

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA
REGIÃO DA AMAZONIA – TURMA II

TÍTULO: INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE OS CONHECIMENTOS DO CONSUMO DO CAXIRI E AS BEBIDAS ALCOÓLICAS DESTILADAS NA COMUNIDADE DE PEWAÚ, POLO BASE ALTO MUCAJAÍ, DSEI YANOMAMI.

AUTOR: DR. RENE HEREDIA GONGORA
ESPECIALISTA DE 1^{er} GRAU EM MEDICINA GERAL INTEGRAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde Indígena,
da Universidade Federal de São Paulo.
Professor: Rinaldo Sergio Vieira Arruda.

SÃO PAULO, 2017

INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE OS CONHECIMENTOS DO CONSUMO DO CAXIRI E AS BEBIDAS ALCOÓLICAS DESTILADAS NA COMUNIDADE DE PEWAÚ, POLO BASE ALTO MUCAJAÍ, DSEI YANOMAMI.

AUTOR: DR. RENE HEREDIA GONGORA
ESPECIALISTA DE 1^{er} GRAU EM MEDICINA GERAL INTEGRAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde Indígena,
da Universidade Federal de São Paulo.
Professor: Rinaldo Sergio Vieira Arruda

SÃO PAULO, 2017

AGRADECIMENTOS

- ✓ A meu Deus que sempre há tomado o controle de tudo em minha vida.
- ✓ Meus pais e irmão que em seus grandes esforços ajudaram para que hoje eu fosse médico.
- ✓ Minha esposa e filhas, que são minha razão de seguir adiante.
- ✓ Á família de Boa Vista.
- ✓ A minhas amizades que colaboraram em meu trabalho.

RESUMO

Quando o álcool é usado em quantidade e frequência de forma prejudicial constitui um problema de saúde pública com consequências negativas não só para o indivíduo assim também para toda a comunidade. É por isso que realizou-se um estudo de Intervenção Educativa em pacientes da comunidade de Pawaú, polo base Alto Mucajaí com o objetivo de aumentar conhecimentos sobre o consumo exagerado do caxiri e as bebidas alcoólicas destiladas e suas consequências para a saúde. O mesmo será feito em três etapas: diagnóstico, intervenção e de avaliação. Serão usadas tabelas de simple e doble entrada. Para os cálculos serão utilizado um calculador manual. Com a aplicação deste projeto educativo se prevê aumentar os conhecimentos e poder adotar medidas de promoção, prevenção e assim diminuir as consultas no posto de saúde por consequência do consumo exagerado do caxiri e ou bebidas alcoólicas destilads, e reduzir os gastos em medicamentos e outros recursos logísticos assim como minimizar as complicações, considerando essa investigação como de alto impacto econômico e social.

Palavras – chave: Álcool, caxiri, aumentar conhecimentos, prevenção de saúde.

LISTA DE SIGLAS

| | |
|--------------|---|
| OMS..... | Organização Mundial da Saúde |
| OEA..... | Organización de los Estados Americanos |
| FUNASA..... | Fundação Nacional de Saúde. |
| CASAI..... | Casa de Apoio à Saúde Indígena. |
| DSEI-Y..... | Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami |
| SESAI..... | Especial de Saúde Indígena |
| ONG..... | Organizações não-governamentais |
| EUA..... | Estados Unidos de América |
| UNIFESP..... | Universidad Federal de São Paulo |
| Ed..... | Edición |
| MINSAP..... | Ministerio de Salud Pública |
| IBGE..... | Instituto Brasileiro de Geografía e Estadística |

LISTA DE QUADROS

QUADRO -1(Anexo 4)

LISTA DE FIGURAS

| | |
|----------------|-----|
| FIGURA 1..... | p37 |
| FIGURA 2..... | p38 |
| FIGURA 3..... | p39 |
| FIGURA 4 | p40 |
| FIGURA 5..... | p41 |
| FIGURA 6..... | p42 |
| FIGURA 7..... | p43 |
| FIGURA 8..... | p44 |
| FIGURA 9..... | p45 |

SUMÁRIO

| | |
|--|--------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | p9-14 |
| 2. OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | p15 |
| 3. METODOLOGIA | p16-18 |
| 4. RESULTADOS ESPERADOS | p20 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | p21 |
| 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | p22-25 |
| 7. ANEXOS | p26-46 |

INTRODUÇÃO

A palavra álcool tem a sua raiz no árabe alkuhl (essência ou espírito), e ele é produto da fermentação dos açúcares. O uso perde-se nos anais da história, supõe-se que seus primeiros usos foram acidentais; mais depois ele se fez popular. Nos antigos egípcios e gregos conheciam a cerveja e o vinho. Muitas culturas o usam com fines religiosos, mais a Bíblia condena a embriaguez (London JE, Matteson J. 1996 2001 e Bíblia 2008). O termo alcoolismo deve-se ao sueco Magnus Huss em 1849, quem denominou assim a globalidade de problemas derivados da alcoolização.

Recentemente o alcoolismo foi reconhecido pela OMS como doença, e a partir daí passou a ser um problema de saúde pública. No entanto, em relação a população indígena não há dados epidemiológicos sobre esta patologia. Para os grupos indígenas o consumo de bebidas fermentadas é tão antigo quanto a própria humanidade e eram usadas (ou são usadas) para construção da coletividade e para reafirmar os valores do grupo, estabelecendo assim sua relação com o universo cosmológico. (Vaillant GE, 1999 e OMS, 2010)

Cerca de 3,3 milhões de pessoas morreram em 2012 em todo o mundo em consequência do consumo nocivo de álcool. Embora as mulheres sejam mais vulneráveis a algumas doenças relacionadas ao álcool do que os homens. O Brasil está acima da média mundial em consumo de bebidas alcoólicas, consumiu 8,7 litros de álcool por ano, entre 2008 e 2010. A média mundial foi de 6,2 litros. (OMS, 2014).

O alcoolismo é uma das patologias que mais afligem indivíduos e coletividades, pelas suas particularidades e história através dos tempos é tão antigo quanto o próprio homem (Guimarães OS, 2017). Pode-se então considerar dois tipos de quadros clínicos: os decorrentes da ingestão excessiva e a dependência propriamente dita, e os diferentes quadros clínicos decorrentes das complicações somáticas ou condições associadas por ex., epilepsia, Cirrose hepática, infecções pulmonares, traumatismos, cânceres, Síndrome Fetal Alcoólico etc. (Carneiro H, 2002),

Um diagnóstico elaborado pela FUSASA ainda de não falar do caxiri, indica que entre as enfermidades mais comuns nos grupos indígenas brasileiros, está o alcoolismo, sobretudo, nas regiões nordeste, centro-oeste, sudeste e sul. (FUNASA, 2000).

