

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES**

Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Ana Catarina Leite Vêras Medeiros

**O consumo de bebidas alcoólicas e o
trabalho no povo indígena Xukuru do
Ororubá**

RECIFE

2011

Ana Catarina Leite Vêras Medeiros

O consumo de bebidas alcoólicas e o trabalho no povo indígena Xukuru do Ororubá

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de mestre em Ciências.

Orientadora: Idê Gomes Dantas Gurgel

Co-orientador: Rafael da Silveira Moreira

Recife

2011

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

M488c Medeiros, Ana Catarina Leite Vêras.

O consumo de bebida alcoólica e o trabalho no povo indígena Xukuru do Ororubá / Ana Catarina Leite Vêras Medeiros. — Recife: A. C. L. V. Medeiros, 2011.

164 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

Orientadora: Idê Gomes Dantas Gurgel.

Co – orientador: Rafael da Silveira Moreira.

1. População Indígena. 2. Consumo de bebidas alcoólicas. 3. Trabalho. 4. Estudos de casos e controles. 5. Modelos logísticos. I. Gurgel, Idê Gomes Dantas. II. Moreira, Rafael da Silveira. III. Título.

CDU 613.81

Ana Catarina Leite Vêras Medeiros

O consumo de bebidas alcoólicas e o trabalho no povo indígena Xukuru do Ororubá

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de mestre em Ciências.

Aprovado em: 30/05/2011.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel
CPQAM/FIOCRUZ

Dra. Eduarda Ângela Cesse
CPQAM/FIOCRUZ

Dr. Moab Duarte Acioli
Universidade Católica de Pernambuco

Dedico primeiramente a Deus e à Nossa Senhora os quais me fortaleceram durante toda essa jornada. Dedico também à minha família, meus pais, avós, irmãos e sobrinho que são a base da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores Idê e Rafael que me apoiaram em todos os momentos de minha dissertação. Eles foram a base para a construção desse trabalho, me proporcionando novos conhecimentos, dando força quando pensei em fraquejar e acreditando na minha capacidade.

Aos meus pais Luzimar e Marcos, sempre preocupados comigo e presentes me dando o apoio, o conforto, o carinho e o amor que eu precisava.

Aos meus avós Antonio e Ana que são os meus maiores exemplos de vida.

Ao meu irmão Marcos Filho que do jeito dele soube me dar carinho quando eu precisei.

À minha irmã Luciana que mesmo diante do momento mais feliz da vida dela estava preocupada com o meu bem estar e minha felicidade.

A Gustavo que sempre esteve presente me auxiliando nos momentos em que precisei.

Ao meu sobrinho Arthur, o presente enviado por Deus para iluminar ainda mais a minha vida.

À minha prima Thaísa que sempre foi como uma irmã para mim e um exemplo de determinação.

À minha prima Renata que é a minha família aqui em Recife.

Aos meus demais primos e primas e tios que torceram para eu alcançar mais essa vitória.

A Napoleão que sempre procurou encher esses dias difíceis de calma, alegria, amor e carinho.

Ao Sr. Napoleão e Sra. Socorro que me acolheram em sua casa quando eu precisei.

Aos amigos recentes de Recife que sempre me deram força para continuar a caminhada e que me proporcionaram vários momentos de alegria: Angélica, Roberta, Paloma, Vanessa, Fernanda, Flávia, Luciana, Karla, João, Michelly, Cristiane, Lívia, Aline, Mariana, Maria José, Érika, Rafaelly, Camila, Verônica, Lauana, Kássia, Rosa e Milene.

Aos amigos antigos que mesmo distantes sempre traziam uma palavra de força e de confiança: Ana Driely, Maira, Aline, Roberto, Michelle, Renata, Débora, Isabelle, Carol, Pollyanna, Katharina e Daniel.

Ao povo indígena Xukuru que permitiu a realização da pesquisa em seu Território Indígena e que me proporcionou conhecimentos únicos e um novo olhar sobre o mundo.

Aos Agentes Indígenas de Saúde, companheiros e guias no trabalho de campo.

Aos companheiros dos conhecimentos sobre os povos indígenas que auxiliaram no entendimento dessa temática tão complexa: Edson, Ludimila, Tatiane, Glaciene, Isabel e Ana Lúcia.

Aos companheiros da pesquisa que favoreceram a realização desse estudo, principalmente, a André Monteiro coordenador da pesquisa.

Aos pesquisadores e trabalhadores do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães que contribuíram de alguma forma para essa conquista: Eduarda Cesse, Gisele Gouveia, Lia Giraldo, George, Carlos Luna, Wayner Souza, Cynthia Braga, Nalva, Cidália e Mácia Saturnino.

À Fonte de Amparo à Ciência e Tecnologia de Pernambuco (FACEPE) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) que viabilizaram a realização desse estudo.

MEDEIROS, Ana Catarina Leite Vêras. O consumo de bebidas alcoólicas e o trabalho no povo indígena Xukuru do Ororubá. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

RESUMO

O consumo de bebidas alcoólicas é considerado um problema de saúde de ordem mundial. Sabe-se que o abuso dessas substâncias pode causar problemas sérios de ordem biológica, psicológica e social, afetando diretamente, o bem-estar, a saúde, o trabalho e a economia. Entre os povos indígenas, esse fator está relacionado ao contato interétnico e tem agravado suas condições de saúde. **Objetivo:** Avaliar as associações entre consumo de bebidas alcoólicas e trabalho no povo indígena Xukuru do Ororubá, 18 a 59 anos. **Método:** Caso-controle aninhado a um estudo transversal. Casos: indígenas que referiram consumir bebida alcoólica. Controles: os que referiram não consumir. Utilizou-se o modelo de regressão logística simples e múltiplo com nível de significância de 5%. **Resultados:** fatores socioeconômicos associados a uma chance maior de consumo de bebida alcoólica: **sexo**, masculino/feminino (OR=5,20; $p<0,001$); **faixa etária**, 18-24/45-59 (OR=1,72; $p=0,010$), 25-34/45-59 (OR=1,54; $p=0,037$) e 35-44/45-59 (OR=1,73; $p=0,011$); **região de moradia**, Serra/Agreste (OR=1,69; $p=0,003$), **trabalho**, sim/não (OR=2,98; $p=0,004$) e **consumo familiar**, sim/não (OR=2,64; $p=0,002$). Já os fatores do trabalho foram: **remuneração**, menos de R\$545,00/não ter (OR=1,51; $p=0,027$) e ter entre R\$ 545,00 e menos de R\$1.090,00/não ter (OR=3,72; $p=0,001$); **trabalhar na agricultura no Território Indígena**, sim/não (OR=1,46; $p=0,032$); **trabalho monótono**, sim/não (OR=1,66; $p=0,024$) e **trabalho repetitivo**, sim/não (OR=2,52; $p<0,001$), esse fator permaneceu significativo após controle por sexo e faixa etária (OR=2,55; $p<0,001$). **Conclusões:** Há elevada prevalência de consumo de bebidas alcoólicas entre os indígenas, o trabalho é um fator associado ao maior consumo de bebidas alcoólicas, principalmente, do tipo repetitivo. Esses achados apontam para a necessidade de realização de mais pesquisas sobre o tema favorecendo a organização, o planejamento e a melhoria da qualidade da assistência à saúde dos povos indígenas.

Palavras chaves: população indígena, consumo de bebidas alcoólicas, trabalho, associação, estudos de casos e controles, modelos logísticos.

MEDEIROS, Ana Catarina Leite Vêras. The Alcohol drinking and the work in Xukuru do Ororubá indigenous population. 2011. Dissertation (Master Degree in Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

ABSTRACT

The alcohol drinking is a world health problem. This substance abuse can generate serious biological, psychological and social problems that affect directly the well-being, health, work and economy. Among the indigenous this factor is related to the interethnic contact and has aggravated their health conditions. **Objective:** To evaluate the associations between alcohol drinking and work among *Xukuru do Ororubá* indigenous population, 18 to 59 years old. **Method:** This was a case-control design nested in a cross-sectional study. Cases: the indigenous that referred alcohol drinking. Controls were those who did not referred alcohol drinking. The data were analyzed using a simple and a multiple logistic models, with a 5% significant level. **Results:** the socioeconomics factors associated to a greater chance of alcohol drinking were: **sex**, male/female (OR=5,20;p<0,001); **age group**, 18-24/45-49 (OR=1,72;p=0,010), 25-34/45-59 (OR=1,54;p=0,037) e 35-44/45-59 (OR=1,73;p=0,011); **living region**, “Serra/Agreste” (OR=1,69;p=0,003); **work**, yes/no (OR=2,98;p=0,004); **family alcohol drinking**, yes/no (OR=2,64;p=0,002). The factors of work associated with a greater alcohol drinking were: **to have salary**, less than R\$545,00/don't have salary (OR=1,51,p=0,027), R\$545,00 to less than R\$1.090,00/don't have (OR=3,72,p=0,001); **to work in agriculture at Indigenous Territory**, yes/no (OR=1,46,p=0,032); **monotone work**, yes/no (OR=1,66,p=0,024) and **repetitive work**, yes/no (OR=2,52,p<0,001). The later factor was significant after controlled by sex and age. **Conclusion:** There is a high alcohol drinking prevalence among the indigenous, the work is a factor associated to the major alcohol consumption, mainly that repetitive one. These findings show the need for more research about this theme contributing to the organization, planning and quality of the indigenous health care in Brazil.

Keywords: indigenous population, alcohol drinking, work, association, case-control studies, logistic models.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de Determinantes sociais em saúde da Organização Mundial da Saúde.....	40
Figura 2 - Localização do Território Indígena Xukuru do Ororubá e sua divisão segundo as regiões de moradia, povo Xukuru do Ororubá, Pernambuco, 2010	44
Figura 3 – Método de seleção da amostra.	50
Figura 4 – Local de moradia segundo Aldeias e Regiões de moradia, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	68
Figura 5 – Perfil socioeconômico segundo faixa etária, estado civil, sexo, renda e escolaridade, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	69
Figura 6 – Migração, onde morou, causa de retorno e tempo de retorno ao Território Indígena, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	71
Figura 7 – Perfil socioeconômico segundo ter ou não trabalho, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	71
Figura 8 - Atividades de trabalho desenvolvidas no Território Indígena, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	72
Figura 9 - Destino dos produtos, uso e tempo de uso de agrotóxico na agricultura, pecuária, extrativismo vegetal e piscicultura realizadas no Território Indígena e nessas atividades, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	73
Figura 10 - Atividades de trabalho desenvolvidas fora do Território Indígena, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.....	74
Figura 11 - remuneração do trabalho, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	74
Figura 12 - Tipo de Equipamento de Proteção Individual utilizado no trabalho, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.....	75
Figura 13 - Carga horária de trabalho, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	75
Figura 14 - Turno de trabalho, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	76
Figura 15 - Realização de pausa durante o trabalho, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	76
Figura 16 – Existência de pressão por parte de algum superior, patrão ou companheiro no trabalho, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	77
Figura 17 – Existência de riscos no trabalho, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	77

Figura 18 – Carga de trabalho, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	78
Figura 19 – Modo de execução do trabalho, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	78
Figura 20 – Estado ao final de um dia de trabalho, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	79
Figura 21 – Ocorrência de problema de saúde devido ao trabalho, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	79
Figura 22 – Motivo de desemprego, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	81
Figura 23 – Tempo de desemprego, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	82
Figura 24 – Problemas causados pela falta de emprego, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	82
Figura 25 – Consumo familiar de bebida alcoólica, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	83
Figura 26 – Problemas decorrentes do uso de bebidas alcoólicas, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.....	84
Figura 27 – Consumo de bebidas alcoólicas, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	84
Figura 28 – Motivo de ter parado de beber para quem já consumiu bebida alcoólica alguma vez na vida, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.....	85
Figura 29 – Tempo que havia parado de beber para quem já consumiu bebida alcoólica alguma vez na vida, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.....	86
Figura 30 – Faixa etária, sexo, escolaridade, região de moradia, estado civil e migração para quem consumia bebida alcoólica, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	87
Figura 31 – Frequência de consumo de bebida alcoólica segundo o sexo, a faixa etária e a região de moradia, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	89
Figura 32 – Quantidade de doses em um dia típico de consumo segundo o sexo, a faixa etária e a região de moradia, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.....	90
Figura 33 – Quantidade de vezes que bebeu em “binge” nos últimos doze meses segundo o sexo, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	91
Figura 34 – Tipo de bebida mais consumida, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	91
Figura 35 – Idade de início do consumo de bebidas alcoólicas segundo o sexo, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.....	92

Figura 36 – Local de primeiro contato com a bebida alcoólica segundo onde fica o local e o sexo, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	93
Figura 37 – Local onde costuma consumir bebida alcoólica segundo onde fica o local, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	93
Figura 38 – Local onde costuma comprar ou adquirir bebidas alcoólicas segundo onde fica o local, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	94
Figura 39 – Motivo que levou ao consumo inicial de bebidas alcoólicas, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	95
Figura 40 – Mudanças na identidade indígena que influenciou o consumo de bebidas alcoólicas, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	95
Figura 41 – Processo de luta pela terra que influenciou o consumo de bebidas alcoólicas, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	96
Figura 42 – Problemas causados ao indivíduo que consome bebidas alcoólicas, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.....	97
Figura 43 – Consumo de bebidas alcoólicas entre os indígenas que trabalhavam, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.....	97
Figura 44 – Consumo de bebidas alcoólicas devido ao trabalho, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.....	98
Figura 45 – Consumo de bebidas alcoólicas entre os indígenas que não trabalhavam, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	99
Figura 46 – Consumo de bebidas alcoólicas devido a não ter trabalho, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	100
Figura 47 – Reclamação ou preocupação com o consumo de bebidas alcoólicas por parte dos amigos, parentes, profissionais de saúde ou outra pessoa, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	100
Figura 48 – Tentativa e abandono do consumo de bebidas alcoólicas, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	101

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Lista das variáveis utilizadas para a caracterização do perfil socioeconômico do povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	52
Quadro 2 – Lista das variáveis utilizadas para a caracterização do perfil de trabalho dos indivíduos que possuíam algum tipo de atividade de trabalho, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010	53
Quadro 3 – Lista das variáveis utilizadas para a caracterização do perfil de consumo de bebidas alcoólicas para os indivíduos que referiram consumir bebida alcoólica, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.....	58
Quadro 4 – Lista das variáveis independentes do estudo de caso-controle fatores associados ao consumo de bebidas alcoólicas.....	63
Quadro 5 – Lista das variáveis independentes relacionadas ao trabalho do estudo de caso-controle fatores do trabalho associados ao consumo de bebidas alcoólicas	64
Quadro 6 – Problemas de saúde ocasionados pelo trabalho, povo Xukuru do Ororubá, Pernambuco, 2010	80

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 Os Povos indígenas no Brasil: transição demográfica e epidemiológica	18
2.2 O consumo de bebidas alcoólicas: histórico, contato com os povos indígenas, perfil epidemiológico e consequências.....	21
2.3 O processo de alcoolização e os instrumentos de pesquisa entre os povos indígenas	30
2.4 A relação entre trabalho e processo de alcoolização entre os indígenas.....	33
2.5 Entendendo o processo saúde-doença e sua relação com o trabalho	34
3 OBJETIVOS	42
3.1 Objetivo Geral.....	42
3.2 Objetivos Específicos	42
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	43
4.1 Desenho do estudo	43
4.2 Local e população do estudo	44
4.2.1 O Povo Xukuru do Ororubá: sua história e seu Território.....	45
4.3 Considerações éticas e fonte de financiamento	48
4.4 Plano amostral	49
4.5 Coleta dos dados	51
4.6 Projeto Piloto.....	61
4.7 Introdução e crítica dos dados.....	61
4.8 Análise dos dados.....	62
4.8.1 Primeiro e segundo momentos	62
4.8.2 Terceiro momento.....	63
4.8.3 Quarto momento	64
5 RESULTADOS	68
5.1 Caracterização do perfil socioeconômico	68
5.2 Caracterização do perfil de trabalho	72
5.2.1 Caracterização dos indígenas que trabalhavam	72
5.2.2 Caracterização dos indígenas que não trabalhavam	81

5.3 Caracterização do consumo de bebidas alcoólicas	83
5.4 Estudo de caso-controle: Fatores associados ao consumo de bebidas alcoólicas.....	102
5.5 Estudo de caso-controle do trabalho: Fatores do trabalho associados ao consumo de bebidas alcoólicas.....	104
6 DISCUSSÃO	109
7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
REFERENCIAS	126
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	138
APÊNDICE B - Questionário caracterização do perfil socioeconômico, do trabalho e e do consumo de bebidas alcoólicas no povo indígena Xukuru do Ororubá	139
ANEXO A - Parecer do comitê de ética do CPqAM e do CONEP do projeto financiado pela FACEPE	152
ANEXO B - Parecer do comitê de ética do CPqAM e do CONEP do projeto financiado pelo CNPQ.....	156
ANEXO C - Cartas de Anuência da FUNASA e da etnia Xukuru do Ororubá do projeto financiado pela FACEPE	161
ANEXO D - Cartas de Anuência da FUNASA e da etnia Xukuru do Ororubá do projeto financiado pelo CNPQ.....	163

1 INTRODUÇÃO

A população indígena brasileira compreende em torno de 700.000 indivíduos, com mais de 220 povos e falantes de aproximadamente 180 línguas (IBGE, 2005). No estado de Pernambuco vivem aproximadamente 38.000 indígenas, nas regiões do Agreste e do Sertão do Estado os quais compreendem dez grupos étnicos. Entre eles está o povo Xukuru do Ororubá (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2008).

Os povos indígenas do nordeste foram perseguidos e deixados à margem da história indígena brasileira, ocultando suas tradições e se dispersando pelo país ou permanecendo em suas “próprias” terras onde passaram a ser explorados pelos fazendeiros (SILVA, 2007; SOUZA, 2004a). No ano de 2001, o povo Xukuru Ororubá teve seu território homologado, compreendendo 27.555 hectares. Atualmente, eles habitam o território da Serra do Ororubá, que é composto por 25 aldeias e dividido em três regiões de moradia ou sócio-ambientais: Serra, Ribeira e Agreste. Esse povo representa atualmente, com aproximadamente 10.536 pessoas, o maior contingente populacional étnico do Estado (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2008).

Em relação ao quadro de saúde dos povos indígenas do Brasil ele se mostra complexo e dinâmico e está diretamente relacionado aos seus processos históricos, sendo fortemente influenciado pelo contato com populações não-indígenas (LEITE, 2007). Apesar de haver um crescente número de pesquisas investigando a saúde dos povos indígenas brasileiros, as informações disponíveis se referem a um número restrito de etnias, não sendo representativos do perfil de todos os povos indígenas existentes no país, tendo em vista a ampla diversidade social e cultural deles (COIMBRA JR.; SANTOS; ESCOBAR, 2003; COIMBRA JR.; SANTOS, 2000; GUIMARÃES; GRUBITS, 2007; IBGE, 2005; LUNARDI; SANTOS; COIMBRA JR., 2007; SOUZA; SANTOS, 2001).

Contudo, alguns estudos demonstram que apesar da existência das doenças infecciosas nas etnias indígenas, as doenças crônicas têm se tornado cada vez mais expressivas, marcando um perfil característico do processo de transição epidemiológica (CARDOSO; MATOS; KOIFMAN, 2001; COIMBRA JR.; SANTOS; ESCOBAR, 2003).

Para os povos indígenas do estado de Pernambucano, dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), em que pesem suas limitações quanto à qualidade (SOUZA; SCATENA; SANTOS, 2007), confirmam esse perfil de morbidade. Segundo dados desse sistema, de 2008, as doenças do aparelho circulatório foram as mais prevalentes

(44,9%) (GONÇALVES, 2008), ressaltando-se o fato de haver registros de transtornos mentais e comportamentais (0,5%) que apesar de uma baixa prevalência, traz sua importância diante da gravidade de suas consequências.

Ao se tratar desses transtornos mentais e comportamentais, se engloba a questão do consumo de bebidas alcoólicas. Para a população indígena brasileira, o alcoolismo tem se constituído um grave problema advindo do contato com a população não indígena, o que pode ser evidenciado nos estudos de Fernandes (2002), Ferreira (2004), Guimarães e Grubits (2007), Souza e Garnelo (2007) e Quiles (2001).

Para os indígenas na região Nordeste, deve-se considerar ainda mais o número restrito de estudos que tratem do processo de alcoolização, principalmente entre os Pernambucanos, sendo apenas encontrados dois estudos o de Acioli (2002) e Silva (2005) que tratavam do povo Pankararu.

Considerando-se que a experiência ética indígena é resultado de um conjunto de sistemas culturais que sofreram profundas transformações, ela deve ser compreendida de uma maneira mais ampliada que envolveria questões relativas ao contexto social, cultural e econômico da população (FERNANDES, 2002; SOUZA; GARNELO, 2006).

Lancman e Sznelwar (2008) trazem a problemática levantada por Cristophe Dejours que considera que o consumo de bebidas alcoólicas poderia, de alguma forma, ser promovido ao status de defesa dos trabalhadores contra sofrimentos que seriam difíceis de combater de outra maneira e se constituir portando, indissociável da profissão.

Durante o processo de trabalho sabe-se que o ser humano estabelece uma interação com a atividade que está desenvolvendo, e é justamente o modo como ele lida ou se adapta às dificuldades surgidas durante a execução do trabalho, que determina os limites do processo saúde-doença (ASSUNÇÃO, 2003; BRITO; PORTO, 1991; MOSER, 2005). O trabalho influencia diretamente as atitudes e os padrões pessoais de comportamento no lazer, na vida em família, no estilo de vida adotado, na educação e na atividade política e muitas vezes, os trabalhadores mudam o próprio estilo de vida, apreendendo ou reforçando hábitos, em sua maioria, indesejáveis a sua saúde ou aos sujeitos próximos a eles. Entre esses hábitos está o consumo de bebidas alcoólicas (ASSUNÇÃO, 2003; NASCIMENTO; MENDES, 2002; SOLAR; IRWIN, 2005).

Entre os fatores considerados para a realização desse estudo estavam: o perfil epidemiológico dos povos indígenas de Pernambuco que se caracteriza pela maior prevalência das doenças crônicas não transmissíveis; a necessidade de conhecimento do perfil epidemiológico da etnia Xukuru do Ororubá, com ênfase para o consumo de bebidas

alcoólicas, devido à falta de estudos que permitissem o entendimento da realidade desse povo; a carência de instrumentos que avaliassem os fatores associados ao consumo de bebidas alcoólicas, na área da saúde, adaptados à realidade dos povos indígenas; a influência do trabalho na determinação do processo saúde-doença; a carência de estudos que avaliassem o trabalho dos povos indígenas e a carência de estudos que tratassem da relação entre o trabalho e seus fatores associados ao consumo de bebidas alcoólicas nesses povos.

Assim, buscou-se investigar nesse estudo quais os fatores associados ao consumo de bebidas alcoólicas, com ênfase para os fatores do trabalho. Para isso, adotou-se como pergunta norteadora: ***Quais as associações entre o trabalho e o consumo de bebidas alcoólicas no povo indígena Xukuru do Ororubá?***

As hipóteses desse estudo foram:

- Existência de alta prevalência de consumo de bebidas alcoólicas entre o povo indígena Xukuru do Ororubá;
- Ter trabalho seria um fator associado a uma maior chance de consumo de bebidas alcoólicas;
- Ter um trabalho que exigisse mais do trabalhador representaria uma chance maior de consumir bebidas alcoólicas.

Esse estudo permitiu o conhecimento do perfil de consumo de bebidas alcoólicas e do trabalho do povo Xukuru do Ororubá, assim como, a identificação das associações existentes nessa complexa relação. Também contribuirá para o aprofundamento e fortalecimento da temática indígena no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães e contribuirá para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde com base nas necessidades desses povos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL

2.1 Os Povos indígenas no Brasil: transição demográfica e epidemiológica

Historicamente, a população indígena do Brasil tem sido alvo de exclusão e discriminação social e cultural, configurando a extinção de inúmeros grupos étnicos com suas línguas, saberes e práticas milenares (PELLON, 2008).

O contato e a interação com a sociedade nacional brasileira têm sido historicamente marcados por profundas transformações para as sociedades indígenas. O complexo quadro de saúde indígena está diretamente relacionado aos processos históricos de mudanças ocorridos nesses povos, entre essas mudanças pode se enfatizar as demográficas, econômicas e ambientais. Elas exerceram importante influência sobre os determinantes e os perfis da saúde indígena devido à introdução de doenças - ocasionando graves epidemias, à tomada dos territórios indígenas - inviabilizando a subsistência e a sobrevivência cultural e desestabilizando socialmente esses povos, e à perseguição e morte de indivíduos ou de comunidades inteiras (COIMBRA JR.; SANTOS, 2001; LANGDON, 1999; SOUZA; SANTOS, 2001).

Ainda hoje, existem tensões quanto ao meio-ambiente, saúde, educação e cultura que interferem nas condições de saúde dos povos indígenas e estão intimamente associadas à maneira como ocorrem os relacionamentos com as sociedades envolventes e a conseqüente manutenção de seus hábitos tradicionais, evidenciando um panorama nacional heterogêneo (PELLON, 2008).

Partindo dessa situação, qualquer discussão sobre o processo saúde/doença dos povos indígenas no Brasil precisa levar em consideração a enorme sociodiversidade existente entre essas etnias (COIMBRA JR.; SANTOS, 2001).

Quando à dinâmica demográfica dos povos indígenas no Brasil, ainda são praticamente desconhecidos os seus mais básicos aspectos (COIMBRA JR.; SANTOS, 2001; SOUZA; SANTOS, 2001). Apenas algumas etnias foram estudadas de forma mais detalhada do ponto de vista demográfico e mesmo assim apresentam limitações importantes. Muitos dos estudos retratam os dados relativos às décadas de 1960 e 1970, com enfoque para os grupos da Amazônia (COIMBRA JR.; SANTOS, 2001).

Apesar disso, pode-se dizer que nas últimas décadas aconteceu o que já se denominou de “*revolução demográfica*” indígena no Brasil, em que houve uma alteração nas tendências populacionais desses povos, cujo crescimento nos últimos 25 anos denotou um ritmo superior às médias nacionais de crescimento para a população brasileira (COIMBRA JR.; SANTOS, 2001; SANTOS; PEREIRA, 2005).

Essa situação pode ser evidenciada ao se comparar os censos demográficos de 1991 e 2000. De acordo com o censo de 1991, o percentual de indígenas em relação à população total brasileira era de 0,2%, totalizando 294 mil indígenas no País. No censo de 2000, foram 734 mil pessoas auto-identificadas como indígenas no país. Com isso observa-se uma taxa geométrica de crescimento anual, no período 1991 a 2000, da ordem de 10,8%, que incorpora muito mais a mudança na auto-identificação de um contingente de pessoas anteriormente identificadas em outras categorias, que um efeito demográfico (IBGE, 2005).

O número de pessoas que se autodeclararam indígenas aumentou expressivamente em todas as grandes regiões do país, entre 1991 e 2000. A menor taxa de crescimento ocorreu na região Norte e a maior na Sudeste. Nas outras regiões, o crescimento também foi bastante significativo (IBGE, 2005).

No Nordeste, 59,1% dos municípios, tinham população autodeclarada indígena. O contingente populacional passou de 55.853 pessoas em 1991 para 170.389 no ano 2000, apesar disso, foi a menor proporção quando comparada às demais regiões do Brasil. Em relação ao Estado de Pernambuco, ele atingiu uma taxa média geométrica de crescimento anual no período de 1991 a 2000, de 19,4% (IBGE, 2005).

Mesmo com as maiores taxas de crescimento entre os Censos Demográficos de 1991 e 2000, a categoria indígena permanece como aquela com menor porcentagem da população total do País (0,2% e 0,4%, respectivamente). Em 1991, os indígenas correspondiam a 0,1% da população residente em área urbana e a 0,6% daquela residente em área rural. Em 2000, representavam 0,3% dos residentes da área urbana e 1,1% da área rural (IBGE, 2005).

