atualidade.

Diferentes estudos que analisaram ao longo do tempo o perfil epidemiológico da população indígena apresentam um quadro de real e brutal desigualdade e iniquidade em saúde. De maneira geral a população indígena apresenta indicadores muito maiores do que qualquer outro segmento da população considerada mais vulnerável, como a população afrodescendente no país, por exemplo. Alguns importantes indicadores os colocam em franca desigualdade como a mortalidade geral, materna, número de internações e óbitos por doenças respiratórias e doenças infecciosas e parasitárias na infância e doenças transmissíveis (Coimbra Jr e Santos, 2003; Cardoso et al., 2005; Garnelelo, 2012).

Quase dez anos após Coimbra Jr. e Santos (2003) terem descrito este perfil de saúde que claramente apresentava uma situação de saúde bastante precária entre estes povos, Basta et al. em 2012 apresentou situação muito similar e descreveu indicadores de mortalidade geral, mortalidade infantil e de prevalência de doenças infecto parasitárias muito maiores entre a população indígena. Situação parecida foi descrita no único Inquérito realizado, a nível nacional, entre estes povos, onde foram descritos percentuais muito altos, em praticamente toda a população avaliada, de anemia, atingindo além das crianças, as gestantes; e desnutrição, principalmente entre menores de cinco anos, contrastando com a obesidade e o sobrepeso encontrados em alguns grupos étnicos, prioritariamente entre os adultos, o que também corrobora para a presença das doenças crônicas não transmissíveis que vem sendo descrita entre alguns povos (MS, 2009).

Alguns destes estudos nos apresentam a dificuldade em ser traçado um perfil epidemiológico desta população, o que nos remete a uma outra dificuldade relacionada a implementação desta política a do uso do SIASI – Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena. Existe para além da limitação de acesso à estas informações, considerando que o SIASI é um sistema restrito aos profissionais e gestores que o utilizam, também uma preocupação com a confiabilidade de seus dados (Coimbra Jr. e Santos, 2003; MS, 2009; Basta et al. 2012).

Esta dificuldade em poder utilizar as informações relacionadas a saúde indígena nos evidencia um grande problema que se reflete na impossibilidade de subsidiar um planejamento, que considere as reais necessidades locais, e um monitoramento que nos permita avaliar o desenvolvimento destas ações, obtendo um clareamento no que diz respeito a uma possível evolução na implementação da PNASPI e, conseqüentemente na melhoria da situação de saúde da população indígena (Sousa et al., 2007; Manozzo, 2006).

Posso dizer a partir de minhas experiências, na assistência e na gestão, com a implementação do sistema que, apesar de ele ter sido pensado com uma estrutura que possibilitaria ser utilizado como uma importante ferramenta de gestão; pouco era aproveitado, dada a dificuldade, principalmente de alimentação *in loco* e, conseqüentemente, da manutenção e disponibilização das informações em cada módulo. E, ainda, quando estávamos na iminência de aproveitar diferentes módulos propostos pela versão inicial do sistema – a qual foi implantada nos anos 2000 – houve uma proposição de mudança de versão pela gestão da SESAI, o que fez com que se exigisse uma readequação em relação ao sistema por parte dos profissionais.

Não podemos dizer que não houve evolução, afinal anteriormente a figura do “tutelado”, que cabia ao indígena, impedia o acesso a qualquer direito disponíveis aos “cidadãos brasileiros”. Porém o que temos observado na grande maioria dos casos são estruturas de saúde, inseridas sim nos territórios indígenas como prevê a política, mas bastante sucateadas, mantidas em locais inadequados para prestar assistência à saúde que não oferecem os recursos e instrumentos de trabalho necessários ao desenvolvimento de uma boa prática profissional.

Temos ainda, profissionais de saúde contratados de maneira precária, o que favorece uma alta rotatividade e não permite um estabelecimento de vínculo e reconhecimento das especificidades culturais que atravessam o cuidado em saúde (GARNELO, 2012). Que em alguns locais contam ainda com questões interétnicas marcadas por processos históricos, que permeiam um certo repúdio e uma grande discriminação dos profissionais para com os povos com quem trabalham.

A estruturação dos Conselhos de Saúde nos parece um ganho real aos povos indígenas no que diz respeito às diretrizes da política, porém nem sempre é dado o protagonismo necessário aos povos indígenas, que por inúmeras vezes são manipulados por representações políticas e gestoras que apresentam propostas prontas como único método de resolução dos problemas. Contudo ainda temos no país algumas lideranças bastante comprometidas e que buscam uma modificação neste panorama, porém os mesmos referem uma “luta” ainda muito grande a ser promovida.

Fica claro que ainda faltam melhores condições para a prestação da assistência à saúde da população indígena mesmo com incremento nos recursos financeiros que se deu ao longo dos últimos anos. Se faz necessária ainda uma articulação mais adequada com as demais esferas responsáveis por estes atendimentos, considerando que o Subsistema está inserido no Sistema Único de Saúde brasileiro e que a necessidade de prestação da atenção de maneira continuada ainda é um grande entrave para a execução das ações de saúde entre estes povos (GARNELO, 2012).

Garantir a média e alta complexidade não resolveriam o problema, mas estruturar de maneira realmente adequada a atenção primária prestada dentro das aldeias seguindo o que prediz a política de saúde indígena é o primeiro passo para garantir mais qualidade de vida e saúde aos povos indígenas brasileiros. A passos lentos a população indígena vai conquistando seu espaço e seu direito à saúde e o que parece é que este caminho ainda será, por alguns anos, percorrido.

Outro grande desafio é o de fortalecer a diretriz que compartilha do pensamento de manutenção da articulação entre os diferentes saberes médicos que abrangem os diversos grupos étnicos brasileiros associando-os a

biomedicina de maneira a relativizar estes conhecimentos; abrangendo o uso da medicina tradicional enquanto objeto para o desenvolvimento desta política o que é caracterizado e incorporado de diferentes formas pelos distintos povos indígenas (FERREIRA, 2013).

É importante e necessária uma revisão das diretrizes referenciadas na Política Nacional de Saúde Indígena, dado o período de sua implantação, a transição epidemiológica descrita entre estes povos e, ainda a dificuldade em se estabelecer uma melhor situação de saúde entre esta população. Retomar a discussão sobre elas podem possibilitar pensar novas estratégias de ação que reduzam as iniquidades em saúde tão visíveis entre esta população em nosso país. Isto deve ser realizado com foco no protagonismo indígena pensando suas reais necessidades e apoiando sua autonomia.

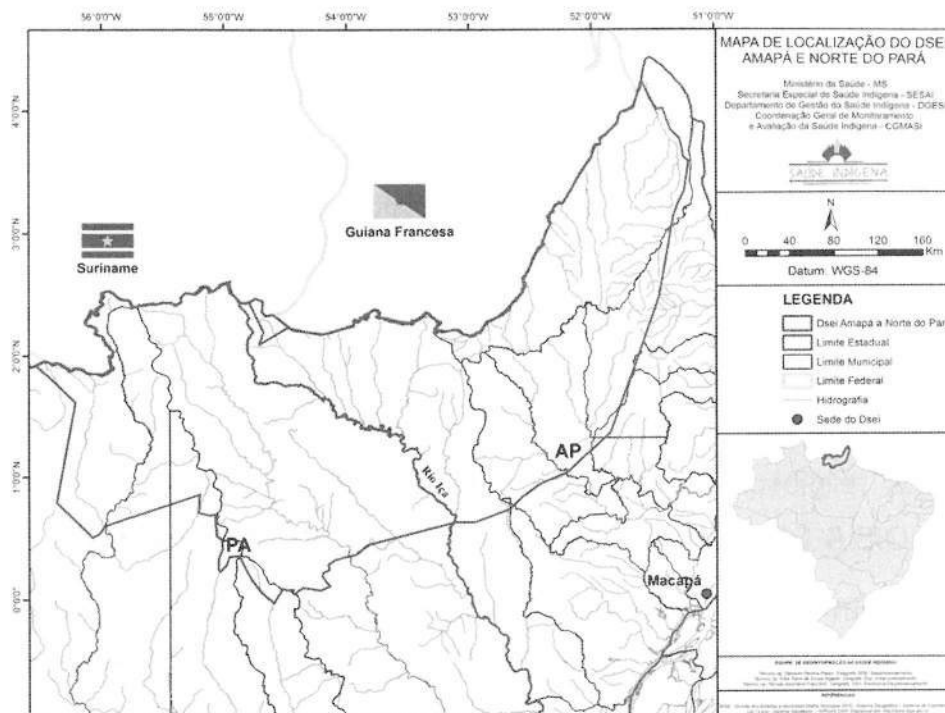
2.5 O DSEI AMAPÁ E NORTE DO PARÁ E OS POVOS INDÍGENAS DO OIAPOQUE

O DSEI Amapá e norte do Pará (Figura 3) está situado no estado do Amapá e compreende a gestão da saúde indígena em dois municípios situados neste estado, Oiapoque e Pedra Branca do Amapari; somados a dois outros localizados na região norte do Pará, Óbidos e Almeirim. Dentre os grupos étnicos distribuídos entre estes municípios, em sete Terras Indígenas (TI), estão os Karipuna do Amapá, Galibi do Oiapoque (Kali'ña) Galibi Marworno, Palikur, Wajãpi, Katxuiana, Wayana, Tyrió, Aparai e Zoé. Ao todo compõem este distrito seis Polos Base: Kumarumã, Kumenê, Manga, Aramirã, Missão Tyrió e Bona, e duas Casas de Saúde Indígena (CASAI), em Macapá e Oiapoque (GALLOIS & GRUPIONI, 2003; MS/SESAI, 2017).

Apesar de serem grupos bastante distintos em relação a sua organização sócio, política e cultural, possuem uma história em comum de relações comerciais, políticas, matrimoniais e rituais há mais ou menos três séculos e que se mantém até a atualidade; estas relações se dão para além da fronteira estabelecida entre os países da Guiana Francesa e do Suriname, países onde a maioria destes povos circula e vive, seja temporariamente ou de maneira efetiva. A maior parte de suas terras estão inseridas nos Parques de

preservação do Cabo Orange e das Montanhas do Tumucumaque (GALLOIS & GRUPIONI, 2003).

Figura 3. Mapa de localização DSEI Amapá e Norte do Pará



Fonte: MS/ SESAI, 2017.

Dos mais de dez mil indígenas atendidos por este Distrito, em acordo com a MS/SESAI (2017), cerca de sete mil estão situados na região de Oiapoque. Neste município os povos estão distribuídos em três T.I. – Uaçá, Juminã e Galibi, com povos das etnias Galibi do Oiapoque (Kali'nã), Galibi Marworno, Palikur e Karipuna do Amapá. A atenção à saúde indígena na região de Oiapoque está organizada em três Polos Base – Kumarumã, Kumenê e Manga – e à uma Casa de Saúde Indígena (CASAI). Para este estudo, em específico, foram elencados os Polos Base Kumarumã e Manga, inseridos em aldeias com a mesma nomenclatura, que abrangem o maior número de indígenas na região e, praticamente todos os grupos étnicos pertencentes a este município, porém em sua maioria são Karipuna do Amapá e Galibi Marworno.

Até a década 1940, se iniciou um processo de denominação da população residente no alto Rio Uaçá, como Galibi Marworno, esta população antes se denominava, “gente do Uaçá”, com origem heterogênea eram descendentes dos povos Aruaque e Caribe, vindos das regiões das Guianas. O

povo Galibi Marworno, que não refere qualquer parentesco com os Galibi de Oiapoque (Kali'nã), está situado predominantemente na aldeia Kumarumã, as beiras do Rio Uaçá. Este povo, assim como os Karipuna do Amapá, fala mais de uma língua, abrangendo o português, o francês e o patoá ou Kheuol (Galois & Grupioni, 2003; Vidal, 2007).

Os povos Karipuna, se encontram com maior representatividade populacional entre as aldeias Manga, onde estão situados o Polo Base e as aldeias adjacentes ao Rio Urucauá, Oiapoque e às margens da BR 156, que liga Oiapoque à capital Macapá, distante cerca de 600km de distância. Estes povos migraram para o Oiapoque no final do século XVIII. Já no século XX, a inserção de setores governamentais na região povoada por eles, apoiou o desenvolvimento de uma identidade, assim como as alianças criadas com grupos religiosos fizeram com que adquirissem traços culturais específicos (GALOIS & GRUPIONI, 2003; VIDAL, 2007; TASSINARI, 2016).

Em menor proporção nestes Polos Base estão os povos Palikur e Galibi do Oiapoque. Os Galibi do Oiapoque, de tronco Caribe, estão centrados em uma única aldeia chamada Galibi, às margens do Rio Oiapoque. Provenientes de Maná na Guiana Francesa, falam português, francês, crioulo e sua língua indígena materna. Enquanto os Palikur concentram sua população na aldeia Kumenê e outras onze aldeias às margens do Rio Urukauá. Falantes da língua Arawak, também falam o português e o francês em sua maioria e possuem uma relação socioeconômica bastante expressiva com a Guiana Francesa. Se distribuem entre pequenas famílias na aldeia Kumarumã e são, em sua maioria evangélicos. É descrita como a população mais antiga nesta região (GALOIS & GRUPIONI, 2003; VIDAL, 2007).