Para Coloma (2001) - p. 12:

este não é só um processo isolado onde a pessoa tenta sublimar a realidade mediante a consumação de álcool, ele se encontra num contexto de problemas onde não se pode obter uma solução satisfatória aos estados de sofrimento... Neste processo encontram-se diversas associações com alternativas de consumo de diversas substâncias ou tóxicos, onde a significação do ato só manifesta a intensidade emocional das situações vividas... As manifestações deste processo evidenciam o aprofundamento das situações de crise e da perda das capacidades para manter o "equilíbrio" pessoal e social. Esta noção de equilíbrio é definida culturalmente, e se vincula aos valores e normas aceitas na sociedade... O conjunto de

manifestações constitui um quadro mais complexo, onde se salientam os atos de violência seja contra outras pessoas, ou seja, contra si mesmo.

Bales (1946/1991), em seu clássico artigo sobre alcoolismo intitulado "Diferenças culturais nos graus de alcoolismo" descreve quatro diferentes orientações culturais quanto a seu uso: (a) abstinência total; (b) ritual; (c) convivência; (d) uso utilitário e a influência destas orientações. Segundo o autor, o papel da orientação cultural com relação ao consumo de álcool continua a influenciar a compreensão atual das origens dos problemas relativos a álcool e drogas, as diferenças nos níveis de alcoolismo entre grupos culturais e devem interferir nas políticas públicas e no desenvolvimento de programas.

O caxiri é a bebida alcoólica tradicional consumida pelos indígenas. A mesma é feita da mandioca o principal ingrediente do caxiri, e vem sendo cultivada há milhares de anos em Brasil pelos índios. Na tradição indígena, somente as mulheres podem preparar o caxiri. O preparo inicia com escolha e colheita da mandioca brava. Após isso, o ingrediente base do caxiri passa por um processo de limpeza, com o descarte da casca. A mandioca é passada no ralo para que se obtenha a massa pastosa e misturada com água. Segundo a tradição, a massa deve ser cozida em panelas de barro, no fogo a lenha e ser mexida constantemente. O cozimento dura de 24h a 48h, pois a mandioca tem uma substância que, quando ingerida crua, pode provocar intoxicação. O teor alcóolico da bebida vai depender desse tempo de fermentação. É indicado que, depois de cozida, a massa da mandioca descanse por apenas três dias. Dessa forma, o caxiri poderá ser ingerido até mesmo pelas crianças indígenas. (Sanseverino J M. 2008 e Editora Senac, 2010). (Figura 5)

No caso da aldeia de Pewaú ele é feito de mandioca mansa a qual é masticada pelas mulheres e crianças femininas e cuspidas em um recipiente grande onde passa três dias em repouso fermentando.

Muitas são as vias pelas quais o ser humano chega à dependência alcoólica: sociocultural, hedônica, assertiva, evasiva, sintomática y constitucional¹⁻⁸; mais todas afetam de modo determinante a qualidade de vida do ser humano (Programa Nacional de Cuba 2001)

A violência doméstica ligada ao alcoolismo aparece entre os Kaingáng do Sul do país. O suicídio entre os Kayowá do Mato Grosso do Sul, tem como uma das causas o alcoolismo. Vários acidentes com morte foram notificados no estado do Paraná ligados a esta questão. (Oliveira M, 2013 e Melo 2011)

O consumo prejudicial de bebidas alcoólicas é um sério problema de saúde pública que tem aumentado progressivamente. A mortalidade e as limitações funcionais causadas pelo abuso do álcool acarretam altos custos ao sistema de saúde (OEA, 2012). Os conceitos fundamentais que envolvem os transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso do álcool incluem a intoxicação aguda, o uso nocivo para a saúde e

a síndrome da dependência. De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID -10), a intoxicação aguda é o estado consequente ao uso de uma substância psicoativa, envolve perturbações da consciência, cognitivas, da percepção, do afeto ou do comportamento. Tais perturbações estão diretamente ligadas aos efeitos farmacológicos agudos da substância consumida. O abuso ou uso nocivo para a saúde refere-se ao consumo de substância psicoativa que é prejudicial à saúde e pode envolver complicações físicas ou psíquicas. A síndrome da dependência engloba o conjunto de fenômenos comportamentais cognitivos e fisiológicos decorrentes do consumo repetido e persistente de uma substância psicoativa, associado ao desejo de ingerir a droga e consequente dificuldade de controlar o consumo (OMS, 2010 e outros ...).

Na lei 6001, artigo 58 do Estatuto do Índio, no qual se lê constituir-se crime “propiciar, por qualquer meio, a aquisição, o uso e a disseminação de bebidas alcoólicas, nos grupos tribais ou entre índios não integrados” (Estatuto do Índio, 2001)

Justificativa do Problema e da Intervenção

O alcoolismo é um estilo de vida que favorece doenças e mortes muito cedo a quem o consome (Erthal, 2001). É evidente que elevando o nível de conhecimentos, sobre o prejudicial que poderia ser o caxiri como bebida alcoólica tradicional se fosse consumido em excesso em a comunidade de Pewaú; se realizarão mudanças na conduta ante o consumo do mesmo e assim evitar doenças que o uso excessivo poderia acarrear. Isso motivou a explorar qual é o caudal de conhecimentos que possuem os pacientes que consomem o caxiri no momento da encosta (anexo 3), o que favorecerá para a base para traçar a intervenção educativa. Neste contexto, enfatiza-se a necessidade de ações de promoção da saúde na área indígena Yanomami, a fim de construir mecanismos que diminuam as situações de vulnerabilidade, promovam a equidade e insiram a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.

Ainda de forma relativa aos profissionais de saúde, existem diversos impedimentos para a diagnosticar, tratar ou encaminhar as pessoas que apresentam complicações decorrentes do consumo de caxiri. Em um plano cognitivo, os trabalhadores de saúde apresentam a falta de conhecimentos sobre a variedade de apresentações sintomáticas gerados pelo uso abusivo e pela dependência ao caxiri, bem como de meios para facilitar o seu diagnóstico. Apresentam também uma visão negativa do paciente, e de suas perspectivas evolutivas frente ao problema, o que impede uma atitude mais produtiva.

Entendemos que uma política de prevenção, tratamento e de educação para o uso consumo de caxiri e outras drogas necessariamente terá que ser construída na interface de programas do Ministério da Saúde com outros Ministérios, bem como com setores da sociedade civil organizada. Trata-se aqui, de afirmar que o consumo de caxiri é um grave problema. Assim sendo, a Lei Federal 10.216 (OMS, 2002) também vem a ser o instrumento legal / normativo máximo para a política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, a qual também se encontra em sintonia para com as propostas e

pressupostos da Organização Mundial da Saúde., (Ministério da Saúde, 2010 e outros...)

CARACTERIZAÇÃO DO DSEI YANOMAMI

No tocante à população indígena no território que veio a constituir o Brasil antes da chegada dos europeus, as estimativas demográficas oscilam entre dois a oito milhões de habitantes, correspondentes a cerca de mil etnias diferenciadas. (Diegues AC, Arruda VRS, Ferreira da Silva CV, Barboza AF e Figols AD. 2000.).

Os principais grupos indígenas brasileiros em expressão demográfica são: Tikuna, Tukano, Macuxi, Yanomami, Guajajara, Terena, Pankaruru, Kayapó, Kaingang, Guarani, Xavante, Xerente, Nambikwara, Munduruku, Mura, Sateré-Maué (Ministério das Relações Exteriores do Brasil, 2000).