Em relação à população economicamente ativa (PEA) nesses povos, de acordo com critérios censitários, formam um universo de 306,5 mil indivíduos. A taxa de atividade, obtida é de 53%, com uma maior participação por sexo da ordem de 1,6 homens para cada mulher. Estes indicadores são muito similares à média do país. As maiores taxas de participação na atividade econômica se dão a partir das idades de 20 a 24 anos, para homens e mulheres e a maior frequência, com taxa de atividade próxima a 90%, corresponde aos homens na faixa etária de 35 a 40 anos (IBGE, 2005).

Em relação ao perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil ele ainda é pouco conhecido, o que decorre da carência de investigações, da ausência de censos e de inquéritos regulares e da precariedade dos sistemas de registro de informações em saúde (COIMBRA JR.; SANTOS, 2001; LUNARDI; SANTOS; COIMBRA JR., 2007).

Apesar da existência de estudos realizados com os povos indígenas brasileiros não existem dados ou informações que possam ser considerados como de abrangência nacional sobre o seu perfil epidemiológico, o que os coloca em posição de desvantagem em relação a outros segmentos da sociedade nacional (IBGE, 2005).

Alguns estudos realizados com esses povos demonstram que as doenças infecciosas ainda ocupam um papel importante, mas também introduzem evidências de que esteja ocorrendo atualmente uma transição epidemiológica entre esses povos com o aumento das doenças crônicas. Entre elas estariam as doenças cardiovasculares, o diabetes e os transtornos mentais e comportamentais, muitas vezes, decorrentes da crise de identidade cultural e de mudanças de hábitos (CARDOSO; MATTOS; KOIFMAN, 2001; COIMBRA JR.; SANTOS, 2001; GONÇALVES, 2008; SANTOS; ESCOBAR, 2001).

A interação com populações não-indígenas geralmente acontece de forma desfavorável aos indígenas refletindo em seus indicadores de saúde e na precariedade de suas condições de vida (LEITE, 2007). É cada vez mais freqüente a detecção de mudanças comportamentais e de casos de doenças crônicas após o contato com a população não-indígena. Há a introdução do sal, das bebidas alcoólicas destiladas, das gorduras saturadas em quantidade, associados à redução dos níveis de atividade física, levando a mudanças na dieta, estresse psicológico, sedentarismo, obesidade, hereditariedade e mudanças sócio-econômicas (CARDOSO; MATTOS; KOIFMAN, 2001; COIMBRA JR.; SANTOS, 2001).

A sobreposição de perfis epidemiológicos também se verifica na população brasileira em geral, mas é possível que seja mais intensa entre os povos indígenas (SANTOS; ESCOBAR, 2001).

Em relação ao perfil epidemiológico dos grupos indígenas do nordeste brasileiro, ratifica-se a carência de estudos que descrevam as situações de saúde desses povos e as limitações dos sistemas de informação indígena (OLIVEIRA, 2006; SILVA, 2007).

Apesar disso, ao analisar os dados do SIASI, para os índios de Pernambuco, verifica-se que o maior índice de morbidade proporcional ocorreu no grupo das doenças do aparelho circulatório (44,9%), seguido pelo aparelho respiratório (6,4%), digestivo (5,8%), infecciosas e parasitárias (3,7%), geniturinário (3,70%), sistema nervoso (3,3%), doenças dos olhos e anexos (0,8%), transtornos mentais e comportamentais (0,5%) (GONÇALVES, 2008).

Segundo Costa *et al.* (2006) no período de 2001 a 2004, as doenças crônicas não transmissíveis passariam a ser o maior grupo de causas de óbito, entre os índios Pernambucanos.

Nesse novo perfil epidemiológico de transição, cabe-se ressaltar o surgimento dos transtornos mentais, pois eles impactam sobre os indígenas de forma disseminada, tanto entre os jovens quanto entre os adultos, de ambos os sexos. Entre esses transtornos podem ser incluídos a depressão, o suicídio, o alcoolismo e utilização de drogas. Essas situações podem gerar conseqüências graves como o aumento significativo da violência e das mortes por causas externas, seja por acidentes automobilísticos ou do trabalho (COIMBRA JR.; SANTOS, 2001).

Entre os transtornos mentais e comportamentais cabe-se ressaltar o consumo de bebidas alcoólicas, cada vez mais crescente entre os indígenas como tratam os estudos de Fernandes (2002), Ferreira (2004), Guimarães e Grubits (2007), Souza e Garnelo (2007) e Quiles (2001). Em relação aos índios pernambucanos, apenas os estudos de Acioli (2002) e Silva (2005) tratam desse tema especificamente e foram realizados com o povo indígena Pankararu. No caso específico do povo Xukuru do Ororubá, pode-se encontrar alguns relatos de consumo de bebida alcoólica nos estudos de Almeida (2008) e Gonçalves (2008), Lima (2007), Silva (2007) e Silva (2008).

O conhecimento do perfil epidemiológico em transição das populações indígenas, considerando a grande diversidade étnica e regional nas quais se inserem, reveste-se de suma importância para orientar a organização, planejamento e melhoria da qualidade dos serviços de assistência à saúde desses povos (COIMBRA JR.; SANTOS, 2001; LUNARDI; SANTOS; COIMBRA JR., 2007).

2.2 O consumo de bebidas alcoólicas: histórico, contato com os povos indígenas, perfil epidemiológico e conseqüências

O ser humano sempre procurou fugir de sua condição natural cotidiana, empregando substâncias que aliviassem seus males ou que propiciassem prazer. Historicamente, o substâncias ou bebidas foi usadas em várias sociedades e culturas, não apenas pela população de forma espontânea, mas também em ações preventivas e de tratamento por recomendação dos responsáveis pela saúde da comunidade local (GUIMARAES; GRUBITS, 2007).

Durante alguns momentos na História, as bebidas alcoólicas foram usadas como remédio em diversas ocasiões, além de servirem como fortificante e de protegerem o organismo em situações específicas. A medicina popular utilizou-se da cachaça, por exemplo, como base para diferentes medicamentos e para diferentes males. O hábito de bebê-la converteu-se em crença, não restrita ao Brasil, e compartilhada pela medicina de outros países. Muitos atribuíam à aguardente o poder de proteger contra as doenças, cicatrizar feridas, facilitar a digestão, proteger do frio e da fadiga dos trabalhos pesados e, principalmente, de fazer com que se começasse bem o dia (SOUZA, 2004b).

O uso de bebidas alcoólicas acompanha a humanidade desde a antiguidade e esta prática ocupou um lugar privilegiado em diversas culturas como um objeto de cultos e celebrações, inclusive na esfera religiosa. A vinha, por exemplo, era a expressão vegetal da imortalidade – tal como o vinho tornou-se, nas tradições arcaicas, o símbolo da juventude e da vida eterna ((SOUZA; GARNELO, 2006; SOUZA, 2004b).

Relatos sobre o consumo de bebidas alcoólicas podem ser encontrados em diversas passagens da Bíblia Sagrada, utilizada pelos Cristãos. No livro do Gênesis, cap.IX e versículos 20 e 21, pode-se encontrar a passagem em que Noé se tornava lavrador da terra e havia plantado uma vinha e havia bebido do vinho e embebedado-se. Esse foi o primeiro registro bíblico do consumo e do excesso de bebida alcoólica. Outra passagem importante da bíblia sobre o vinho correspondeu ao primeiro milagre de Jesus Cristo que transformou a água em vinho nas Bodas de Canaã, este foi o seu primeiro milagre registrado.

Na Antiguidade, a construção das identidades “etílicas” estava profundamente marcada pela distinção entre o ser civilizado e o bárbaro, o que permitia aos gregos e romanos estabelecer sua própria superioridade cultural sobre outros povos. Essa época é marcada pela importância dos alimentos e das bebidas como “marcadores sociais” que, quando usados positivamente, demonstravam o pertencimento a um determinado grupo. Os gregos e romanos, primavam pelo consumo controlado dos alimentos e bebidas (FERNANDES, 2005).

Sobre os gregos, cabe-se destacar importantes elementos da sua mitologia como Dionísio, considerado o deus do vinho, do êxtase, do gozo e que durante a época da colheita as comunidades rurais dedicavam ao deus festivo, cinco dias de festas unidas com muito vinho, até provocar a embriaguez coletiva. Durante essas festas, ninguém poderia ser detido e aqueles que estivessem presos eram libertados para participar delas. Em contrapartida existia o deus Apolo, símbolo da racionalidade, da beleza e da inteligência, a ele cabia a domesticação e o controle do deus Dionísio. Isso demonstrava a relação entre o controle e o

descontrole, principalmente, no consumo de bebidas alcoólicas e que perdura até hoje nas discussões sobre esse tema (TERRA NETWORKS, 2002).

Ainda na Antiguidade, para os celtas e germânicos, as bebidas ocupavam um lugar privilegiado na religiosidade. Eles possuíam várias divindades e heróis associados ao consumo e à elaboração das bebidas alcoólicas. Para esses povos, a bebida era o veículo para se obter habilidades visionárias e poéticas, fonte da sabedoria e da criatividade e fundamental para se relacionar com suas divindades. Os celtas e germânicos sofriam constantemente com a imprevisibilidade do clima e do fornecimento de grãos e frutas para a fabricação de suas bebidas e por isso, eles costumam beber tudo o que era possível sempre que o álcool estava disponível, valorizando todos aqueles que comiam e bebiam exageradamente (FERNANDES, 2005).

Durante a Idade Média, período compreendido entre os séculos V e XV, havia períodos em que as festas eram permitidas pela Igreja e eram regadas de comidas e de bebidas, tendo um significado simbólico ampliado de “banquete universal” onde se celebrava o triunfo da abundância material, do crescimento e da renovação.

Durante essas festas, havia uma interrupção provisória de todo o sistema oficial, com suas interdições e barreiras hierárquicas. Por esse breve período eles possuíam a liberdade de expor seus pensamentos através de paródias, mas sempre em favor do riso que se constituía uma arma de libertação, mesmo que momentânea, nas mãos do povo, contra tudo que o oprimia e o limitava. Apesar disso, muitos clérigos afirmam que as paródias possuíam fins didáticos e edificantes, em que a missa dos beberrões, por exemplo, tinha com única finalidade afastar as pessoas da bebida e teria conduzido numerosos estudantes ao caminho do arrependimento e correção (BAKHTIN, 1987).

Durante a Idade Média o álcool fermentado já era uma das indústrias mais importantes existentes, mas foi na Idade Moderna, período historicamente compreendido entre os séculos XVI e XVIII, com as grandes navegações e os contatos com outros mundos, que as bebidas alcoólicas se consolidaram como mercadorias de primeira importância na economia mundial. Além da importância como gênero básico no estabelecimento do comércio mundial, o álcool representou um papel decisivo na organização de um sistema tributário, fornecendo aos Estados modernos da época uma das suas maiores rendas (CARNEIRO, 2004).

É nesse período que se dá o processo de colonização brasileiro, com a chegada dos colonizadores ao território brasileiro no ano de 1500 d.C. O alcoolismo no Brasil assumiu proporções especialmente graves também entre os indígenas e foi agravado a partir do contato com o “homem branco” e, muitas vezes, foi incentivado por ele. Em muitas situações, os

índios residentes nos aldeamentos, eram pagos com aguardente pelos seus intermediários (SOUZA, 2004b).

O lugar ocupado pelas bebidas alcoólicas no processo de colonização e de “contato” interétnico nas sociedades indígenas é de fundamental importância. É necessário encarar a experiência etílica indígena como um conjunto de sistemas culturais que sofreram profundas transformações (FERNANDES, 2002).

Antes do contato, a produção de bebidas obedecia aos rituais sagrados dos povos indígenas, desde a produção até o consumo, eram bebidas com baixo teor alcoólico e produzidas à base da fermentação de frutas e plantas. O consumo era controlado e tinha uma fundamentação cerimonial e religiosa, ocorrendo de forma coletiva durante os rituais e festejos. A bebida possuía efeitos benéficos para esses povos, pois eles a consideravam uma matéria-prima carregada de simbolismo que permitia a economia doméstica se articular à política e que as técnicas corporais, como a forma de manejar a embriaguez, se tornassem veículos para a efetivação das identidades nativas (COIMBRA JR.; FERNANDES, 2002; FERNANDES, 2006; LANGDON, 2005; SANTOS; ESCOBAR, 2003; SILVA, 2005).

Esses momentos eram cruciais para o exercício das relações sociais, para a demonstração de poder dos grupos que ofereciam as bebidas para as festas, para a reunião de homens para o trabalho em grupo como no caso do corte e da queima de matas para o cultivo de alimentos e para a expressão ritual das contradições e complementaridades da cultura indígena (FERNANDES, 2006).

Para os indígenas no Brasil, principalmente, entre os Tupinambás, um desses momentos importantes acontecia durante os rituais da cauinagem. Esses rituais eram importantes para os indígenas e era marcado pelo consumo de bebidas fermentadas de mandioca. Essas bebidas eram feitas pelas mulheres e eram indispensáveis à vida cerimonial desses povos que as consumiam durante os dias festivos. Havia um controle social do consumo que limitava ou impedia a ocorrência do alcoolismo entre os indígenas dentro de seu modo de vida tradicional (FERNANDES, 2002).

Com o contato com os não indígenas, surgiram conflitos que ocasionaram impactos no processo de alcoolização desses povos. Estas transformações não se limitavam à simples substituição das tradicionais bebidas fermentadas pela aguardente. Houve uma alteração drástica no regime alcoólico dos índios que somado às catástrofes das doenças, escravidão, “reduções” e “descimentos” representaram um profundo golpe para essas sociedades (ACIOLI, 2002; FERNANDES, 2002; SILVA, 2005).

A introdução das bebidas destiladas, muito mais potentes que as fermentadas, e cujo processo de fabricação pertencia aos colonizadores europeus, passaram a ser um instrumento de dominação sobre os indígenas. Ela adquiriu um caráter de dependência e de bem essencial para a reprodução social dos nativos. Muitas vezes foi utilizada como bens de valor-de-troca ou mercadoria entre os nativos e os colonizadores, e como atenuante na ocupação de territórios indígenas, essenciais para o projeto mercantil colonial, caracterizando-a como um instrumento de fragilização dos povos indígenas (ACIOLI, 2002; FERNANDES, 2002; SILVA, 2005).

Com o processo de entrada da bebida destilada, as mudanças de hábitos e troca das bebidas fermentadas, passaram a surgir, paulatinamente, agravos à saúde dos indígenas (ACIOLI, 2002; FERNANDES, 2002).

Durante o período colonial, a bebida usualmente consumida era a cachaça, oferecida aos escravos como incentivo ao trabalho, vista como fortificante e mesmo dada como prêmio em ocasiões tidas como meritórias. Além da cachaça, popularizaram-se outras bebidas e uma delas tinha origem indígena, o aluá, nome africano dado à bebida fermentada de milho (SOUZA, 2004b).

A cachaça nasceu e consolidou-se como um produto de baixo status não apenas em termos de consumo, mas também de produção. Sua própria distribuição e venda se deu, muitas vezes, às margens da lei ou em pequenos estabelecimentos, agregando, em síntese, os desclassificados e marginalizados do sistema. Escravos e brancos pobres foram os consumidores preferenciais da cachaça brasileira. A cachaça era uma bebida popular e ligada ao cotidiano e o vinho era uma bebida mais formal e da elite dominante (SOUZA, 2004b).

Nos séculos XVIII e XIX, período historicamente denominado de Idade Contemporânea, com as grandes transformações na sociedade, com o crescimento das cidades e com o inchaço urbano, as elites dirigentes passaram a se preocupar com a disseminação de hábitos considerados ameaçadores aos padrões morais vigentes na época como o aumento do consumo das bebidas alcoólicas (ACIOLI, 2002).

Na transição para o século XX, o consumo de bebidas diversificou-se, sofisticou-se e tornou-se, cada vez mais, um instrumento de criação de distinções sociais. Em muitos países como o Brasil, o consumo de bebidas alcoólicas estava vinculado à classe trabalhadora. Nesse período houve um aumento na produção de bebidas a uma escala industrial, principalmente das destiladas, levando à queda dos preços, aumentando a disponibilidade do produto e, conseqüentemente, aumentando também o consumo. A classe operária fabricava a bebida e a consumia no seu tempo livre (ACIOLI, 2002; SOUZA; GARNELO, 2006).

O consumo cada vez mais crescente de bebidas alcoólicas apontava para uma sociedade geradora de adoecimentos para o trabalhador, seja pelo excesso de trabalho, dos baixos salários, do estresse, da possibilidade do desemprego e das péssimas condições de trabalho. A população sabia que deveria beber com moderação, mas os trabalhadores sufocados em suas condições de trabalho e de insegurança não conseguiam ficar livres desse consumo exagerado (ACIOLI, 2002).

O consumo de bebidas alcoólicas passava então a ser utilizada pelos trabalhadores para manter o nível de produtividade no trabalho, como consolo inevitável, como o único lazer operário, como uma maneira de esquecer ou amenizar o sofrimento ocasionado por baixas condições de vida ou como uma alternativa de esquecer ou mascarar experiências dolorosas vivenciadas no trabalho (ACIOLI, 2002; CARNEIRO, 2004; CASTRO, 2002; LANCMAN; SZNELWAR, 2008; MARX, 1986).

Foi no século XIX, no ano de 1849, que Magnus Huss construiu o termo alcoolismo. Este deveria ser entendido como um quadro de intoxicação crônica pelo álcool e o enfoque se dava exclusivamente nas conseqüências do uso do álcool nos diferentes órgãos e sistemas do indivíduo. A partir de então dar-se início à preocupação com o uso de bebidas alcoólicas e suas conseqüências. No ano de 1931, o *Royal College of Physicians*, de Londres, enquadrou o termo alcoolismo no grupo de doenças mentais e a partir de 1977, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passa a adotar o termo de dependência ao álcool no sistema classificatório de doenças (SOUZA; GARNELO, 2006).

Atualmente, segundo a Classificação Estatística Internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10), os transtornos associados ao uso de álcool se enquadram no CID F10 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool (BRASIL, 2008). Diversos são os subtipos de transtornos relacionados ao uso de álcool, sendo um deles a *síndrome de dependência ao álcool*, caracterizado por indícios de dependência química (abstinência e tolerância), descontrole em relação ao uso da substância e problemas de ordem física, psíquica e social (SOUZA; GARNELO, 2006).

A partir do conceito da síndrome de dependência ao álcool, nasce o conceito de problemas relacionados ao consumo de álcool, ampliando o conceito de alcoolismo, colocando-o numa perspectiva histórica e cultural, levando a compreensão de que existem diversos aspectos relacionados ao uso de bebida que vão além do cenário “biomédico” de dependência (SOUZA; GARNELO, 2006).

Fatores sociais e culturais são condicionantes primordiais para o modo como as pessoas utilizam as bebidas alcoólicas e contribuem para a variação dos problemas relacionados ao uso de álcool entre diferentes grupos (SOUZA; GARNELO, 2006). Cada povo, cada grupo social, cada pessoa tem a sua condição de responder a determinados estímulos produzidos em seu meio ou externos a ele. Enquanto algumas culturas estimulam a abstinência do uso de álcool, outras são permissivas a essa utilização, com ou sem regulamentação desse uso (ANDRADE; ESPINHEIRA, 2006; SOUZA; GARNELO, 2006).

Para a maioria das pessoas, o álcool é um componente agradável em atividades sociais e seu uso moderado, até dois drinques por dia para homens e um drinque por dia para mulheres e idosos (um drinque padrão é uma lata de cerveja, uma taça de 120 ml de vinho, ou 36 ml de uísque) não é prejudicial para a maioria dos adultos (BRASIL, 2000).

A forma de beber passa a ser vista como um problema quando ela causa impactos negativos na vida do “bebedor”, de sua família e, sobretudo, de sua comunidade (LANGDON, 2001; SOUZA; GARNELO, 2006).

O consumo de bebidas alcoólicas ao mesmo tempo em que causa o esquecimento temporário dos problemas da realidade, ele também exacerba os fatores que levaram ao consumo inicial (ALVAREZ, 2007; BRASIL, 2000; CASTRO, 2002; VAISSMAN, 2004; WILKINSON; MARMOT, 2003). Evidenciou-se então o outro lado do uso do álcool, associado à violência, discórdia, dor, sofrimento, limitação, impedimento e/ou incapacidade no exercício das atividades de forma regular, como o trabalho, caracterizando-o como uma das patologias que mais afetaria indivíduos e coletividades (AGUIAR; SOUZA, 2001; SOUZA; GARNELO, 2006; VAISSAM, 2004).

As conseqüências do mau uso do álcool são sérias, a dependência do álcool é um problema de âmbito mundial e gera sérios problemas biológicos, psicológicos e sociais. Entre os problemas de ordem biológica estão a hipertensão, pancreatite, úlcera, cardiopatias, cirrose hepática, problemas no sistema imunológico, prejuízo ao feto durante a gravidez e o aumento do risco de câncer do fígado, esôfago, garganta e laringe. Quanto aos problemas psicológicos estão os problemas de memória, irritabilidade, nervosismo, insônia, depressão e ansiedade. Em relação aos de ordem social estão o desemprego, homicídios, suicídios, problemas conjugais e familiares, acidentes de trabalho, recreacionais e automobilísticos (ALVAREZ, 2007; BRASIL, 2000; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004; RESENDE et al., 2005; VAISSMAN, 2004).

O uso do álcool causa tanto danos econômicos quanto humanos, os custos são incalculáveis. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (2011) o álcool pode ser

entendido como um fator causal em 60 tipos de doenças e agravos e um fator associado a 200 outros tipos. Ele está associado com sérios problemas sociais, incluindo violência, abuso e negligência infantil e com o absenteísmo no trabalho.

Ainda segundo a Organização Mundial da Saúde, para dados de ordem mundial, 55% dos adultos consomem bebida alcoólica, aproximadamente 4% de todas as mortes são atribuídas ao uso abusivo do álcool e aproximadamente 11,5% dos indivíduos que consomem bebida alcoólica possuem episódios de consumo excessivo. Em relação ao sexo, 6,2% das mortes no sexo masculino são causadas pelo álcool enquanto que 1,1% nas mulheres.

Ainda nesse estudo, para o Brasil, no ano de 2003, 31,8% dos indivíduos consumiam bebida alcoólica, 18,7% nunca haviam bebido e 50,5% não haviam bebido no último ano. Para os indivíduos do sexo masculino, 7,29% deles já haviam tido problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas enquanto que apenas 1,41% das mulheres.

Vaissman (2004) traz em seu livro um achado da Associação dos Estudos do Álcool e Outras Drogas em que ela coloca que o alcoolismo é o terceiro lugar entre os motivos para o absenteísmo no trabalho, a causa mais freqüente de acidentes de trabalho e a oitava causa para a concessão de auxílio-doença pela previdência social. Segundo Resende et al. (2005), estima-se que o alcoolismo é a terceira causa de aposentadorias por invalidez.

No I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, realizado no Brasil, em 2001, envolvendo as 107 maiores cidades do país, encontrou-se um número estimado de 68,7% pessoas que haviam feito uso na vida de álcool e de 11,2% de dependentes, com maior predominância no sexo masculino e na faixa etária de 18 a 24 anos de idade (CARLINI et al., 2002).

Segundo I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na população Brasileira, realizado em 2007 e envolvendo 143 municípios brasileiros e 3.007 pessoas, 52% dos brasileiros acima de 18 anos bebiam pelo menos uma vez ao ano, sendo 65% homens e 41% mulheres. Os homens e as mulheres bebiam com freqüências marcadamente diferentes, os primeiros apresentaram porcentagens mais altas do que as mulheres, e índice de abstinência 40% menor do que elas. Ainda nesse estudo, uma preocupação foi o comportamento dos jovens ao beber, que usualmente ingeriam quantidades maiores do que aqueles com 60 anos ou mais, principalmente na faixa etária entre 18 e 24 anos. Esses indivíduos apresentaram a menor taxa de abstinência (38%) em relação às outras faixas etárias (LARANJEIRA et al., 2007).

Considerando-se que o Brasil tem um grande contingente populacional jovem, o consumo de álcool em idades precoces torna-se preocupante (ACIOLI, 2002; SOUZA;

DESLANDES; GARNELO, 2010; SOUZA; GARNELO, 2007), pois o sistema biológico do jovem não está suficientemente maduro para proceder à degradação do álcool, ocasionando danos cerebrais e déficits neurocognitivos, afetando a aprendizagem e o desenvolvimento intelectual (BARROSO; BARBOSA; MENDES, 2006; RONZANI et al., 2007).

O início precoce do consumo de bebidas alcoólicas pode gerar futuros comportamentos problema na adolescência, como o abuso do álcool, conduzir sob o efeito de álcool, a violência e os acidentes relacionados ao álcool, o absentismo na escola e no trabalho e aumento do risco para o uso de outras drogas (BARROSO; BARBOSA; MENDES, 2006).

Outros fatores importantes para o consumo são o ambiente da pessoa, como incentivo de colegas e a disponibilidade do álcool, e as influências herdadas onde pesquisas recentes apoiadas pelo Instituto Norte-Americano sobre Álcool e Alcoolismo (NIAAA), demonstraram que, para muitas pessoas, a vulnerabilidade ao alcoolismo é herdada. Contudo, mesmo que o alcoolismo esteja presente na família, não significa que um filho de um dependente de álcool, automaticamente, desenvolverá alcoolismo (BRASIL, 2000).

No que diz respeito às políticas públicas relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas, um marco foi o Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007 (BRASIL, 2007a) que aprovou a Política Nacional sobre o Álcool e dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade. Essa política contém princípios fundamentais à sustentação de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool. Ela contempla a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida e das situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira.

Esse decreto destaca a importância de se garantir o acesso à informação pela população sobre os efeitos do uso prejudicial do álcool, principalmente entre os jovens. Defende ainda a promoção e a facilitação do acesso da população a alternativas culturais e de lazer, que possam se constituir meios diferenciados de estilo de vida “sem álcool”. Ainda traz a regulamentação, monitoramento e fiscalização das publicidades e vendas das bebidas alcoólicas.

Outro ponto importante nesse decreto se refere à determinação da responsabilidade do Governo e a sociedade pela proteção das populações consideradas vulneráveis e pela adoção de medidas democráticas que atenuem e previnam os danos resultantes do consumo de álcool.

Quanto ao ambiente de trabalho ao tratar das Diretrizes da Política Nacional sobre o Álcool, no decreto destaca-se a necessidade de se privilegiar as iniciativas de prevenção ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas nos ambientes de trabalho.

2.3 O Processo de alcoolização e os instrumentos de pesquisa entre os povos indígenas

O processo de alcoolização entre os povos indígenas brasileiros têm assumido relevância acadêmica crescente, considerando os vários estudos publicados desde o ano de 1997 como Albuquerque e Souza (1997), Langdon (2001), Oliveira (2001), Ferreira (2001), Kohatsu (2001), Aguiar e Souza (2001), Quiles (2001), Acioli (2002), Fernandes (2002), Silva (2005), Souza e Garnelo (2006), Souza e Garnelo (2007), Brasil (2007b), Souza, Schweickardt e Garnelo (2007) e Souza, Deslandes e Garnelo (2010).

Souza e Garnelo (2006) realizaram um estudo de revisão da literatura nacional sobre o uso do álcool em populações indígenas. Os trabalhos analisados por esses autores estavam divididos em dois eixos, o primeiro na busca da compreensão do processo de alcoolização (através de abordagens antropológicas) e o segundo na busca de quantificar a dependência ao álcool através de critérios biomédicos padronizados (através de métodos epidemiológicos). Apenas um trabalho, o de Ferreira (2001) buscava utilizar a categoria de problemas relacionados ao uso de álcool.