Estes povos, de maneira geral, possuem uma relação de contato frequente com o município de Oiapoque. Eles se deslocam com o objetivo de realizar a comercialização de seus produtos, para estudar e possuem também relações políticas, onde representações indígenas na Câmara de Vereadores têm sido recorrentes desde o final dos anos 1960. Igualmente estes povos tem se organizado, desde os anos 1970, através da criação de uma Associação: a APIO – Associação dos Povos Indígenas de Oiapoque, onde iniciaram, a partir de assembleias, as discussões em relação a demarcação de suas terras e seguem discutindo sua situação em todos os setores. Estas relações estreitas

entre estes quatro povos fizeram com que os mesmos desenvolvessem características comuns, porém mantendo algumas especificidades em relação a sua cultura (GALOIS & GRUPIONI, 2003; VIDAL, 2007).

[...] um traço merece ser destacado: a diferenciação das etnias da região do Uaçá não pode ser vista como decorrente de uma situação prévia de isolamento, mas, ao contrário, vem existindo no interior de um contexto de contatos interétnicos e com populações não-índias, ou seja, num contexto "aberto". Qualquer projeto ou trabalho empreendido na região em questão precisa, assim, dar conta desta dinâmica entre os aspectos peculiares de cada grupo e as características mais comuns a todos, considerando que tanto um quanto outro influenciam-se mutuamente (Vidal, 2007, p. 16).

2.6 DO ALCOOLISMO À ALCOOLIZAÇÃO: DISCURSOS ENTRE A SAÚDE E A ANTROPOLOGIA

Infelizmente o termo alcoolismo ainda é recorrente em diferentes estudos realizados em nosso país. Quando realizada pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME) a partir do descritor alcoolismo, mais de 600 estudos são apresentados, somente no Brasil e nos últimos dez anos somam aproximadamente metade deste valor. Pouco se altera em relação aos documentos oficiais pelos quais os profissionais de saúde baseiam suas ações, como os manuais do Ministério da Saúde e documentos da Organização Mundial de Saúde (OMS). O termo foi substituído pela descrição de um agravo em específico, e considerado um transtorno mental, incluído nas classificações de doenças (CID – F.10) como "transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool" ou ainda "síndrome de dependência de álcool" (OMS, 1998; MS, 2003; MS/DAB, 2013; WHO, 2014).

Apesar do consumo de álcool ter sido inserido nas sociedades há milhares de anos e possuir características de consumo muito variadas, que vão desde a prática de interação social, o termo passou, ao longo do tempo a ter um caráter pejorativo e estigmatizante que acaba possuindo uma conotação ainda mais negativa quando pensamos populações marginalizadas e com níveis socioeconômicos mais baixos, podemos citar dentre elas os povos indígenas, tratados como "*alcoólatras*" pelos demais segmentos populacionais

criando uma *imagem negativa* para estes povos. O consumo de álcool passou a ser considerado “*veneno social*” e o *hábito de consumi-lo uma doença socialmente transmissível* sendo cercado de conceitos eugênicos. (LANGDON, 2001; SOUZA & GARNELO, 2006; NERY FILHO, 2012; MESSEDER, 2012, p. 64; LANGDON, 2013, p. 34; SOUZA, 2013).

Desta forma pela saúde pública o uso de álcool, enquanto doença, tem sido considerado um grande problema e tem sido vinculado a diferentes situações ditas consequências de seu uso abusivo como no caso das violências, transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), suicídios, entre outros. Contudo não podemos pensar o consumo de álcool de maneira generalizada, considerando que a heterogeneidade dos modos e estilos de beber que influenciam no surgimento ou não destas consequências (MENENDEZ, 1992; LANGDON, 2012).

Na análise realizada entre os indígenas Navajo, nos Estados Unidos, onde pesquisadores acompanharam estes povos em espaços diferentes de tempo, buscando correlações entre o uso abusivo de álcool e possíveis desfechos, foi possível observar que nem sempre os indígenas observados como bebedores abusivos evoluíam para as consequências referidas acima. Se focarmos no uso somente enquanto problema deixamos de observar deixamos de analisar outras situações e *condições de maior significação* (MENENDEZ, 1992, p. 10; KUNITZ & LEVY, 1994; KUNITZ, 2006; LANGDON, 2012).

Langdon (2001, p. 84) inseriu nas discussões, no Brasil, em um momento em que ainda se vislumbrava o uso de álcool entre povos indígenas de maneira homogênea, desconsiderando os aspectos socioculturais e generalizando as abordagens em relação a um problema já previamente estabelecido; a necessidade em se ampliar o olhar do *campo universal/individual/causa única para cultural/coletivo e multifatorial*. A autora destaca a importância em se tratar do assunto entre povos indígenas a partir de uma perspectiva social e antropológica onde coubessem discussões para além de coeficientes e taxas de uso que apenas produziam maiores estigmas em relação a estas populações. E que desta maneira, sim poderiam ser pensadas estratégias de prevenção o que ainda se caracteriza como um grande desafio.

Souza (2013, p. 179) também descreveu a dificuldade em se estabelecer e até de se pensar estratégias relacionadas a prevenção de doenças e promoção de saúde a partir da questão do uso de bebidas alcoólicas, estabelecida no âmbito das doenças crônicas-degenerativas, pela saúde pública. Destaca que é importante pensarmos outros caminhos para criarmos ações de promoção e prevenção no caso de problemas onde a saúde pública estabelece mudanças de comportamento para a efetivação destas ações. Este tipo de atitude, por inúmeras vezes frustra os profissionais de saúde pela dificuldade em intervir, através de orientações, na vida dos sujeitos e que posiciona estes profissionais, muitas vezes, culpabilizando e responsabilizando os indivíduos *“acusando-as de não aderir as orientações”*.

Um caminho pensado, portanto, por Souza (2013, p. 179) e descrito também por outros autores que não tratavam diretamente da aplicação ou da observação de estratégias de prevenção, mas de compreender os processos de alcoolização entre populações indígenas, é o de *“buscar reconhecer e incorporar, nas práticas dos serviços de saúde, as concepções populares sobre o processo saúde-doença-cuidado”* compreendendo como são vivenciadas estas relações pelo grupo com quem se trabalha. Ghiggi Jr. & Langdon (2013) também relatam como problemática a atuação da unidade gestora que esbarra na *“dificuldade de conciliação das características particulares das populações com problemas de ordem epidemiológica”* assim como discursam em relação a necessidade de compatibilizar os *“saberes biomédicos e os saberes indígenas”*.

O tratamento dado pela OMS para a situação do uso de álcool portanto passa a ser discutido no âmbito da Saúde Indígena, entre alguns estudiosos do assunto, que não se apoiam na ideia de que o “alcoolismo” é um *fenômeno universal* ou uma *doença progressiva que somente pode terminar em abstinência ou morte*, mas que existem outras interfaces que cercam o uso desta substância e que dentro de seu espaço de construção social o ser humano que se utilizou abusivamente da bebida em um período de tempo pode ou não progredir para a manutenção deste uso até suas consequências finais, o que Kunitiz & Levy (1994 p.34) conceituaram como *“carreira”* ou a construção do caminho utilizado por cada ser social em sua vida que

atravessam o consumo de substâncias, incluindo o álcool (LANGDON, 2001, p. 84; LANGDON, 2013, p. 31; SOUZA, 2013).

Com isto Souza e Garnelo (2006, p.280) nos propõem a revisão destes conceitos, principalmente quando do trabalho com populações específicas e que deveríamos, portanto, pensando na qualidade dos produtos gerados pelas pesquisas que abordassem o uso de álcool, *assumindo um compromisso teórico, ético, e político* pautado em não se utilizar do termo “alcoolismo” e nos ajustar a um conceito que pressupõe uma ampliação no olhar sobre a situação em relação aos coletivos que não seja movido por estigmas e pré-conceitos ou em um problema já instalado, mas baseados na realidade vivenciada por cada povo.

Esta nova forma de abordagem pensando estes modos de beber diversos e os analisando em contextos específicos está relacionado ao conceito de “alcoolização” descrito por Menendez (1982) o qual nos propõe pensar na análise do conjunto; das significações, representações e consequências *positivas* e *negativas* em relação as diferentes formas do uso do álcool desenvolvidos por cada grupo. Assim como descrito por Langdon (2001) os valores expressados em relação ao uso de álcool se diferencia em cada grupo social e está relacionado, também à aspectos culturais, incluindo os espaços de uso tradicional desenvolvido por povos indígenas.

[...] estar embriagado não se manifesta igualmente em todos os grupos, e é necessário considerar a cultura e seus valores como fatores importantes nestas diferenças entre os hábitos de beber e de como ficar bêbado. [...] 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 (Langdon, 2001, p. 85).

Uma abordagem baseada no conceito de alcoolização implica em considerarmos que existe uma relação de hegemonia entre a prática médica e as abordagens antropológicas e sociológicas. Este *Modelo médico hegemônico* não dá conta de explicar as limitações enfrentadas para resolver os ditos problemas causados pelo “alcoolismo” e refere que este “problema” *não se constitui somente de um problema técnico, mas de uma construção ideológica*

produzida por um processo de alcoolização. Portanto não se trata apenas de um problema médico justificado através de uma análise epidemiológica, mas que deve ser complementado pelas demais ciências, incluindo as ciências sociais e a antropologia, usando o termo “*banalização*” quando pensamos no uso de álcool somente como doença e deixamos de pensar estas possíveis interfaces (MENENDEZ, 1990, p. 12-13; EDWARDS, 1987).

Assim como outros estudos¹, os quais também nos fizeram reflexionar estes diferentes caminhos percorridos entre os modos de consumo estabelecidos por diversos povos indígenas que pode ou não seguir aquilo que foi traçado tradicionalmente e que se vincula as maneiras como as sociedades se organizam e estabelecem suas regras de convivência, assim como suas variações ao longo do tempo. Pensemos as formas de beber enquanto *fenômeno construído ao longo do tempo e da história* (Ghiggi Jr. & Langdon, 2013, p. 160). Dias (2013) também refere a necessidade em se considerar as diferentes percepções dadas pelos povos indígenas ao consumo de bebidas alcoólicas, o que nem sempre é caracterizado como problema, mesmo quando o uso for excessivo e assim descreve que:

Para compreender toda a riqueza de significados envolvida no ato de beber; é preciso situar-se numa perspectiva em que as bebidas são vistas como parte integrante da vida social. Isto não significa, evidentemente, ignorar os aspectos dissociativos que o uso excessivo de bebidas destiladas provoca entre os povos indígenas. Privilegiar uma abordagem social e coletiva do consumo de bebida, ao invés de uma abordagem que foque o indivíduo, é caminho mais adequado para compreender de que modo as bebidas no Uaçá motivam o trabalho e intensificam sobremaneira a sociabilidade entre as famílias e entre os grupos, assim para perceber que as interpretações indígenas do excesso indicam que seu valor é ambivalente. [...] Ingerir bebidas alcoólicas imoderadamente pode ser culturalmente adequado ou inadequado [...] (DIAS, 2013, p. 121)

Caminhamos, portanto para a ampliação do conhecimento acerca destas diferentes interpretações e se espera que elas possam apoiar no entendimento dos líderes indígenas, gestores e profissionais de saúde no sentido de instrumentalizá-los no exercício de suas atividades.

¹ Refere-se aos estudos apresentados no livro organizado por Maximiliano Loiola Ponte de Souza: *Processos de Alcoolização Indígena no Brasil: perspectivas plurais*. 2013.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender que saberes e práticas estão envolvidos no uso de bebidas alcoólicas entre povos indígenas no município de Oiapoque, estado do Amapá.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Resgatar a memória de membros da comunidade sobre como eram utilizadas as substâncias alcoólicas no passado e comparar com o uso atual;
- b) Identificar se houve, em algum momento, uma transição no uso das bebidas tradicionais por bebidas industrializadas/não fabricadas pelos indígenas e como isso ocorreu;
- c) Identificar como o uso de substâncias alcoólicas são percebidas e como os diferentes membros da comunidade vivenciam esse processo no seu cotidiano;
- d) Identificar dentro do que for caracterizado como problemática se existe uma conduta relacionada as práticas de autoatenção numa perspectiva a partir dos membros da comunidade;

4. PROPOSTA METODOLÓGICA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata de uma pesquisa qualitativa que, de acordo com Minayo, 2013, nos possibilita trabalhar com o “universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e atitudes” ou seja traz a possibilidade de compreendermos as representações e conceitos vinculados aos processos dentro de um espaço cultural diverso. A pesquisa é baseada em um modelo metodológico etnográfico ativo com o objetivo de, através da análise em conjunto com a própria comunidade dos seus processos culturais, tentar enfrentar melhor situações vistas como problemas relacionados a estes processos. A etnografia tem por objetivo apoiar na descrição dos variados sistemas culturais de determinados grupos étnicos (BEUD, 2007; MINAYO, 2013).