O Estado de Roraima, situado no extremo setentrional do Brasil possui uma área de 225.116,1 km². Limita-se a noroeste e norte com a Venezuela, a leste com a Guiana e o estado do Pará e ao sul e oeste com o estado do Amazonas. Roraima inclui em seu território o ponto mais setentrional do Brasil, o monte Caburaí, localizado na serra de Pacaraima, 5°16'20 "acima da linha do equador". Está constituído por 15 municípios, com uma população de 488.072 habitantes. (Missão Evangélica Caiuá, Janeiro 2015 a Dezembro de 2015). Anexo 6 (figura2) .

As principais atividades econômicas do Estado são a pecuária, agricultura, mineração e turismo, com destaque para o cultivo de arroz, além de outras culturas como feijão, milho e mandioca, culturas tradicionais que se expandiram de forma extraordinária. A extração de madeira também é destaque na economia do Estado. O artesanato é rico, com fortes características indígenas. Anexo 6 (Figura 1).

Com a constituição do Brasil de 1988, a saúde pública passou a ser universalizada e garantida a todos os brasileiros, sendo posteriormente instituído o Sistema Único de Saúde pela Lei nº 8.080 constituindo-se em um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais. É importante destacar o fortalecimento das parcerias com as instituições federais, estaduais e municipais, Organizações não-governamentais (ONG), através de convênios e de cooperação técnica.

A partir de 20/10/2010 com a publicação do Decreto 7.336 / 2010 criando na estrutura do Ministério da Saúde, a Secretária Especial de Saúde Indígena – SESAI, passa a assumir as diretrizes da Saúde Indígena do País, que tem como objetivo principal, Implementar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, observando as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais, e consequentemente garantindo a autonomia dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

O Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami (DSEIY) criado em 23 de fevereiro de 1991, tem sede no município de Boa Vista. O DSEI Yanomami é dirigido por uma Coordenação Distrital, auxiliado pelos chefes nomeados dos setores obedecendo o organograma estabelecido pela Secretária de Saúde Indígena – SESAI, onde são assessorados pelos profissionais de saúde responsáveis pelo programas preconizados pelo Ministério da Saúde e Setor de epidemiologia.

A área de abrangência indígena é 9.664.975 hectares, distribuídos em 37 pólos base, 321 aldeias, 2 estados, 8 municípios (5 no estado de Roraima e 3 no estado do Amazonas), onde habitam dois etnias (Yanomami e Ye'kuana), e cinco troncos lingüísticos (Yanomae, Ninam, Xamathari, Sanumã, Ye'kuana) com diferentes aspectos variando de acordo com o contato com outras culturas, totalizando uma população de 24.625 habitantes. Vale ressaltar que sua área de abrangência se dá em aproximadamente 90% de sua extensão através de via aérea (avião monomotor e helicóptero), 8% via fluvial e 2% via terrestre. (Missão Evangélica Caiuá, Janeiro 2015 a Dezembro de 2015). (quadro-1, Figura 3)

QUEM SÃO E ONDE VIVEM OS YANOMAMI?.

Longe de ser uma forma fixa, o nome das regiões, seus limites e abrangência, vêm se modificando em decorrência da dinâmica em se reordenam o espaço. Porém, alguns nomes podem nos levar a outra interpretação, como aquelas nomeadas com etnônimos que perduram no tempo mesmo com a ausência dos grupos originais. Em “*Waikas*”, por exemplo - região localizada na calha do *Rio Uraricoera* - não vivem os *Waika*, nem mesmo outro subgrupo Yanomami, mas sim os Ye'kuana. Outro polo de saúde, próximo à região de *Arathau* é chamado de “*Xiriana*”, mesmo que esteja bem longe das regiões habitadas atualmente pelos Yanomami que pertencem ao grupo Ninam e falam a língua *xiriana*. (Missão Evangélica Caiuá, Janeiro 2015 a Dezembro de 2015). (quadro-1, Figura 3)

ASPECTOS SÓCIO-CULTURAIS DE PEWAÚ

Os Xirixanas são considerados tradicionalmente caçadores e coletores de produtos da floresta, mas praticam também a agricultura (principalmente de banana, mandioca) e a pesca. Como não possuem meios de conservação adequados, só pescam, colhem e caçam aquilo que podem consumir em 2-3 dias. Vivem em comunidades geralmente constituídas de uma só habitação ampla e de forma cônica mais este grupo de xirixanas podem fazer as suas casas separadas pelos grupos familiares (FIGURA 7 e 9)

ATENÇÃO BÁSICA EM PEWAÚ

Pewaú posee um Polo de assistência na mesma comunidade e possui um polo base em Alto Mucajaí. A assistência é mantida principalmente através da atuação de equipes com os AIS e de profissionais de saúde de nível médio (técnicos de enfermagem, microscopistas, agentes de combate de endemias, técnicos de laboratórios, auxiliar de consultório dentário, etc). Os profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros e dentista) são responsáveis pela orientação, acompanhamento e supervisão dos profissionais de nível médio, em geral de mais de um pólo-base. Os casos de maior gravidade ou que necessitam de investigação diagnóstica mais complexa são removidos para a CASAI – Boa Vista. (Figura 8)

REFERÊNCIA E CONTRA - REFERÊNCIA.

Os critérios de remoção de pacientes da área indígena dar-se de forma padronizada com autorização do profissional de saúde responsável pela área de abrangência e repassado para o médico através de interconsultas e/ ou na ausência do mesmo para seu chefe imediato, os casos de maior complexidade ou de maior gravidade, que não podem ser resolvidos na área indígena, são removidos para o município de referência. Os casos mais graves são encaminhados diretamente para unidade de pronto-atendimento Hospitalar. Os casos de menor gravidade, mas que exigem maior complexidade para o seu diagnóstico, são removidos para a Casa de Saúde do Índio onde são assistidos ou encaminhados para outras unidades de referência para o atendimento especializado. A assistência na cidade não apresenta ainda um nível de qualidade nem os atendimentos diferenciados minimamente razoáveis. O atendimento do SUS em geral ocorre de maneira lenta.

OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS

GENERAL:

Realizar uma Intervenção educativa em pacientes sobre os conhecimentos do consumo do caxiri e as bebidas alcoólicas destiladas, para transformar critérios inadequados e lograr modificações na conduta ante os mesmos na comunidade de Pewaú, polo base Alto Mucajáí, no período de janeiro de 2016 ate dezembro de 2016.

ESPECÍFICOS:

- 1 Caracterizar a população estudada conforme as variáveis socio-demográficas de interesse; Grupo de idade, sexo, estado civil.
- 2 Realizar o diagnóstico educativo atendendo às características do consumo, vias patogênicas prevalentes, critérios sobre o consumo, critérios sobre os benefícios de diminuir ou abandonar o consumo, métodos a seguir para descontinuar o consumo do caxiri e bebidas alcoólicas,todos adaptados à realidade indígena.
- 3 Aplicar o programa sobre a nocividade do caxiri em excesso e as bebidas alcoólicas destiladas, prévio diagnóstico educativo para modificar critérios inadequados.