Os estudos identificados por eles foram os de Oliveira (2001) que utilizou um enfoque Antropológico entre os Kaingáng do Paraná; Ferreira (2001) que estudou os problemas relacionados ao uso do álcool entre os Mbya-Guarani do Rio Grande do Sul; Kohatsu (2001) que realizou um inquérito domiciliar entre os Kaingang, no Paraná, sobre o uso de bebida alcoólica, sem evidenciar a associação entre o consumo de bebidas e algum tipo de problema socialmente reconhecido; Aguiar e Souza (2001) e Albuquerque e Souza (1997) os quais utilizaram instrumentos padronizados para triagem de casos de dependência ao álcool de acordo com critérios biomédicos entre os Terena do Mato Grosso do Sul.

Outros estudos tratam do consumo de bebidas alcoólicas entre os indígenas e possuem um caráter Antropológico e Sociológico como o de Acioli (2002) e Silva (2005) realizado com o povo Pankararu em Pernambuco. Um caráter Histórico como o de Fernandes (2002) que realizou um estudo sobre a história do consumo de bebidas entre os índios no Brasil e Etnopsicológico como o de Quiles (2001) que investigou os aspectos do comportamento

alcoólico entre os Bororó no Mato Grosso e de Abordagem interpretativa realizado por Souza e Garnelo (2007) entre os indígenas do Alto Rio Negro, avaliando entre esses índios o quando, o como e o que se bebe e Souza, Deslandes e Garnelo (2010) que avaliou os modos de vida de do beber entre os indígenas em seus contextos de transformação.

Em 2007, a Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas (SENAD) realizou o I Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool e outras drogas entre populações indígenas, contando com uma amostra de 1455 índios, entre 18 e 64 anos, pertencentes a sete etnias indígenas, são elas Kaiowá, Terena e Guarani, no Centro-oeste, Pataxó no Nordeste, Ticuna no Norte, Xacriabá no Sudeste e Kaingáng e Guarani no Sul do país. O estudo mostrou que 38,4% dos entrevistados consumiam bebidas alcoólicas, 44,1% relatavam abuso da bebida e 22,9% apresentavam dependência ao álcool (BRASIL, 2007b).

Apesar da existência desses estudos, ao se propor diretrizes para a pesquisa do “alcoholismo” entre os povos indígenas deve-se apreender o significado cultural atribuído à utilização das bebidas alcoólicas, as motivações para beber, as situações de consumo e os circuitos de embebedamento, buscando analisar estes aspectos através de uma perspectiva que considere a organização social destes povos e sua história de contato com a sociedade nacional (SOUZA; GARNELO, 2006).

Na saúde indígena, faz-se necessário contextualizar histórica e culturalmente o uso de bebidas alcoólicas, pois há dificuldade em definir, nessas culturas, quando a ingestão de bebidas se torna um problema. Há evidências de que critérios diagnósticos padronizados utilizados para identificação de dependência ao álcool em populações não-indígenas não são amplamente aplicáveis entre indígenas. Um dos estudos que ratifica o exposto é de Souza, Schweickardt e Garnelo (2007) que trouxe em seu estudo a limitação de se utilizar o instrumento CAGE como método de *screening* para dependência ao álcool no processo de alcoolização em populações indígenas do Alto Rio Negro, pois não estaria adaptado à realidade desses povos.

Souza e Garnelo (2006) mencionaram que, para abordar a questão do uso do álcool entre populações indígenas, é necessário utilizar, além das já clássicas categorias dependência ao álcool e problemas relacionados ao uso do álcool, a categoria alcoolização. Segundo Langdon (2001) é importante indagar sobre os fatores múltiplos que convergem para determinar o fenômeno de alcoholismo a nível coletivo entre os grupos indígenas do Brasil.

A resposta pode estar na utilização de instrumentos de medida que não se pautem apenas por critérios biomédicos padronizados, mas também sejam capazes de incorporar as

diversas dimensões do problema, identificando como e quando para os indígenas, os modos de beber se tornam problemáticos (SOUZA; SCHWEICKARDT; GARNELO, 2007).

Assim, partindo do caráter dinâmico da cultura dos povos indígenas, para abordar a questão do uso do álcool entre esses povos é imprescindível ter em mente o conceito de alcoolização. Esse termo tem uma perspectiva abrangente, buscando subsidiar a compreensão do papel que o uso do álcool tem em uma dada sociedade. O conceito de alcoolização traz de forma clara a necessidade de contextualizar o uso de álcool, na cultura e na história do povo indígena.

Para Menendez (1983) o processo de alcoolização pode ser entendido como as funções e conseqüências positivas e negativas decorrentes do consumo do álcool para os conjuntos sociais estratificados que implica potencialmente no problema da enfermidade mental. Assim, ele não engloba apenas os alcoólicos dependentes, ou excessivos ou moderados ou abstêmios, mas um processo que inclui todos os indivíduos e que evita considerar o problema apenas em termos da oposição saúde/enfermidade mental. Assim, o alcoolismo constitui-se parte do processo de alcoolização.

Partindo desse entendimento, Langdon (2001) destaca que se deve considerar o consumo de bebidas alcoólicas entre os indígenas o resultado de múltiplos fatores, sejam culturais, sociais, históricos ou econômicos. Para que se possa estudar mais sobre as questões indígenas, torna-se imprescindível refletir sobre o momento atual destas comunidades e sobre sua inserção na sociedade brasileira. As situações atuais destas etnias são resultados das violências, das mudanças e dos obstáculos trazidos pelo contato com os não-indígenas, o que não permite às populações indígenas a prática do seu modo de vida e de uma vida saudável.

Para esse autor, o uso atual das bebidas alcoólicas também traz conseqüências negativas para as relações externas ao grupo. Além dos problemas de ordem pública e judiciais trazidos pelo abuso do álcool, ele tem assumido um papel negativo para a representação étnica dos grupos indígenas onde ser alcoolista passa a ser uma atribuição que a sociedade brasileira utiliza para caracterizar o índio e justificar sua exclusão social.

O autor ainda aponta que muitas pessoas questionam os direitos indígenas ou os programas a favor deles, acusando-os de serem bêbados, pobres, sujos, e preguiçosos e alegam que não merecem ser respeitados, segundo essas pessoas, o alcoolismo em conjunto com outros estereótipos negativos, também faria parte da identidade do índio.

Essas concepções se fortalecem quando são apontadas as políticas governamentais em torno da relação álcool ético e populações indígenas. Isso se justifica porque o aparelho

jurídico-policial como extensão de um determinado perfil de Estado, no seu discurso de proteção para essas etnias, exacerba o controle moral acrescentando instrumentos punitivos.

Existem códigos de direitos e deveres, obrigatórios para as sociedades indígenas brasileiras, que são definidos na Lei Federal 6.001 de 19 de dezembro de 1973 que dispõe sobre o Estatuto do Índio. Nessa Lei são identificados os crimes contra os indígenas e sua cultura, dentre os quais se destaca que “Propiciar, por qualquer meio, a aquisição, o uso e a disseminação de bebidas alcoólicas, nos grupos tribais ou entre índios não integrados”¹ se configura uma pena de detenção de seis meses a dois anos de prisão (BRASIL, 1973).

Muitos indígenas são trabalhadores que participam plenamente da vida social brasileira e por isso, considerados integrados, mesmo assim, a proibição legal a esses indivíduos também deve ser considerada, desde que se restrinja à produção, distribuição e consumo de bebidas alcoólicas nos limites geográficos e políticos da área indígena, um espaço que pertence à nação, para uso vitalício da humanidade e seus futuros descendentes (ACIOLI, 2002).

2.4 A relação entre trabalho e processo de alcoolização entre os indígenas

Considerando-se que a experiência étnica indígena é um fenômeno multifatorial e que envolve questões relativas ao contexto social, cultural e econômico da população (SOUZA; GARNELO, 2006; FERNANDES, 2002), é de fundamental importância entender como o trabalho desses indígenas está influenciando o consumo de bebidas alcoólicas.

Essa importância pode ser entendida quando Lancman e Sznelwar (2008) trazem a colocação de Christophe Dejourn sobre o consumo de bebidas alcoólicas se constituir um fator indissociável da profissão, podendo ser a consequência do confronto dos trabalhadores com a organização do trabalho onde estão inseridos. Assim como, quando Castro (2002) defende que o abuso de bebidas alcoólicas poderia ser uma forma de mascarar todas as experiências dolorosas a que o trabalhador está sujeito.

Essas colocações encontram fundamentos quando se identifica que durante o processo de trabalho o ser humano estabelece uma interação com sua atividade e que é o modo como ele lida ou se adapta às dificuldades surgidas durante a execução do trabalho, que determina

1- Lei Federal 6.001 de 19 de dezembro de 1973, Inciso III, do artigo nº58, do Capítulo II, no Título VI, Das Normas Penais

os limites do processo saúde-doença (ASSUNÇÃO, 2003; BRITO; PORTO, 1991; MOSER, 2005).

Sabe-se ainda que o trabalho influencia diretamente as atitudes e os padrões pessoais de comportamento no lazer, na vida em família, no estilo de vida adotado e muitas vezes esses trabalhadores acabam mudando o seu estilo de vida, adquirindo ou reforçando hábitos que seriam indesejáveis tanto para eles quanto para as pessoas no entorno e entre esses hábitos estaria o consumo de bebidas alcoólicas (ASSUNÇÃO, 2003; NASCIMENTO; MENDES, 2002; SOLAR; IRWIN, 2005).

No que diz respeito à relação entre trabalho e o processo de alcoolização, Medeiros (2009) realizou uma revisão sistemática, de textos completos *on line*, nos bancos de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no portal de periódicos da CAPES e no site da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO), onde foram identificados 27 artigos, entre os anos de 1988 a 2008, que tratavam da associação entre consumo de bebidas alcoólicas e o trabalho, mas nenhum tinha como público alvo as populações indígenas.

2.5 Entendendo o processo saúde-doença e sua relação com o trabalho

Desde a Antigüidade greco-romana, o trabalho era visto como um fator gerador e modificador das condições de viver, adoecer e morrer dos homens (FRIAS JR., 1999). Etimologicamente o sentido da palavra trabalho provém do latim *tripalium*, instrumento de tortura, utilizado para manter presos, bois e cavalos difíceis de ferrar e *tripaliari*, ato de torturar. Para os gregos, o trabalho era apenas uma atividade menor, com vistas apenas de suprir as carências físicas do ser humano, em que nenhum trabalho de mãos humanas poderia igualar em beleza e verdade o universo, eles o tinham como *ponos* - esforço e penalidade - e *ergon* – criação e obra de arte. Para os gregos, tanto o trabalho como a escravidão, eram uma desgraça necessária e um motivo de vergonha (CARMO, 1992).

Na Idade Média, que historicamente compreende séculos V ao XV, o trabalho era considerado, em sua totalidade, como indigno para o homem de qualidade, cujas atividades eram direcionadas ao pensamento, à política, à direção dos negócios dos religiosos e políticos, à gestão de bens e às transações financeiras, atividades não consideradas trabalho. O trabalho

era uma atividade apenas imprescindível para suprir as necessidades humanas, pois era perigosa a ambição do ser humano e o apego demasiado ao trabalho (CARMO, 1992).

Essa conotação negativa que traz a idéia de maldição e punição, também é expressa no conteúdo e organização do trabalho, que leva o trabalhador à sujeição do corpo de forma mecanizada e alienante. Inicialmente considerado um esforço de sobrevivência, o trabalho passou-se a entendimento, ao longo da História, como uma ação produtiva, ocupação e ainda, para muitos, algo gratificante em termos existenciais (MOSEER, 2005).

Na Idade Moderna, que historicamente compreende os séculos XVI ao XVIII, gradativamente o pensamento da sociedade se modifica, principalmente, com o surgimento do Renascimento que traz como fundamental a admiração ao trabalho e ao valor que ele possui, principalmente, os de ordem artesanal e artística. Com a Reforma Protestante, os ensinamentos religiosos passam a dar novos sentidos ao sofrimento advindo do trabalho, tornando-o um motivo de orgulho e sacrifício, e de predestinação ao reino de Deus, criando um clima propício para a acumulação do capital e influenciando indiretamente o espírito capitalista (CARMO, 1992).

Esse período é determinado pelas grandes navegações e de contato com outros mundos. É nesse momento que se inicia o processo de colonização do Brasil, no ano de 1500 d.C., ao chegarem às terras brasileiras os colonizadores, inicialmente se instalaram nas terras próximas ao litoral e passaram a utilizar a mão-de-obra indígena como escravo, nos engenhos e no trabalho das lavouras (SILVA, 2005).

Segundo Carmo (1992) esses povos indígenas atribuíam à terra um valor espiritual e por isso, estavam acostumados a trabalhar menos e em condições menos desumanas, trabalhando apenas para suprir suas necessidades e não por um status social. Assim, eles não conseguiram se adaptar ao ritmo e a obsessão do europeu pelo trabalho e, cada vez mais, fatos históricos demonstraram a difusão do preconceito de que os povos indígenas não gostavam de trabalhar, que eram preguiçosos e incapazes para o trabalho disciplinado. Para os senhores fazendeiros, essa gente era apenas uma corja de inúteis.

Para esse autor, os europeus costumavam expulsar os nativos de suas terras, tirando deles a capacidade de auto-suficiência. Muitos dos nativos foram escravizados e tiveram suas etnias exterminadas pelos colonizadores.

Conforme Silva (2005), os indígenas que sobreviviam à dominação Européia migravam para longe da Costa. Essa pode ter sido a causa da ocupação de algumas áreas nas regiões sertanejas por povos indígenas, incluindo os índios Pernambucanos.

Com o tempo, os colonizadores perceberam que seus métodos de colonização não surtiam efeito entre os povos indígenas e acabaram os substituindo pela mão-de-obra escrava vinda da África. Com a abolição da escravidão e conseqüentemente, o surgimento do trabalho livre, passa-se a utilizar uma nova mão-de-obra, os imigrantes, pessoas de outros países que buscavam no Brasil melhores condições de vida (CARMO, 1992).

Foi na Idade Contemporânea, que historicamente compreende os séculos XVIII e XIX, que ocorreram grandes transformações na sociedade, acontecendo na Europa um marco fundamental conhecido como a Revolução Industrial, que se dissemina pelo mundo. Com o desenvolvimento surge o crescimento das cidades e conseqüentemente o inchaço urbano.

A expansão comercial e financeira propiciou o surgimento do capitalismo. A era das máquinas levou não só os homens ao trabalho fabril, mas mulheres e crianças. O trabalho ocorria sem pausas, com uma longa jornada de trabalho, disciplina severa, temperaturas desagradáveis, barulho, ou seja, péssimas condições de trabalho (CARMO, 1992).

Em uma sociedade capitalista, o processo de trabalho passa a ser entendido como o resultado da combinação do objeto, a matéria com a qual se trabalha, com os instrumentos ou a tecnologia que são os meios de trabalho de que o homem se utiliza, e com a força de trabalho, que é a energia humana empregada no processo de transformação (FRIAS JR., 1999).

As grandes mudanças no cenário político, econômico e social ocorridas em todo o planeta, ao longo dos tempos, determinaram uma verdadeira crise de paradigmas na sociedade. A globalização financeira e suas refrações tomam configurações específicas em cada país, alimentando a generalização das relações mercantis para as várias dimensões da vida social. A relação Estado-sociedade é também atingida, configurando novas relações sociais havendo a regressão dos direitos sociais, ecoando nas atuais características das políticas públicas (WANDERLEY, 2006).

Com a transição para o século XX, as condições de trabalho nos países industrializados mudaram dramaticamente. O processo de reestruturação capitalista e produtiva modificou as condições laborais, em sua organização e controle, implicando novos ritmos, muitas vezes determinados pelo mercado externo, e exigências quanto à formação dos trabalhadores e sua disciplina no local de trabalho. A desigualdade no interior dos processos de trabalho, característico do sistema capitalista, assume efeitos ainda não bem traduzidos, do seu modelo de flexibilização, não se tendo um desenho conclusivo do que está acontecendo na realidade (ANTUNES, 2003; ASSUNÇÃO, 2003; BENACH et al., 2002).

Com base em Marx (1986) o trabalho poderia ser entendido como uma atividade coordenada, física e/ou intelectual necessária à realização de qualquer tarefa, onde o homem, com sua própria ação, impulsionaria, regularia e controlaria sua interação com a natureza, a fim de se apropriar de seus recursos, desenvolvendo as potencialidades nela adormecidas e submetendo ao seu domínio o jogo das forças naturais.

Ainda segundo esse autor, seria tralhando que o homem se transformaria e ao se relacionar com outros seres humanos, estabeleceria a base das relações sociais. Segundo Solar e Irwin (2005) o trabalho é o critério mais importante de estratificação social em sociedades avançadas e é a base para categorizar os grupos sócio-econômicos. A aprovação social depende fortemente do tipo de trabalho, de treinamento profissional e do nível de realização ocupacional.

Para os trabalhadores, a saúde é construída no trabalho, ele é considerado uma via para o desenvolvimento da personalidade, para se relacionar com o outro e onde se torna possível a formação dos coletivos de trabalho, e onde, aos poucos, eles constroem a sua história e identidade social. Ao conseguir os resultados desejados pela hierarquia, ao dar conta das demandas complexas, inusitadas e não previstas, os trabalhadores reafirmam a sua auto-estima, desenvolvem as suas habilidades e expressam as suas emoções (ASSUNÇÃO, 2003).

Segundo Codo, Sampaio e Hitomi (1993) pode-se dizer que a história do indivíduo é a história do trabalho, ou ainda, a história contemporânea do homem, se expressa na realização da sociabilidade individual mediada pelas forças de produção. Para esses autores, o trabalho pode ser entendido como algo que carrega a maldição da mercadoria e do dinheiro. Ele teria tanto um valor de uso, capaz de atender às necessidades humanas e de dar significado humano à natureza, quanto um valor de troca, pago por salário, criador de mercadoria, onde o próprio trabalho se torna uma mercadoria do mercado.

É no trabalho que a maior parte dos indivíduos constrói sua identidade individual e social, através de trocas materiais e afetivas, permitindo o confronto entre o mundo externo e objetivo – lógicas, desafios, regras e valores e o mundo interno ou subjetivo do trabalhador. Dessa forma, deve-se entender que o trabalho e as relações que nele se originam nunca podem ser considerados um espaço de neutralidade subjetiva e social (LANCMAN; SZNELWAR, 2008).

O trabalho ao mesmo tempo em que pode ser a oportunidade de crescimento e de desenvolvimento do ser humano, constituindo-se em uma fonte de prazer, pode também gerar sofrimento e adoecimento (LANCMAN; SZNELWAR, 2008).

O trabalhador durante o processo de trabalho interage de modo complexo e dinâmica com sua atividade, durante a qual ele se defronta com várias dificuldades e se ajusta a elas dentro dos seus limites e de suas regras de funcionamento biológico, fisiológico, perceptivo e mental. Esse confronto é gerador de sofrimento, que pode vir a comprometer a saúde e tornar-se insuportável, ocasionando adoecimentos e até mortes (ASSUNÇÃO, 2003; BRITO; PORTO, 1991; LANCMAN; SZNELWAR, 2008; MOSER, 2005).

Estabelece-se então, um processo de adoecimento caracterizado pelo desgaste físico e pelo fenômeno de alienação do trabalhador em relação ao seu próprio trabalho, como a incerteza do emprego e a necessidade de adaptação constante ao ritmo estabelecido pelo mundo globalizado (BRITO; PORTO, 1991; MOSER, 2005).

A garantia e a segurança do trabalho aumenta a saúde, o bem estar e a satisfação no trabalho. Uma pessoa que trabalha em condições precárias tem o risco de adoecer e de ter mortes prematuras acentuado. Já a insegurança no emprego causa efeitos negativos sobre a saúde como ansiedade, depressão e doenças do coração (ASSUNÇÃO, 2003; BENACH et al., 2002; FERRIE et al., 1999; WILKINSON; MARMOT, 2003).

Cada vez mais em nossa sociedade, a instabilidade diante da perspectiva de perda de emprego é um drama que afeta a todos. Segundo dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT), existem atualmente cerca de 180 milhões de desempregados. Com o desemprego surge a fragilização de relações familiares e o indivíduo não se sente socialmente integrado. Essa situação ocasiona no indivíduo momentos de tensão, sentimentos de fracasso e de exclusão social e a sensação de ser facilmente descartável, justamente, em uma sociedade capitalista onde o sucesso profissional é essencial para a integração social (CARMO, 1992; LANCMAN; SZNELWAR, 2008).

Surgem novas formas de trabalho e de contratação, com a redução da segurança do emprego, situação conhecida como flexibilização do mercado de trabalho. Há a consolidação dos trabalhadores informais, autônomos ou contratados com baixas condições de trabalho e segurança. O típico trabalho assalariado que seria a garantia de uma estabilidade e de direitos trabalhistas tem sido trocado ao longo do tempo por essas novas formas de emprego (BENACH et al., 2002; BENACH et al., 2004).

Nesse novo ambiente de trabalho, os fatores de risco e seus impactos nos indicadores de saúde, não são igualmente distribuídos através dos tipos de emprego e do gênero. As mulheres em sua inserção considerada recente no mercado de trabalho encontram-se mais expostas aos trabalhos precários e vulneráveis, estruturando relações de dominação e exploração mais duras (ANTUNES, 2003; BENACH et al., 2004).

Outra situação que acontece frequentemente é a inserção prematura dos jovens no mercado de trabalho. Isso ocorre, principalmente, nos estratos sociais de menor renda, em que o jovem adquire maturidade e é visto com orgulho pelos pais quando começa a trabalhar precocemente. Esses jovens, muitas vezes abandonam o estudo devido à necessidade de lutar pela sobrevivência. Essas pessoas são levadas pela crença de que quanto mais cedo o indivíduo começa a trabalhar maiores serão suas chances de ser bem-sucedido (CARMO, 1992).

Assim, o tipo, a qualidade e a organização do trabalho, assim como, as relações sociais presentes no ambiente laboral e o modo como se lida com o mesmo, influenciam as atitudes e os comportamentos pessoais no estilo de vida adotado e impactam diretamente no processo saúde-doença (ASSUNÇÃO, 2003; NASCIMENTO; MENDES, 2002; SOLAR; IRWIN, 2005).

Para os trabalhadores, a construção da saúde é a mobilização consciente ou não das potencialidades de adaptação do ser humano, permitindo-lhe interagir com o meio de trabalho, lutando contra o sofrimento, contra a morte, as deficiências, as doenças e as tristezas (ASSUNÇÃO, 2003). É justamente através da capacidade que o indivíduo possui para tolerar as dificuldades e variações do meio que se deve pensar o conceito de saúde.

As concepções de saúde e doença têm variado ao longo dos tempos e nos diferentes tipos de cultura e sociedade. Com o passar dos anos, foram desenvolvidos vários modelos a fim de explicar o complexo processo saúde-doença e a ação dos determinantes sociais sobre ele. A Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu um modelo de sentido ampliado, na tentativa de representar de forma esquemática uma realidade social e política complexa (FIGURA 1).

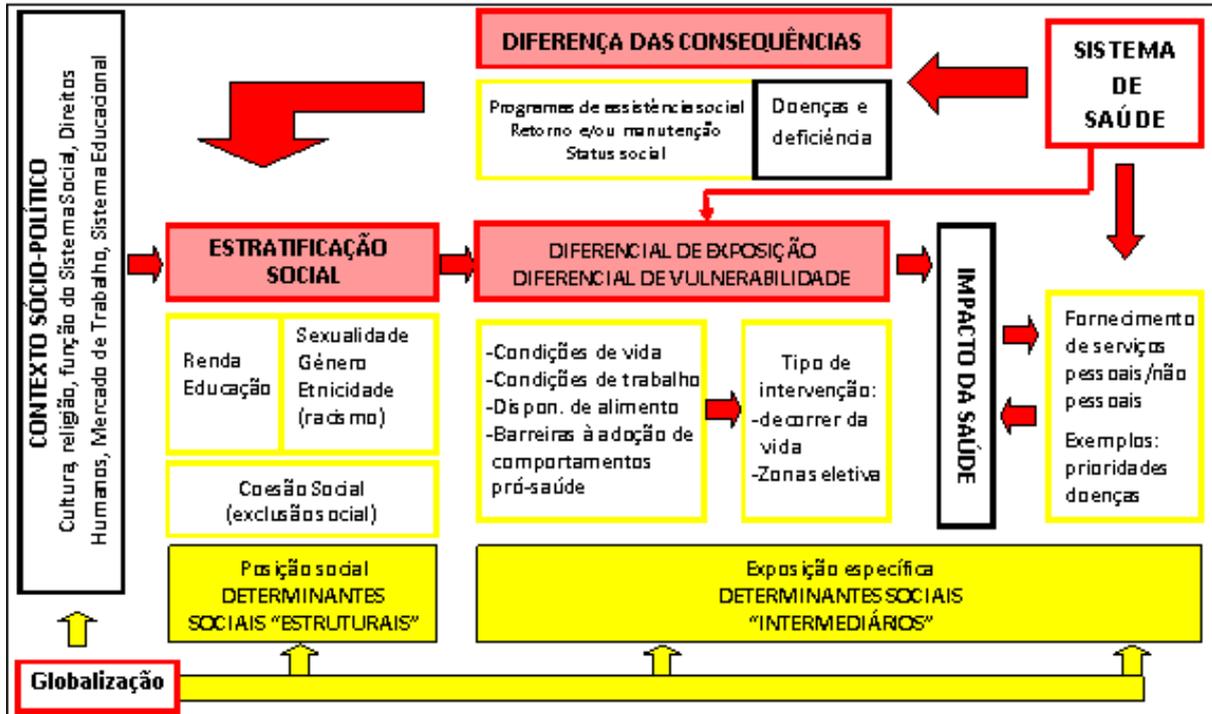


Figura 1 – Modelo de Determinantes sociais em saúde da Organização Mundial da Saúde
Fonte: Solar e Irwin (2005)

Segundo Solar e Irwin (2005) este modelo identifica dois principais grupos de determinantes sociais, os estruturais e os intermediários, e tenta explicar o significado do contexto sócio-político no processo saúde-doença e os níveis nos quais se pode lidar com as iniquidades na saúde.

Pode-se dizer que os determinantes estruturais são aqueles que geram ou geraram uma estratificação social. Eles incluem fatores ligados diretamente à renda e à educação, mas também trazem a importância de se considerar o gênero, a etnicidade e a sexualidade como importantes estratificadores sociais.

Entre os determinantes intermediários incluem-se as condições de vida e de trabalho, a disponibilidade de alimento, o comportamento de populações, os entraves para adoção de um estilo de vida saudável e os sistemas de saúde. Esses determinantes seriam responsáveis pelas diferenças na exposição e vulnerabilidade a condições comprometedoras da saúde.

Ainda segundo esses autores, este modelo difere de outros, pois legitima a importância do contexto sócio-político na gênese do processo saúde-doença. Para isso, ele inclui aspectos estruturais, culturais e funcionais que exercem influência na formação de padrões de estratificação da sociedade, assim como, nas oportunidades de saúde das pessoas. Esses autores defendem que dentro desse contexto são encontrados vários mecanismos sociais e

políticos que geram, configuram e mantêm as hierarquias sociais, como o mercado de trabalho, o sistema educacional e as instituições políticas.

Esse modelo se constitui uma importante ferramenta auxiliar no estabelecimento dos níveis que se deseja promover mudanças e no esclarecimento de suas relações, e na determinação dos objetivos e limites das ações políticas em cada área. Assim, as duas maneiras de intervenção seriam as ações direcionadas aos determinantes estruturais (alterar a configuração da estratificação social existente) e aos determinantes intermediários de saúde.

Sabendo-se que o Trabalho é o critério mais importante de estratificação social em sociedades avançadas e a base para categorizar os grupos socioeconômicos, torna-se fundamental considerar a influência dele na determinação do processo saúde-doença. Assim, o trabalhador deve ser entendido como um sujeito ativo, inserido em uma sociedade sujeita a rápidas e profundas modificações econômicas, políticas e sociais que ocorrem de forma heterogênea. Sabe-se que essas modificações resultaram em mudanças marcantes na sociedade, como as transições demográficas e epidemiológicas, essa marcada pelo aumento das doenças crônicas e causas externas, atreladas à mudança no estilo de vida desses trabalhadores.