A pesquisa etnográfica, apesar de ser um procedimento usualmente empregado pela Antropologia tem buscado responder a diferentes questões sociais e culturais que atravessam as situações de saúde estabelecidas por determinadas populações e buscam explicar como representações, significações e simbolismos estão intrinsecamente ligados aos diferentes métodos terapêuticos e às diferentes percepções do processo saúde e doença entre as sociedades, desta forma se busca através da compreensão das perspectivas culturais entender os desfechos e práticas em saúde, tomando como referencial o contexto de inserção dos sujeitos (LANGDON, 2009; VICTORA ET AL., 2000).

A etnografia exige uma inserção do pesquisador no “campo”, ou seja, o espaço de abrangência da pesquisa de acordo com Minayo (2013); desta forma podemos estabelecer relações com os indivíduos de maneira que nos

permitamos participar e observar as vivências e perspectivas a partir dos olhares locais.

Ademais também se sustenta a partir de uma proposta de pesquisa colaborativa, considerando a necessidade da inserção da pesquisa neste campo (uso de bebidas alcoólicas) levantado pelos povos indígenas da região, pelo Distrito Sanitário Especial Indígena do Amapá e Norte do Pará e pelo Ministério Público Federal do Amapá, todos os setores sugeriram o desenvolvimento de pesquisa relacionada a este tema e algumas propostas como a deste trabalho foi inserida e aceita por todos. Desta forma a pesquisa visa consolidar uma proposição também do próprio povo indígena e dos setores que se propõem a consolidar a PNASPI nesta região.

4.2 CAMPO DE OBSERVAÇÃO

A pesquisa se dará nas aldeias onde estão situados os Polos Base: Kumarumã e Manga, que são as maiores aldeias e contém o maior contingente populacional; dentre as etnias que iremos envolver no estudo estão os Galibi Marworno, Karipuna, Galibi Kali'nã e Palikur, este último grupo se insere majoritariamente em outro Polo: Kumenê, mas se dispersa com algumas famílias residindo nos demais. Estes polos somam aproximadamente três mil indígenas; porém se for necessária a visita em alguma aldeia adjacente por solicitação dos indígenas ou devido a visualização de alguma característica específica que possa beneficiar a pesquisa esta ação poderá ser estendida. Por exemplo, no caso de o Pajé que realiza as atividades vinculadas a população de um determinado Polo Base residir ou estar residindo temporariamente em uma outra aldeia.

Estes Polos possuem características bastante diversas:

Polo Base Kumarumã está situado na aldeia Kumarumã que é a única aldeia pertencente a este polo, sua população é de pouco mais de dois mil indígenas todos localizados em uma "ilha" dentro do Parque Nacional do Cabo Orange, as margens do Rio Uaçá, há mais de um dia de barco e cerca de 6 horas de "voadeira" da cidade de Oiapoque, o grupo étnico predominante são

os Galibi Marworno, porém poucas famílias das etnias Karipuna e Palikur residem neste local.

No Polo Manga a população é de aproximadamente mil indígenas, em sua maioria da etnia Karipuna, falantes da língua *Kheoul*, mesmo idioma falado pelos Galibi Marworno. A aldeia do Manga fica há vinte quilômetros de Oiapoque, possui acesso terrestre e é porta de entrada para o ingresso às aldeias com acesso a partir do Rio Curipi. Atende as aldeias pertencentes a Br 156, Rio Curipi e Rio Oiapoque.

4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA

A proposta da pesquisa é a de reconhecer a partir do processo de inserção ativa do pesquisador nos espaços (trabalho de campo) dos Polos Base - aldeias Kumarumã e Manga – as diferentes representações e conceitos vinculados ao uso de bebidas alcoólicas entre esta população. Serão realizadas atividades que irão se mesclar entre a observação participante, rodas de conversas com a comunidade, conversas com Pajés e outras pessoas que tenham alguma representação voltada aos rituais de cura, uso e produção de bebidas alcoólicas, representantes mais “velhos” e lideranças.

Em acordo com Chizzotti (1998) a observação participante se dá pelo contato direto do pesquisador com os fenômenos observados e possibilita uma descrição “fina” dos componentes da situação que seriam:

[...] os sujeitos em seus aspectos pessoais e particulares, o local e as circunstâncias, o tempo e suas variações, as ações e suas significações, os conflitos e a sintonia de relações interpessoais e sociais, e as atitudes e comportamentos diante da realidade (Chizzotti, 1998, p.90).

A observação participante nos apresenta subsídios para compreender outros elementos que possam surgir como resultado das interações o que nos permite traduzir as experiências vivenciadas pelo grupo “*assumindo o papel de um membro do grupo*” (GIL, 1999, P.103; VICTORA ET AL., 2000). Esta fase

da pesquisa está baseada na inserção do pesquisador nas aldeias – contexto natural do povo indígena a ser estudado – e terá como fonte de registro o diário de campo, fotografias e filmagens, quando necessário e autorizado. De acordo com Minayo (2013) a interação entre o pesquisador e a população de estudo é ponto essencial à pesquisa qualitativa e será valorada em todas as fases desta pesquisa.

Minayo (2013) ressalta que um dos instrumentos principais de trabalho do pesquisador nas atividades que envolvem a observação participante é o diário de campo, que se trata de um local onde efetuamos os registros das informações coletadas durante as atividades realizadas no local. Aqui serão registradas nossas observações, análises, questionamentos, reflexões, reavaliações, em fim toda informação que o pesquisador julgar pertinentes serem registradas em relação aos objetivos propostos pelo projeto.

As rodas de conversa serão realizadas com agendamento, em conjunto com as lideranças, nos espaços da própria comunidade, convidando pessoas adultas de ambos os sexos a participar, e abordará questões relacionadas a como eram feitos e utilizadas as substâncias alcoólicas entre estes grupos étnicos e, ainda relacionar com as práticas nos dias atuais, buscando espaços temporais que possam indicar momentos transitórios no uso destas substâncias pelo uso de bebidas industrializadas e as percepções em relação ao consumo do álcool por estas comunidades. As rodas de conversa se repetirão, durante a inserção do pesquisador no campo, e trarão discussões voltadas ao resultado da primeira abordagem caso seja de interesse da comunidade continuar discutindo o tema e a proposição de estratégias.

Desta forma temos como critério de inclusão para a observação participante a possibilidade de participação de todas as pessoas da comunidade, em especial os pajés e curadores entre outras pessoas apresentadas pelas lideranças que possam contribuir com o desenvolvimento dos objetivos propostos. Ademais as rodas de conversa serão abertas à todas as pessoas adultas (maiores de 18 anos) que tenham interesse em falar sobre o assunto e serão organizadas em conjunto com as lideranças.

4.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO

A análise dos resultados vai além da mera descrição daquilo que foi registrado, de acordo com Wolcott (1994) citado por Gomes (2013, p.80); a proposta é ir *“além do descrito, fazendo uma decomposição dos dados e buscando as relações entre as partes decompostas”* ainda para o autor o processo de interpretação deve buscar sentidos nas falas e nas ações para se tentar compreender e explicar os processos buscando relações com os objetivos trazidos pela proposta de pesquisa.

Esta fase, de análise e interpretação, será realizada com base na proposta da hermenêutica dialética que, de acordo com Minayo (1993, p. 218), se apresenta como um *“caminho de pensamento”* e funciona como uma *“via de encontro entre a ciências sociais e a filosofia”*. Ainda em acordo com a autora a partir da hermenêutica dialética podemos compreender como, em realidade, a práxis se dá em relação aos discursos dos sujeitos, desta forma podemos interpretar mutuamente *“a linguagem e a práxis”*.

Os registros das rodas de conversa se dará da forma mais literal possível, sendo registradas as questões levantadas pelos participantes e as intervenções e respostas apresentadas pelo grupo. Durante esta atividade portanto será eleito um relator para realizar algumas anotações pertinentes esta pessoa será eleita pelo coordenador do projeto e será um dos componentes/integrantes da pesquisa. Além destas informações serão analisados os registros do diário de campo afim de compreender o cenário social de cada grupo através da inserção do pesquisador nas *“cenas sociais”* compartilhando do cotidiano (MINAYO, 2013; BEUD, 2007).

4.5 CRONOGRAMA

Etapas/atividades	Período início	Período finalização

Elaboração do projeto	01/2017	06/2017
Qualificação do projeto	06/2017	07/2017
Submissão do projeto à Plataforma Brasil	08/2017	09/2017
Período de apreciação pelo CONEP	09/2017	05/2018
Período de trabalho de campo na aldeia	07/2018	10/2018
Transcrição do material coletado	04/2019	06/2019
Análise e interpretação das informações	07/2019	09/2019
Elaboração da tese	10/2019	01/2020
Apresentação dos resultados às comunidades indígenas e instituições	02/2020	02/2020

*Primeira etapa no ano de 2018 na aldeia Manga e 2019 Kumarumã.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto já foi discutido com os espaços institucionais: DSEI e FUNAI, assim como com as lideranças indígenas, incluindo Conselheiros Locais e Distritais de Saúde em reunião no ano de 2016. Posteriormente foi submetido à Plataforma Brasil e apreciado pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme Resolução 304 de agosto de 2000 que aprova as normas para pesquisa envolvendo seres humanos – Área de Povos Indígenas e a Resolução 466 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, incluindo a pesquisa entre povos indígenas; assim como a resolução 510 de abril de 2016 a qual dispõe das normas para pesquisas em aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes, como no caso deste trabalho. Não ferindo os princípios bioéticos da autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade assegurando os direitos e deveres dos envolvidos no processo de pesquisa.

Os termos de consentimento serão aplicados de maneira individual, através da sua leitura conjunta com o participante, dando espaço para que ele faça qualquer tipo de questionamento, respondendo sempre em busca da sua compreensão da pesquisa de maneira integral. Após a leitura e relato do

participante de que compreendeu todos os aspectos da pesquisa e refere aceitar a participação na pesquisa será coletada sua assinatura. Em caso de participantes que não saibam escrever, efetuaremos o mesmo ritual da leitura, porém em conjunto com uma testemunha, a qual não deverá ser integrante da equipe de pesquisa, que acompanhará este processo até o possível aceite e, então a coleta da digital e assinatura da testemunha. Em todos os casos uma cópia do TCLE ficará com o participante.

O parecer de aprovação do CONEP foi registrado no número: 2.758.736. CAAE: 78912417.0.0000.0003.

4.7 CONTRIBUIÇÕES PARA O CAMPO DE CONHECIMENTO

Os resultados da pesquisa poderão ser utilizados como importante instrumento para avaliar as ações institucionais/governamentais que estão sendo realizadas e sua efetividade, comparando-as com os significados atribuídos pela própria comunidade a esse tema. Acredita-se que essa pesquisa poderá contribuir para a configuração de novas estratégias de políticas públicas em relação ao processo de alcoolização nessa população, ao mesmo tempo em que poderá ser utilizado por estes grupos indígenas e por profissionais trabalhadores da saúde indígena no sentido de discutir suas práticas.

4.8 ORÇAMENTO

Os custos do projeto serão arcados pela própria pesquisadora não havendo vinculação a nenhuma bolsa ou agência financiadora. A pesquisadora não receberá nenhum valor financeiro para efetuar a pesquisa e será o único recurso humano envolvido no processo de coleta e análise dos dados! A pesquisadora possui vínculo empregatício e irá custear de maneira direta seus gastos com a pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BASTA, P. ORELLANA, J.D.Y. ARANTES, R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: GARNELO, L. & PONTES, A.L. (Org.) Saúde Indígena: Uma introdução ao tema. Série Via dos Saberes n° 5. Brasília, 2012.
2. BEUD, Stéphane. WEBER, Florence. Guia para pesquisa de campo. Produzir e analisar dados etnográficos. Editora Vozes. Petrópolis, RJ, 2007.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório: Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. Brasília, 1986.
4. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final. II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas. Luziania, 1993.
6. BRASIL. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2a.ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final. 4° Conferência Nacional de Saúde Indígena. Rio Quente, 2006
8. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n° 12.314 de 19 de agosto de 2010. Autoriza a criação da Secretaria de Saúde Indígena - SESAI. Brasília, 2010.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final. 5° Conferência Nacional de Saúde Indígena. Brasília, 2015.
10. CARDOSO, M.D. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(4):860-866, abr, 2014.