METODOLOGÍA

Para o desenvolvimento deste estudo de intervenção educativa foram obtidas todas as informações com base em diferentes técnicas de pesquisa, tais como observação, participante de situações de consumo coletivo de bebidas observando-se as regras do beber, comportamento na embriaguez e os conflitos surgidos nesses momentos, diálogos informais que permitiram compreender as relações entre as pessoas, os assuntos que faziam parte das preocupações dos indígenas etc. assim como entrevistas semi-estruturadas, nas quais aparecem do anexo 2. As entrevistas foram realizadas em português.

Do universo de 97 pacientes da comunidade de Pawaú, classificaram-se em os que consomem caxiri e bebidas alcoólicas destiladas, de eles foram selecionados 10 ao azar e que tiveram desejo de participar. Formou-se um grupo de trabalho atendendo aos critérios do número de participantes requeridos para este tipo de trabalho de intervenção.

O trabalho de Intervenção teve conformado por três momentos: Um momento de Diagnóstico e busca da informação o qual foi feito, onde foram feitas as perguntas, as visitas no momento das festas onde foi consumido o caxiri, ainda das perguntas individuais sobre os conhecimentos dos possíveis danos do caxiri e as bebidas alcoólicas destiladas.

Terá um segundo momento onde serão analisados os dados e serão implementados os temas educativos previa capacitação dos AIS e o pessoal que se conformará.

Para dar saída aos objetivos propostos tiveram-se em conta as seguintes variáveis:

Objetivo 1: Caracterizaram-se as variáveis sociodemográficas: Grupo de idades, sexo, estado civil (ver anexo 1).

Grupo de idades (segundo o estabelecido pela Legislação do Brasil. IBGE.2015)

Sexo (segundo o estabelecido pela Legislação do Brasil. IBGE.2015)

Estado civil (segundo o estabelecido pelo autor adaptado à área indígena.)

OBJETIVO 2: Aplicou-se um questionário sobre as características do consumo que incluíam as variáveis: vias patogênicas prevalentes, critérios sobre o consumo, critérios sobre os benefícios de diminuir ou abandonar o consumo, métodos a seguir para descontinuar o consumo do caxiri e bebidas alcoólicas, todos eles adaptados à realidade indígena (Anexo 1).

OBJETIVO 3: Para desenvolver este objetivo,aplico-se um questionario, uma versión do instrumento proposto polo Dr. Gonzáles em seu libro “El alcoholismo y su atención específica” , (Anexo 1)

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Para a revisão bibliografiaca foram consultados sites da internet de boa credibilidade exemplo,Scielo,foi utilizado o Gogle Academico,libros,revistas.

Aplicou-se vos questionários para ou diagnóstico educativo (Anexo 1 e 2),a partir dois problemas que se identificaram, serão realizado ou programa educativo (Anexo 3). Aplicar-se-á, ademais, uma escala de opinião

Se aplicó los cuestionarios para el diagnóstico educativo (Anexo 1 y 2),a partir de los problemas que se identificaron, serão realizado el programa educativo (Anexo 3). Se aplicará, además, una escala de opinión sobre ou programa, com ou objetivo de obter dar referentes aos critérios dois indivíduos sobre a qualidade do mesmo e a satisfação de seus objetivos. (Anexo 2)

Técnica de procesamiento y síntesis de datos primarios.

Los datos fueron procesados por el método aritmético simple y con auxilio de una calculadora manual. Los resultados se presentan en tablas de distribución de frecuencias simples y de doble entrada. Se utilizan como medida de resumen de la información valores numéricos y porcentuales.

RECURSOS:

HUMANOS:

- ❖ Medico Especialista em Medicina Familiar Comunitaria
- ❖ AIS da comunidade
- ❖ Enfermeira
- ❖ Técnico de enfermagem

MATERIALES:

- ❖ Papel, lápices, gomas, bolígrafos
- ❖ Calculadora manual
- ❖ Computador

OTROS:

- ❖ Local apropiado

CRONOGRAMA

| ATIVIDADE | INICIO | TERMINA | RESPONSÁVEL |
|--|---------------|---------------|-------------|
| Planejamento e recolecção dos dados com a Revisão Bibliográfica | 3-2-2016 | 3-4-2016 | AUTOR |
| Análise e Processamento dos dados | 15-5-2016 | 5-6-2016 | AUTOR |
| Apresentação da Intervenção na Comunidade | 20-2-2016 | 20-2-2016 | AUTOR |
| Elaboração do Programa educativo | 3-11-2016 | 3-2-2017 | AUTOR |
| Elaboração do informe final | JUNHO DE 2017 | JUNHO DE 2017 | AUTOR |

RESULTADOS ESPERADOS

Com a implementação do programa de intervenção espera-se desenvolver ações educativas para melhorar os conhecimentos dos indígenas da comunidade de Pewaú que estiveram de acordo em participar neste Projeto de intervenção sobre o prejudicial do consumo excessivo do caxiri e as bebidas alcoólicas destiladas que poderia propiciar doenças na esfera somática como psicológica, e a conduta a seguir frente o mesmo e sobre tudo aprender sobre a prevenção das doenças.

Depois de realizar este projeto de intervenção estruturada por um plano de ação com o objetivo de aumentar os conhecimentos sobre as bebidas alcoólicas de forma geral na mostra representativa da comunidade de Pewaú meu objetivo também é levar o Programa Educativo a toda a comunidade e também a outras comunidades onde exista um consumo exagerado em quantidade e frequência que possa trazer câmbios positivos ante a conduta da ingestão do mesmo.

A população indígena, uma vez adquirido os conhecimentos aumentara a percepção do risco ante o consumo, conhecendo os fatores de risco que possam aumentar a probabilidade delas adoecer.

Com a implementação desse trabalho onde devem estar presentes também os agentes de saúde e demais lideranças da comunidade, tentaremos aumentar a preparação profissional dos mesmos em relação ao tema.

Outro resultado positivo com esta investigação seria a diminuição das consultas por consequência de los efectos colaterales de la ingestión de las bebidas. Desta forma estamos ajudando na economia dos recursos financeiros e logísticos ao estado e, além disso, estaremos contribuindo na melhoria da qualidade de vida da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo principal é traçar estratégias de intervenção para toda a comunidade de Pewaú e levar até eles os conhecimentos necessários sobre o consumo prejudicial do caxiri e as bebidas alcoólicas destiladas. Melhorando os conhecimentos sobre o consumo, os efeitos adversos y possível complicações. Desta forma diminuirão os motivos de consulta por essa causa, os encaminhamentos e melhorará a qualidade de vida da população.

O desenvolvimento desse trabalho terão algumas fragilidades, irei trabalhar com uma amostra pequena, devido à disposição de participar neste trabalho de intervenção só será desenvolvido em uma comunidade, neste contexto precisa-se de uma implantação do projeto com maior quantidade de pacientes de toda a área de abrangência, as atividades serão desenvolvidas uma vez por dia para assim aproveitar que o conhecimento fique melhor gravado e não seja esquecido ao fazer o questionário do aprendizado. Para desenvolver o mesmo contamos com varias fortalezas, a presença de uma equipe liderada por um médico, a presença de membros da equipe a qual favorece a comunicação.