É nessa mudança de estilo de vida que o consumo de bebidas alcoólicas se torna importante. Para entender melhor a relação entre consumo de bebidas alcoólicas e o trabalho, é preciso ter em mente alguns fatores que contribuem para um maior risco de consumo de bebidas.

Segundo Vaissman (2004) entre os fatores mais gerais estariam a disponibilidade do álcool, a pressão social para beber, a ausência de supervisão, a alta ou a baixa renda, a tensão, o estresse e o perigo e a pré-seleção de população de alto risco. Em relação aos fatores diretamente relacionados ao trabalho estariam o tipo de atividade desenvolvida, as condições de trabalho, o tipo de agentes estressores e como eles atuam física e psicologicamente no trabalhador e ainda, a influência das características e a vulnerabilidade da personalidade desses trabalhadores.

Sabe-se que o uso abusivo além de gerar sérios problemas biológicos, psicológicos e sociais a esses indivíduos, ele impacta diretamente no bem-estar, na saúde, no trabalho e na economia de uma sociedade (MARQUES, 2001; RODRIGUES et al., 2007; RONZANI et al., 2007; STAMM; BRESSAN, 2007). Esse fator torna-se fundamental quando se estuda os povos indígenas, pois o alcoolismo tem se constituído um grave problema para esses povos (FERNANDES, 2002; FERREIRA, 2004; GUIMARÃES; GRUBITS, 2007; QUILES, 2001; SOUZA; GARNELO, 2007).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar as associações entre o consumo de bebidas alcoólicas e o trabalho no povo indígena Xukuru do Ororubá.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever o perfil socioeconômico, com ênfase para o trabalho, dos indígenas Xukuru do Ororubá entre 18 e 59 anos;
- b) Caracterizar o perfil de consumo de bebidas alcoólicas no povo indígena Xukuru do Ororubá entre 18 e 59 anos;
- c) Identificar os fatores associados ao consumo de bebidas alcoólicas no povo indígena Xukuru do Ororubá entre 18 e 59 anos;
- d) Verificar as associações entre o trabalho e o consumo de bebidas alcoólicas no povo indígena Xukuru do Ororubá entre 18 e 59 anos.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo do tipo caso-controle aninhado a um estudo transversal de base populacional.

Realizou-se inquérito de base populacional junto a etnia para conhecer a situação de saúde vivenciada pelo povo indígena Xukuru do Ororubá. Também foram identificados os fatores socioeconômicos e do trabalho que estariam associados ao consumo de bebidas alcoólicas, visto a relevância dessa temática entre os povos indígenas.

Os inquéritos de saúde tornam-se ferramentas importantes no conhecimento da realidade em que vivem as pessoas, pois buscam revelar o estado de saúde e doença de uma população examinando sua realidade, aspirações e demandas e permitindo o acompanhamento dos seus níveis de saúde (BARATA, 2006).

Esse método é útil no planejamento e na melhora dos níveis de saúde da população, pois é capaz de obter rapidamente informações que subsidiem a investigação das situações de saúde e a programação das ações relacionadas à saúde (CAMPOS, 1993). Apesar desta temática extremamente relevante, ela é ainda pouco valorizada na formulação das políticas públicas em geral (BARATA, 2006).

Neste sentido, estudos que possam relacionar condições de vida e desfechos de saúde, particularmente pesquisas de base populacional, são muito importantes. Principalmente diante do contexto de fragilidades em que se encontram os sistemas oficiais de informação da atenção à saúde dos povos indígenas, particularmente o SIASI (SOUZA; SCATENA; SANTOS, 2007).

Para identificação de fatores associados que poderiam explicar o surgimento de casos de uma doença se busca comumente a execução de estudos de caso-controle (MAFRA et al., 2010). Esse desenho de estudo tem como vantagens poder ser iniciado rapidamente, dando resultados mais rápidos e subsidiando as ações em saúde. Além de ter menor custo, ser relativamente fácil de execução e ser efetivo na identificação de fatores associados ao desfecho (CARNEIRO; MORENO; ANTUNES, 2001).

Quando os estudos de caso-controle são realizados a partir de outros tipos de estudo, ou seja, aninhados, eles apresentam a vantagem de se utilizar apenas parte dos dados de um

estudo completo já realizado em uma população. Eles permitem que os dados sejam revistos e analisados sem ter que desenvolver um novo estudo sobre o tema (BIESHEUVEL et al., 2008).

4.2 Local e população do Estudo

Esse estudo foi realizado no Território Indígena do povo Xukuru do Ororubá, situado na Mesorregião do Agreste Pernambucano, a 213,7 km da Cidade do Recife. A população do grupo étnico Xukuru é estimada em 8.354 pessoas, que habitavam 2.092 domicílios em 25 aldeias e três regiões de moradia: Serra, Ribeira e Agreste (**FIGURA 2**).

A população desse estudo correspondeu aos indígenas na faixa etária de 18 a 59 anos, de ambos os sexos, que compreendeu a um total de 4.097 indivíduos.



Figura 2 - Localização do Território Indígena Xukuru do Ororubá e sua divisão segundo as regiões de moradia, povo Xukuru do Ororubá, Pernambuco, 2010.

Fonte: elaboração própria.

4.2.1 O Povo Xukuru do Ororubá: sua história e seu Território

Sabe-se que para se entender melhor o processo saúde-doença deve-se ter uma visão ampliada da saúde e, portanto se torna imprescindível conhecer as relações sociais e culturais a que o povo Xukuru do Ororubá foi submetido.

O povo Xukuru, assim como muitos grupos étnicos do Nordeste brasileiro, foram perseguidos e deixados à margem da história indígena brasileira. Durante longo período ocultaram suas tradições e se dispersaram pelas regiões do país indo se localizar na periferia das cidades, em pequenas terras ou permanecendo em suas “próprias” terras explorados como mão-de-obra agrícola. Apesar disso, eles mantiveram a sua unidade enquanto grupo e preservaram o culto a tradições, como a Dança do Toré (SOUZA, 2004a; SILVA, 2007).

Sobre o processo histórico, foi a partir de 1654 que se iniciou a colonização portuguesa na região da Serra do Ororubá. Nesse período o Rei de Portugal promoveu doações de grandes extensões de terras, a senhores de engenho do litoral pernambucano, para criação de gado. Em 1661, os padres da Congregação dos Oratorianos fundaram o aldeamento do Ororubá de Nossa Senhora das Montanhas. Em 1762 esse aldeamento foi elevado à categoria de Vila e denominado Cimbres. Em 1880, a sede da Vila de Cimbres foi transferida para a Pesqueira e Cimbres passou à condição de distrito (SILVA, 2007).

Em 1850 foi sancionada a Lei de Terras que atendia à necessidade de organizar a situação dos registros de terras doadas desde o período colonial e legalizava as ocupadas sem autorização, para depois reconhecer as chamadas terras devolutas, pertencentes ao estado. Essa Lei tinha o papel de estimular a modernização da agricultura para uma maior produtividade e promover a ocupação das terras não cultivadas (LIMA et al., 2007).

Os fazendeiros invasores das terras indígenas na região da Serra do Ororubá pediram ao Governo Imperial a extinção do aldeamento de Cimbres, alegando a inexistência de índios Xukuru no local, pois, o que existia eram caboclos e o que mais importava, naquele momento, era promover o crescimento do Município de Pesqueira. Assim, em 1879 foi decretado oficialmente a extinção do aldeamento e os arrendatários como os vereadores e elite local foram os mais favorecidos (SILVA, 2007).

A partir da extinção do aldeamento, os indígenas localizados naquele território passaram a não ser mais reconhecidos como índios, muitos deles foram enganados pelo uso da bebida e expulsos de suas terras, se dispersando pela região, para outros ex-aldeamentos ou para as periferias das cidades. Alguns que permaneceram em suas terras tiveram que ocultar

suas tradições, mas mesmo diante de todas as proibições de manifestações culturais, os índios Xukuru permaneciam realizando seus cultos religiosos e, muitas vezes, foram considerados “catimbozeiros” pelos não índios (SILVA, 2007).

Nas primeiras décadas do século XX, os Xukuru assim como outros povos indígenas no Nordeste, retomaram com mais vigor a mobilização pela posse de suas terras e garantia de seus direitos, pressionando as autoridades do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) (SILVA, 2007).

Assim, em 1920, o SPI começa suas atividades em busca do reconhecimento dos índios remanescentes dos antigos aldeamentos que estavam sendo expulsos de suas terras tradicionais e, entre outros grupos indígenas, estava a etnia Xukuru. Entre as décadas de 1930 e 1940, há o reconhecimento de vários grupos indígenas por meio de laços de parentesco, visitas para a realização de rituais, interferências de religiosos ou políticos, de visitas e notícias de etnólogos e folcloristas (PALITOT, 2003).

Apesar disso, a indefinição dos limites territoriais do povo Xukuru foi o que mais afetou a existência da etnia e até a década de 1950, quando o SPI assume a tutela do povo Xukuru, eles sobreviveram vagando pela Serra do Ororubá (SOUZA, 1998).

Entre as décadas de 1970 e 1980, em consequência da expansão do latifúndio, ocorrem mudanças nas relações de trabalho entre agricultores indígenas e fazendeiros em que os indígenas submeteram-se ao trabalho assalariado nas fazendas localizadas na própria área indígena. Esse fato está possivelmente relacionado ao processo de industrialização que ocorria no município de Pesqueira, o crescimento da atividade industrial nessa cidade, exigia cada vez mais a ampliação dos espaços produtivos para a obtenção de matéria prima. Em decorrência desse fato, ocorreu um elevado índice de migração indígena para outras regiões na busca de melhores condições de vida (FELIX, 2007).

Na década de 1980, destacou-se na mobilização do povo Xukuru, Francisco de Assis Araújo, o Cacique “Xicão”, como era conhecido por seu povo. Além de reconhecido pelo seu povo ele era respeitado pelos demais povos indígenas no Nordeste o que o fez alcançar uma considerável projeção no movimento indígena do país (SILVA, 2007).

A partir de 1988 tem-se, portanto, os movimentos de mobilização dos Xukuru de forma mais frequentes. No período da Constituinte a comunidade indígena brasileira se destacava no sentido da mobilização com o objetivo de adquirir seus direitos.

Uma forma de reconquista utilizada pelos Xukuru foram as *retomadas*, como os índios chamaram a reocupação de partes do Território Indígena. As retomadas foram ações de

grande significado na luta pela terra desse povo. A primeira retomada ocorreu em 1990 na aldeia Pedra d'Água.

Apesar da retomada, a identificação e a delimitação do território indígena Xukuru ocorreu apenas em 1995, onde o Território Xukuru teve sua demarcação física realizada. No entanto, as terras indígenas continuavam sendo invadidas frequentemente por fazendeiros da região (FELIX, 2007).

Devido às constantes invasões dos fazendeiros, no ano de 1998 os Xukuru realizaram mais uma mobilização no sentido de exigir a demarcação de suas terras. Liderados pelo Cacique Xicão, esse povo provocou a ira dos fazendeiros que eram a oligarquia de Pesqueira. Essa intensificação de conflitos culminou no assassinato do cacique Xicão, em 20 de maio de 1998 e apenas em 2001 é que o Território Xukuru foi homologado. (LIMA et al., 2007; SILVA, 2007; SILVA, 2009).

Mesmo após o assassinato de “Xicão”, ele continua sendo um dos mais importantes líderes na história do povo Xukuru do Ororubá. A memória sobre esse cacique continua viva e atuante na forma da organização social e política dos Xukuru. Isso acontece ainda hoje, pois foi sob a liderança dele que o povo Xukuru pressionou os órgãos públicos pelo reconhecimento de seus direitos e pela demarcação de suas terras. Essa ação permitiu que os indígenas pudessem plantar e colher superando a miséria e a fome de anos e voltassem a ter dignidade (FERREIRA; SILVA, 2007; SILVA, 2007).

A importância de Xicão para o povo Xukuru pode ser compreendida pela dimensão dos atos religiosos e políticos anualmente realizados pelo povo Xukuru no dia 20 de maio. Desde 1999 eles realizam o ato público de 20 de maio como um protesto pela morte do Cacique Xicão e desde o ano de 2001, ano em que houve a homologação do Território Indígena, realizam a Assembléia do Povo Xukuru. É durante a Assembléia que eles discutem sua história, suas conquistas e o processo de organização que vivenciam (SILVA, 2007).

Atualmente, pode-se dizer que o povo Xukuru a exemplo dos demais grupos indígenas brasileiros sofreu um aumento significativo de sua população (PEREIRA; SANTOS; AZEVEDO, 2005). Eles passaram de 7.248 indígenas em 2001 para 10.536 em 2007, representando o maior contingente populacional étnico do Estado de Pernambuco, segundo dados do SIASI (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2008).

Além do povo Xukuru do Território Indígena, algumas famílias concentram-se também nos bairros Xukuru, Caixa d'Água, Serrinha e em diversos outros bairros na área urbana de Pesqueira (LIMA et al., 2007).

4.3 Considerações éticas e fontes de financiamento

O presente estudo integrou dois projetos que propuseram a realização de um censo demográfico e um inquérito de base populacional para avaliar as condições de vida e saúde do povo indígena Xukuru do Ororubá. Eles foram financiados pela Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE), intitulado “Análise das Condições de Vida, Saúde e Vulnerabilidade do Povo Indígena Xukuru do Ororubá como ferramenta para as ações de Atenção Primária de Saúde” e aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) mediante parecer nº 604/09 (ANEXO A). Assim como, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), projeto intitulado “Saúde e condições de vida do povo indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira-Pe” e aprovado pelo CONEP através do parecer 592/09 (ANEXO B).

Essa pesquisa foi realizada respeitando-se a Resolução do Conselho Nacional de Saúde/CNS número 196/96 que estabelece as diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, e a Resolução número 304/00, no que se refere a pesquisas com populações indígenas. Devido às implicações de representação legal, foi solicitada à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), autorização para a sua realização, bem como a anuência da etnia Xukuru do Ororubá através do Cacique Marcos Luidson de Araújo (ANEXOS C e D).

O TCLE foi apresentado ao Conselho de Saúde Indígena e, posteriormente, assinado pelos líderes da etnia, com consentimento da liderança de cada aldeia (APÊNDICE A). Posteriormente, foi iniciada a pesquisa nos domicílios selecionados onde todos os sujeitos foram informados quanto ao propósito e procedimentos da pesquisa e expressaram seu consentimento à participação voluntária, à garantia de não identificação e à possibilidade de ausentar-se da pesquisa a qualquer momento. Por se tratar de do consumo de bebidas alcoólicas entre os indígenas, um assunto “estigmatizante” e proibido dentro da etnia, a equipe foi treinada para utilizar uma abordagem que permita a maior privacidade possível aos entrevistados.

O principal risco relacionado à participação dos indivíduos nesse estudo seria algum constrangimento, caso suas respostas viessem a público. Contudo, os dados serão utilizados apenas de forma ética e responsável, conservando-se a privacidade dos participantes. Apesar dos riscos, os benefícios serão inúmeros, pois essas populações carecem de estudos mais ampliados, particularmente os de base populacional, que analisam as suas diversas condições de saúde e de vida.

4.4 Plano Amostral

Para o cálculo da amostra foram utilizados os dados demográficos do SIASI de 2008 fornecida pela coordenação do Distrito Sanitário Especial Indígena Pernambuco, na qual se encontravam cadastradas as aldeias e suas respectivas populações.

Por se tratar de projetos maiores que trabalhavam com vários grupos de idade e condições de saúde no Território Indígena Xukuru do Ororubá, para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizada uma estratégia amostral que garantisse a representatividade do menor grupo em estudo – menores de cinco anos - e que possuísse a menor prevalência a ser estimada. Ao garantir a representatividade do menor grupo com a menor prevalência possível, se conseguia garantir a representação dos demais grupos, sendo um deles o que foi abordado nesse estudo. Para isso, considerou-se a prevalência de anemia em cerca de 30% e um erro absoluto de 5%. A população estimada correspondeu a 230 crianças, o que equivalia a um terço do universo.

Tendo como unidade amostral o domicílio, selecionou-se então um terço do total deles (2100 domicílios), o que equivaleu a 700 domicílios. A seleção foi feita através de uma amostragem sistemática dos domicílios que utilizou como referência a numeração dos domicílios devidamente codificados no censo ocorrido no povo Xukuru do Ororubá, no mês de janeiro de 2010, pela equipe da pesquisa do projeto.

Para a sistematização da amostra, sorteou-se o primeiro elemento de início casual com base no intervalo de número inteiro (k) igual a três, obtido pela fórmula $N(\text{população})/n(\text{amostra}) = k$. Assim, o primeiro elemento casual deveria ser um, dois ou três, partindo do número três obtido, se deu início à contagem dos domicílios que fizeram parte da amostra.

Partiu-se então do primeiro número sorteado (três) da aldeia de número um – Caldeirão, e a partir daí, seguiu-se à sistematização em que o segundo elemento casual se deu pela soma do primeiro elemento acrescido do valor de k (três), ou seja, a cada três domicílios, o terceiro seria selecionado. Prosseguiu-se essa amostragem até o último elemento casual (último domicílio possível da última aldeia da etnia, de número 25 – Cajueiro).

A amostra desse projeto foi composta pelos indivíduos pertencentes a um terço dos domicílios, homens e mulheres, que faziam parte do grupo etário de 18 a 59 anos. Considerando o total da população desse estudo, ou seja, 4.097 indígenas, a amostra inicial

correspondeu a 1.366 indígenas ou 1/3 do universo. Após os critérios de exclusão aplicados à amostra, obteve-se como amostra final desse estudo, 882 indígenas entre 18 e 59 anos.

Como critérios de exclusão foram usados: os indivíduos que no dia da entrevista não tinham 18 anos ou que tinham completado 60 anos; os que se recusaram à responder o questionário; os que estavam ausentes no momento da visita, após três visitas; os que durante a visita possuíam alguma impossibilidade temporária, como estar hospitalizado ou doente, ou permanente, como falecimento ou algum tipo de deficiência auditiva ou mental.

O método de seleção da amostra pode ser melhor entendido observando-se a **Figura 3**.

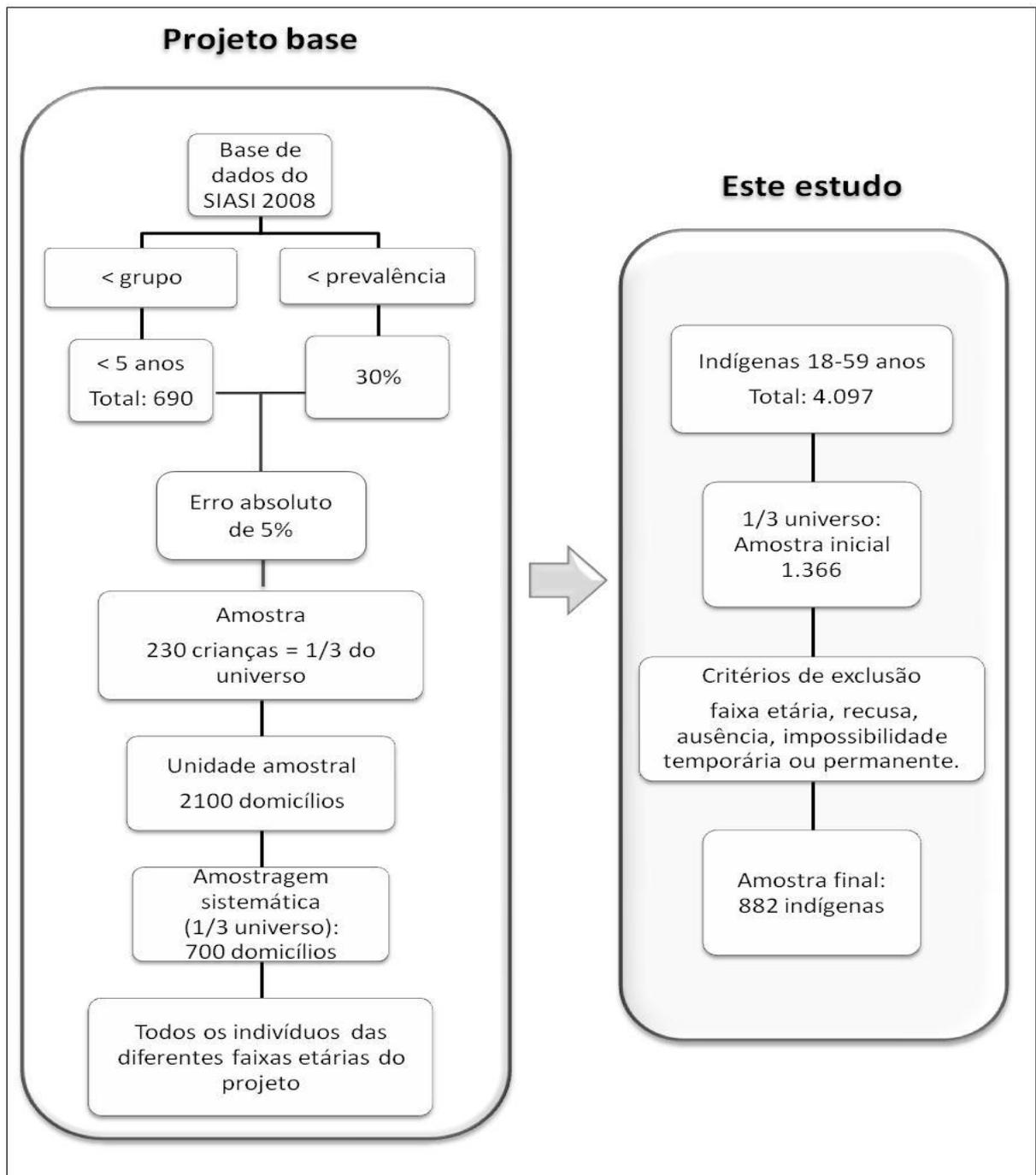


Figura 3 – Método de seleção da amostra

4.5 Coleta de Dados

Para a viabilização do trabalho de campo, foi composto um grupo de trabalho, com uma supervisora e oito equipes de duas pessoas, correspondendo a um total de 16 pessoas. As equipes foram compostas por 11 estudantes dos cursos de odontologia e nutrição do último ano de graduação, duas cirurgiãs-dentistas, uma nutricionista, um enfermeiro e uma fisioterapeuta. O período de treinamento da equipe e de coleta de dados ocorreu de 27 de fevereiro a 28 de março de 2010.

Para a realização da visita aos domicílios, o grupo de trabalho seguiu um conjunto de critérios pré-estabelecidos:

- a) Todos os indivíduos pertencentes aos grupos etários do projeto de pesquisa referido deveriam ser examinados e entrevistados;
- b) Durante as visitas a equipe deveria explicar aos moradores do domicílio selecionado os objetivos da pesquisa e o que seria realizado com cada um deles, de acordo com suas faixas etárias;
- c) Durante as visitas a equipe deveria evitar qualquer juízo de valor e respeitar as respostas dos entrevistados;
- d) Nos questões relacionadas ao consumo de álcool, por se tratar de um assunto “estigmatizante” e proibido dentro da etnia, deveria ser utilizada uma abordagem que permitisse a maior privacidade possível aos entrevistados.
- e) Dever-se-ia considerar o livre consentimento de cada um dentro do domicílio, no caso de recusa de algum indivíduo, apenas ele não deveria ser examinado e entrevistado.
- f) Quando o domicilio selecionado estivesse fechado, a equipe deveria realizar três voltas ao mesmo, sendo eliminado da amostra, o domicílio e todos os seus participantes, caso não estivesse presente após a terceira visita realizada.
- g) Quando algum indivíduo do domicílio não estivesse presente no momento da entrevista por motivos que não o impossibilitasse de respondê-la, a equipe deveria realizar três voltas ao domicílio do indivíduo, sendo o mesmo eliminado da amostra, caso não estivesse presente após a terceira visita realizada.
- h) Caso algum morador possuísse algum problema que o impossibilitasse de responder à pesquisa, ele seria dado como perda, um exemplo é alguma deficiência mental ou auditiva, ou em casos de internamento ou falecimento.

- i) Seria necessário por parte dos entrevistadores muito rigor e dedicação na tentativa de localização do entrevistado, para que não houvesse comprometimento da amostra.

Para a coleta dos dados deste estudo foi construído um instrumento adaptado à realidade do povo Xukuru do Ororubá, tendo como base instrumentos já validados e em uso em pesquisas no Brasil, e ainda, algumas variáveis consideradas importantes para entender as características desse povo (APÊNDICE B).

Inicialmente, os indivíduos foram caracterizados segundo o perfil socioeconômico. Entre as variáveis utilizadas para essa caracterização estavam o local de moradia, sexo, idade, estado civil, escolaridade, processo de migração e tipo de vínculo empregatício e de fonte de renda. A descrição dessas variáveis pode ser visualizada no quadro abaixo (QUADRO 1).

Caracterização	Categoria	Observação
Local de moradia	Aldeia Região	As Aldeias foram codificadas de 1 a 25 e as Regiões de moradia, Serra, Ribeira e Agreste, foram determinadas segundo a aldeia em que o indivíduo morava
Sexo	Masculino Feminino	Os indivíduos foram questionados quanto ao sexo
Idade	Idade em anos	Foi utilizada a idade referida em anos que foi conferida com a data de nascimento da carteira de identidade do indivíduo. Após essa variável foi categorizada nas faixas etárias de 18 a 24 anos, 25 a 34 anos, 35 a 44 anos e 45 a 59 anos.
Estado civil	Solteiro Amigado Casado Separado Divorciado Viúvo	Estado civil referido. Amigado seria todo aquele que possuía uma união estável, mas não registrada em cartório como casado. Divorciado o que era separado em cartório.
Escolaridade	Série de ensino	Os indivíduos foram questionados qual a última série que haviam concluído ou se nunca haviam estudado. Após, essas respostas foram unificadas de acordo com o tipo de ensino onde se enquadravam: ensino infantil, fundamental, médio, técnico, superior, pós-graduação.
Processo de Migração	Morar no território indígena desde o nascimento Não morar no território indígena desde o nascimento.	Para aqueles que referiram não morar no Território desde o nascimento, ou seja, que já haviam morado em outro lugar, eles foram questionados onde haviam morado e qual o motivo e tempo de retorno. Tanto os que haviam permanecido ou saído do Território Indígena foram questionados se sempre moraram na mesma aldeia e, caso contrário, em qual aldeia já haviam morado e quanto tempo de moradia nessa aldeia. Para melhor entendimento nas análises, essa variável foi transformada na variável migração (sim e não) que dizia respeito a ter alguma vez na vida saído do Território Indígena.

Quadro 1 – Lista das variáveis utilizadas para a caracterização do perfil socioeconômico do povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010 (Continua).

Caracterização	Categoria	Observação
Tipo de vínculo empregatício e de fonte de renda	Carteira assinada Contrato temporário Contrato de boca Autônomo/ambulante Meeiro Terceiro Pensão Aposentadoria Benefício social Auxílio doença Outra fonte de rendimento Não possui fonte de rendimento	Os indivíduos foram questionados sobre qual a fonte de renda e o tipo de vínculo de trabalho e podiam responder mais de uma alternativa, exceto quando referiam a alternativa não possui fonte de rendimento.

Quadro 1 – Lista das variáveis utilizadas para a caracterização do perfil socioeconômico do povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010 (Conclusão).

Em relação ao perfil de trabalho, todos os indivíduos foram divididos entre aqueles que tinham trabalho e os que não tinham, ou seja, todos aqueles que referiram ter como ocupação apenas estudar foram considerados entre os indivíduos que não tinham trabalho. A partir da resposta afirmativa ou negativa, se conduzia às demais questões.

No caso dos indivíduos que possuíam algum tipo de trabalho, o perfil de trabalho deles foi caracterizado segundo a atividade desenvolvida, o destino dos produtos, o uso de agrotóxico, a remuneração, o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), as horas, o turno, a existência de pausa, a carga, o modo de execução, o estado ao final do trabalho, a pressão, os riscos e os problemas de saúde relacionados ao trabalho. A descrição dessas variáveis pode ser visualizada no quadro abaixo (QUADRO 2).