11. CHIZZOTTI, A. Pesquisas em ciências humanas e sociais. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1998.
12. DIAS, L.F. Consumo de Bebidas Alcoólicas entre os Povos Indígenas do Uaçá. In: Souza, M.L.P. (Org.) Processos de Alcoolização Indígena no Brasil: perspectivas Plurais. Rio de Janeiro. FioCruz, 2013.
13. EDWARDS, G. El alcoholismo como um problema importante. La Rev. Salud Mental,10(2): 26-31, 1987.
14. FERREIRA, L.O. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. 20(1): 202-2013.
15. GALLOIS, Dominique T. & GRUPIONI, Denise F. Povos Indígenas no Amapá e Norte do Pará: quem são, onde estão, quantos são, como vivem e o que pensam? Instituto Iepé, 2003.
16. GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: Garneiro, L. & Pontes, A.L. (Org.). Saúde Indígena; uma introdução ao tema. Brasil: SECAD, 2012.
17. GHIGGI Jr. A. LANGDON, E.J. Controle Social como Autoatenção: estratégias Kaingang diante do abuso de bebidas alcoólicas. In: Souza, M.L.P. (Org.) Processos de Alcoolização Indígena no Brasil: perspectivas Plurais. Rio de Janeiro. FioCruz, 2013.
18. GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.
19. HEUSI, N. (2003). O Conceito de Atenção Diferenciada e sua Aplicação. Disponível em: < <http://www.antropologia.com.br/arti/colab/vram2003/a13-nheusi.pdf> > Acesso em: fev. 2017.
20. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Os Indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf> Acesso em: 03/04/2016.
21. INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA): Povos Indígenas do Brasil. 2006-2010 Disponível em: <www.socioambiental.org.br>. Acesso em: 03/04/2015. Interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. Saúde Soc. São Paulo, v.16, n.2, p.19-36, 2007.
22. JUNQUEIRA, Carmen. Antropologia Indígena: uma introdução. História dos Povos Indígenas no Brasil. EDUC/ PUC-SP. São Paulo, 2002.

23. KRENAK, A. A. G. O. et al. Encontro aponta soluções para a proteção da saúde do índio: conclusões da Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, p. 60-61, jan. 1988. Edição especial.
24. KUNITZ, S.J. LEVY, J.E. *Drinking Careers: a twenty-five-year study of three Navajo populations*. New Haven: Yale University Press, 1994.
25. KUNITZ, S.J. Life-course observations of alcohol use among Navajo Indians: natural history or careers; *Medical Anthropology Quarterly*, 20(3): 279-296, 2006.
26. LANGDON, E.J. O que beber, como beber e quando beber: o contexto sociocultural no alcoolismo entre as populações indígenas. In: *Seminários sobre Alcoolismo DST/AIDS entre Povos Indígenas no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Políticas de Saúde/Coordenação Nacional de DST e AIDS. 2001.
27. LANGDON, E.J. DIEHL, E. E. Participação e Autonomia nos Espaços Interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde Soc.* São Paulo, v.16, n.2, p.19-36, 2007.
28. LANGDON, E. J. Comentários sobre "Doença versus Enfermidade na Clínica Geral", de Cecil G. Helman. *Campos – Revista de Antropologia Social*. 10(1): 113-117, 2009.
29. LANGDON, E.J. O Abuso de Álcool entre os Povos Indígenas no Brasil: uma avaliação comparativa. In: Souza, M.L.P. (Org.) *Processos de Alcoolização Indígena no Brasil: perspectivas Plurais*. Rio de Janeiro. FioCruz, 2013.
30. LITTLE, Paul E. *Territórios e Povos Tradicionais do Brasil: Por uma Antropologia da Territorialidade*. Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, 2002.
31. MENENDEZ, E.L. El proceso de alcoholización: revisión crítica de la producción socioantropológica, histórica y biomédica em America Latina. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, 22: 61-94, 1982.
32. MENENDEZ, E. Introducción: Alcoolismo, alcoholización y modelo médico hegemónico. In: Menendez, E. *Morir de alcohol: Saber y hegemonia médica*. México: Editorial Patria S.A, 1990.
33. MESSEDER, M.L.L. Ritual de alcoolização e dinâmica cultural entre os Tremembé. In: Nery Filho et al. (Org.). *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais*. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012.
34. MINAYO, Maria Cecília de S. (org.) DESLANDES, Suely. GOMES, Romeu. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 33ªed. Editora Vozes. Petrópolis, RJ, 2013.

35. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Secretaria Executiva: Brasília, 2003.
36. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Cadernos de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental. Secretaria de Atenção à Saúde: Brasília, 2013.
37. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. Dsei Amapá e Norte do Pará. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/25/Dsei-Amapa.pdf>> Acesso em 18/4/2016.
38. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SESAI. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai>> Acesso em: janeiro de 2017.
39. NERY FILHO, A. Por que os humanos usam drogas? In: Nery Filho et al. (Org.). As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012.
40. ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). Convenção nº 169: sobre Povos Indígenas e Tribais. Brasília: OIT, 2011.
41. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 - Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para Transtornos Mentais em Cuidados Primários. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
42. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Estratégias de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005. Genebra: OMS, 2002.
43. PELLEGRINI, M. Povos indígenas e a conquista da cidadania no campo da saúde: o desafio de participar. In: Ricardo, C.A. Povos Indígenas do Brasil 1996/2000. P. 139-142. São Paulo: Instituto Socioambiental; 2000.
44. PELLEGRINE, M.MENEGOLLA, I. BITTENCOURT, M. DIHEL, E.E.; TOLEDO, M.E. Modelos de Atenção. Relatório: Consórcio IDS-SSL-Cebrap, 2009.
45. SOUZA, M.L.P. GARNELO, L. Desconstruindo o alcoolismo: notas a partir da construção do objetivo de pesquisa no contexto indígena. Rev. Latino Americana de Psicologia Fundamental, IX(2): 279-292, 2006.
46. SOUZA, M.L.P. GARNELO, L. Quando, como e o que se bebe: o processo de alcoolização entre populações indígenas do alto Rio Negro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(7):1640-1648, jul, 2007.

47. SOUZA, M.L.P. GARNELO, L. Quando, como e o que se bebe: o processo de alcoolização entre Povos Indígenas do AltoRio Negro, Brasil. In: Souza, M.L.P. (Org.) Processos de Alcoolização Indígena no Brasil: perspectivas Plurais. Rio de Janeiro. FioCruz, 2013.
48. SOUZA, MAXIMILIANO I.P. de & GARNELO, Luiza. Quando, como e o que se bebe: o processo de alcoolização entre populações indígenas do alto Rio Negro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(7):1640-1648, jul, 2007.
49. SOUZA, M.L.P. de (Org.) Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais. Editora FioCruz. Rio de Janeiro, 2013.
50. TASSINARI, A. M. I. Os Karipuna do Amapá In: VIDAL, L.B; LEVINHO, J. C.; GRUPIONI, L. D. A presença do Invisível: vida cotidiana e ritual entre os povos indígenas do Oiapoque. Rio de Janeiro: Iepé-Museu do Índio, 2016.
51. VICTORA, C.; KNAUTH, D.; HASSEM, M. N. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
52. VIDAL, L.B. Povos Indígenas do Baixo Oiapoque: o encontro das águas, o encruzo dos saberes e a arte de viver. Rio de Janeiro: IEPÉ, Museu do Índio, 2007.
53. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global status report on alcohol and health. Luxemburgo, 2014.

APÊNDICE A:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Me chamo Anapaula Martins Mendes, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina e docente da Universidade Federal do Amapá - Campus Oiapoque, e você está sendo convidada(o) para participar da pesquisa sobre **“Saberes e práticas no uso de bebidas alcoólicas entre Povos Indígenas na fronteira Franco-Brasileira, Estado do Amapá.”**, que tem como objetivo geral compreender quais os saberes e práticas estão envolvidos no uso de bebidas alcoólicas entre povos indígenas no município de Oiapoque, Amapá. Queremos, portanto, investigar como, quando e onde os povos indígenas dos Polos Base Kumarumã e Manga fazem uso de bebidas alcoólicas e que significados este uso traz para esta população. O que queremos investigar, portanto é porquê, onde e como fazem o uso de bebidas alcoólicas e como isto é vivenciado por vocês. Queremos compreender o que há de positivo e negativo envolvendo o uso de bebidas alcoólicas dentro de suas aldeias e que bebidas vocês fazem uso atualmente (se a feita por vocês ou a comprada/industrializada). E ainda, se as situações que vocês observam como problemáticas quando se faz o uso de bebidas alcoólicas podem ser “tratadas ou minimizadas” através de práticas de autoatenção dentro do próprio território indígena e que ações seriam estas.

Para o desenvolvimento da pesquisa eu irei passar um tempo nas aldeias Manga e Kumarumã e neste período serão feitas visitas aos Pajés, lideranças e outros curadores identificados pela comunidade, pois iremos realizar algumas conversas com estas pessoas. Serão realizadas também, rodas de conversa sobre o assunto com toda a comunidade e iremos discutir

as datas e horários com as lideranças. Essas atividades acontecerão quando a pessoa achar conveniente. Deve ficar claro que esses procedimentos não são agressivos ou nocivos à vida e que todas as atividades somente serão realizadas após a sua aceitação. As atividades fornecem riscos mínimos, relacionados a socialização dos saberes e práticas utilizados pelos povos indígenas participantes, os quais serão minimizados respeitando a autonomia de cada indivíduo, respeitando todos os preceitos éticos, assim como, todas as informações coletadas serão utilizadas apenas para fins acadêmicos, não sendo expostos os nomes dos participantes em nenhuma ocasião. E ainda com objetivo de minimizar os riscos, considerando que a pesquisadora possui um certo vínculo com a população, conhece a língua e seus costumes, a mesma se propõe a interferir o mínimo possível nas condições de vida e respeitar os aspectos socioculturais destes povos. Em caso de danos decorrentes da pesquisa, ao participante, será garantida assistência imediata e integral por parte dos pesquisadores, pelo tempo que for necessário. Não será gerado qualquer custo ao participante durante a pesquisa que será financiada pelo próprio pesquisador. Sendo que qualquer custo gerado pode e deverá ser ressarcido e indenizado pelo pesquisador, caso necessário, sendo de direito de o participante requerer. Como benefício indireto teremos informações que possam subsidiar a melhoria na oferta de ações e políticas voltadas ao processo de alcoolização, possibilitando o uso dos resultados encontrados enquanto instrumento de gestão, desta forma beneficiando diretamente a saúde dos povos indígenas. E nos comprometemos a apresentar à toda a comunidade os resultados encontrados, através da apresentação das informações em reuniões dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena e Assembleias, assim como gerando relatório a ser encaminhado ao DSEI – Amapá e Norte do Pará.

Qualquer dúvida a respeito do trabalho pode ser retirada comigo (pesquisador), assim como se tiver o desejo de se retirar da pesquisa você poderá sair sem qualquer dano. As dúvidas podem ser retiradas pessoalmente ou através de email ou contato telefônico que seguem abaixo:

Pesquisadora: Anapaula Martins Mendes

Telefone: (96)981299307 / **Email:** anapsosa@hotmail.com

Endereço: Rod. Br 156, 3051, Coordenação de Enfermagem/Campus Binacional Oiapoque, Bairro Universidade, Oiapoque – AP, CEP: 68980-000.

Outra pessoa que poderá apoiar na retirada de dúvidas e esclarecimentos sobre o projeto é minha orientadora, Dra. Marcia Grisotti, no Departamento de Ciências Sociais – Coordenação da Pós-graduação em Sociologia/Universidade Federal de Santa Catarina, Bloco H (CFH-3º piso), Campus Universitário – Trindade, Florianópolis-SC; email: girsotti@fastlane.com.br. Ambas atendem em horário comercial, das 8 às 12H e das 14 às 18H.

Reafirmo que todas as informações fornecidas durante a pesquisa serão mantidas em sigilo, garantindo a sua privacidade não apontando ou descrevendo o nome de qualquer participante. Também garanto que não há qualquer custo para você (s). Os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não, sendo que os dados coletados serão utilizados para a confecção da tese e de artigos e outros materiais de divulgação, como livros, relatórios, pôster, resumos, etc. Previamente à apresentação da tese os dados coletados serão apresentados à população indígena onde foi realizada a pesquisa.

Sendo assim, conhecendo os propósitos da pesquisa, gostaria de saber se concordam em participar. Caso concordem será necessária a assinatura no consentimento que segue abaixo.

Este projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá (CEP-UNIFAP) e pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) órgãos responsáveis pela proteção da ética em pesquisa envolvendo seres humanos. Para entrar em contato com o CEP/UNIFAP seguem: **Endereço:** Rod. Juscelino Kubitschek, KM-02 Jardim Marco Zero Macapá – AP CEP 68.903-419. **E-mail:** cep@unifap.br **Telefone:** (96)40092804 e (96)40092805.

A. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

“Saberes e práticas no uso de bebidas alcoólicas entre Povos Indígenas na fronteira Franco-Brasileira, Estado do Amapá.”