Os resultados apontarão para a necessidade de implementar esse plano de intervenção em todas as áreas com consumo prejudicial das bebidas alcoólicas e o caxiri.

Destaca-se a importância de historicizar o alcoolismo desde etapas mais remotas, passando pelas dificuldades de sua compreensão e da sua aceitação como doença (a dependência), até as dificuldades diagnósticas em função da diversidade de significação social e cultural.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves VS: Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. Cadernos de Saúde Pública, Brasil, 2000,25(11), 2309-2319.

Bales R: Cultural differences in rates of alcoholism. Quarterly Journal of Studies on Alcohol,1946 /1991. 6(6), 480-499.

Betancourt PA: Muertes violentas y consumo de alcohol. Rev Adicciones. España. 2001(b). Vol.13 No. 1.p.75-80.

Bíblia Sagrada. Sociedade Bíblica do Brasil, Provérbios da Bíblia. 2008.cap. 23:29-33.p:893-894.

Bessa M.A: Contribuição à discussão sobre a legalização de drogas. Ciência & Saúde Coletiva.2010 .15(3), 632-636.

Bebida, abstinência e temperança na história antiga e moderna. Editora Senac.Brasil. São Paulo, 2010.

Coloma C:Processo de alcoolização no contexto das nações indígenas. In Anais do Seminário sobre Alcoolismo e DST/AIDS entre os Povos Indígenas . Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2001.pp. 127-148.disponível em: <http://www.scielo.br>

Carneiro H: As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX, in Outubro, nº 6, São Paulo, 2002, pp.115-128.

Diegues AC, Arruda VRS, Ferreira da Silva CV, Barboza AF e Figols AD: Os Saberes Tradicionais e a Biodiversidade no Brasil. São Paulo, fevereiro de 2000.p.61.

Estatuto do Índio: Lei 6001/73 | Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973.artigo 58. Brazil.2016.

Erthal de CRM: O suicídio tikúna no Alto Solimões: Uma expressão de conflitos. Cadernos de Saúde Pública.Rio de Janeiro.mar-abr.2001.17(2), 299-311.

Fundação Nacional de Saúde. Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. Brasília, DF.2000.

Guimarães A. M. L; Grubits Sonia: Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. Psicologia & Sociedade. vol.19 no.1 Porto Alegre Jan./Apr. 2007.

Langdon J E e Matteson, J: Xamanismo no Brasil – Novas perspectivas. Florianópolis, SC: Editora da Universidade Federal de Santa Catarina.1996.

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

Labate BC: Drogas e cultura: novas perspectivas Salvador: EDUFBA, 2008. Essa obra traz os resultados de um simpósio acadêmico na USP com enfoque maior nas ciências humanas. Disponível em: <http://bit.ly/1evvxhg>.

Luchesse R,Oliveira AGB, Conciani ME,Marcon SR.Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. Cad. Saúde Pública [online]. 2009, vol.25,n.9, pp. 2033-2042.

Laranjeira, R: II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD). São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP.2014.

Ministério das Relações Exteriores do Brasil: Sociedades indígenas e a ação do Governo. BrasíliaDF.2000:disponibileem: http://www.mre.gov.br/portugues/politica_externa/temas_agenda/direitos_humanos/sociedades.asp

Ministério da Saúde: Anais do Seminário Sobre Alcoolismo e DST/AIDS entre Os PovosIndígenas.Brasília.2001.DF.disponívelem http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/alcool_indios/art6.htm

Ministério da Saúde: Política Nacional de Promoção da Saúde (3ª ed.). Brasília,DF.2010

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Institui o Plano Emergencial de ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Portaria 1190 de 04 de junho de 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html.

Melo JRF, Maciel SC, Oliveira RCC e Silva AO: Implicações do uso do álcool na comunidade indígena Potiguara. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2011. 21(1), 319-333.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) 5ª edição. *Psiquiatria*. 2014.

Missão Evangélica Caiuá: Consolidado por setor de Epidemiologia e SIASI. DIASI. De Janeiro 2015 a Dezembro de 2015.

Oliveira, M: Uso de bebidas alcoólicas e alcoolismo entre os Kaingang da Bacia do Rio Tibagi: Uma proposta de prevenção e intervenção. In L. S. Jeolás, & M. Oliveira (Eds.), *Anais do Seminário sobre Cultura, Saúde e Doença*. Londrina, PR: Fundação Oswaldo Cruz. 2003. p. 43-65.

OMS. ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th. rev. disponível em <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F10-F19>.

OMS : Relatório Global sobre o Álcool e a Saúde. 2014.

OEA: Escenarios para el problema de drogas en las Americas. Cartagena de Indias. Disponível em: http://www.oas.org/documents/spa/press/Informe_de_escenarios.pdf. 2012.

Programa Nacional de alcoholismo. MINSAP. La Habana. Cuba. 2001.

Guimarães OS, Manguiera Jorgiana, Carvalho FAF, López OMV: Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: Integrative literature review. *Psicologia & Sociedade*. Brasil. 2014, 27(1), 157-168.

González MR. El alcoholismo y su atención específica. Ed. Ciencias médicas. Ciudad de la Habana 1992. Pág. 32.

González MR: Prevenir, detectar y vencer las adicciones. Editorial científico técnico. La Habana 2005.

Sanseverino JM: Estruturação genética do germoplasma de mandioca através de informações comparativas entre estudos biológicos e antropológicos. Campinas, 2008.

Seibel SD: Dependência de drogas. São Paulo.2010.2^{da} Ed.

Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão. Álcool e sociedade [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Walter Ferreira de Oliveira; Henrique Carneiro [orgs.]. - Florianópolis : Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014. 63p. : il., graf. disponível: <https://unasus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/>

Vaillant GE: A História Natural do Alcoolismo Revisitada. Artes Médicas, Porto Alegre, 1999.

ANEXOS

Anexo 1

SESAI, Boa Vista

Comunidade de Pewaú

A seguir apresentamos-lhe uma série de perguntas que deve de tratar de responder da forma mais breve e precisa possível. Antes de mais nada assegure-se de que suas respostas estão em correspondência com a mais estrita realidade em alusão à ingestão de

A. Variáveis sociodemográficas:

I Dados gerais

Nome _____

1- Edade

0- 14 _____

15 - 29 _____

30 - 59 _____

60 y mais _____

2- Estado Civil

com conjugue _____

sem conjugue _____

separado _____

viudo _____

3-Sexo: Masculino _____ Femenino _____

B) Dados sobre as características do consumo:

II. ¿Que edade tinha quando começou a ingerir bebidas alcoólicas?

Antes dos 15 años _____

De 15 - 25 años _____

Más de 25 años _____

III. Vias patogénicas predominantes:

Assegure que suas respostas estejam em correspondência com a mais estrita realidade.

¿Que lhe motivou a ingerir bebidas alcohólicas?