Variável	Categoria	Observação
Atividade de trabalho dentro do Território Indígena	Tipo de atividade desenvolvida no Território Indígena	Foram questionados qual a atividade que desenvolviam no Território Indígena e podiam responder mais de uma alternativa.
Destino dos produtos	Só consumo familiar Só venda Só troca Consumo, venda e troca Consumo e venda Consumo e troca	Caso trabalhassem na agricultura, pecuária, extrativismo vegetal e piscicultura, qual o destino que davam ao produto e podiam responder mais de uma alternativa.

Quadro 2 – Lista das variáveis utilizadas para a caracterização do perfil de trabalho dos indivíduos que possuíam algum tipo de atividade de trabalho, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010 (Continua).

Variável	Categoria	Observação
Uso de agrotóxico	Uso e tempo de uso de agrotóxico	Caso trabalhassem na agricultura, pecuária, extrativismo vegetal e piscicultura foram questionados se utilizavam agrotóxico, caso sim, qual o tempo que usavam. Esse tempo de uso foi categorizado em até seis meses, entre seis meses e dois anos e mais de dois anos.
Atividade de trabalho fora do Território Indígena	Tipo de atividade desenvolvida fora do Território Indígena	Foram questionados qual a atividade de trabalho que desenvolviam fora do Território Indígena e podiam responder mais de uma alternativa.
Remuneração	Valor recebido em reais	Foram questionados sobre qual o valor em reais que recebiam pelas atividades de trabalho desenvolvidas dentro e fora do Território Indígena. Após, essa variável foi categorizada em: sem remuneração; menos de R\$ 545,00; R\$ 545,00 a menos de R\$1.090,00; R\$1.090,00 a menos de 2.725,00.
Equipamentos de Proteção Individual (EPI)	Luva Bota Máscara Óculos Protetor auricular Avental Capacete Chapéu/boné Touca Protetor solar Roupas/macacão Dedal/esparadrapo Nenhum EPI	Foram questionados se utilizavam EPI e caso usassem qual o tipo. Eles podiam responder mais de uma alternativa.
Carga horária de trabalho	Menos de 4 horas 4 horas 5 a 7 horas 8 horas Mais de 8 horas	Quantas horas geralmente trabalhavam por dia.
Turno de trabalho	Manhã Tarde Noite Manhã e tarde Manhã e noite Tarde e noite Manhã, tarde e noite Sem turno fixo.	Qual o turno que geralmente trabalhavam por dia.
Pausa no trabalho	Até 10 min 10 a 20 min 20 a 30 min Mais de 30 min Não realiza pausa	Os indivíduos foram questionados se tinham pausa e aqueles que referiram que sim qual o tempo dela em minutos.
Pressão no trabalho	Sim Não	Os indivíduos foram questionados se sofriam alguma pressão no ambiente de trabalho seja por seu chefe ou superior. No caso das pessoas que se dedicavam à atividades domésticas, se sofriam pressão de seu companheiro (a).
Carga de trabalho	Leve Moderado Intenso Exaustivo	Os indivíduos deviam referir se o trabalho era leve, moderado, intenso ou exaustivo.

Quadro 2 – Lista das variáveis utilizadas para a caracterização do perfil de trabalho dos indivíduos que possuíam algum tipo de atividade de trabalho, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010 (Continuação).

Variável	Categoria	Observação
Modo de execução do trabalho	Exige muita atenção Monótono Criativo Repetitivo	Os indivíduos deviam falar como era o trabalho desenvolvido e podiam responder mais de uma alternativa.
Estado ao final do trabalho	Cansado Triste Irritado Com dor Disposto Feliz Calmo Sem dor	Eles foram questionados como se sentiam ao final de um dia de trabalho e podiam responder mais de uma alternativa.
Riscos no trabalho	Químico Ergonômico Físico Biossanitário Psicológico Ambiental Segurança Social Nenhum risco	Foram questionados se existiam riscos no trabalho. Caso sim, respondiam qual o tipo de risco e podiam responder mais de uma alternativa.
Problemas de saúde relacionados ao trabalho	Tipo de problema de saúde	Foram questionados quanto ao tipo de problema de saúde que o trabalho já havia lhes causado e quais desses problemas os fizeram procurar atendimento médico. Podiam responder mais de uma alternativa. Para facilitar o processo de análise, os problemas de saúde foram categorizados segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10 (BRASIL, 2008).

Quadro 2 – Lista das variáveis utilizadas para a caracterização do perfil de trabalho dos indivíduos que possuíam algum tipo de atividade de trabalho, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010 (Conclusão).

Quanto aos indivíduos que referiram não possuir nenhum tipo de ocupação, investigou-se o porquê e o tempo de desemprego, assim como, quais os problemas que eram decorrentes dessa sua condição.

Em relação ao estilo de vida relacionado ao uso do álcool foram utilizados como base os instrumentos validados: *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST), *The Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) e a versão brasileira adaptada do *Hispanic Americans Baseline Alcohol Survey* (HABLAS) retirada do I levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira (LARANJEIRAS et al., 2007). Além desses instrumentos foram acrescentadas outras variáveis que permitissem o conhecimento da realidade do povo indígena Xukuru do Ororubá.

O instrumento HABLAS, foi desenvolvido pela Universidade do Texas (EUA) e foi traduzido e adaptado para população brasileira por Laranjeiras et al. (2007), que verificou uma boa aplicabilidade e aceitabilidade do instrumento no Brasil.

No estudo de Laranjeiras et al. (2007) ele apresentava as seguintes seções: dados sócio-demográficos, frequência e quantidade de bebidas alcoólicas separadas por tipos de bebida, idade de início, número de doses ao dia e maiores doses na vida, número de vezes que bebeu em “*binge*” (quatro ou mais doses para mulheres e cinco ou mais para os homens em uma única ocasião), dirigir alcoolizado, efeitos prejudiciais do beber, problemas com o álcool, uso nocivo (padrão de uso da bebida alcoólica que está causando dano real à saúde, seja físico ou mental, e é frequentemente criticado por outras pessoas), dependência do álcool de acordo com a CID-10 e apoio a políticas públicas.

Em relação ao instrumento HABLAS, não foram consideradas algumas questões de ordem sócio-econômica como classe social, renda familiar, raça, religião, dirigir alcoolizado, uso nocivo, dependência do álcool e apoio a políticas públicas. Algumas questões como a classe social e a raça não se aplicavam a esse estudo e as demais não se enquadravam nos objetivos desse estudo. Também não foram utilizadas as questões relativas à frequência e quantidade de bebidas alcoólicas por tipo de bebida, mas foram investigadas nesse estudo essas variáveis independentemente do tipo de bebida que se consumia. Outra questão não utilizada dizia respeito ao número de doses na vida, o que se utilizou o número de doses atuais por ser um dado mais interessante para esse estudo.

O ASSIST foi adaptado da Organização Mundial da Saúde (OMS), desenvolvido por pesquisadores de vários países a fim de detectar o uso de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas. Este instrumento foi validado no Brasil por Henrique et al. (2004), demonstrando boa confiabilidade, factibilidade, sensibilidade, especificidade, consistência interna e facilidade de interpretação e a possibilidade de ser utilizado por profissionais de saúde de formações diversas.

Esse questionário é estruturado contendo oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (álcool, tabaco, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos, e opiáceos). Ele é composto por questões que abordam a frequência de uso, na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas mal sucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável.

Para esse estudo, em relação ao ASSIST, a única substância psicoativa considerada foi o álcool. Desse instrumento, foram consideradas apenas as questões problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário e tentativas mal sucedidas de cessar ou reduzir o uso. Sobre a frequência ela apenas não foi utilizada questionando-se o uso na vida ou nos últimos três meses, mas nos últimos doze meses. As demais questões do instrumento não foram utilizadas por não se tratar do objetivo desse estudo.

O AUDIT é um instrumento desenvolvido pela OMS para a identificação de transtornos pelo uso de álcool em cuidados primários. Sua importância repousa no fato de que é capaz de identificar transtornos em estágios iniciais ou, ainda, o risco de desenvolver transtornos. O estudo de Méndez (1999) sugeriu que a versão brasileira do AUDIT é viável e válida para uso clínico e para pesquisa na detecção de transtornos pelo uso de álcool em atenção primária no Brasil.

Esse instrumento avalia o uso do álcool no que se refere aos últimos doze meses. Ele é composto pelas seguintes seções: quantidade e frequência do uso regular ou ocasional do álcool; sintomas de dependência ao álcool e problemas recentes na vida relacionados ao consumo de álcool. Para esse estudo foram consideradas as questões relacionadas à quantidade e frequência do uso regular ou ocasional do álcool. Para os sintomas de dependência não foi alvo desse estudo e por isso não utilizado e em relação aos problemas relacionados ao consumo de álcool eles não foram avaliados se eram recentes ou não, mas quais já haviam ocorrido.

Assim, para estudar o perfil de consumo de bebida alcoólica, partiu-se da condição principal referida consumir bebida alcoólica ou não consumir bebida alcoólica. Para as duas condições referidas eles foram questionados quanto ao consumo de bebidas alcoólicas por algum familiar, qual o familiar que consumia bebida alcoólica e qual o problema que a bebida geralmente causava.

Em relação aos indivíduos que referiram não consumir bebida alcoólica eles foram questionados se já haviam bebido alguma vez na vida ou se nunca haviam consumido bebidas alcoólicas. No caso dos que referiram ter consumido bebidas alcoólicas alguma vez na vida, eles foram questionados quanto à frequência de consumo, o tipo de bebida que geralmente consumiam, o porquê de ter parado e há quanto tempo não bebiam mais.

Em relação aos indivíduos que referiram consumir bebida alcoólica, o perfil de consumo deles foi caracterizado segundo a frequência, a dose, o excesso ou “binge”, o tipo de bebida, a idade e o motivo de consumo inicial, o local de primeiro contato, o local onde

costuma consumir e comprar, os problemas relacionados ao consumo, os problemas no trabalho relacionados ao consumo, o porquê e a frequência de consumo devido ao trabalho ou à falta de trabalho, a influência das mudanças na “identidade povo Xukuru” no consumo, a influência do processo de luta pela terra no consumo, a reclamação ou preocupação de alguém em relação ao consumo, a vontade de parar de beber, a procura de ajuda para parar de beber e a realização de tratamento devido ao consumo. A descrição dessas variáveis pode ser visualizada no quadro abaixo (QUADRO 3).

Para a variável frequência de consumo foram considerados três tipos de indivíduos abstinentes, o primeiro tipo era formado por aqueles que bebiam atualmente menos de uma vez ao ano, o segundo por aqueles que já haviam bebido alguma vez na vida e o terceiro por aqueles que nunca haviam bebido e ao final esses indivíduos foram unificados na categoria abstinentes. Para as demais análises relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas foram considerados apenas aqueles indivíduos que no momento da entrevista referiram consumir bebida alcoólica, mesmo que menos de uma vez por ano, ou seja, para essas análises em particular, foram excluídos todos aqueles que beberam alguma vez na vida ou que nunca beberam.

Variável	Categoria	Observação
Frequência de consumo	-Muito freqüente -Freqüente -Ocasional -Raramente -Abstínente	Foram assinalados como muito freqüente, o indivíduo que bebia todos os dias; freqüente, uma a quatro vezes por semana; ocasional, um a três vezes no mês; raramente, menos de uma vez ao mês e abstínente, menos de uma vez ao ano, nunca ter bebido e já beberam alguma vez na vida. Para melhor entendimento dessa variável, ela foi estratificada segundo o sexo, a faixa etária e região de moradia do indivíduo.
Doses de consumo	-1 a 2 doses -3 a 4 doses -5 a 11 doses -12 a mais doses	Foram questionados quantas doses consumiam em um dia típico de consumo. 1 Dose = 1 lata de cerveja de 350ml, 1 taça de vinho de 90ml, 1 dose de destilado de 30 ml, 1 garrafa pequena de bebida ice de 200 a 300 ml. Para melhor entendimento dessa variável, ela foi estratificada segundo o sexo, a faixa etária e região de moradia do indivíduo.
Excesso do beber ou beber em “binge”	-Sim -Não	O Beber em “binge” ou de quatro a mais doses para as mulheres e de cinco ou mais para os homens em uma única ocasião, foi avaliado segundo a frequência de consumo e o sexo.

Quadro 3 – Lista das variáveis utilizadas para a caracterização do perfil de consumo de bebidas alcoólicas para os indivíduos que referiram consumir bebida alcoólica, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010 (Continua).

Variável	Categoria	Observação
Tipo de bebida	-Cerveja -Pinga/Cachaça -Vinho -Vodca -Rum -Outra	Foram questionados qual o tipo de bebida que mais consumiam.
Idade de início de consumo	Idade em anos	Foram questionados quantos anos tinham quando beberam pela primeira vez. Essa idade foi categorizada em menos de 10 anos, 10 a 14 anos, 15 a 17 anos, 18 a 24 anos, 25 a 34 anos e 45 a 59 anos. Essa variável foi estratificada segundo o sexo.
Motivo de consumo inicial	-Vontade própria -Dificuldade financeira -Problemas afetivos e familiares -Influência dos amigos -Falta ou dificuldade de trabalho -Consumo de álcool por algum familiar -Influências culturais de “não-indígenas” -Outro	Os indivíduos foram divididos em dois grupos, aqueles que referiram motivo de consumo inicial por vontade própria e por algum outro motivo.
Local de primeiro contato	-Em casa -Casa de parentes -Casa de amigos -Bares/vendas -Trabalho -Lugar público -Outro -Não lembra	Os indivíduos foram questionados onde havia sido o local de primeiro contato e se ele ficava no Território Indígena, em Pesqueira, outro lugar no Nordeste, outro lugar fora do Nordeste ou não lembravam. Foi entendido como lugar público, as festas públicas, as praças e os locais abertos com presença de várias pessoas. Considerou-se venda, os mercados ou mercearia existentes dentro do Território Indígena. Essa variável foi estratificada segundo o sexo.
Local de consumo	-Em casa -Casa de parentes -Casa de amigos -Próximo à escola -Bares/vendas -Lugar público	Os indivíduos foram questionados onde geralmente consumiam a bebida alcoólica e se o local ficava no Território Indígena, em Pesqueira ou em outro lugar no Nordeste. Foi entendido como lugar público, as festas públicas, as praças e os locais abertos com presença de várias pessoas. Considerou-se venda, os mercados ou mercearia existentes dentro do Território Indígena.
Local de compra	-Posto de gasolina -Rodovia -Bares/vendas -Casa de parentes -Casa de amigos -Próximo à escola -Lugar público -Supermercado -Não informou	Os indivíduos foram questionados onde geralmente compravam ou adquiriam a bebida alcoólica e se o local ficava no Território Indígena, em Pesqueira, em outro lugar no Nordeste ou não informaram. Foi entendido como lugar público, as festas públicas, as praças e os locais abertos com presença de várias pessoas. Considerou-se venda, os mercados ou mercearia existentes dentro do Território Indígena.

Quadro 3 – Lista das variáveis utilizadas para a caracterização do perfil de consumo de bebidas alcoólicas para os indivíduos que referiram consumir bebida alcoólica, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010 (Continuação).

Variável	Categoria	Observação
Influência das mudanças na “identidade do povo Xukuru” no consumo	-Desrespeito aos costumes indígenas -Saída do Território Indígena -Deslocamento dentro do Território Indígena -Conflitos internos da etnia -Mudanças no processo de trabalho	Os indivíduos foram separados em dois grupos: ter sofrido nenhuma influência ou ter sofrido alguma influência.
Influência do processo de luta pela terra no consumo	-Medo de perder o trabalho -Preocupação com sua segurança e dos amigos e familiares -Medo de perder a posse da terra	Os indivíduos foram separados em dois grupos: ter sofrido nenhuma influência ou ter sofrido alguma influência.
Problemas relacionados ao consumo	-Mudança de comportamento e violência -Falta de interesse na cultura indígena -Dificuldade na comunidade -Dificuldades no trabalho -Dificuldades na escola -Problemas familiares -Problemas de saúde -Problemas financeiros -Acidentes -Nenhum problema	Os indivíduos foram separados em dois grupos: ter tido nenhum problema devido ao consumo ou ter tido algum problema. Para entender melhor os problemas devido ao trabalho essa categoria foi desmembrada em: dificuldade de acesso, cansaço, baixo rendimento, irritação, falta de concentração, faltas no trabalho, acidentes, brigas e demissão.
Consumo devido ao trabalho	-Sim -Não	Os indivíduos que trabalhavam e bebiam, foram questionados se alguma vez já haviam bebido devido ao trabalho e qual o motivo do consumo. O motivo de consumo devido ao trabalho foi categorizado em diminuir ansiedade/irritação, diminuir tristeza/depressão, limpar o organismo de venenos/intoxicações, diminuir estresse devido à pressão do patrão, diminuir cansaço físico, aumentar rendimento no trabalho, diminuir dores no corpo e esquecer os problemas. A variável consumo devido ao trabalho foi estratificada segundo as vezes de consumo (1 vez, 2 a 3 vezes, mais de 3 vezes) e a frequência quando mais de 3 vezes de consumo (muito freqüente, freqüente, ocasional, raramente e abstinente)
Consumo devido à falta de trabalho	-Sim -Não	Os indivíduos que não trabalhavam e que bebiam, foram questionados se alguma vez já haviam bebido devido à falta de trabalho e qual o motivo do consumo. O motivo de consumo devido à falta de trabalho foi categorizado em diminuir ansiedade, diminuir a tristeza, passar o tempo mais rápido e esquecer os problemas. A variável consumo devido à falta de trabalho foi estratificada segundo as vezes de consumo (1 vez, 2 a 3 vezes, mais de 3 vezes) e a frequência quando mais de 3 vezes de consumo (muito freqüente, freqüente, ocasional, raramente e abstinente)
Reclamação ou preocupação com o consumo	-Sim -Não	Os indivíduos foram questionados se alguma vez na vida algum amigo, parente, profissional de saúde ou outra pessoa já havia reclamado ou se mostrado preocupada com o seu consumo.

Quadro 3 – Lista das variáveis utilizadas para a caracterização do perfil de consumo de bebidas alcoólicas para os indivíduos que referiram consumir bebida alcoólica, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010 (Continuação).

Variável	Categoria	Observação
Para de beber	-pensou ou teve vontade de parar de beber (sim ou não) -tentou parar de beber (sim ou não) -procurou ajuda para parar de beber (sim ou não) Tipo de ajuda (familiar, equipe de saúde, amigos, religião e alcoólicos anônimos) -Tratamento atual (sim ou não)	Os indivíduos foram questionados se alguma vez na vida já tinham pensado ou tido vontade de parar de beber. Caso respondessem sim, eram questionados se haviam tentado parar de beber. Caso sim, se haviam procurado ajuda e de quem tinha sido essa ajuda. Aqueles que procuraram ajuda foram questionados se estavam em tratamento no momento da entrevista.

Quadro 3 – Lista das variáveis utilizadas para a caracterização do perfil de consumo de bebidas alcoólicas para os indivíduos que referiram consumir bebida alcoólica, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010 (Conclusão).

4.6 Projeto Piloto

Antes do início das atividades de campo foi realizado um estudo piloto com o instrumento referente a esse projeto especificamente, por se tratar de um instrumento que deveria ser adaptado à realidade local do povo Xukuru do Ororubá e por questões como o consumo de bebidas alcoólicas que é algo estigmatizante e proibido entre os povos indígenas. Durante o piloto, levantaram-se os possíveis problemas e dificuldades com o instrumento de coleta de dados. Ele foi realizado no mês de janeiro de 2010 e durou uma semana e foram entrevistadas 20 pessoas de forma aleatória, em todas as regiões sócio-ambientais da etnia, observando-se suas reações e o entendimento por parte do entrevistado do instrumento. Alguns entrevistados discutiram problemas no instrumento e deram sugestões para que as questões fossem melhor entendidas ou aceitas. Após esse estudo piloto, foi realizada a adequação do mesmo.

4.7 Introdução e crítica dos dados

A crítica inicial pré-digitação, para facilitar a introdução dos dados, e a criação do banco de dados ocorreu entre os meses de abril e maio de 2010. Para criação do banco de dados utilizou-se o programa *Epi-Info for Windows versão 3.5.1*. A introdução dos dados baseou-se na dupla digitação, ou seja, dois digitadores introduziram o mesmo questionário e

criaram dois bancos diferentes para serem comparados. Esse método foi utilizado a fim de minimizar os erros de entrada dos dados. Essa digitação ocorreu entre os meses de junho a agosto de 2010.

Após a finalização da digitação procedeu-se a crítica do banco de dados, esse momento ocorreu entre os meses de setembro de 2010 a janeiro de 2011. Foram corrigidos todos e quaisquer erros de digitação que a comparação entre os bancos demonstrou.

4.8 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada entre os meses de fevereiro e abril de 2011, através do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)®, na versão 13.0 *for Windows*.

O processo de análise de dados foi composto de quatro momentos, o primeiro dizia respeito ao perfil socioeconômico, com ênfase para o trabalho; o segundo englobou o perfil do consumo de bebidas alcoólicas; o terceiro buscou identificar segundo o efeito, os fatores associados ao consumo de bebidas alcoólicas por meio de um estudo de caso-controle e o quarto buscou identificar segundo o efeito, quais os fatores do trabalho associados ao consumo de bebidas alcoólicas.

4.8.1 Primeiro e segundo momentos

Para a construção das duas primeiras seções foi utilizada a estatística descritiva, em que se utilizou a distribuição de frequência e as análises foram apresentadas por meio de gráficos e quadros.

4.8.2 Terceiro momento

Para identificar os fatores associados ao consumo de bebidas alcoólicas foi considerada como variável dependente o consumo de bebidas alcoólicas. Assim, foram considerados como **casos** os indivíduos que no momento da entrevista referiram consumir bebida alcoólica e como **controles** aqueles que referiram não consumir bebida alcoólica. Em relação às variáveis independentes, todas estão listadas no **Quadro 4**. A variável independente principal escolhida foi o trabalho, ter trabalho em relação a quem não tinha.

Variável	Categoria
Trabalho	Sim Não (referência)
Região de moradia	Serra (Referência) Ribeira Agreste
Sexo	Masculino Feminino (referência)
Estado civil	Solteiro (referência) Amigado Casado Separado Divorciado Viúvo
Migração	Sim Não (referência)
Consumo familiar de bebida alcoólica	Sim Não (referência)
Escolaridade	Nunca estudou (referência) Ensino infantil Ensino fundamental Ensino médio Ensino técnico Ensino superior Pós-graduação
Faixa etária	18-24 anos 25-34 anos 35-44 anos 45-59 anos (referência)

Quadro 4 – Lista das variáveis independentes do estudo de caso-controle fatores associados ao consumo de bebidas alcoólicas

Para a análise dos dados foi utilizada como medida de efeito a *Odds Ratio* (OR), com um intervalo de confiança (IC) de 95%. Para testar a associação entre as variáveis independentes e dependente foi utilizado o modelo de regressão logística simples e múltipla.

Na análise do modelo de regressão logística múltipla, utilizaram-se todas as variáveis da regressão simples. Para a identificação do melhor modelo final usou-se o método *Backward stepwise* com estatística de *Wald*, considerando como critério de permanência no modelo as variáveis que obtiveram um p-valor < 0,05.

4.8.3 Quarto momento

Para identificar os fatores do trabalho associados ao consumo de bebidas alcoólicas, foram considerados apenas os indivíduos que possuíam alguma atividade de trabalho. Como variável dependente escolheu-se o consumo de bebidas alcoólicas. Assim, foram considerados como **casos** os indivíduos que no momento da entrevista referiram consumir bebida alcoólica e como **controles** aqueles que referiram não consumir bebida alcoólica. As variáveis independentes relacionadas ao trabalho estão listadas no **Quadro 5**. Para as variáveis que tiveram as subcategorias sim e não, a variável de referência foi o não.

Variável	Categoria	Subcategoria
Vínculo empregatício	carteira assinada contrato temporário contrato de boca autônomo terceiro	Sim e não para cada categoria
Remuneração	sem remuneração (referência) menos R\$ 545,00 R\$545,00 a menos R\$1.090,00 R\$1.090,00 a menos 2.725,00	-

Quadro 5 – Lista das variáveis independentes relacionadas ao trabalho do estudo de caso-controle fatores do trabalho associados ao consumo de bebidas alcoólicas (continua).

Variável	Categoria	Subcategoria
Atividade de trabalho no TI	afazeres domésticos agricultura pecuária piscicultura, pesca comércio artes área educacional cozinheiro auxiliar de serviços gerais motorista construção civil área da saúde organização indígena	Sim e não para cada categoria
Atividade de trabalho fora do TI	afazeres domésticos agricultura pecuária comércio artes área educacional cozinheiro auxiliar de serviços gerais motorista construção civil	Sim e não para cada categoria
Carga horária	8 horas (referência) menos 4 horas 4 horas 5 a 7 horas mais 8 horas	-
turno de trabalho	manhã e tarde (referência) manhã tarde noite manhã e noite tarde e noite manhã, tarde e noite sem turno fixo	-
pausa no trabalho	não realiza pausa (referência) até 10 min 10 a 20 min 20 a 30 min mais 30 min	-
Pressão no trabalho	sim não (referência)	-

Quadro 5 – Lista das variáveis independentes relacionadas ao trabalho do estudo de caso-controlado fatores do trabalho associados ao consumo de bebidas alcoólicas (continuação).

Variável	Categoria	Subcategoria
carga de trabalho	leve moderado intenso exaustivo	Sim e não para cada categoria
modo de execução	exige atenção monótono repetitivo criativo	Sim e não para cada categoria
riscos no trabalho	químico ergonômico físico biossanitário psicológico ambiental segurança social não tem risco	Sim e não para cada categoria
Problemas de saúde relacionados ao trabalho	F10 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool F32-33 Episódios depressivos e transtorno depressivo recorrente F50 Transtornos da alimentação F51 Transtornos não-orgânicos do sono devidos a fatores emocionais H53-54 Transtornos visuais e cegueira H92.0 Otolgia M25.5 Dor articular M54 Dor na coluna vertebral R00-09 Sintomas e sinais relativos ao aparelho circulatório e respiratório R10-19 Sintomas e sinais relativos ao aparelho digestivo e ao abdome R20-23 Sintomas e sinais relativos à pele e ao tecido subcutâneo R30-39 Sintomas e sinais relativos ao aparelho urinário R45 Sintomas e sinais relativos ao estado emocional R50-69 Sintomas e sinais gerais T60/63 Efeito tóxico de pesticidas e de contato com animais venenosos X58-59 Exposição acidental a outros fatores e aos não especificados	Sim e não para cada categoria

Quadro 5 – Lista das variáveis independentes relacionadas ao trabalho do estudo de caso-controle fatores do trabalho associados ao consumo de bebidas alcoólicas (conclusão).

Para a análise dos dados foi utilizada como medida de efeito a *Odds Ratio* (OR), com um intervalo de confiança (IC) de 95%. Para testar a associação entre as variáveis independentes e dependente foi utilizado o modelo de regressão logística simples e múltiplo.

Na análise do modelo de regressão logística múltipla, utilizaram-se todas as variáveis da regressão simples que obtiveram um p-valor $< 0,20$. Para a identificação do melhor modelo final usou-se o método *Backward stepwise* com estatística de *Wald*, considerando como critério de permanência no modelo as variáveis que obtiveram um p-valor $< 0,05$.

Após a realização do modelo múltiplo, as variáveis significantes foram controladas pelo sexo e faixa etária, fatores socioeconômicos que contribuem para uma maior chance de consumo de bebidas alcoólicas. Para o modelo controlado usou-se o método *Backward stepwise* com estatística de *Wald*, considerando como critério de permanência no modelo as variáveis que obtiveram um p-valor $< 0,05$.