Pesquisadora e doutoranda: Anapaula Martins Mendes

Orientadora: Profa. Dra. Marcia Grisotti

Coorientadora: Profa. Esther Jean Langdon

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e que recebi, de forma clara e objetiva, todas as explicações sobre o projeto. Também fui informado de que não há qualquer despesa para mim ou qualquer outra pessoa da comunidade envolvida na pesquisa.

Foi garantido pela equipe de pesquisa que as informações que irão coletar serão guardadas em sigilo e que apenas os resultados finais da pesquisa serão divulgados e que os nomes das pessoas participantes não serão revelados. Ninguém além dos pesquisadores terá acesso às minhas informações particulares. Estou ciente também de que a qualquer momento posso retirar outras dúvidas que eu venha a ter em outro momento com a equipe de pesquisa. Minha participação é voluntária e posso deixar de participar a qualquer momento se assim for a minha vontade sem qualquer prejuízo ou penalidade. **Declaro que concordo em participar desse estudo.** Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Oiapoque,de.....de 201 .

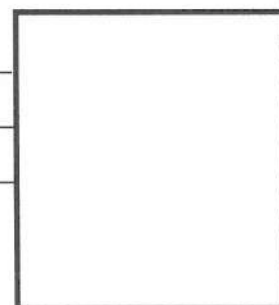
Aldeia: _____

Nome por extenso: _____

Assinatura¹: _____

RG (quando se aplicar): _____

Assinatura pesquisador: _____



¹ Caso o entrevistado não tenha condições de assinar, será, após a leitura do termo e certificação de seu entendimento sobre o projeto, pega sua digital e a assinatura de uma testemunha a qual não é integrante da equipe de pesquisa.

Oiapoque, 20 de julho de 2018.

Em resposta ao Anexo do Ofício 182/CCPIO/2018, datado de 17 de julho de 2018, com a descrição do parecer para pesquisa em Terra Indígena de Oiapoque.

Parecer n/ 001/CCPIO/2018 – Referente a pesquisa intitulada: “Saberes e práticas no uso de bebidas alcoólicas entre povos indígenas na Fronteira franco-brasileira, estado do Amapá” coordenada e desenvolvida pela Prof. Anapaula Martins Mendes, segue resposta:

1. A autorização da FUNAI foi feita somente para a Terra indígena Uaçá. Não especifica as comunidades, embora sejam definidas na metodologia do projeto.

RESPOSTA: A pesquisadora não tem domínio pelas descrições feitas nos documentos pela FUNAI Brasília, porém se a análise do processo se deu a partir dos documentos regulamentados pela Instrução Normativa 01/95, acredito que a autorização tenha sido baseada na descrição do local de estudo ou campo de observação apresentada pelo Projeto de Pesquisa encaminhado à FUNAI: aldeias Manga e Kumarumã, somente. Portanto reconheço que existem limites quando eles descrevem que a Terra Indígena onde irei ingressar é a Uaçá, assim reconhecendo seu território, eticamente me proponho a atender aquilo que propus metodologicamente e me foi autorizado pelos povos indígenas em questão; e isso com certeza será avaliado pela FUNAI posteriormente, considerando que temos que encaminhar um relatório das atividades desenvolvidas pelo pesquisador após a finalização da pesquisa. Assumo, portanto a responsabilidade em atender somente o que foi descrito no projeto, efetuando nova apreciação e submissão em caso de avaliação da necessidade de expandir a outros territórios.

Porém, se houver necessidade de maiores esclarecimentos acerca deste documento acredito que a FUNAI Brasília poderá ser consultada e seria interessante que houvesse uma manifestação das instâncias locais no sentido de aperfeiçoar as informações descritas no documento de autorização, que não somente o nome do projeto, pesquisador, terra indígena e povo a ser vinculada a pesquisa.

2. Documento expedido pela FUNAI para autorização de ingresso na Terra Indígena Uaçá em 06/12/2017 com permissão para o ingresso em TI de 01/07/2018 a 31/03/2019. Não está anexada a autorização das lideranças das comunidades Manga e Kumarumã.

RESPOSTA: Estes documentos foram enviados à FUNAI Brasília conforme descreve relatório de trajetória de construção do projeto. Assim como anexados à submissão a Plataforma Brasil. Enquanto pesquisadora que já desenvolve atividades entre povos indígenas há 14 anos jamais iniciaria uma pesquisa sem a anuência das lideranças indígenas ou sem seu conhecimento estes documentos constam nos anexos do relatório descrito acima.

3. A pesquisadora não apresentou a autorização da FUNAI para uso de imagem, som e imagem e vozes de indígenas, mas cita que isso poderá ser feito durante a coleta de dados.

RESPOSTA: Os documentos solicitados pela FUNAI no ofício 303/2017 foram todos encaminhados via email e correios como requisito para a emissão da autorização de ingresso que se deu somente no dia 07 de dezembro de 2017. Como seguem os documentos anexos ao relatório de trajetória de construção do projeto onde constam cópias dos e-mails trocados e dos documentos anexados. Porém o foco do registro deste projeto está baseado, principalmente, nas anotações em diários de campo que pode ser observado no item “técnicas de análise e coleta de dados”, descrito entre os aspectos metodológicos do projeto de pesquisa.

4. A autorização para ingresso em terra indígena foi expedido ANTES da autorização do CONEP.

RESPOSTA: De acordo com as regulamentações que regem a pesquisa entre seres humanos (466/2012 e 510/2016) e as regulamentações específicas que regem a pesquisa envolvendo povos indígenas (304/2000 e 01/1995) não é necessária a autorização do CONEP para a submissão da autorização da FUNAI e não há nenhum impedimento para que os processos andem concomitantemente: CNPq (parecer de mérito científico), FUNAI (autorização de ingresso em TI) e CEP/CONEP (autorização da execução da pesquisa científica). Neste caso o CONEP solicitou em sua avaliação inicial, no mês de março de 2018, a indexação do documento de autorização da FUNAI.

5. O projeto foi inicialmente submetido ao CONEP em 25/09/2017 NO ENTANTO, após suspensão de todas as pesquisas nas Terras Indígenas do Oiapoque pelo CCPIO em maio de 2018, a pesquisadora em 07 de junho de 2018 acrescentou novas informações sobre o projeto na plataforma Brasil para que fosse submetidas à avaliação pelo CONEP.

RESPOSTA: É importante observar que depois de submetido um projeto a plataforma Brasil não existe a possibilidade de suspendê-lo, apenas de cancelar a submissão e é reconhecido que os trâmites para a avaliação de um projeto de pesquisa que envolve Povos Indígenas requer muito tempo, como pode ser observado somente pelo CEP/UNIFAP foram 5 meses para avaliação e encaminhamento ao CONEP. E seria desrespeitosa com a comunidade com quem me propus trabalhar se eu cancelasse uma submissão e protelasse mais um ano o desenvolvimento da proposta, afinal não haviam sido canceladas as pesquisas somente suspensas e, neste momento, eu não estava, assim como ainda não estou; pois estou tentando seguir com todos os trâmites regulamentadores em respeito aos povos indígenas; executando nenhuma pesquisa. Assim como não foi submetido nenhum documento novo ao processo apenas respondidas e corrigidas demandas solicitadas pelo CONEP. Desta forma acredito não haver nenhuma irregularidade na tramitação, pelo contrário.

6. O TCLE foi alterado, no entanto ainda não contém todas as informações necessárias, sequer comenta algo sobre a tradução do mesmo ou sobre o direito da(a) entrevistado(a) responder em sua língua materna. Faltam demais informações como contato da instituição e/ou pesquisadora e/ou pesquisadora (email e telefone do CEP/UFSC para esclarecimentos) entre outras informações.

RESPOSTA: Considero muito importante e interessante esta proposição do CCPIO e acredito que nem eu, enquanto pesquisadora, nem o CEP/CONEP, enquanto avaliadores não nos atentamos a isto. Penso que é viável e oportuno que o TCLE possa ser aplicado na língua materna Kheuol e que possa ser traduzido para a língua. Aproveito e solicito a orientação/indicação de um indígena que possa apoiar na tradução do documento. Como a proposta da pesquisa é de desenvolver de maneira participativa em conjunto com os profissionais de saúde, acredito que possamos propor aos Agentes Indígenas de Saúde que apoiem na hora da apresentação do TCLE, assim como poderei aproveitar a oportunidade para quem sabe desenvolver um pouco mais a língua Kheuol

que pude conhecer e aprender um pouco quando trabalhei com os povos indígenas de Oiapoque em 2005 e 2006.

Em relação aos contatos acredito que houve uma observação equivocada, pois constam nos parágrafos três (3) do TCLE os contatos da pesquisadora e da orientadora, incluindo telefones e endereços de email e locais de trabalho, assim como no parágrafo seis(6) constam os dados de contato: endereço, telefone e email do CEP/UNIFAP ao qual o projeto foi submetido à avaliação.

7. Não foi apresentado o questionário ou roteiro de entrevistas. E também não está especificado como se dará a coleta de dados mais detalhada feito pela pesquisadora.

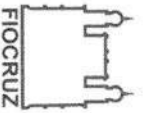
RESPOSTA: O projeto não apresenta nenhuma proposta de aplicação de entrevistas ou questionários. Trata-se de uma pesquisa participativa com abordagem etnográfica, onde irei apoiar o desenvolvimento de atividades de prevenção ao uso de álcool e outras drogas em conjunto com a equipe de saúde indígena. De acordo com o que está descrito na proposta de coleta dos dados no projeto através de rodas de conversa, observação participante, capacitação dos AIS, trabalhos nas escolas com professores e alunos, desenvolvimento de teatro fórum entre outras atividades que serão organizadas em conjunto com a equipe de saúde indígena.

Considero a linguagem destes projetos científicos são exageradamente acadêmicas e gostaria de propor que eu possa me reunir em conjunto com representantes do CCPIO e as lideranças da Aldeia Manga, em especial, pois devido à mudança na gestão com a saída do Sr. Luciano os mesmo não tiveram a oportunidade de se inteirar do que realmente foi proposto; para que eu possa então responder a todos os questionamentos relacionados a pesquisa e esclarecer qual a real proposta do projeto.

Desta forma então vocês poderão avaliar se existe ainda a necessidade do desenvolvimento da pesquisa, considerando que já se passaram dois anos da discussão no CONDISI onde a demanda foi trazida pelos povos indígenas como importante para ser trabalhada.

Compreendo que a morosidade no processo pode ter feito com que o objeto da pesquisa – prevenção do uso e abuso de álcool e outras drogas – não seja mais prioridade ou necessidade entre os povos indígenas de Oiapoque, porém tenho recebido

cobranças de representantes do DSEI e de profissionais questionando quando eu iniciarei as atividades.



Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA

Análise da capacidade de gestão e fortalecimento de governança nos municípios

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome do articulador: Anapaula Martins Mendes

CPF: 005709699-64

E-mail: anapsosa@hotmail.com

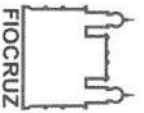
Município/ Estado que acompanha: Amapá

Interlocutor que o acompanha: José de Arimatéia Rodrigues Reis e César Gustavo Moraes Ramos

2. ANÁLISE DO FUNCIONAMENTO DAS INSTÂNCIAS, ESTRATÉGIAS POLÍTICAS E DE GESTÃO DA POLÍTICA PARA PESSOAS COM DEMANDAS E NECESSIDADES RELACIONADAS AO CONSUMO DE DROGAS

Instancias de gestão no início do projeto Redes	1. Descrever como estão compostas as instâncias e estratégias de gestão da política de drogas (Comitê gestor, grupos gestores intersetoriais, comissões e Secretarias de drogas entre outros). 2. Com que periodicidade se reúnem? 3. Essas instancias possuem capacidade de articulação e governança? 4. Quais os participantes/setores e pautas no início de sua atuação como articulador do Projeto Redes? De acordo com a SEMAST – Secretaria Municipal de Assistência Social e do Trabalho do município de Macapá, que foi o órgão a assinar a adesão, a época, ao “Projeto Crack É Possível Vencer” o Comitê Gestor foi instituído através de portaria governamental no ano de 2013, porém poucas reuniões foram realizadas, de início apenas para a definição dos dispositivos que seriam criados com o processo de adesão: Centro Pop e CRAs, que hoje se mantém funcionando e, nesse sentido a adesão ao
---	---