1.- Vía socio cultural:

Por costume ou tradição _____

Porque todos tomam _____

Para ser aceite _____

Acompanho as com _____

Para não ser diferente _____

2.- Via hedónica

Procurava prazer

Experimentar o efeito da bebida

Sentir-me alegre

Para celebrar

Reforçar a alegria

3.- Vía asertiva:

Sentir-me seguro _____

Eliminar a timidez _____

Perder a pena _____

Ter valor _____

Enfrentar situações _____

4.- Vía evasiva:

Afogar as penas _____

Esquecer experienciãs penosas _____

Olvidar situações doloras _____

Não enfrentar a realidade _____

Esquecer as preocupaciones _____

5. - Vía sintomática:

Para enfrentar enfermedades o síntomas como:

Depresão _____

Manía _____

Esquizofrenia _____

Las fobias _____

Enfermedades somáticas _____

6.- Vía constitucional:

Em mi familia hay muitos alcoólicos_____

É uma costume na sua familia _____

Pede-me o corpo_____

Anexo 2

Faremos uma série de perguntas que gostaríamos que nos respondesse de a forma mas breve e precisa possível, deve se assegurar de que sua resposta esteja em correspondência com a mais estrita realidade em relação com a ingestão bebidas alcoólicas.

(Marque sua resposta com uma X)

Critérios sobre o beber:

1- ¿Considera usted que o caxiri e as bebidas alcoólicas destiladas le producen algún dano a sua saúde?

Sim _____ Não _____ Por qué _____

2- ¿ Considera você que só são alcoólicos os que se embriagan todos os dias?

Sim _____ Não _____ Não se _____

3- ¿Considera usted que cambiando el tipo de bebidas alcoolica se puede evitar el alcoholismo?

Sim _____ Não _____ Não sei _____

4-¿Considera usted que el alcoholismo constituye un problema?

Sim _____ Não _____ Não sei _____

5-¿Considera usted que los não bebedores son afectados por el alcoholismo?

Sim _____ Não _____ Não sei _____

6-¿Considera usted que ingerir bebidas alcoólicas por las embarazadas puede afectar al feto?

Sim _____ Não _____ Não sei _____

7-¿ você acredita que ou alcoholismo afecta a qualidade de vida dás pessoas?

Sim _____ não _____ não sei _____

8- ¿ O deixar de ingerir bebidas alcohólicas ou caxiri tem benefício em algum destes aspectos? Marque com um X.

A propia salud _____

A relación con los demás _____

A salud de otras personas _____

A economía personal _____

A economía familiar _____

Nenhum de eles _____

9- ¿Que você sugere para deixar de ingerir bebidas alcohólicas? _____

ANEXO 3

Programa educativo:

Desenvolvimento da metodologia do programa

I-Enquadre. (Primeira reunião)

Este é o marco no qual se delimita o programa, se propõem os objectivos, os conteúdos a dar, a metodologia a utilizar, a duração e o lugar, localiza aos participantes na tarefa que se vai realizar, se lembra com o grupo.

II-Desenvolvimento. (Reuniões 2, 3, 4)

Nestas reuniões trabalham-se os conteúdos especiais do programa.

A cada reunião divide-se em quatro momentos principais:

- 1- Momento inicial
- 2- Proposta temática
- 3- Elaboração

III.-Integração, avaliação e fechamento (última reunião).

Esta reunião é importantíssima, permite integrar no grupo as diversas questões tratadas, situando até onde se chegou na elaboração das problemáticas propostas, se aplica escala de opiniões (anexo 6)

A metodologia aplicada caracteriza-se por seu carácter aberto, flexível, participativo, de grupo, prático e vivencial, porque seus objectivos e fundamentos respondem aos princípios e valores da educação popular, a participação democrática, o desenvolvimento organizativo, a formação para a acção, a transformação e a mudança de estilo de vida.

Momentos da cada reunião

1-Momento inicial: É o momento de começar a reunião ajudando aos participantes a concentrar na tarefa. Para isso se realiza uma rodada de comentários breve (rodada inicial). Com o objectivo de retomar o discutido na reunião anterior e um exercício de aquecimento, o qual cumpre os seguintes objectivos: Criar o clímax psicológico necessário para começar o trabalho de grupo, “desligar” para poder concentrar-se, aflojar tensões, desinibir-se física e psicologicamente, criar laços afectivos, perder medo escénico.

2-Proposta temática: É a apresentação de temas a trabalhar. O mesmo pode realizar-se de diferentes maneiras (jogos dramáticos, exercícios de reflexões grupais, etc.)

3-Elaboração: Neste momento os pacientes expressam adiante do grupo seus sentimentos, reflexões e inquietudes provocados pela proposta temática, permite ao coordenador valorizar de que maneira se encontram personalizados os indicadores trabalhados, desde a articulação do cognitivo com o afectivo.

Nestes momentos a coordenação expõe uma boa explicação (evolução), que deve integrar as inquietudes propostas pelo grupo, oferecendo alguns pontos gerais que servem de elementos de análises para discutir seus conflitos e novas alternativas, promovendo a reflexão constante do conteúdo tratado. Este momento é um elemento que permite a expressão das necessidades do grupo e que todo o processo de aprendizagem provoca.

4-**Cierre**: Es el elemento de reflexión final, que permite, tomando una distancia del problema tratado, integrar lo trabajado y situar un punto de conclusión, es la palabra del grupo la que cierra, la cual es la expresión del punto de llegada del mismo.

4-Fechamento: É o elemento de reflexão final, que permite, tomando uma distância do problema tratado, integrar o trabalhado e situar um ponto de conclusão, é a palavra do grupo a que fecha, a qual é a expressão do ponto de chegada do mesmo.

Aqui utilizaremos frases, palavras que manifestam os sentimentos, vivências e o estado de reflexão no qual tem ficado a cada membro do grupo, técnicas de participação que expressam o estado em que tem ficado este.

ANEXO 4

QUADRO -1

| 1. POVOS INDÍGENAS E POPULAÇÃO. | | | | |
|--|--------------------|-------------|--|---|
| POVO INDÍGENA | COMUNIDADES | POP. | FAMÍLIA LINGÜÍSTICA | % COMUNICAÇÃO PORTUGUESA. |
| Yanomami e Ye'kuana | 321 | 24.625 | OS YANOMAMI FORMAM UM <u>GRUPO LINGÜÍSTICO ISOLADO</u> , NÃO IDENTIFICADO COM NENHUMA OUTRA FAMÍLIA LINGÜÍSTICA. ESTUDOS LINGÜÍSTICOS MAIS RECENTES (RAMIREZ 1994) INDICAM A EXISTÊNCIA DE 4 LÍNGUAS DIFERENTES: 1) LÍNGUA S (SANUMÃ) 2) LÍNGUA Y (YANOMAMI) – COM 2 SUPER-DIALETOS (YANOMAE E YANOMAM†) 3) LÍNGUA N (NINAN) 4) LÍNGUA A (YAWARI / XAMATARI) | 1.882 (8,7% DA POPULAÇÃO YANOMAMI, ESTANDO 95% DESTES NO AM E 5% EM RR) |