5 RESULTADOS

A amostra inicial correspondeu a 1.366 indígenas, após o trabalho de campo, considerando as limitações existentes, essa amostra passou a ser de 882 indígenas.

5.1 Caracterização do perfil socioeconômico

Em relação à região de moradia e aldeias, os indivíduos estavam mais concentrados nas regiões e aldeias maiores como a região da Serra (40,9%), com destaque para a aldeia Canabrava (13,0%) e a região do Agreste (31,2%), com destaque para a aldeia de Cimbres (11,1%) (FIGURA 4).

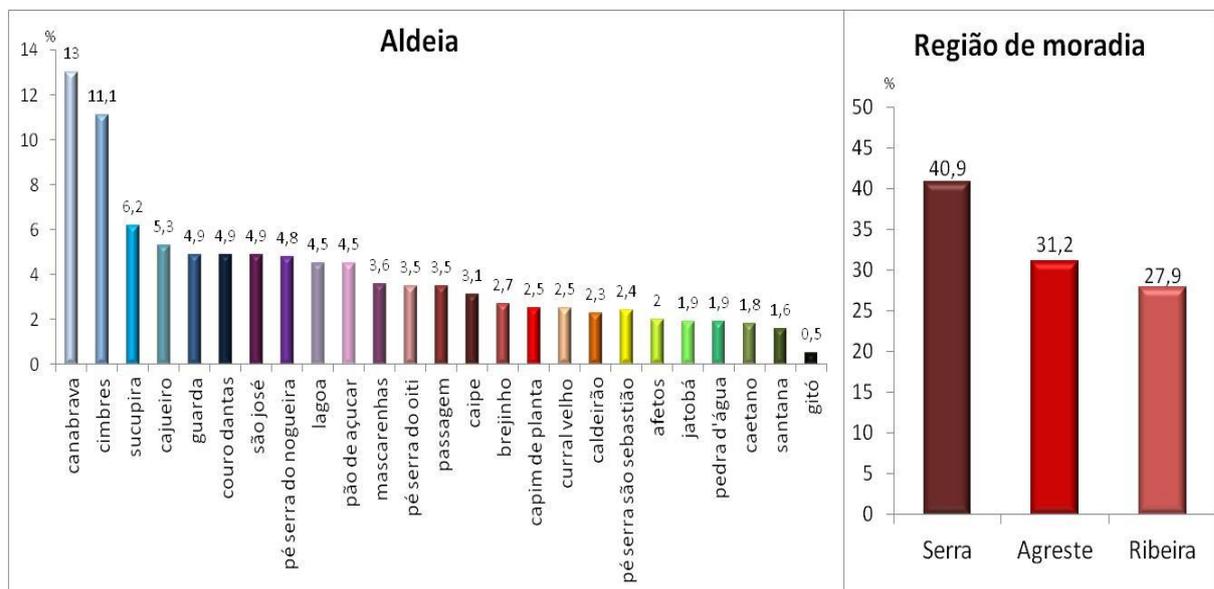


Figura 4 – Local de moradia segundo Aldeias e Regiões de moradia, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

A faixa etária dos indígenas foi em sua maioria de 25 a 34 anos (27,8%) e 45 a 59 anos (25,6%), seguidos de 18 a 24 anos (24,0%) e 35 a 44 anos (22,6%). No que diz respeito ao sexo, era predominantemente do feminino (55,9%), com sexo masculino apresentando 44,1%. Quanto ao estado civil, a maioria era casada (39,5%), amigada (30,5%) ou solteira (25,3%). O restante (4,8%) referiu ser separado (2,3%), divorciado (1,4%) ou viúvo (1,1%) (FIGURA 5).

Ao se tratar da escolaridade, 10,6% dos indivíduos nunca haviam estudado. Dos 89,4% que haviam estudado, a maioria havia concluído até o ensino fundamental (72,2%) e ensino médio (11,9%), totalizando 84,1% dos indígenas. O restante dos indígenas (5,3%) referiu a conclusão do ensino técnico (3,6%), ensino superior (1,5%) e pós-graduação (0,2%). Entre os indígenas no ensino fundamental, um dado importante é que a maioria deles (73,2%) se encontrava entre a primeira e a quarta série. O restante se encontrava entre a quinta e sétima série (19,2%) e apenas poucos haviam concluído o ensino fundamental (7,6%). Pode-se concluir que 53,9% dos indígenas possuíam escolaridade até a quarta série e 35,6% acima da quarta série (FIGURA 5).

Em relação à renda, 84,1% dos indivíduos possuem algum tipo de rendimento e 15,9% não possuem nenhum tipo de fonte de renda. Entre os indivíduos que possuíam renda, as fontes de rendimento que mais ocorreram foram trabalho autônomo (61,6%), seguidos de benefício social (41,9%), contrato temporário (8,9%) e contrato de boca (7,5%). Outras fontes de renda também foram citadas como aposentadoria (5,8%), carteira assinada (3,0%), terceiro (2,8%), pensão (2,0%), auxílio doença (0,7%) e meiro (0,3%) (FIGURA 5).

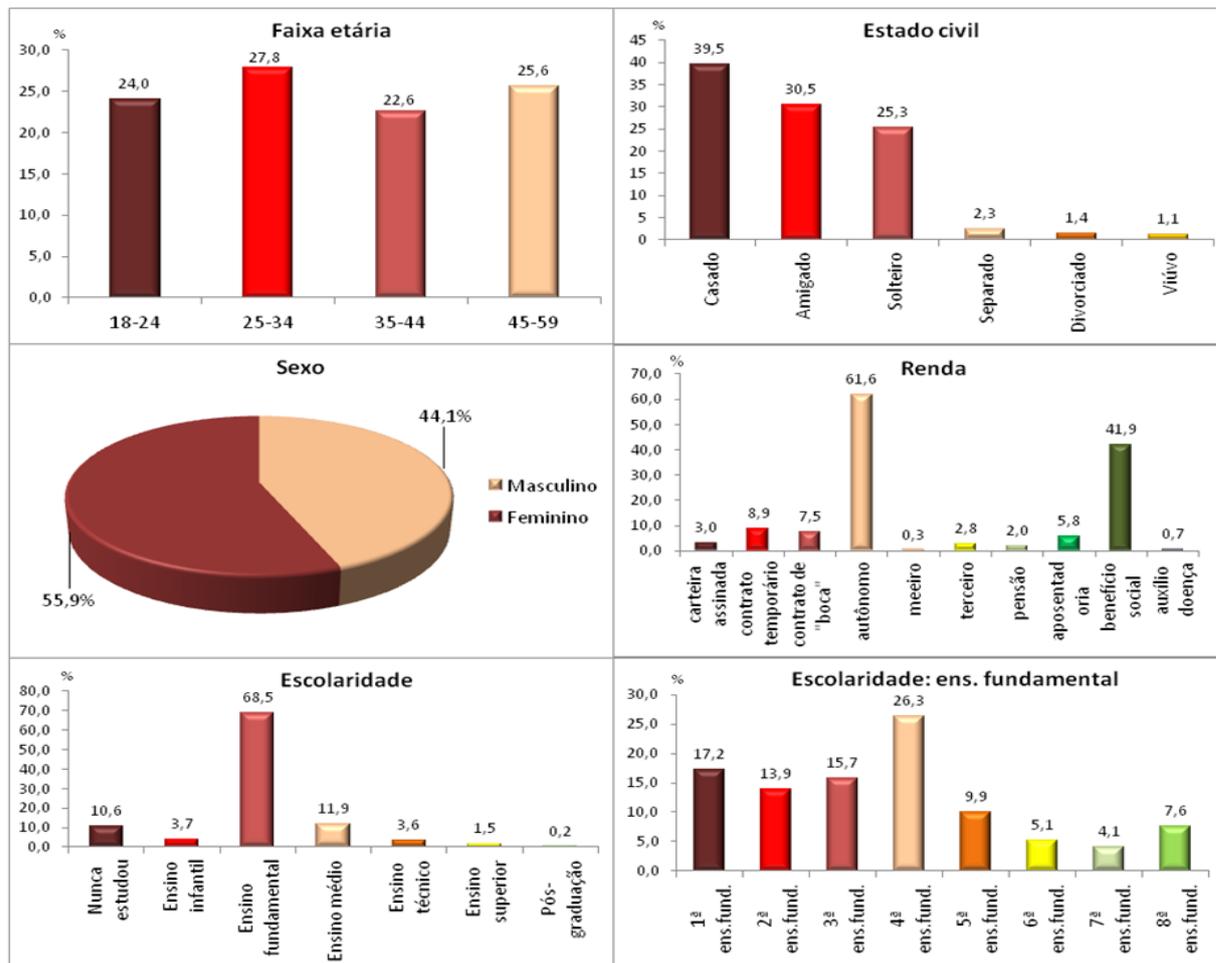


Figura 5 – Perfil socioeconômico segundo faixa etária, estado civil, sexo, renda e escolaridade, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

A maioria dos indígenas nunca havia emigrado do Território Indígena para morar em outras regiões (78,9%). Os demais (21,1%) já haviam saído do Território Indígena (FIGURA 6).

Entre os que haviam emigrado, a maioria havia morado no Nordeste em área urbana (45,7%), desses alguns moravam na cidade de Pesqueira (24,7), município onde parte dele se localiza o Território Indígena Xukuru do Ororubá. Os demais (54,3%) haviam morado no Nordeste em área rural (31,7%), fora do Nordeste em área urbana (15,6%) ou em área rural (3,2%) e em outro Território Indígena no Nordeste (3,8%). Quando questionados sobre os motivos do retorno, a maioria relatou que foi para acompanhar familiares (40,9%), constituir família (23,7%) e procura de melhores condições de vida (12,4%). Outros motivos também foram citados como à reconquista do Território Indígena (5,9%), procura de trabalho (5,4%) transferência de trabalho (1,6%), conflitos na comunidade onde morava (1,1%), perda do local onde morava ou perda de algum parente (1,0%) e outros não informaram o motivo (8,1%) (FIGURA 6).

Dentre os que haviam emigrado do Território Indígena Xukuru do Ororubá, quando questionados sobre o tempo de retorno, tomando como base o ano de realização da pesquisa, em 2010, a maioria havia retornado entre um e vinte anos (78,0%), ou seja, a partir da primeira retomada do Território Indígena (Aldeia Pedra D'água). Desses, 33,9% ocorreram antes da homologação do Território em 2001 e 44,1% após a homologação do Território. Dos demais (22,0%), 11,8% havia retornado entre os anos de 1980 e 1989, momento em que houve as primeiras mobilizações para a retomada do Território e 10,2% haviam retornado há mais de 30 anos (antes de 1980) (FIGURA 6).

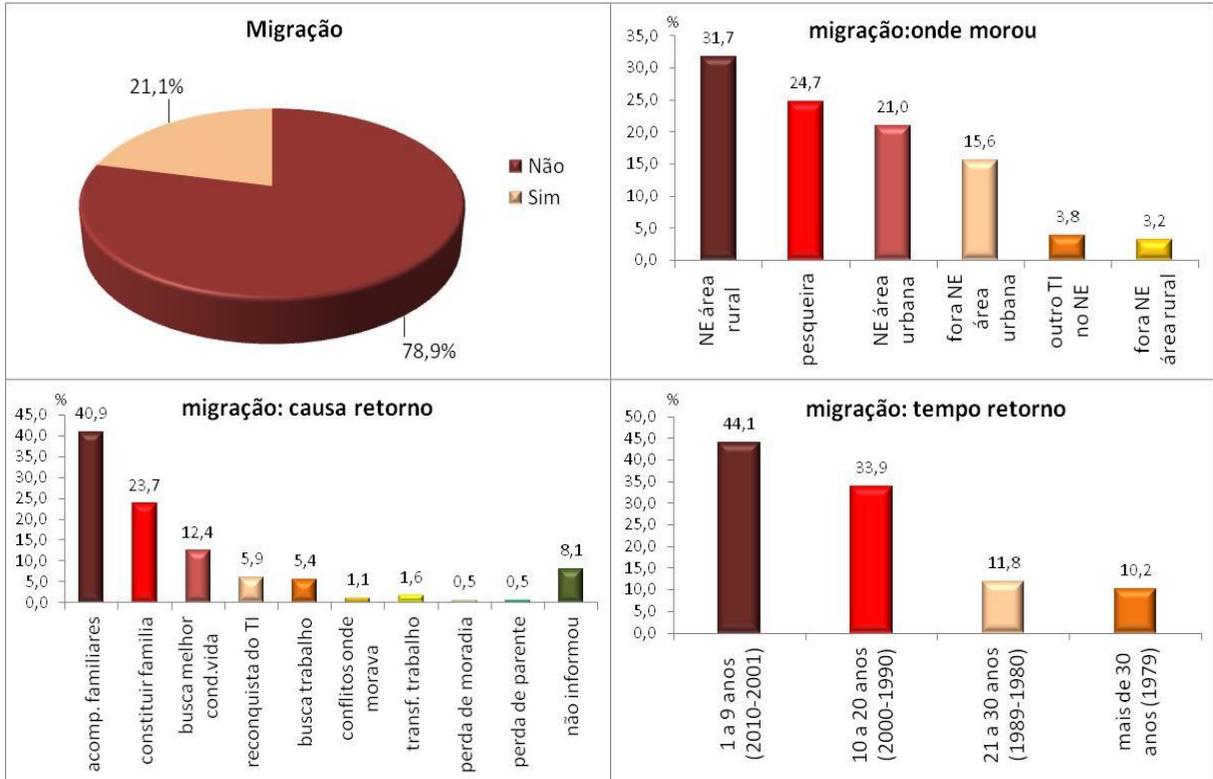


Figura 6 – Migração, onde morou, causa de retorno e tempo de retorno ao Território Indígena, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

No que concerne à variável trabalho, 842 (95,5%) indígenas possuíam alguma atividade de trabalho, dentro ou fora do Território Indígena. Enquanto que 40 (4,5%) indígenas não possuíam atividade de trabalho (FIGURA 7).

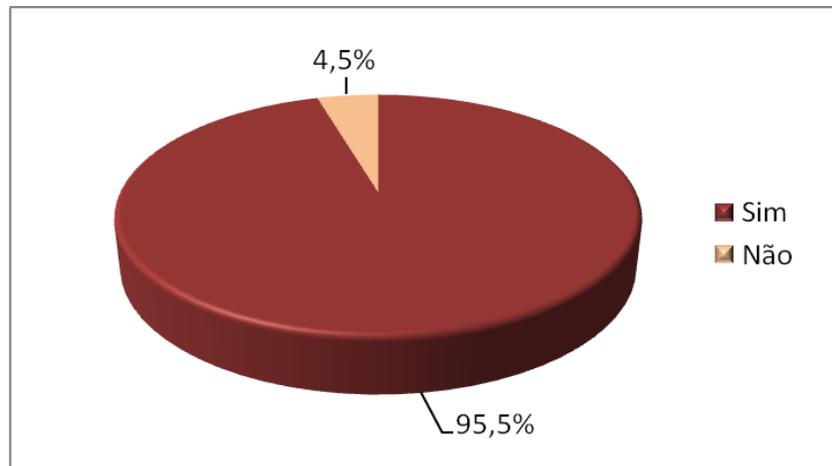


Figura 7 – Perfil socioeconômico segundo ter ou não trabalho, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

5.2 Caracterização do perfil de trabalho

5.2.1 Caracterização dos indígenas que trabalhavam

No que se refere aos indígenas que possuíam atividade de trabalho, 838 (99,5%) possuíam atividade apenas no Território Indígena, quatro (0,4%) apenas fora do Território Indígena e 14 (1,7%) dentro e fora do Território Indígena.

Dentre os indígenas que possuíam alguma atividade de trabalho no Território Indígena, as atividades mais citadas foram agricultura (64,8%), afazeres domésticos (47,9%), artesanato/produção cultural (26,5%), pecuária (24,9%) e atividades na área educacional (5,2%). Outras atividades também foram citadas em menor proporção como comércio (1,5%), cozinheiro/merendeiro (1,9%), piscicultura ou pesca (1,1%), auxiliar de serviços gerais (0,7%), motorista (1,3%), construção civil (1,2%), atividades na área da saúde (1,9%), atividades de organização indígena (0,7%) e outras atividades (2,4%). Entre as outras atividades se encontravam: borracheiro, cabeleireiro, catador de lixo, técnico de eletrônica, casa de farinha e extrativismo vegetal (FIGURA 8).

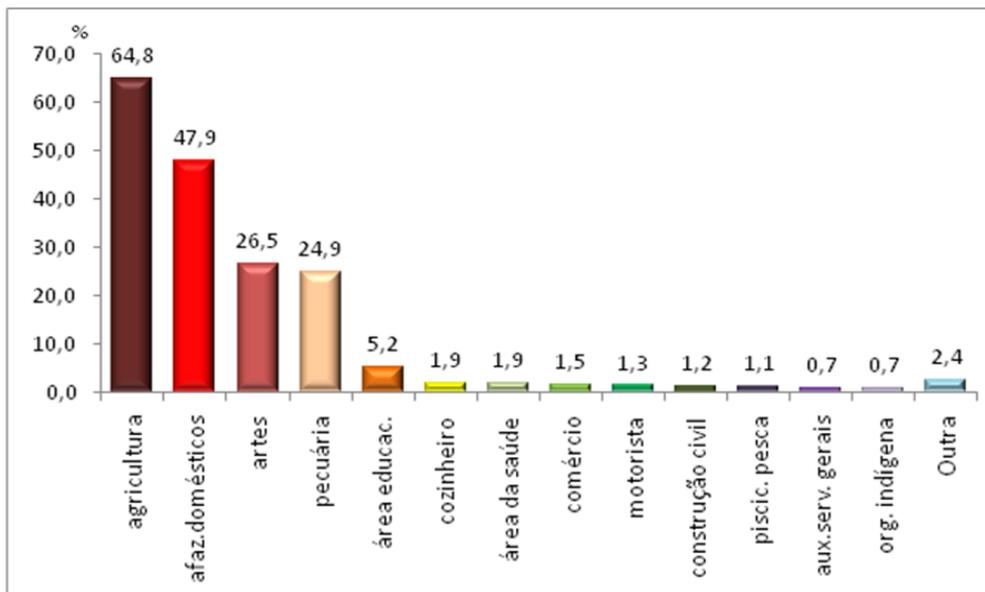


Figura 8 - Atividades de trabalho desenvolvidas no Território Indígena, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Entre os indígenas que trabalhavam na agricultura, pecuária, extrativismo vegetal e piscicultura (69,5%), 47,4% deles produziam apenas para o consumo familiar, 45,7%

consumiam e vendiam o produto e 6% só produziam para a venda. Os demais (0,9%) consumiam, vendiam e trocavam (0,7%) ou consumiam e trocavam (0,2%). Quanto ao uso de agrotóxicos pelos indígenas que trabalhavam nessas áreas, apenas 20,1% deles utilizavam agrotóxicos em suas atividades. Entre esses indivíduos que usavam agrotóxicos, a maioria fazia uso há mais de dois anos (67,8%), os demais (32,2%) usavam há menos de seis meses (16,9%) ou entre seis meses e dois anos (15,3%) (FIGURA 9).

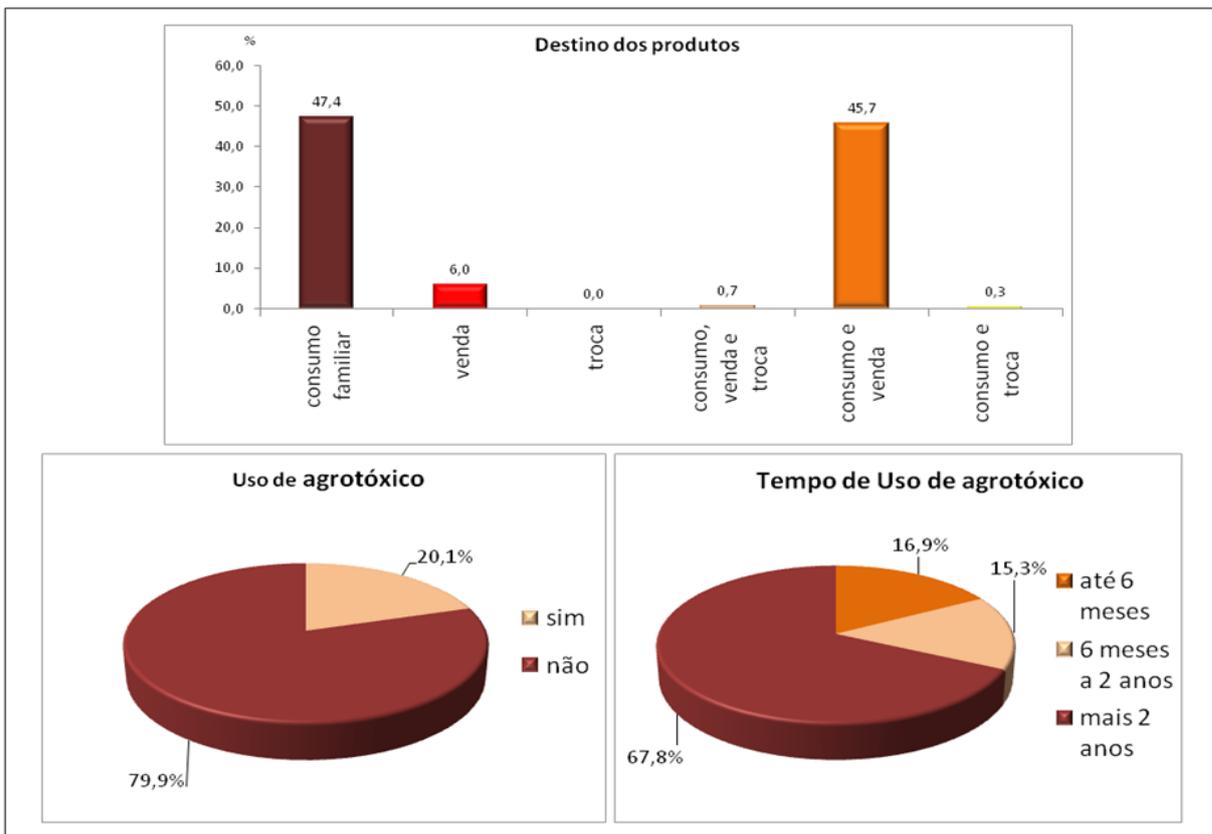


Figura 9 - Destino dos produtos, uso e tempo de uso de agrotóxico na agricultura, pecuária, extrativismo vegetal e piscicultura realizadas no Território Indígena e nessas atividades, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Entre os indígenas que trabalhavam fora do Território Indígena (2,1%), as atividades de trabalho mais citadas foram comércio (22,2%) e agricultura (22,2%) e pecuária (16,7%). As demais atividades foram cozinheiro e auxiliar de serviços gerais (11,1% cada) e afazeres domésticos, artes, área educacional, motorista, construção civil (5,6% cada) (FIGURA 10).

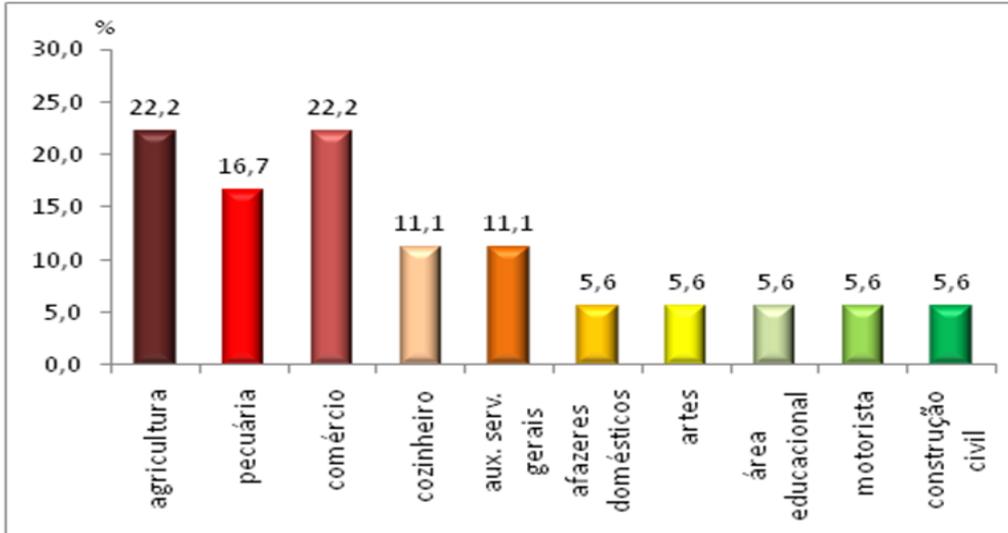


Figura 10 - Atividades de trabalho desenvolvidas fora do Território Indígena, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Em relação à remuneração do trabalho, tanto fora quando dentro do Território Indígena, 69,4% dos indígenas recebiam remuneração pelo trabalho desempenhado. Entre os que recebiam remuneração (69,4%), a maioria (63,2%) recebia menos de um salário mínimo (R\$ 545,00) e os demais (6,2%) recebiam entre um e menos de dois salários mínimos ou R\$ 1.090,00 (5,6%) e entre dois e menos de cinco salários mínimos ou R\$2.725,00 (0,6%) (FIGURA 11). Dos 30,6% que não possuíam remuneração, 16,6% possuíam algum outro tipo de fonte de renda e 14,0% não possuíam nenhum tipo de fonte de renda.

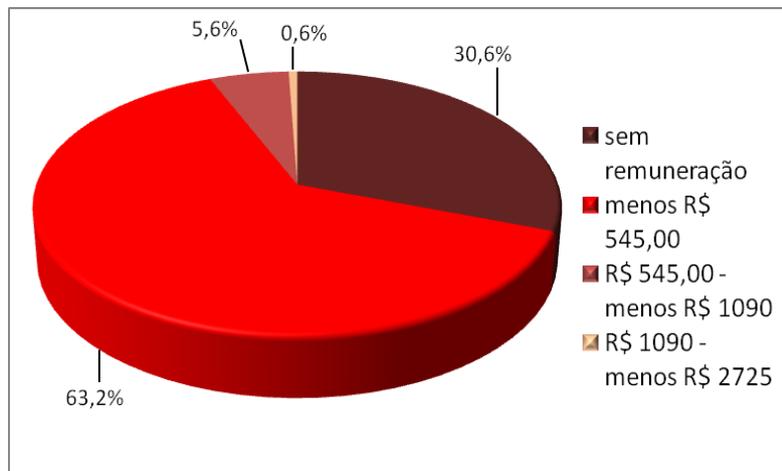


Figura 11 - remuneração do trabalho, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Quanto ao uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) no trabalho, 67,6% dos indígenas referiram utilizar algum tipo de EPI. Entre os mais utilizados estavam o boné ou chapéu (86,5%), botas (56,1%), roupa especial (13,2%) e luvas (8,8%). Outros equipamentos

também foram citados como Protetor solar (6,3%), Touca (5,1%), Avental (4,7%), Máscara (3,5%), Capacete (1,9%), Óculos (1,8%), Dedal ou esparadrapo (1,4%) e Protetor auricular (0,2%) (FIGURA 12).