Anapaula M. Martins

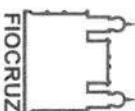


Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA

<p>plano foi bastante importante para o município, inclusive do ponto de vista dos profissionais destes setores que se mostraram bastante envolvidos com os processos de trabalho apesar das limitações estruturais encontradas no momento da visita do articulador, mas que foram sanadas em seguida. O Centro Pop estava funcionando em uma pequena sala, em conjunto com a equipe de um dos CRAS o que dificultava em muito a atenção aos usuários e seu acesso, mas não impedia de que se mantivesse o vínculo com os mesmos.</p> <p>Esse comitê gestor então não se encontra atuante há alguns anos, hora por motivos de gestão: afastamento de pessoas que estavam designados na portaria de setores que discutiam a temática para outros espaços e municípios; mas também por um processo gradativo de desarticulação entre os setores vinculados. Outro conselho que foi criado pela Polícia Militar a partir dos desdobramentos do Plano Crack que se chama Conselho Anti Entorpecentes e de acordo com os representantes, Sr. Waldez Fonseca e Sr. Antonio Henrique Soares, este também está desarticulado e desestruturado não se reunindo há vários anos.</p> <p>Além do Comitê Gestor temos outros espaços que discutiam anteriormente a temática, mas que, segundo uma integrante, Sra. Raquel Benjamim, que faz parte da Casa do Professor – um espaço multiprofissional designado aos cuidados a saúde mental dos professores no estado do Amapá – já não tem quórum suficiente para dar encaminhamento às discussões há mais de um ano.</p> <p>Outros espaços deliberativos importantes onde a problemática do uso abusivo de álcool e outras drogas tem sido discutida são os Conselhos de Saúde Municipais, Estaduais e Distritais Indígenas.</p> <p>A Rede de Atenção Psicossocial – RAPS também é considerado um importante espaço de discussões relacionadas as temáticas que envolvem a saúde mental de uma maneira geral, incluindo o uso problemático de álcool e outras drogas. Porém este espaço de redes se articula somente com os setores vinculados à área da saúde. Este grupo se reúne uma vez a cada mês e</p>
--

Amazônia m. Miranda



Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA

suas discussões não são deliberativas são discutidas posteriormente em níveis mais altos: Gestão Estadual de Saúde e Conselhos Bipartite e Tripartite. A última constituição dos integrantes da RAPS está instituída na Portaria 286/2016 da

Secretaria De Saúde do Estado do Amapá – SESA e conta com a seguinte composição:

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO:

Rileny Mascarenhas – Coordenação Saúde Mental do Estado

Gabriela Tais Brito da Silva – CREAP

Rosália Maria Freitas Figueiras – Hospital de Emergência

Walter André Fonseca Souza – Hospital da Mulher Mãe Luzia

Zoraima da Costa Maramalde – Hospital da Criança e Adolescente

Hernesto José Cabral Junior – Hospital Estadual de Laranjal do Jari

Domingos Picanço – Hospital Estadual de Oiapoque

Elizaldo Lobo Monteiro – Centro de Referência em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Roosevelt da Silva Pureza – Saúde Prisional Instituto Penitenciário do Amapá

Mauro Camilo Mendes Queiroz – Hospital de Clínicas Alberto Lima

Waldecy Clementino Meireles Silva – Hospital Estadual de Santana

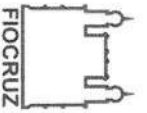
Antonio Marcos de Andrade Ferreira – Representante da Clínica Psiquiátrica

Aimara de Freitas Ramos – Coordenadora Municipal de Saúde Mental de Macapá

Helencarla dos Santos Ferreira – Apoio Técnico Coordenadoria de Assistência Hospitalar

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Compartilha m. Mariana

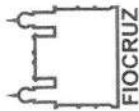


Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA

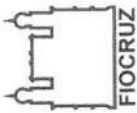
Isadora Ribeiro
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA
Rondinelli Sampaio
CONSELHO DE SECRETARIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE
Maria de Jesus Sousa Caldas – CIR Norte
Heverton Costa Coelho – CIR Sudoeste
Silvana Vedovelli – CIR Central
Tema bastante discutido nas últimas duas reuniões da RAPS tem sido a atenção a pacientes em surto e a dificuldade em definir fluxos para estas pessoas, assim como o atendimento a este tipo de situação e a usuários de álcool e outras drogas nos serviços de emergência na última reunião já foi proposta a inserção de uma pauta voltada ao cuidado aos usuários de álcool e drogas de maneira articuladora.

Encaminhada em minuta



Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

Cenário Político	<ol style="list-style-type: none">1. Há participação do prefeito ou representante nas reuniões?2. A discussão e construção de políticas de drogas estão entre as prioridades da prefeitura?3. As instâncias gestoras possuem autonomia para suas decisões?4. Há tensões entre os setores e secretarias?5. Qual a capacidade de governança e capilaridade para dentro do Governo pelas várias secretarias?6. Desenvolve interlocações com o corpo de trabalhadores?7. Há algum tipo de articulação com o controle social? <p>Não há participação de gestores como prefeitos nas reuniões dos referidos espaços citados aqui. A Secretaria de Saúde, de maneira geral é quem representa a gestão municipal nos espaços dos Conselhos Municipais de Saúde. De maneira geral não se vê a política de drogas, mesmo com uma situação já instalada, como prioridade nas discussões realizadas por estes espaços de discussão e isso, sim, causa tensões quando trazido para pauta, pois o que se observa é que os gestores não estão preparados para lidar com esta situação e geralmente se torna um "caso de polícia" e não articula o problema e sua solução com outros setores. Apesar de ter representações do controle social em alguns destes espaços, as discussões precisam melhorar trazendo novas perspectivas e direcionamentos para estas discussões. Existem pessoas dentro dos conselhos municipais em Macapá e Estadual bastante interessados em discutir a temática do uso de álcool e outras drogas incluindo, por exemplo, a perspectiva de cuidado baseada na redução de danos que ainda é pouco compreendida por muitos gestores e, também, por profissionais.</p>
-------------------------	---



Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA

Alinhamento com a PNAD

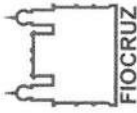
1. Os membros e discussões estão alinhadas a PNAD?
2. Como avalia os esforços para implantação das ações, projetos e inovações na política de drogas?
3. Questões relacionadas à expansão e qualificação da rede estão sendo pautadas nas instâncias gestoras?
4. Apresenta algum movimento de produzir uma discussão ampliada e intersetorial da Política de Drogas?

As discussões nem sempre seguem o que descreve a política nacional de álcool e outras drogas, mas vem se alinhando pouco a pouco a partir da inserção dos temas e da reflexão a respeito de novas perspectivas de cuidado tirando pouco a pouco o foco na criminalização e para a droga e voltando o foco para o cuidado e para o indivíduo dentro de seu contexto de inserção social.

Temos tido êxito no sentido de buscar a construção de planos de cuidado de maneira intersetorial visando uma melhor resposta "terapêutica".

Conseguimos inserir a discussão na última reunião do Conselho Distrital de Saúde Indígena (a ata será enviada juntamente do próximo produto ou em outro momento, pois não foi cedida por não ter sido assinada por todos e aprovada ainda, porém segue a lista de frequência anexa) que aconteceu no município de Oiapoque e os quinze minutos que nos foram dados para fala acabaram por levar uma manhã inteira de discussões pautadas nos problemas enfrentados pelos povos indígenas da região em relação ao uso/abuso de álcool e outras drogas, assim como foram trazidos outros problemas de saúde que podem estar baseados também no uso problemático ou não. Desta discussão foram trazidas solicitações dos indígenas dos grupos étnicos Galibi, Galibi Marworno, Plaikur e Karipuna, presentes na reunião, que vão desde a necessidade de capacitar ou discutir a situação com o próprio Conselho de Saúde, com profissionais, incluindo os Agentes Indígenas de Saúde, da execução de

Cracpaula M Miranda



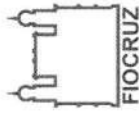
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA

trabalhos nas escolas com professores e alunos, até rodas de conversa com a população de maneira geral e o resgate cultural baseado na atividade de produção da própria bebida e de seu uso em rituais específicos. Esse momento foi bastante interessante no sentido que, mesmo que não trouxéssemos o tema álcool e drogas explícito em nossa conversa inicial, ele surgiu como preocupação e urgência entre muitas representações indígenas presentes e, também por profissionais, que não se sentem capacitados suficiente para lidar com o tema nesse território. Desta discussão encaminhamentos foram dados no sentido de estreitar as relações do próprio Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) com a Universidade Federal do Amapá, presente no município de Oiapoque, através do desenvolvimento de ações de extensão e pesquisa com uma proposta de inserção com “processos formativos” que poderão apoiar no fortalecimento, inclusive do protagonismo indígena em seu próprio território. Além da Universidade também estão sendo fortalecidos os vínculos com o município e Estado, o CAPS que está sendo implantado no município também atenderá esta população e as atividades em outros municípios serão fortalecidas através da articulação com o Estado na figura da CESM – Coordenação Estadual de Saúde Mental e demais setores que fazem parte da rede de apoio ao cuidado dos usuários.

Pensando nisso foi realizada uma segunda reunião (lista de presença anexa, não está datada porém foi realizada no dia 06/07) provocada pela SESAI – Secretaria de Saúde Indígena no município de Macapá, até porque existe um movimento do Ministério Público Federal no sentido de “cobrar” a implementação de propostas de trabalho que vão de encontro com a resolução do “problema do álcool” entre os povos indígenas no Amapá. Nesta reunião tivemos a presença de representantes da FUNAI – Fundação Nacional do Índio, DSEI representado pelo Departamento de Saúde Indígena, Saúde Mental, CONDISI, CESM, CEJUSP – PM, UNIFAP e representantes do CAPS AD. O objetivo era tentar desenhar ações que poderiam ser realizadas de maneira articulada com os diversos setores presentes nos territórios indígenas pertencentes ao DSEI – Amapá e Norte do Pará.

Graciele M Miranda



Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA

Foi muito importante a mediação do articulador neste momento, não só por compreender e conhecer um pouco melhor a situação dos povos indígenas e os atravessamentos que perpassam a situação do uso de álcool e outras drogas em territórios indígenas, mas também por poder fazer o grupo refletir sobre a necessidade do cuidado e do foco no indivíduo e não na droga, principalmente entre os representantes da Polícia Militar presentes que se mostraram bastante receptivos e fizeram posteriormente inserções no sentido de que, realmente, querem construir em conjunto uma nova “abordagem” para estes problemas e situações que surgem cada vez mais recorrentes em todos os espaços territoriais não somente nos indígenas.

Como resultado desta articulação saímos com a seguinte agenda delimitada a apenas alguns territórios no sentido de otimizar os resultados e utilizar as estratégias como modelo:

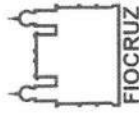
15/7 será realizada uma capacitação com foco na descrição da Política Nacional de Saúde Indígena e com Aspectos antropológicos necessários de compreensão quando do cuidado com povos indígenas. (A proposta é trabalhar com todo o grupo no sentido de sensibilizá-los para alguns aspectos mais específicos do cuidado em saúde entre povos indígenas) A capacitação será ministrada pela Articuladora de Redes e representante do DIASI e por mais dois Antropólogos da FUNAI que trabalham com os povos indígenas da região.

- Encaminhamento das propostas de projeto de pesquisa e extensão (incluindo projeto do CRR) para ser apresentado ao MPF em reunião dia 17/7;

- Apoio a ser realizado pela UNIFAP no desenvolvimento da metodologia de projeto proposto pela Secretaria do Estado para trabalhar com foco no diagnóstico de uso e abuso de álcool e outras drogas entre os Povos Indígenas Wajãpi;

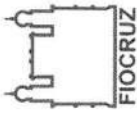
- Após a capacitação do grupo de trabalho será realizada uma segunda agenda com datas previstas para a realização de rodas de conversa na CASAI – Casa de Saúde Indígena em Macapá;

Emapaula M Miranda



Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

- Inserir a temática na programação de capacitação dos Conselheiros Distritais Indígenas que será realizada em dezembro de 2016;
 - Realizar o "I Encontro de Saúde Indígena" proposto pelo DSEI abordará em conjunto com profissionais e usuários indígenas a temática do uso de álcool e drogas em três dias de trabalho: 23 a 25/07/2016;
 - Inserir o tema em alguns encontros já pré-agendados entre os povos indígenas na região do Parque do Tumucumaque dada a logística bastante complexa aproveitando os momentos já previstos e contemplando também esta população disparando a discussão entre grupos específicos como Encontro de mulheres, previsto para novembro.
- Ainda enquanto movimento no sentido de fortalecer as discussões intersetoriais foi proposta a retomada do Fórum Drogas que antes era conduzido pela Sra Raquel Benjamin, em conjunto com outros setores. A proposta partiu também de conversas com antigos representantes do Comitê do Crack da Polícia Militar que estão constituindo um "Conselho Anti-Entorpecentes" e que estou tentando aproximá-los do grupo de trabalho que estamos formando. Este fórum será discutido pelo grupo de trabalho (estamos nomeando assim o grupo intersetorial que está discutindo a temática em conjunto nos diversos espaços) no dia 20/07/2016 com a presença dos seguintes setores até o momento confirmados: Centro Pop, Caps AD, Coordenação de Saúde Mental, CRAS, Representante do Conselho Municipal e Estadual de Saúde reductora de danos, Casa do Professor, DSEI, Polícia Militar, Coordenadora da Saúde Mental de Macapá, Consultório na rua de Macapá. Outros setores ainda poderão ser convidados os que confirmaram presença até o momento e manifestaram interesse na retomada do Fórum foram os descritos.
- Antecedendo estas reuniões foi proposto pela articuladora em consonância com a Coordenação de Saúde Mental a inserção do tema: Saúde Mental como importante a ser tratado nas Semanas de Saúde na Fronteira na reunião do Grupo de Saúde na Fronteira que foi realizada no dia 14/06/2016. A Semana de Saúde na Fronteira acontece há alguns anos em duas



Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

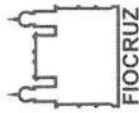
MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA

versões anuais (uma a cada semestre) com temas distintos em cada semestre; anteriormente eles eram: Doenças de transmissão vetorial e Doenças sexualmente transmissíveis. As ações acontecem sempre em consonância dos dois lados da fronteira – Oiapoque e Guiana Francesa. Neste ano foi, portanto, inserido como proposta de trabalho o tema da saúde mental discutido nesta reunião de maneira inicial em um formato que se permitiu conhecer as estratégias, instrumentos, dispositivos e problemas disponíveis e relacionados com o cuidado em saúde mental dos dois lados e, ainda propor algumas estratégias de intervenção como prioritárias dentro desta temática: uso/abuso de álcool e outras drogas e suicídio. Neste momento diversos setores participaram das discussões em mesa mediada pela articuladora. (O relatório final ainda não foi disponibilizado pela SESA, porém seguirá anexo o relatório da mesa em específico). A próxima edição da Semana de Saúde na Fronteira será no período de 08 a 12 de agosto de 2016 as ações previstas serão articuladas em momento posterior no município de Oiapoque.