ANEXO 5

Tabela 1. Grupos de idade e sexo da mostra de estudo da Comunidade de Pewaú.2016

| Grupo de idades | sexo | | | | Total | % |
|-----------------|------|---|---|---|-------|---|
| | M | % | F | % | | |
| 0-14 | | | | | | |
| 15-29 | | | | | | |
| 30-59 | | | | | | |
| 60 e mais | | | | | | |
| Total | | | | | | |

Tabela 2. Estado civil da mostra de estudo da Comunidade de Pewaú.2016

| Estado civil | No. | % |
|--------------|-----|---|
| Com conyugue | | |
| Sem conyugue | | |
| Separado | | |
| Viúvo | | |
| Total | | |

Tabela 3. Grupo segundo a idade de começo da mostra de estudo da Comunidade de Pewaú.2016

| Edade de começo | No | % |
|-----------------|----|---|
| Antes dos 15 | | |
| De 15 – 25 anos | | |
| Mais de 25 anos | | |

Tabela 4.Vias pelas quaias se consume o caxiri segundo a mostra de estudo da Comunidade de Pewaú.2016

| Vías | No. | % |
|----------------|-----|---|
| Socio cultural | | |
| Hedónica | | |
| Asertiva | | |
| Evasiva | | |
| Sintomática | | |
| Constitucional | | |

Tabela 4. Critérios sobre os benefícios de consumir pouco ou deixar de consumir o caxiri ou bebidas alcoólicas destiladas segundo a mostra de estudo da Comunidade de Pewaú.2016.

| Critérios sobre os benefícios | Antes | | Depois | |
|-------------------------------|-------|---|--------|---|
| | No | % | No. | % |
| La propia salud | | | | |
| La relación con los demás | | | | |
| La salud de otras personas | | | | |
| La economía personal | | | | |
| La economía familiar | | | | |
| Ninguno de ellos | | | | |

Tabela 5. Critérios sobre o consumo. Pewaú.2016.

| | Antes | | Depois | |
|---|-------|---|--------|---|
| | No | % | No | % |
| 1-Considera você que ou caxiri e as bebidas alcoólicas destiladas lhe produzem algum dano a sua saúde | | | | |
| 2-Considera você que só são alcoólicos os que se embriagam todos os dias | | | | |
| 3-Considera você que mudando o tipo de bebidas alcoolica se pode evitar o alcoolismo | | | | |
| 4-Considera você que o alcoolismo constitui um problema | | | | |
| 5- Considera você que os não bebedores são afectados pelo alcoolismo. | | | | |

Tabela 4. Benefícios sobre consumir pouco ou deixar de consumir o caxiri segundo a mostra de estudo da Comunidade de Pewaú.2016

| Métodos | Antes | | Depois | |
|--------------------------|-------|---|--------|---|
| | No | % | No. | % |
| Meu propio esfuerzo | | | | |
| A família | | | | |
| Equipe de saúde do posto | | | | |
| Equipo de salud mental | | | | |

ANEXO 6

FIGURA:1 . Ilustração de uma planta de mandioca mansa feita por Jean Baptiste Debret em 1834.