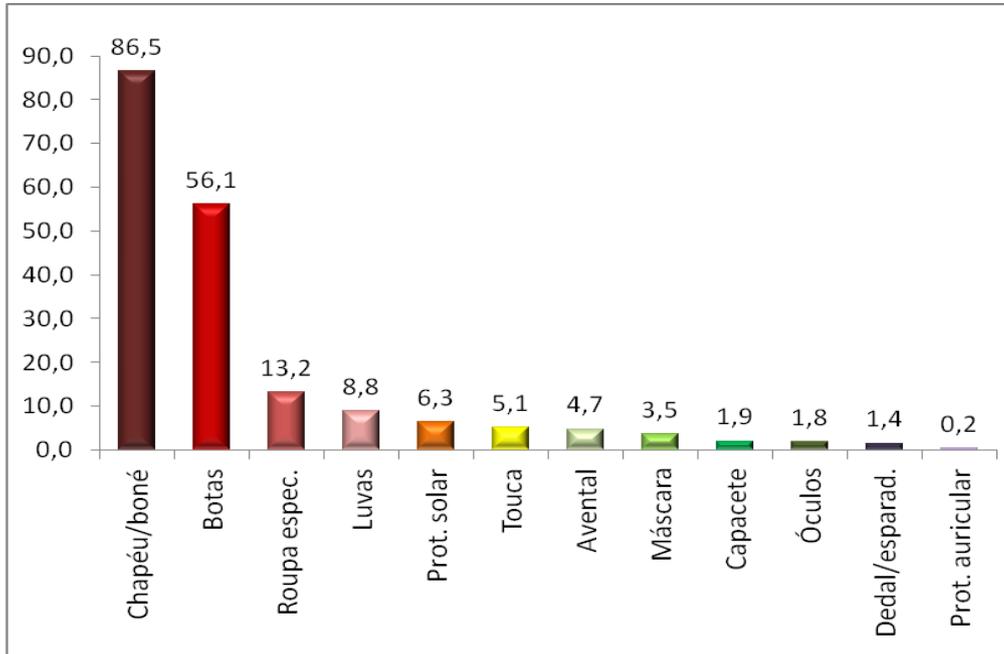


Figura 12 - Tipo de Equipamento de Proteção Individual utilizado no trabalho, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Ao se tratar da carga horária das atividades de trabalho, a maior parte dos indígenas referiu trabalhar oito horas (34,1%) e mais de oito horas (24,7%), seguidos de cinco a sete horas (18,4%), quatro horas (11,8%) e menos de quatro horas (11,0%) (FIGURA 13).

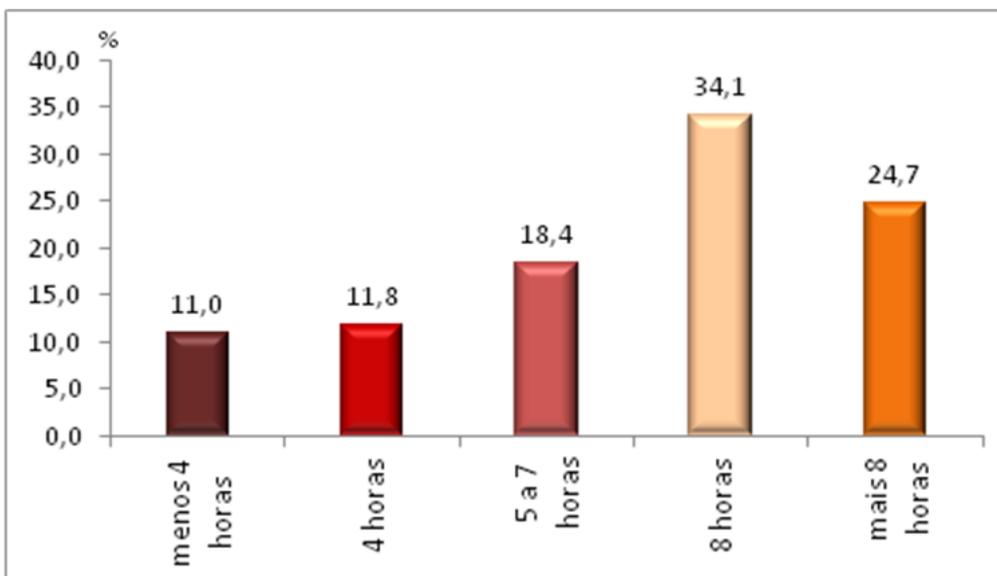


Figura 13 - Carga horária de trabalho, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

A maioria referiu trabalhar nos turnos da manhã e da tarde (64,4%) ou apenas pela manhã (19,1%) ou de manhã, tarde e noite (10,5%) ou apenas de tarde (4,0%). Alguns ainda referiram desempenhar suas atividades de trabalho nos horário da noite (0,6%), tarde e noite (0,6%), manhã e noite (0,5%) e sem turno fixo (0,4%) (FIGURA 14).

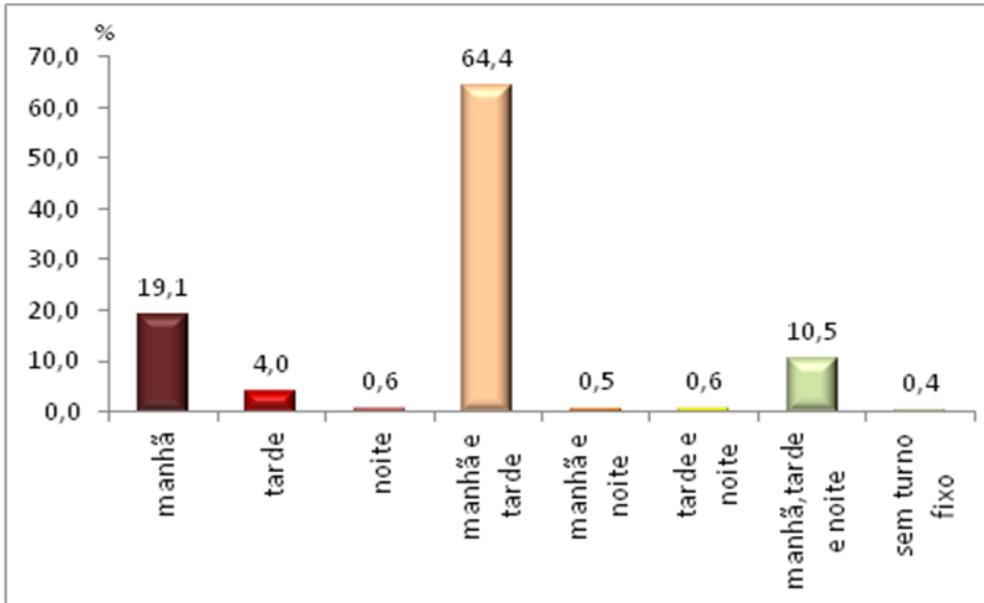


Figura 14 - Turno de trabalho, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

No que diz respeito à realização de pausa durante o trabalho, a maioria dos indivíduos realizava pausas (70,1%). Essas pausas duravam geralmente dez minutos (22,3%) e entre 20 a 30 minutos (20,1%). Alguns realizavam pausas com um tempo maior que 30 minutos (14,8%) e entre 10 e 20 minutos (12,8%) (FIGURA 15).

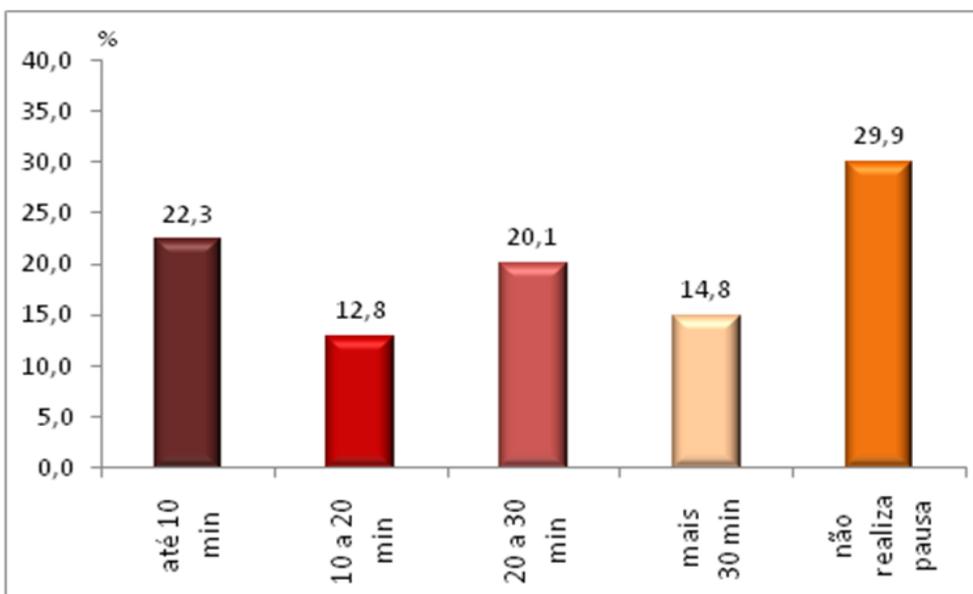


Figura 15 - Realização de pausa durante o trabalho, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Em relação à existência de pressão no ambiente de trabalho causada por um superior ou chefe ou no caso das donas de casa, por seu companheiro, pôde-se perceber que apenas 5,9% dos indígenas referiram sofrer pressão no ambiente de trabalho. Os demais ou não sofriam pressão (53,1%) ou desempenhavam atividades que não tinham patrão ou superior (41,0%) como exemplo a pessoa que era autônoma (FIGURA 16).

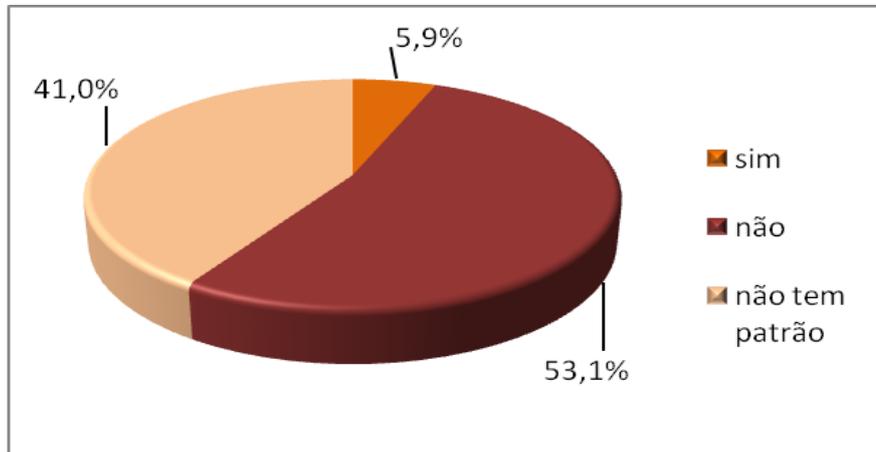


Figura 16 – Existência de pressão por parte de algum superior, patrão ou companheiro no trabalho, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

A maioria dos indígenas referiu que estavam expostos a riscos no ambiente de trabalho (63,3%). Entre os riscos mais referidos pelos indígenas estavam os riscos físicos (58,9%), ergonômicos (50,1%) e químicos (32,1%). Outros riscos também foram citados em menor proporção pelos indígenas como riscos bio sanitários (6,0%), segurança (4,5%), psicológicos (3,6%), ambiental (2,3%) e social (0,8%) (FIGURA 17).

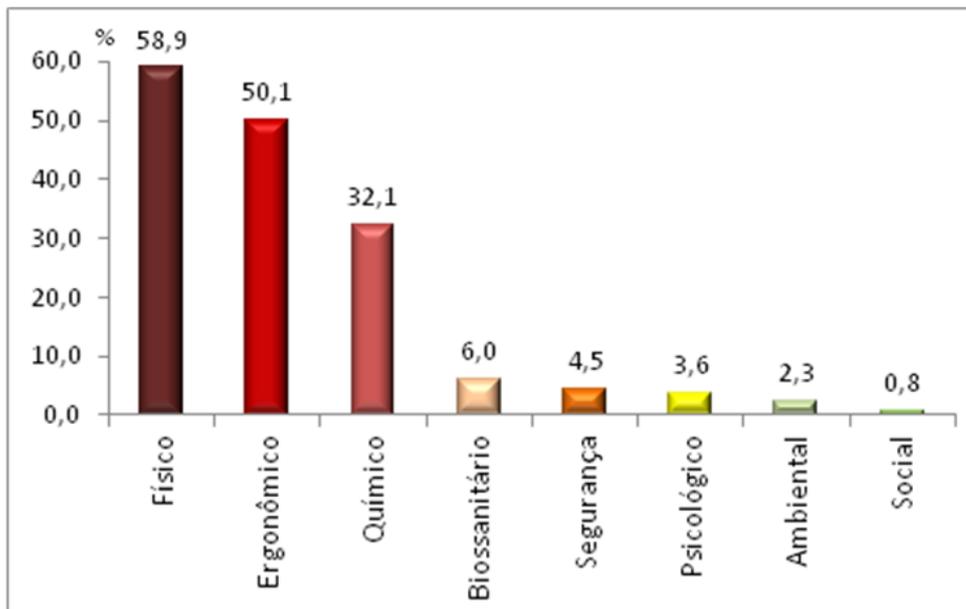


Figura 17 – Existência de riscos no trabalho, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Quanto ao tipo de carga de trabalho, a maioria respondeu que seu trabalho era leve (35,9%) e moderado (25,1%). Os demais referiram que seu trabalho era pesado ou intenso (21,5%) e exaustivo (16,9%). Seis indígenas não responderam a essa questão (0,7%) (FIGURA 18). Assim, pode-se dizer que 38,4% referiram sobrecarga de trabalho.

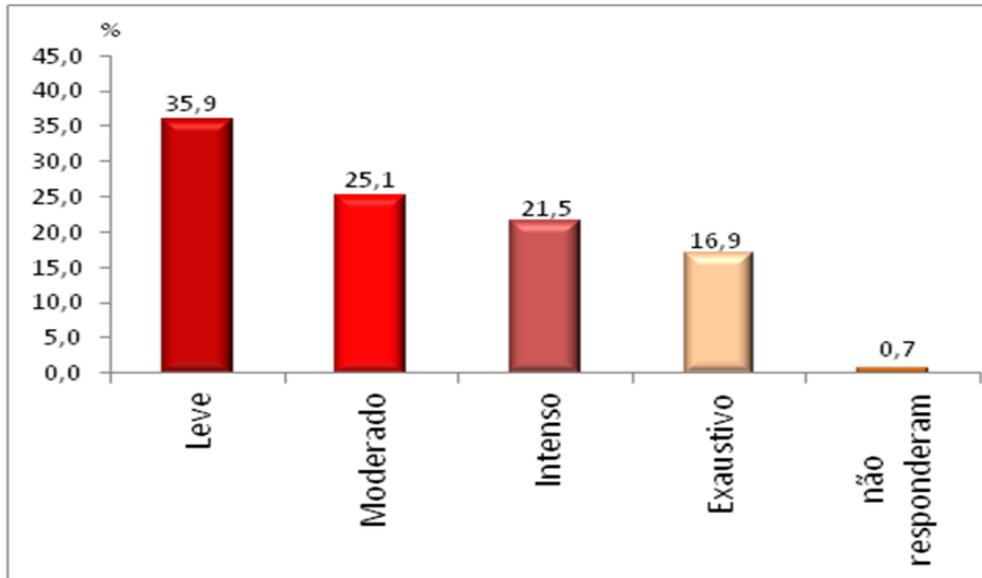


Figura 18 – Carga de trabalho, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Quanto ao modo de execução da atividade, a maioria dos indígenas referiu que elas eram realizadas de modo repetitivo (44,4%) e monótono (38,4%), seguidos de um trabalho que exige muita atenção (35,6%) e criativo (18,8%) (FIGURA 19).

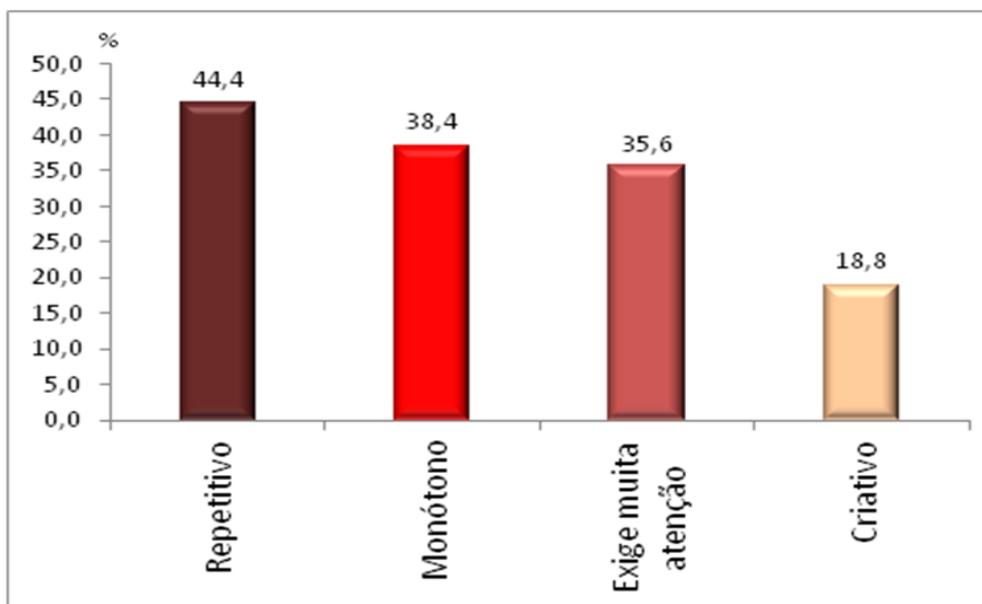


Figura 19 – Modo de execução do trabalho, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Ao serem questionadas quanto ao estado que ficavam ao final de um dia de trabalho, a maioria respondeu que se encontrava cansado (73,5%), com dores (45,8%), feliz (22,3%) e tranqüilo ou relaxado (20,9%). Alguns também relataram que ficavam dispostos (9,3%), tristes (10,7%), irritados ou estressados (16,7%) e sem dores (17,8%) (FIGURA 20).

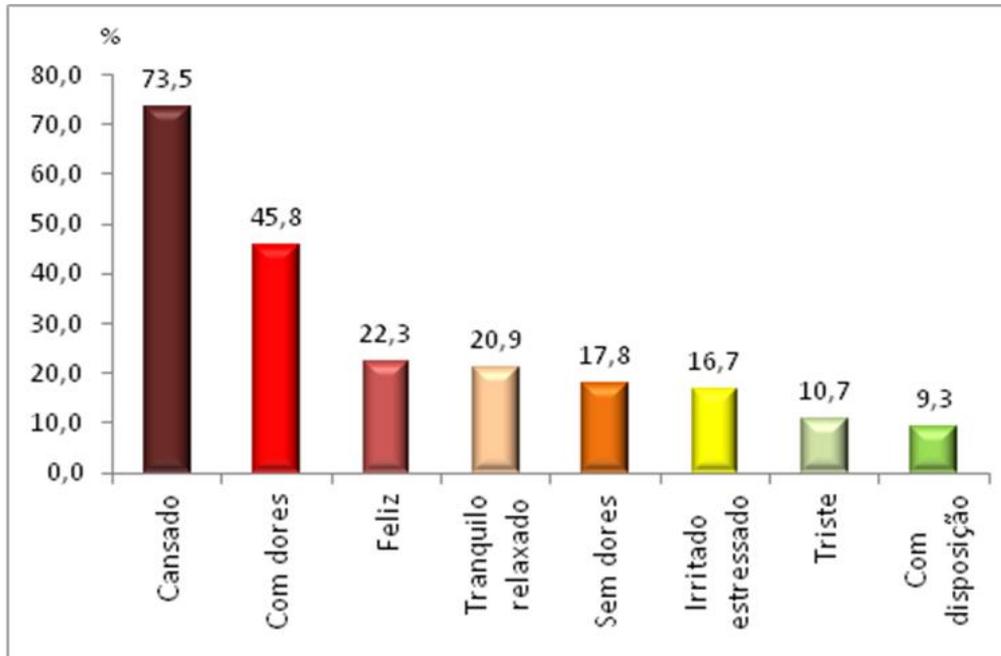


Figura 20 – Estado ao final de um dia de trabalho, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Quando os indígenas foram questionados se o trabalho já havia lhes causado algum problema de saúde, a maioria referiu que sim (57,0%) (FIGURA 21).

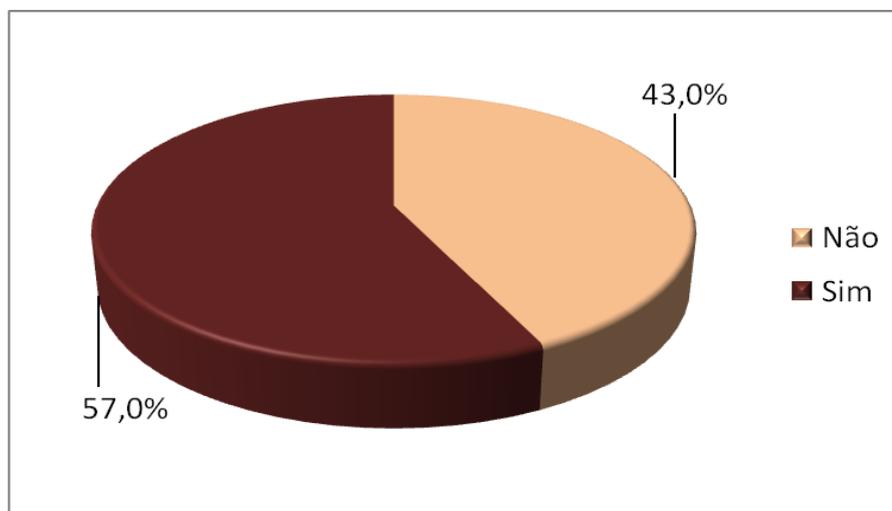


Figura 21 – Ocorrência de problema de saúde devido ao trabalho, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Segundo o CID-10, os problemas mais citados foram: R50-69 Sintomas e sinais gerais (70,2%), M54 Dor na coluna vertebral (61,3%) e M25.5 Dor articular (28,5%). Entre os sinais e sintomas gerais referidos estavam a cefaléia - R51, o mal estar e fadiga - R53, a síncope e o colapso - R55 e o edema não classificado em outra parte - R60. Outros problemas relevantes também foram citados como F10 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool (1,3%), F32-33 Episódios depressivos e transtorno depressivo recorrente (2,5%), R45 Sintomas e sinais relativos ao estado emocional como a tristeza, ansiedade e irritação (9,6%), T60/63 Efeito tóxico de pesticidas e efeito tóxico de contato com animais venenosos (3,8%) e X58-59 Exposição acidental a outros fatores e aos não especificados como fraturas e acidentes no trabalho (2,5%) (QUADRO 6).

CID	DESCRIÇÃO	FREQ	%
F10	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	6	1,3
F32-33	Episódios depressivos/Transtorno depressivo recorrente	12	2,5
F50	Transtornos da alimentação	16	3,3
F51	Transtornos não-orgânicos do sono devidos a fatores emocionais	29	6,0
H53-54	Transtornos visuais e cegueira	24	5,0
H92.0	Otalgia	1	0,2
M25.5	Dor articular	137	28,5
M54	Dor na coluna vertebral	294	61,3
R00-09	Sintomas e sinais relativos ao aparelho circulatório e respiratório	56	11,7
R10-19	Sintomas e sinais relativos ao aparelho digestivo e ao abdome	23	4,8
R20-23	Sintomas e sinais relativos à pele e ao tecido subcutâneo	33	6,9
R30-39	Sintomas e sinais relativos ao aparelho urinário	5	1,0
R45	Sintomas e sinais relativos ao estado emocional	46	9,6
R50-69	Sintomas e sinais gerais	337	70,2
T60/63	Efeito tóxico de pesticidas e efeito tóxico de contato com animais venenosos	18	3,8
X58-59	Exposição acidental a outros fatores e aos não especificados	12	2,5
	TOTAL	480	100

Quadro 6 – Problemas de saúde ocasionados pelo trabalho, povo Xukuru do Ororubá, Pernambuco, 2010.

Entre os indígenas que apresentaram algum problema de saúde devido ao trabalho, 48,5% deles já haviam procurado atendimento médico. Entre os problemas que mais os levaram a procurar atendimento médico estava os R50-69 Sintomas e sinais gerais (24,6%), com destaque para a cefaléia (16,7%) e a M54 Dor na coluna vertebral (18,3%).

5.2.2 Caracterização dos indígenas que não trabalhavam

Entendendo-se que a situação de o indivíduo estar sem trabalho é parte integrante e muito importante da questão “trabalho”, procurou-se caracterizar o perfil dos indivíduos que no momento da entrevista não desempenhavam nenhum tipo de atividade de trabalho.

Em relação aos 40 indígenas (4,5%) que não trabalhavam seja dentro ou fora do Território Indígena, apenas 30 indígenas (75,0%) estavam desempregados por algum motivo específico. Entre os motivos, o que mais prevaleceu foi a falta de trabalho (35,0%) e as doenças relacionadas ao trabalho (20,0%). Os demais motivos se referiram a doenças não relacionadas ao trabalho (10,0%), problemas pessoais (5,0%) e saída do trabalho para cuidar dos filhos (5,0%). Para os demais (25,0%) os motivos estavam ligados à aposentadoria (15,0%), não desejar trabalhar (2,5%) e apenas estudar (7,5%) (FIGURA 22).

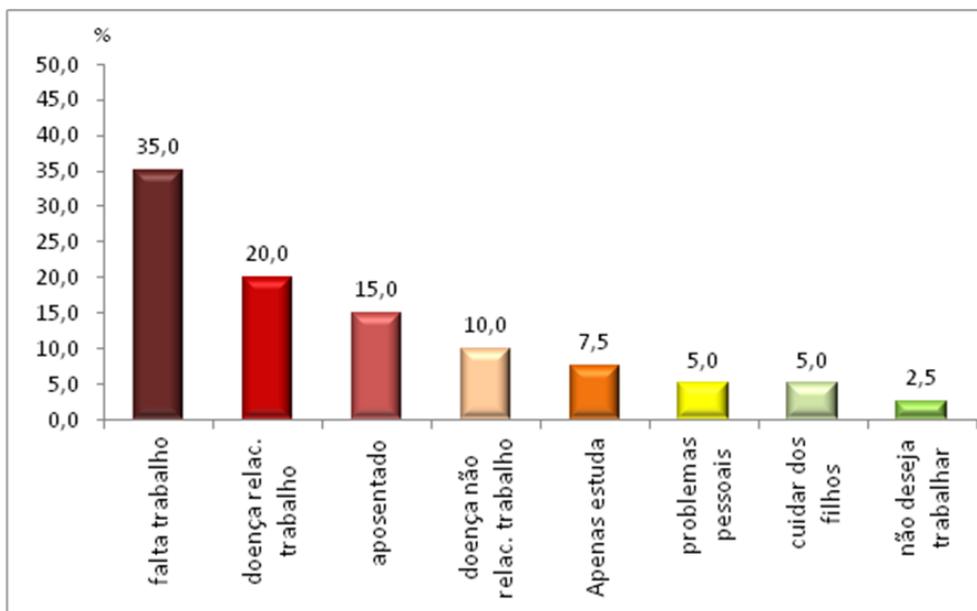


Figura 22 – Motivo de desemprego, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Dos 30 indígenas que estavam sem trabalhar por algum motivo específico, a maior parte deles estava desempregada a mais de dois anos (56,7%), os demais (43,3%) estavam desempregados há pelo menos um ano (26,7%) ou entre um a dois anos (16,6%) (FIGURA 23).