3. APOIO NO PLANEJAMENTO INTEGRADO PARA O FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE GOVERNANÇA

Estratégias de apoio para o planejamento e fortalecimento da política sobre drogas	<p>1. Quais os nós críticos que identifica para o desenvolvimento de uma política intersetorial de drogas? Como as avalia?</p> <p>Algumas situações podem ser apontadas como, por exemplo, um pequeno problema que tivemos com um psiquiatra trabalhador do CAPS que não se dispôs a ampliar as discussões de casos e os planos terapêuticos com outros setores, porém já foram pensadas algumas estratégias para se retomar a proposta de atividade conjunta dentro do CAPS AD. A situação financeira tem dificultado o deslocamento das pessoas e limitado, um pouco, a participação de alguns grupos que poderiam apoiar as discussões em alguns momentos, e por este motivo a articuladora algumas vezes faz papel de</p>
--	--

Graciana M Miranda



Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

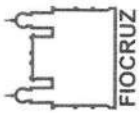


	<p>representante de algum setor, porém com autorização prévia do devido setor. Trazendo sempre um retorno em relação ao que se discute.</p> <p>2. Quais as potencialidades que identifica para o desenvolvimento de uma política intersetorial de drogas? Como as avalia?</p> <p>Existe um forte interesse de muitos setores em apoiar e fazer parte de uma rede intersetorial no sentido de otimizar os resultados vinculados aos cuidados aos usuários de álcool e outras drogas. Por este motivo acredito ser possível que se estabeleça a partir desse processo de aproximação entre os setores, afinamento nos discursos e definições de papéis, um momento de articulação entre estes setores, porém acredito que seria fundamental a manutenção da presença do articulador por um período um pouco maior de tempo no sentido de fortalecer estes laços e mantê-los.</p>
--	---

4. ASSESSORIA NO FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE GOVERNANÇA

Assessoria no fortalecimento da política sobre drogas	<p>1. Diante do atual cenário, quais estratégias e assessoria seriam importantes para fortalecimento da construção de uma política intersetorial de drogas?</p> <p>Acredito que as estratégias que vem sendo desenvolvidas tem trazido grandes resultados, inclusive em um período curto de tempo. Apoiar o desenvolvimento das atividades previstas, incluindo a disponibilização de experts em momentos específicos, como temos pensado para os fóruns e capacitações; inserir em alguns momentos a estratégia da supervisão para apoiar o discurso da articuladora e manter o articulador por um período um pouco maior é importante para fortalecer esse processo de construção.</p> <p>2. Quais os fatores críticos de sucesso na implementação das estratégias elaboradas?</p> <p>Os nós críticos já foram descritos acima.</p>
--	---

Enopaula M Miranda



Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas



--	--

Anapaula m. Mendes

Anapaula Martins Mendes
Articulador Estado do Amapá
08 de Julho de 2016.

Anapaula m. Mendes



CONSELHO DE CACIQUES DOS POVOS INDÍGENAS DE OIAPOQUE
Centro de Formação dos Povos Indígenas do Oiapoque - TI Uaçá – CEP:68980-000 – Oiapoque

Ofício nº 182/CCPIO/2018

Aldeia Espírito Santo, 17 de julho 2018.

À Reitora da Universidade Federal do Amapá

Dra. Eliane Superti

Ao Diretor do Campus Binacional de Oiapoque

Srº. Otavio Ladin Neto

Prezados,

Cumprimentando-os cordialmente e, considerando a importância das pesquisas acadêmicas e científicas para desenvolvimento social e fortalecimento dos povos indígenas, o Conselho de Caciques dos Povos Indígenas de Oiapoque - CCPIO informa que as pesquisas em Terras indígenas de Oiapoque estão **PERMITIDAS**. Porém devem seguir os itens a baixo:

1. As pesquisas deverão cumprir todas as informações contidas no documento *Orientações Protocolares para Pesquisas com Ingresso em Terras de Oiapoque-AP* (em anexo),
2. Todas as autorizações de ingressos em terras indígenas e os projetos de pesquisas em andamento serão reavaliados por este Conselho, para isso deverá ser obedecido o prazo estipulado para a entrega de toda documentação necessária. (Vide item 1),
3. As pesquisas que foram suspensas e indeferidas por esse Conselho não poderão seguir adiante. Para tanto, serão comunicados os Comitês de Ética em



CONSELHO DE CACIQUES DOS POVOS INDÍGENAS DE OIAPOQUE
Centro de Formação dos Povos Indígenas do Oiapoque - TI Uaçá – CEP:68980-000 – Oiapoque

Pesquisa (CEP) das instituições de ensino e o Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP),

4. Os pesquisadores não poderão pressionar as lideranças e comunidades interessadas, pois o Conselho tem autonomia para tomada de decisões, que também é assegurada pela Convenção 169 da OIT.
5. Caso nos seja relatado episódios de constrangimento, intimidação ou coação, tomaremos as medidas necessárias que respaldam a nossa decisão.

Diante dos esclarecimentos acima, aproveitamos para informar que:

1. O projeto de pesquisa de doutorado: *Saberes e Práticas no uso de Bebidas Alcoólicas Entre Povos Indígenas na Fronteira Franco-Brasileira, Estado do Amapá*, da pesquisadora: **Anapaula Martins Mendes**. Situação: **INDEFERIDO**, Segue em anexo o parecer do CCPIO.
2. A pesquisa com o Título: *Cartografia Social, conflitos Territorial e Sustentabilidade: Subsídio para o Planejamento e Gestão Ambiental na Terra Indígena Uaçá, Etnia Karipuna, Aldeia Manga, Oiapoque, Amapá, Brasil*. Pesquisador: **Otávio Landim Neto**. Situação: **SUSPENSO e INDEFERIDO**. Segue em anexo o parecer do CCPIO.

O indeferimento e suspensão das pesquisas de Otávio Landim Neto e Anapaula Martins Mendes foram feitas de forma imediata, após avaliação, depois de solicitação de análise dos mesmos ao Conselho.

Sem mais, agradecemos esta instituição pelo ato de realizar o Processo Seletivo Extraordinário para Indígenas e Quilombolas - PSEIQ/2018, no campus Binacional em Oiapoque.



CONSELHO DE CACIQUES DOS POVOS INDÍGENAS DE OIAPÓQUE
Centro de Formação dos Povos Indígenas do Oiapoque - TI Uaçá – CEP:68980-000 – Oiapoque

Atenciosamente,

Gilberto Laparrá
Coordenador Geral do CCPIO

Dalson dos Santos
Vice Cacique da aldeia Manga

José Elito dos Santos
Cacique da Aldeia Manga

Alex Malaquias
Cacique da Aldeia Kumarumã

Com copia para: Articulação dos Povos e Organização Indígena Do Amapá e Norte do Pará-
APOIANP, Fundação Nacional do Índio/CRANP e Ministério Público Federal.



CONSELHO DE CACIQUES DOS POVOS INDÍGENAS DE OIAPOQUE
Centro de Formação dos Povos Indígenas do Oiapoque - TI Uaçá – CEP:68980-000 – Oiapoque

Anexo do Ofício nº 182/CCPIO/2018.

Aldeia Espírito Santo, 17 de julho de 2018.

Parecer para Pesquisa em Terra Indígena de Oiapoque.

PARECER Nº001/CCPIO/2018.

Projeto de pesquisa de doutorado: *Saberes e Práticas no uso de Bebidas Alcoólicas Entre Povos Indígenas na Fronteira Franco-Brasileira, Estado do Amapá*, da pesquisadora: **Anapaula Martins Mendes**.

Situação: **INDEFERIDO**.

1. A autorização da FUNAI foi feita **SOMENTE** para a terra indígena Uaçá. Não especifica as comunidades, embora elas sejam definidas na metodologia do projeto.
2. Documento expedido pela FUNAI para autorização de ingresso na Terra indígena Uaçá em 06/12/17 com permissão para ingresso em TI de 01/07/2018 a 31/03/2019. Não está anexada a autorização das lideranças das comunidades (Manga e Kumarumã).
3. A pesquisadora não apresentou autorização da FUNAI para uso de imagem, som e som de vozes de indígenas mas cita que isso poderá ser feito durante a coleta de dados.
4. A autorização para ingresso em terra indígena foi expedido **ANTES** da autorização do CONEP.
5. O projeto foi inicialmente submetido ao CONEP em 25/09/2017 **NO ENTANTO**, após a **SUSPENSÃO** de todas as pesquisas nas terras indígenas do Oiapoque pelo CCPIO em Maio de 2018, a pesquisadora em 07 de junho de 2018 acrescentou novas informações sobre o projeto na Plataforma Brasil para que fosse submetidas á avaliação pelo CONEP,
6. O TCLE foi alterado, no entanto ainda não contém todas as informações necessárias, sequer comenta algo sobre tradução do mesmo ou sobre o direito do(a) entrevistado(a) responder em sua língua materna. Faltam demais informações como contato da instituição e/ou pesquisadora (email e telefone do CEP/UFSC para esclarecimentos) entre outras informações.
7. Não foi apresentado o questionário ou roteiro de entrevistas. E também não está especificado como se dará a coleta de dados mais detalhada feito pela pesquisadora.



CONSELHO DE CACIQUES DOS POVOS INDÍGENAS DE OIAPOQUE
Centro de Formação dos Povos Indígenas do Oiapoque - TI Uaçá – CEP:68980-000 – Oiapoque

8. A pergunta que se faz é como o CONEP dá anuência ao prosseguimento do projeto em 11/06/2018 se as atividades de pesquisadores estão suspensas pelo CCPIO até o presente momento.
9. Acredita-se que um projeto de caráter qualitativo, com pesquisa de campo etnográfica, onde seja fundamental a presença do(a) pesquisador(a) em campo, deva ocorrer em um momento oportuno, de confiança e de segurança, às comunidades indígenas . De fato, os objetivos e a metodologia do projeto não foram devidamente explicados às lideranças indígenas, que na época foram consultadas.



CONSELHO DE CACIQUES DOS POVOS INDÍGENAS DE OIAPOQUE
Centro de Formação dos Povos Indígenas do Oiapoque - TI Uaçá - CEP:68980-000 - Oiapoque

Atenciosamente,

Gilberto Laparrá
Coordenador Geral do CCPIO

Dalson dos Santos
Vice Cacique da aldeia Manga

José Elito dos Santos
Cacique da Aldeia Manga

Alex Malaquias
Cacique da Aldeia Kumarumã

Com copia para: Articulação dos Povos e Organização Indígena Do Amapá e Norte do Pará-
APOIANP, Fundação Nacional do Índio/CRANP e Ministério Público Federal.