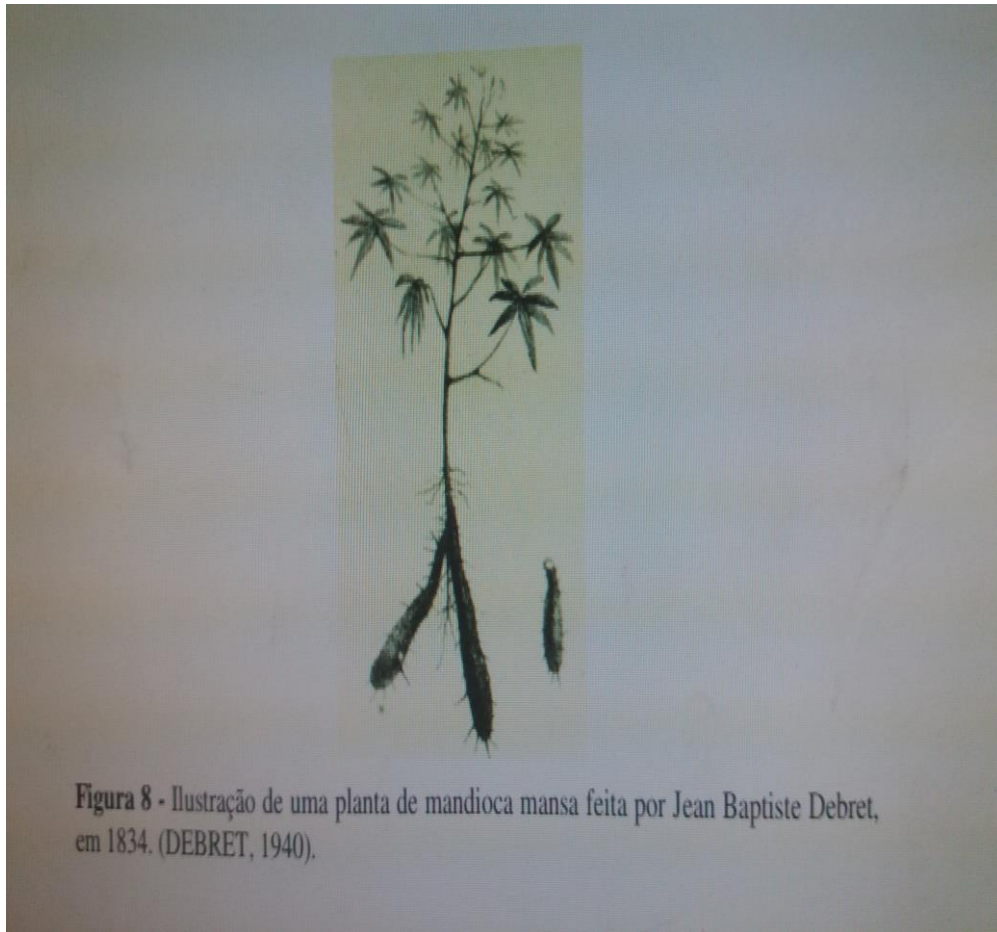


FIGURA 2 . Distribuição dos Yanomami de Brasil e os da Venezuela

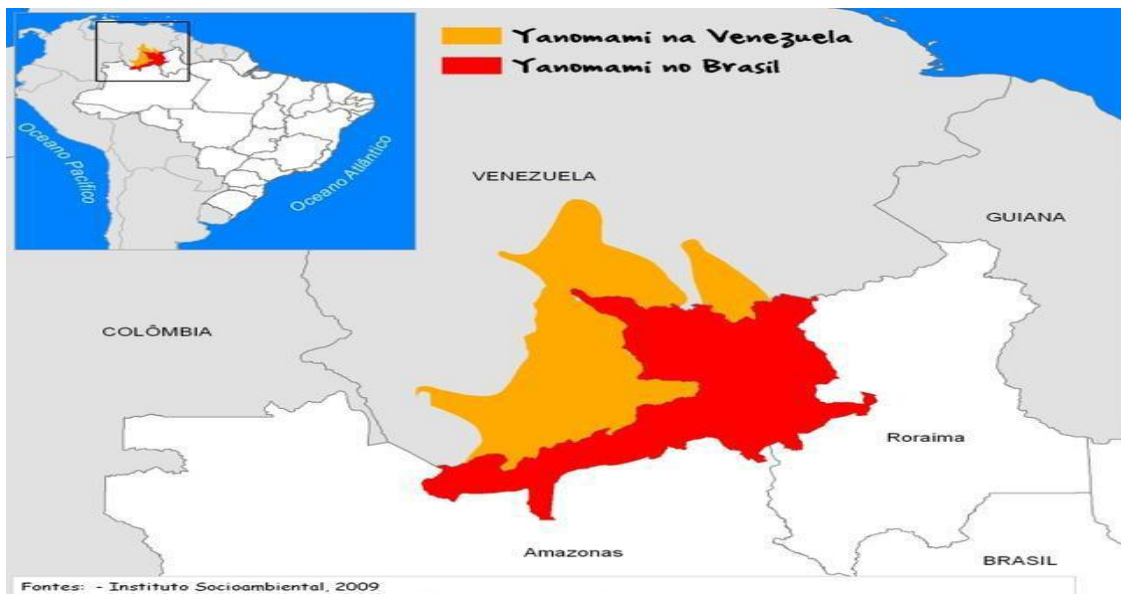


FIGURA 3. Distribuição pelo dialeto.

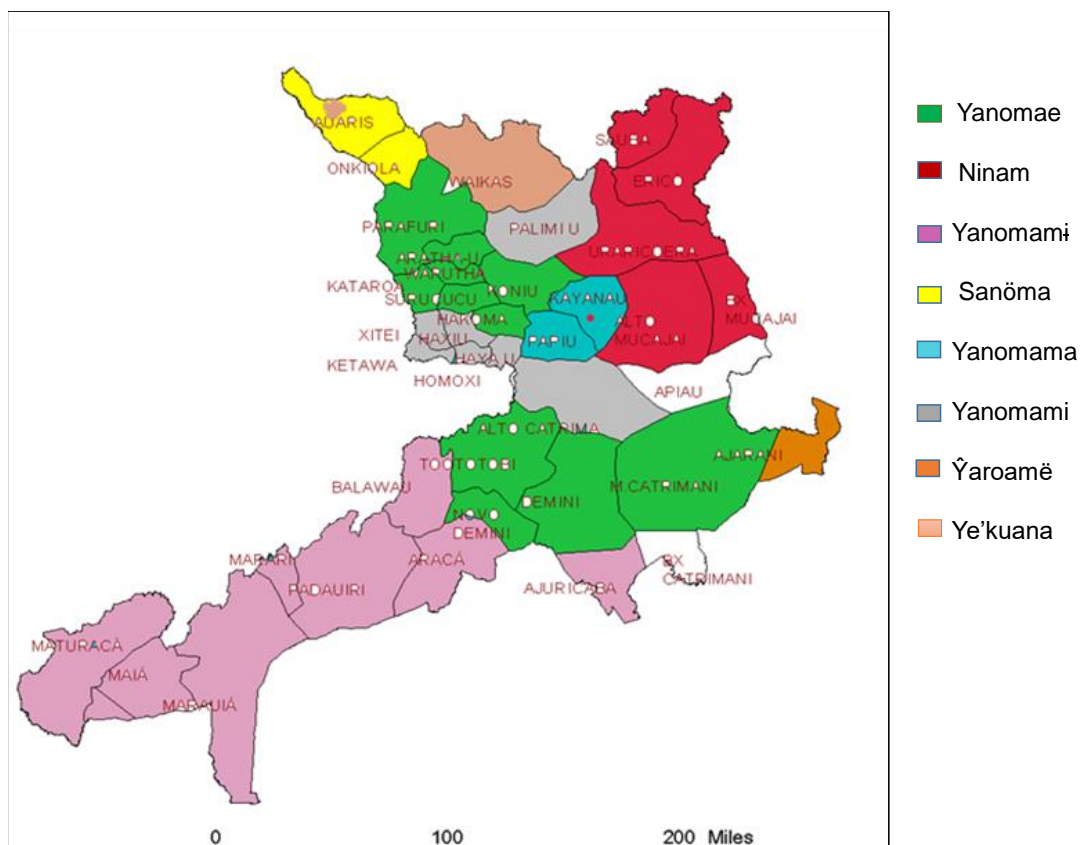


FIGURA 4. Deslocamento na área Yanomami.

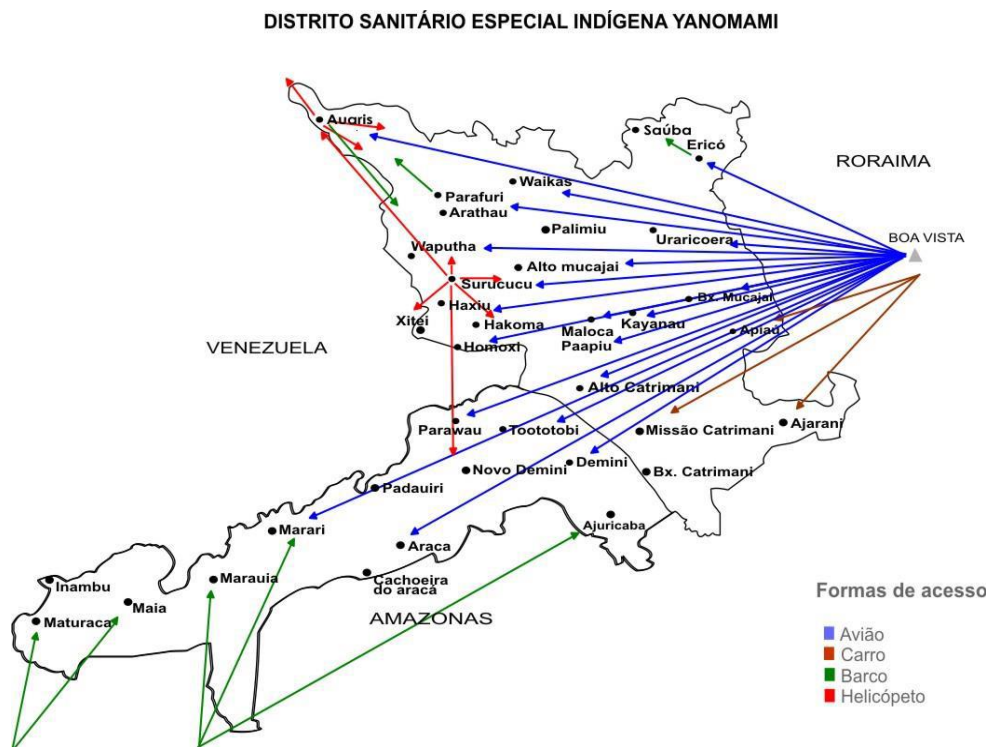


FIGURA 5:Indios Yanomami bebendo Caxiri.



FIGURA 6:Foto com o Tuchaua e eu em o Posto de Saúde de Pewaú



FIGURA 7 .Comunidade de Pewaú com Maloção no meio.



FIGURA8:Comunidade de Pewaú com o posto de saúde



FIGURA 9: Comunidade de Pewaú.