CONSELHO DE CACIQUES DOS POVOS INDÍGENAS DE OIAPOQUE
Centro de Formação dos Povos Indígenas do Oiapoque - TI Uaçá – CEP:68980-000 – Oiapoque

Orientações Protocolares para Pesquisas com Ingresso em Terras Indígenas de Oiapoque (AP)

O Conselho dos Caciques dos Povos Indígenas de Oiapoque – CCPIO apresenta neste documento todos os passos, as normas e as resoluções da legislação brasileira que devem ser cumpridos para que a realização de qualquer pesquisa acadêmica e científica seja autorizada por esse Conselho nas três terras indígenas de Oiapoque (AP).¹

É importante lembrar que o direito à consulta é assegurado aos povos indígenas também pela Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), uma vez que o respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos, os quais devem manifestar a sua anuência à participação. Assim, em comunidades cuja cultura grupal reconheça a autoridade do líder ou do coletivo sobre o indivíduo, a obtenção da autorização para a pesquisa deve respeitar tal particularidade, sem prejuízo do consentimento individual, quando possível e desejável.²

¹ Inicialmente ressaltamos que antes de submeter o projeto envolvendo populações indígenas ao CEP DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO, sugerimos ainda a leitura da Resolução nº 304, de 09 de agosto de 2000, a qual presta os devidos esclarecimentos aos pesquisadores e pesquisadoras que realizarão estudos com essa área temática especial, pois existe um conjunto normativo muito específico. Portanto, a Resolução nº 304 apresenta as normas que incorporam as diretrizes já previstas na Resolução, do Conselho Nacional de Saúde, e fundamenta-se nos principais documentos internacionais sobre direitos humanos da ONU, em particular a Convenção 169 sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes e Resolução sobre a Ação da OIT- Organização Internacional do Trabalho - Concernente aos Povos Indígenas e Tribais, de 1989, da Constituição da República Federativa do Brasil (Título VIII, Capítulo VIII Dos Índios) e de toda a legislação nacional de amparo e respeito aos direitos dos povos indígenas enquanto sujeitos individuais e coletivos de pesquisa.

² Neste sentido, quando a legislação brasileira dispuser sobre competência de órgãos governamentais - a exemplo da Fundação Nacional do Índio, instituições financiadoras de pesquisas como o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional - tais instâncias devem autorizar a pesquisa antecipadamente.



CONSELHO DE CACIQUES DOS POVOS INDÍGENAS DE OIAPOQUE
Centro de Formação dos Povos Indígenas do Oiapoque - TI Uaçá – CEP:68980-000 – Oiapoque

Em vista disto, *pesquisas que envolvem entrada em terras indígenas* devem ser submetidas ao CEP DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO respeitando os devidos trâmites:

1º Passo - Solicitação de anuência para pesquisa em comunidade indígena junto ao CCPIO e consecutivamente anuência da comunidade;

2º Passo - Envio do protocolo à fonte de financiamento do projeto [por exemplo: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)];

3º Passo - Envio do protocolo à Fundação Nacional do Índio em Brasília (FUNAI) para liberação da entrada em terras indígenas;

4º Passo - Em caso de pesquisas com o conhecimento tradicional associado ou não ao patrimônio genético, que integra o patrimônio cultural brasileiro, envio de solicitação para autorização de pesquisa ao Departamento do Patrimônio Imaterial do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN);

5º Passo - Envio para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição de Ensino via Plataforma Brasil;

6º Passo - Após aprovação do CEP, envio do protocolo para apreciação final do Conselho Nacional de saúde (CONEP) via Plataforma Brasil.

7º Passo – Após o cumprimento dos passos acima, o(a) pesquisador(a) deverá assinar um Termo de Compromisso junto ao CCPIO e comunidade indígenas antes da entrada em terra indígena.

1 – EXPEDIÇÃO DE ANUÊNCIA DO CCPIO PARA PESQUISA EM COMUNIDADE INDÍGENA

AO CCPIO e consecutivamente à *liderança* da comunidade *indígena* reserva-se o direito de autorizar ou não a entrada e permanência de pesquisadores e pesquisadoras em suas terras. É necessário que, em primeira instância, o CCPIO seja consultado para que seja expedido um documento de anuência que resguarda a viabilidade de coleta de dados *in loco*.



CONSELHO DE CACIQUES DOS POVOS INDÍGENAS DE OIAPÓQUE
Centro de Formação dos Povos Indígenas do Oiapoque - TI Uaçá – CEP:68980-000 – Oiapoque

2 – EXPEDIÇÃO DE PARECER DE MÉRITO CIENTÍFICO DA INSTITUIÇÃO FINANCIADORA PARA PESQUISAS COM INGRESSO EM TERRA INDÍGENA

Os processos de ingresso para fins de pesquisa dependerão de autorizações e pareceres de outros órgãos governamentais, que são considerados documentos complementares, mas indispensáveis segundo o tipo de projeto de pesquisa a ser realizado. Esses pareceres serão solicitados pela Funai, durante a instrução do processo administrativo, portanto cabe ao pesquisador apresentá-los quando solicitados.

Para todos os projetos de pesquisa, é indispensável a solicitação de *parecer de mérito científico da pesquisa* ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação-MCTI, conforme RN-009/1987 do CNPq. Contatos (61) 0800 61 96 97 e www.cnpq.br.

O pesquisador ou pesquisadora deverá enviar ao CNPq uma carta de intenção sua ou do seu orientador, quando for o caso, juntamente ao projeto de pesquisa para o contato de email da sua área de pesquisa, conforme está abaixo listado.

Contatos gerais de coordenações do CNPq:

- Coordenação do Programa de Pesquisa em Ciência Aplicadas e Educação (Antropologia, Sociologia, História e afins) – COSAE, (61) 32119934, 32119721, cosae@cnpq.br
- Coordenação do Programa de Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (Linguística e afins) – COCHS, tel. (61)32119698, 9691, cochs@cnpq.br
- Coordenação do Programa em Biociências – COBIO, (61) 32119777, 32119754, cobio@cnpq.br
- Coordenação de Pesquisa em Saúde- COSAU, (61)32119890, 31119891, cosau@cnpq.br
- Coordenação de Programa de Pesquisa em Gestão de Ecossistemas – COGEC, (61) 21089385, 32119725, cogec@cnpq.br



CONSELHO DE CACIQUES DOS POVOS INDÍGENAS DE OIAPOQUE
Centro de Formação dos Povos Indígenas do Oiapoque - TI Uaçá – CEP:68980-000 – Oiapoque

- Coordenação do Programa de Pesquisa em Agropecuária e do Agronegócio-CARGI, (61)32119942, coarg@cnpq.br
- Biotecnologia e recursos genéticos, (61) 32119871, 32119381, cobrg@cnpq.br

Para projetos de pesquisa realizados por estrangeiros, é indispensável a solicitação de autorização ao CNPq/MCTI para autorização de coleta de dados no Brasil, conforme Decreto nº 98.830, de 15 de janeiro de 1990. Contatos: (61)32114024, 32114025, 32114033 – Expedições Científicas.

3 – EXPEDIÇÃO DE ANUÊNCIA DA FUNAI PARA LIBERAÇÃO DA ENTRADA DE PESQUISARES EM TERRA INDÍGENA

A expedição de anuência para entrada de pesquisadores em terras indígenas encontra-se regulamentada por normativas da Fundação Nacional do Índio e as *Autorizações de Ingresso em Terras Indígenas* são de competência exclusiva da Presidência da FUNAI, após a devida instrução do processo administrativo nos termos das referidas normativas, observando-se a anuência prévia dos representantes dos povos indígenas envolvidos, conforme dispõe os artigos 6º e 7º, da Convenção 169 da OIT.

Informamos que, para fins de emissão de Autorização de Ingresso em Terra Indígena, são documentos mínimos e indispensáveis à autuação do processo os documentos relacionados em cada modalidade abaixo. **O não cumprimento do previsto neste parágrafo impedirá a abertura do processo na Funai em nome do interessado no ingresso em terra indígena.**

A documentação indispensável deve ser encaminhada à Funai no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do período previsto para ingressar e todos os documentos relacionados como mínimos deverão ser entregues em original, exceto os especificados como cópia.



CONSELHO DE CACIQUES DOS POVOS INDÍGENAS DE OIAPOQUE
Centro de Formação dos Povos Indígenas do Oiapoque - TI Uaçá – CEP:68980-000 – Oiapoque

Relação de documentos mínimos para solicitar Autorização de Ingresso em Terra Indígena, para fins de pesquisa científica, tendo como base a Instrução Normativa nº 001/PRES/1995:

- I. Carta do pesquisador de solicitação de autorização de ingresso em Terra indígena endereçada à Presidência da Funai, com a especificação da Terra Indígena e da Aldeia, do povo indígena, período de ingresso, endereço para correspondência, telefone, correio-eletrônico (e-mail) e com a relação dos membros da equipe a ingressar, se houver;
- II. Carta de apresentação do pesquisador, por parte de seu orientador de pesquisa; *OK*
- III. Comprovação de vínculo formal do pesquisador com a instituição de pesquisa; *OK*
- IV. Cópia do projeto de pesquisa; *OK*
- V. Cópia de currículo do pesquisador; *OK*
- VI. Cópia dos documentos pessoais de identificação (RG e CPF) do pesquisador e da equipe, se houver. Em se tratando de pesquisador estrangeiro, cópia do passaporte com identificação e vistos de entrada no país; *OK*
- VII. Atestado médico de cada ingressante de que não possui moléstia infectocontagiosa; *OK*
- VIII. Cópia da carteira de vacina dos ingressantes com anotação de vacina contra febre amarela válida; *OK*
- IX. Parecer de análise de mérito do CNPq ou outra agência financiadora; *OK - enviado pelo CNPq diretamente ao Ministério Indio*
- X. Termo de autorização de uso de imagem e de som de voz quando a pesquisa envolver fotografia, filmagem audiovisual ou gravações de voz da fonte da pesquisa, quando for o caso; *OK enviado posteriormente*
- XI. Documento original de consentimento prévio assinado pelo(s) representante(s) do povo indígena e do CCPIO *Enviados somente a audiência do cacique e termo FUNAI*
- XII. Autorização publicada pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação-MCTI quando se tratar de pesquisador estrangeiro. *X*



CONSELHO DE CACIQUE DOS POVOS INDÍGENAS DE OIAIPOQUE
Centro de Formação dos Povos Indígenas do Oiaipoque - TI Uaçá – CEP:68980-000 – Oiaipoque

Relação de documentos mínimos para solicitar Autorização de Ingresso em Terra Indígena, para fins de realização de atividades de uso e exploração de imagens, sons, sons de voz, grafismos, criações e obras indígenas, tendo como base a Port. nº 177/PRES/2006: não se trata deste trabalho.

- I. Carta de solicitação de autorização de ingresso em Terra Indígena endereçada à Presidência da Funai e assinada pelo solicitante, pessoa física, ou pelo responsável legal da empresa, pessoa jurídica, com a especificação da Terra Indígena e da Aldeia, do povo indígena, período de ingresso, endereço para correspondência, telefone, correio-eletrônico (e-mail) e dos membros da equipe a ingressar, se houver;
- II. Cópia dos documentos pessoais de identificação (RG e CPF) do representante legal, se pessoa física, e cópia do CNPJ, se pessoa jurídica;
- III. Cópia de documento comprobatório de representação legal, no caso de pessoa jurídica;
- IV. Cópia de Registro emitido pela ANCINE, conforme IN 79/2008/ANCINE, de filmagem, gravação, captação de imagens, com ou sem som, destinadas à produção parcial ou integral de obra audiovisual estrangeira, no território nacional, sob a responsabilidade de empresa produtora brasileira, solicitante do ingresso de que trata esse processo;
- V. Plano de trabalho com descrição detalhada das atividades a serem desenvolvidas, com a especificação da Terra Indígena e da Aldeia, do povo indígena e das datas de início e fim das atividades;
- VI. Minuta ou contrato de cessão de direitos ou de autorização parcial de uso de imagens, sons, grafismos e outras obras e criações indígenas, firmado em língua portuguesa ou indígena, entre os indígenas titulares do direito e os interessados, exceto quando se tratar de atividade jornalística e prestação de serviços de informação públicos;
- VII. No caso de autorização de atividade jornalística e prestação de serviços de informação públicos, com anuência do povo indígena, termo de compromisso firmado entre a Fundação Nacional do Índio - FUNAI e a instituição pública ou empresa jornalística;



CONSELHO DE CACIQUES DOS POVOS INDÍGENAS DE OIAPOQUE
Centro de Formação dos Povos Indígenas do Oiapoque - TI Uaçá – CEP:68980-000 – Oiapoque

Pesquisa (CEP/CONEP), conforme Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde – CNS, do Ministério da Saúde, para emissão de parecer de ética da pesquisa. Para projeto da área temática especial *Povos Indígenas*, solicitamos aos pesquisadores que considerem um prazo estimado de no mínimo **noventa (90) dias**, considerando que para apreciação de um projeto de pesquisa pelo CEP e, posteriormente, pela CONEP, para ser avaliado por um comitê específico de análise das pesquisas com entrada em terras indígenas do CONEP. Contatos do CONEP: (61) 3315-5878/5879.

Dessa maneira o CCPIO acredita que a elaboração de projetos de pesquisas feitos com a participação dos povos indígenas que esse Conselho representa, de maneira transparente e que devolvam às comunidades os resultados dos estudos e reflexões sobre os mesmos, contribuirá para a redução das desigualdades sociais, fortalecendo o conhecimento acerca das comunidades indígenas das três terras indígenas de Oiapoque.

GILBERTO IAPARRÁ
Coordenador do CCPIO