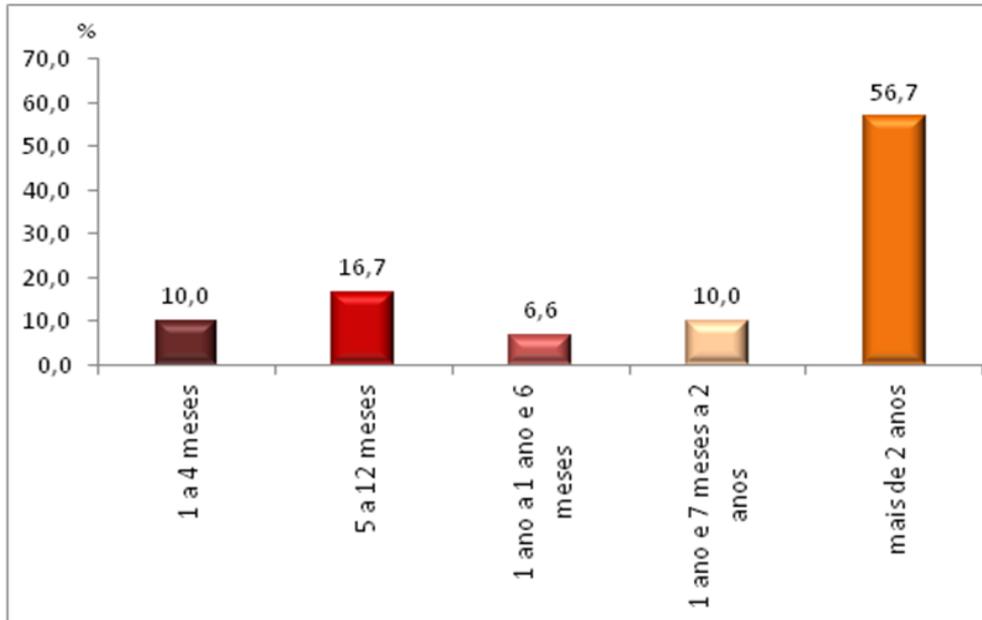


Figura 23 – Tempo de desemprego, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Quando esses mesmos indivíduos foram questionados se o desemprego lhes causava problemas, 53,3% referiram ter problemas. Os problemas citados em maior proporção foram depressão e tristeza (46,7%), ansiedade e irritação (30,0%) e discriminação e conflitos na comunidade (13,3%). Outros problemas também foram citados como vontade de consumir bebida alcoólica (6,7%), conflitos pessoais (6,7%), discriminação e conflitos dentro de casa (3,3%) e falta de alimentação (3,3%) (FIGURA 24).

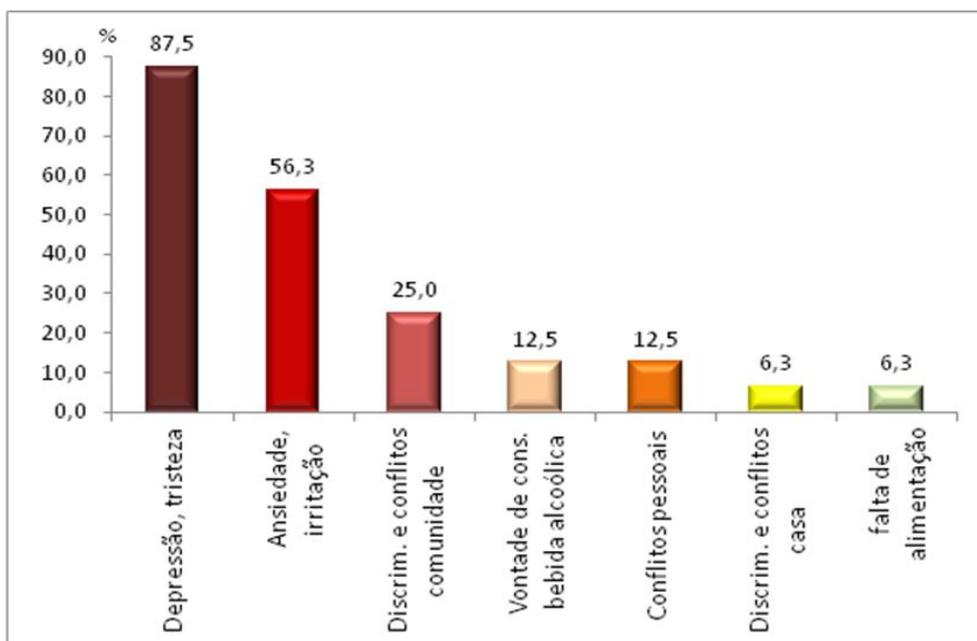


Figura 24 – Problemas causados pela falta de emprego, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

5.3 Caracterização do consumo de bebidas alcoólicas

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, os indivíduos foram questionados se alguém de sua família consumia ou já tinha consumido bebida alcoólica. A maior parte dos indígenas referiu (93,2%) que algum familiar consumia ou já havia consumido bebida alcoólica. Entre os familiares estavam em sua maioria os primos (70,2%), os irmãos (68,6%), os tios (67,6%) e os pais (51,0%). Outros familiares também foram relatados como cunhados (48,4%), marido/esposo/companheiro (38,9%) e sobrinhos (36,4%). Entre os familiares com menor proporção estavam os avós (18,5%) e os filhos (18,7%), estes talvez devido à idade ou por esconderem o consumo dos pais e aqueles talvez pelo pouco contato com o indivíduo entrevistado (FIGURA 25).

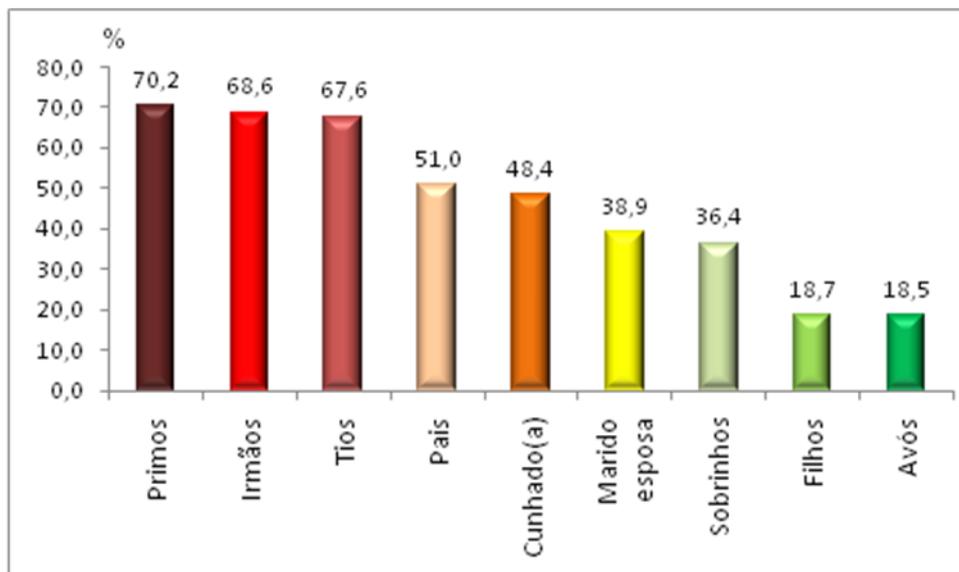


Figura 25 – Consumo familiar de bebida alcoólica, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Quando questionados se o consumo de bebidas alcoólicas gerava algum problema, para eles ou para outras pessoas, 89,6% dos indígenas referiram que sim. Dos indivíduos que bebiam, 83,6% referiram que a bebida era um problema e 16,4% referiram que a bebida não era um problema. Dos indivíduos que não bebiam, 94,3% referiram que a bebida era um problema e 5,7% referiram que a bebida não causava nenhum problema.

Entre os problemas causados pelo consumo de bebidas alcoólicas mais citados estavam a mudança de comportamento (76,7%), problemas de saúde (75,9%), problemas familiares (53,9%) e dificuldades no trabalho (37,1%), sendo essa tanto a dificuldade de conseguir emprego, como prejuízos às atividades de trabalho e acidentes de trabalho. Outros

problemas também foram citados em menores proporções como acidentes (36,6%), dificuldades de relacionamento na comunidade (31,0%), dificuldades escolares (24,7%) e falta de interesse nos eventos e rituais indígenas (24,1%) (FIGURA 26).

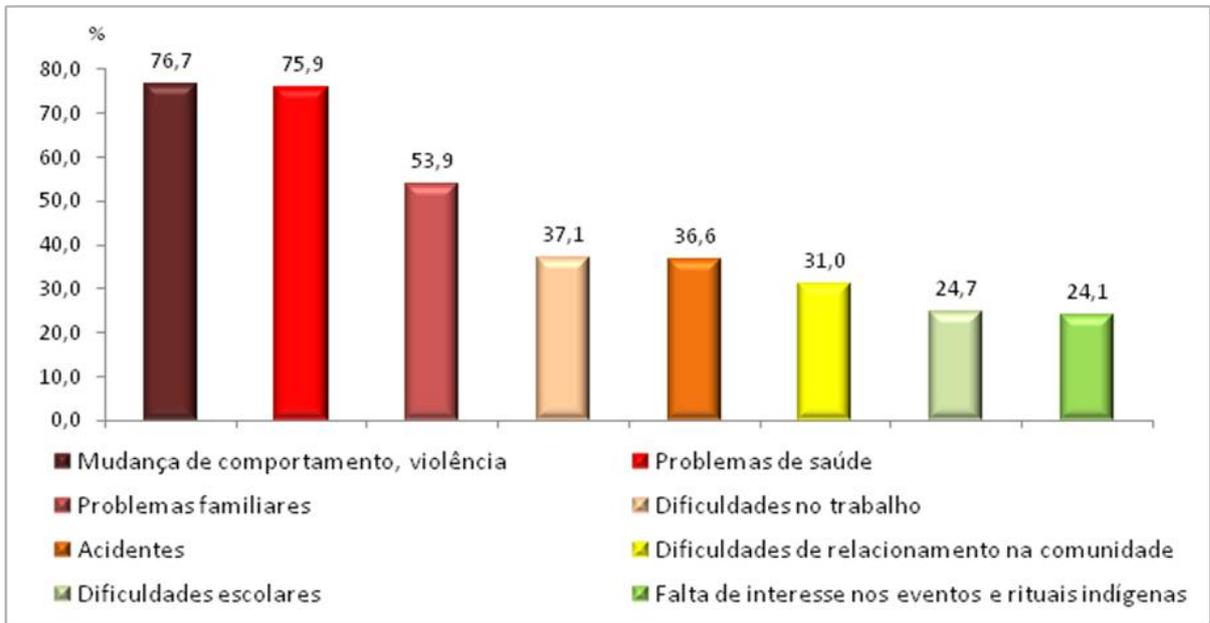


Figura 26 – Problemas decorrentes do uso de bebidas alcoólicas, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, no período desse estudo, a maioria dos indígenas consumia algum tipo de bebida (44,3%), alguns já haviam consumido alguma vez na vida (24,1%) e outros nunca haviam consumido bebida alcoólica (31,6%). Resumidamente, a maior parte dos indígenas consumia ou já havia consumido na vida algum tipo de bebida alcoólica (68,4%) (FIGURA 27).

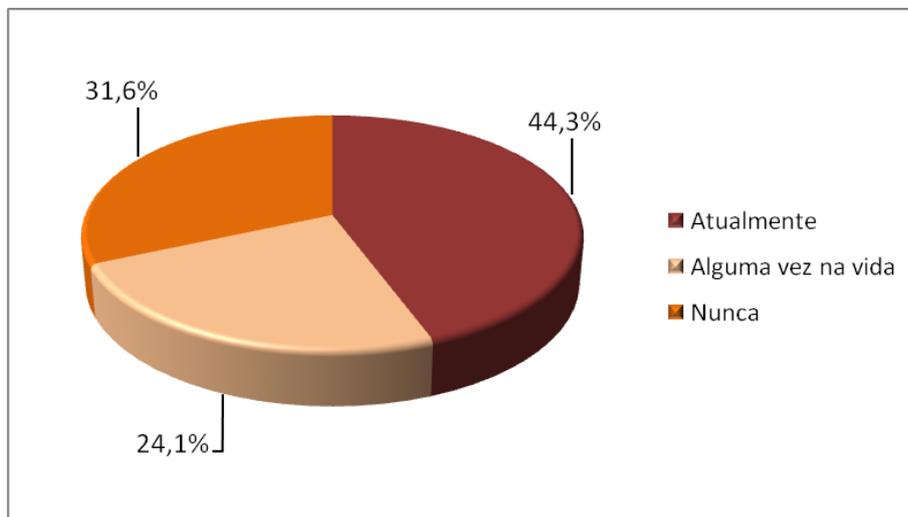


Figura 27 – Consumo de bebidas alcoólicas, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Para os indígenas que deixaram de consumir bebida alcoólica, quando eles foram questionados sobre a razão de terem parado de beber, a maioria referiu ter sido devido a uma decisão pessoal (60,1%) ou devido a problemas de saúde (32,4%), correspondendo a um total de 92,5% das razões de interrupção do consumo de bebida alcoólica (FIGURA 28).

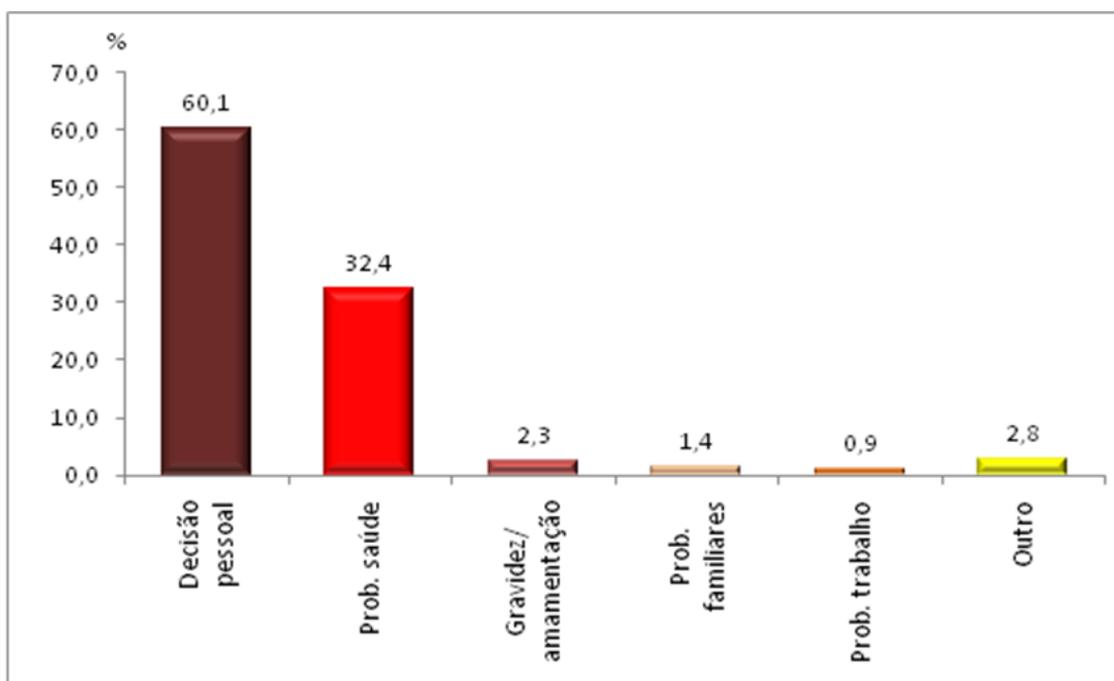


Figura 28 – Motivo de ter parado de beber para quem já consumiu bebida alcoólica alguma vez na vida, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Em relação ao tempo que haviam deixado de beber, a maioria deles referiu não beber há mais de cinco anos (47,4%) e entre um e cinco anos (27,7%), correspondendo a um total de 160 indivíduos que não bebia há pelo menos um ano (75,1%). Os demais indivíduos referiram ter parado de beber há menos de um ano (24,9%), sendo 14,1% entre seis meses e um ano e 10,8% a menos de seis meses (FIGURA 29)

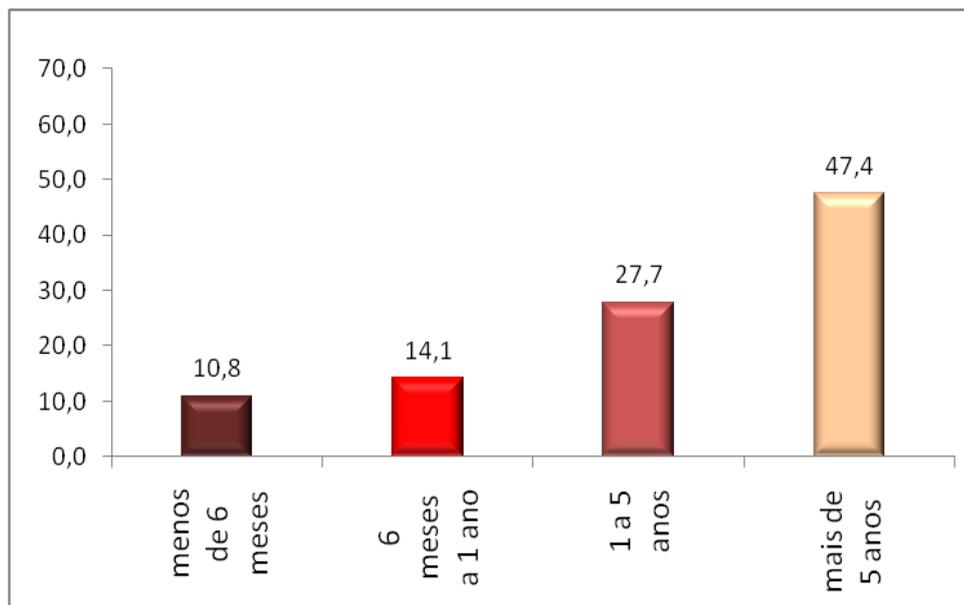


Figura 29 – Tempo que havia parado de beber para quem já consumiu bebida alcoólica alguma vez na vida, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Dos indígenas que consumiam bebida alcoólica, a maioria estava na faixa etária entre 25 e 34 anos (28,4%), 18 e 24 anos (26,1%) e 35 e 44 anos (25,1%), correspondendo a um total de 79,6% dos indivíduos no auge de suas vidas produtivas. Em relação ao sexo, a maior parte foi do sexo masculino (64,5%). Quanto à escolaridade eles estavam ou haviam concluído em sua maioria o ensino fundamental (67,8%). Já sobre a região de moradia, a maioria estava localizada na região da Serra (45,8%). Em relação ao estado civil, a maior parte era casada (35,0%), amigada (31,5%) e solteira (29,7%). Sobre a migração a maioria nunca havia morado fora do Território Indígena (77,0%) (FIGURA 30).

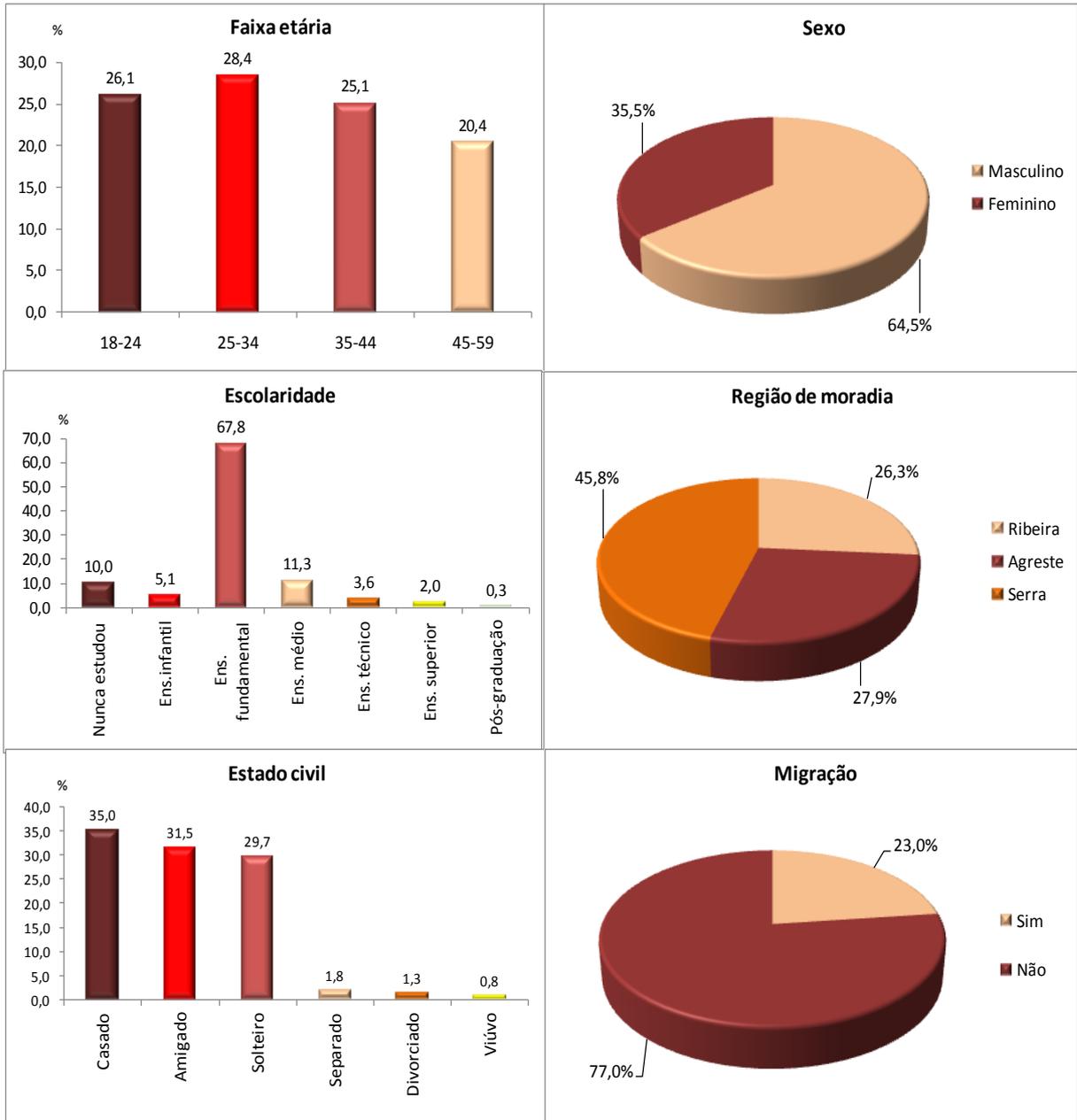


Figura 30 – Faixa etária, sexo, escolaridade, região de moradia, estado civil e migração para quem consumia bebida alcoólica, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Como determinado no método desse estudo, em relação à frequência de consumo de bebidas alcoólicas, os indivíduos abstinentes foram totalizando 58,5% dos indígenas e assim, 41,5% dos indígenas consumiam bebida alcoólica de forma não abstinente. Entre os tipo de abstinentes estavam: o primeiro tipo ou aqueles que bebiam atualmente menos de uma vez ao ano (2,8%) e o segundo tipo ou aqueles que já haviam bebido alguma vez na vida (24,1%) e o terceiro tipo ou aqueles que nunca haviam bebido (31,6%). Para as demais variáveis relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas foram considerados todos os indivíduos que no momento da entrevista referiram consumir bebida alcoólica, mesmo que menos de uma vez por ano (44,3%).

Assim, pode-se dizer que em relação à frequência de consumo de bebidas alcoólicas, ela geralmente era de forma abstinente (58,5%), seguidas de raramente (16,1%), ocasional (13,3%), freqüente, de uma a quatro vezes por semana (11,0%) e muito freqüente, todos os dias (1,1%). Um importante a ser considerado é que 12,1% dos indígenas bebiam de uma a quatro vezes por semana ou todos os dias (FIGURA 31).

Para analisar melhor essa relação de frequência de consumo, se estratificou essa variável segundo o sexo, a faixa etária e a região de moradia.

Em relação ao sexo, tanto para o masculino (37,8%) quanto para o feminino (74,8%) a maior proporção foi de bebedores abstinentes. Quando comparados entre os bebedores abstinentes, o sexo masculino correspondeu a 28,5% e o feminino a 74,8%. Quando os sexos foram comparados entre os bebedores freqüentes e muito freqüentes, a maior proporção se dava no sexo masculino (83,2%) (FIGURA 31).

Em relação à faixa etária, para todas elas, a maior proporção foi de bebedores abstinentes - 18 a 24 anos (56,1%), 25 a 34 anos (56,7%), 35 a 44 anos (53,8%), 45 a 59 anos (66,8%). Ao se avaliar as frequências muito freqüente e freqüente, observou-se uma maior proporção na faixa etária de 35 a 44 anos (33,6%) e 18 a 24 anos (28,0%), correspondendo a um total de 80,4% dos indivíduos (FIGURA 31).

Em relação à região de moradia, a região da Serra apresentou uma proporção maior de consumo em todas as frequências avaliadas em comparação às demais regiões. Para todas as regiões, a maior proporção foi de bebedores abstinentes - no agreste (63,6%), na ribeira (61,0%) e na serra (52,9%). Ao se avaliar as frequências muito freqüente e freqüente, observou-se uma maior proporção na região da Serra (55,1%) seguida da Ribeira (28,0%) (FIGURA 31).

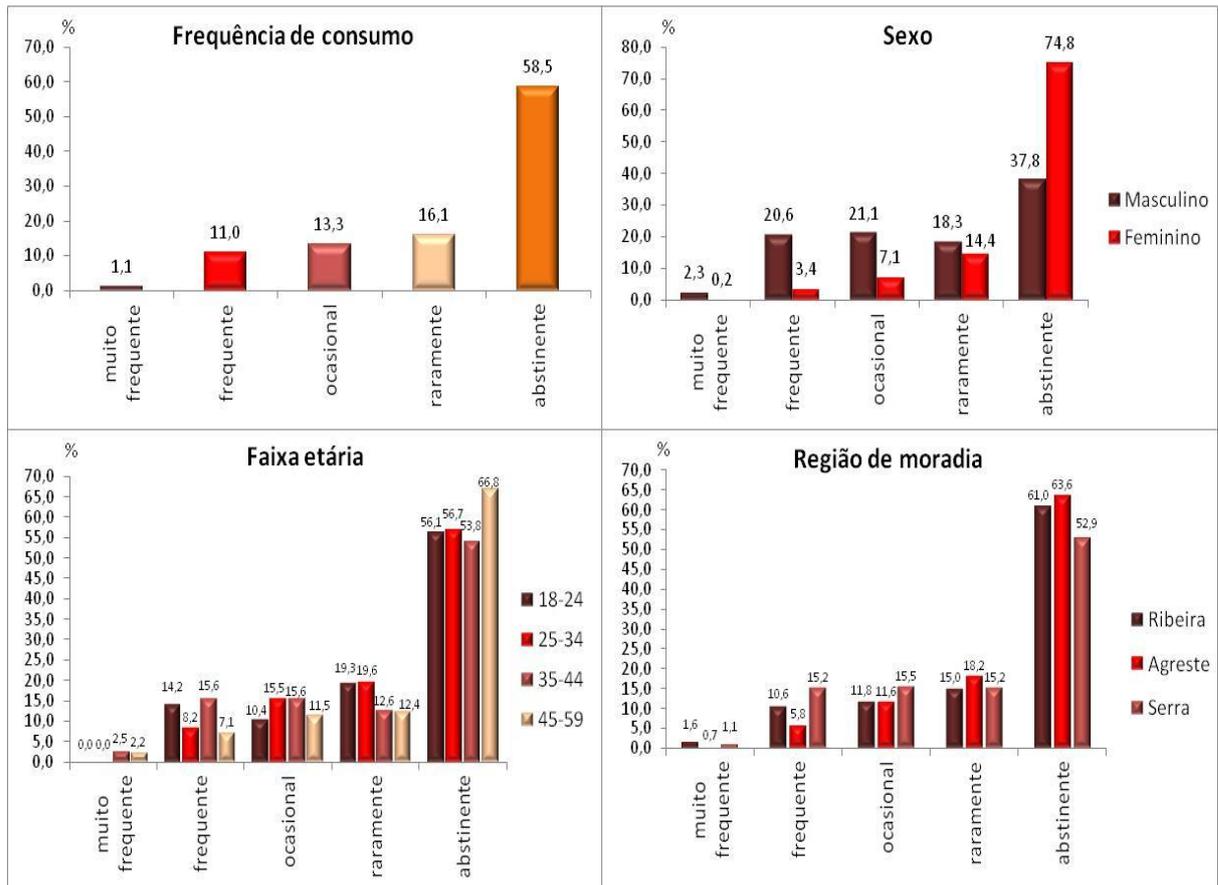


Figura 31 – Freqüência de consumo de bebida alcoólica segundo o sexo, a faixa etária e a região de moradia, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Em relação à quantidade de doses em um dia típico de consumo, eles geralmente bebiam de uma a duas doses (29,7%), seguidas de cinco a 11 doses (25,3%), de três a quatro doses (25,1%) e 12 ou mais doses (19,9%). Assim, 45,2% dos indígenas consumiam em um dia típico de consumo cinco ou mais doses (FIGURA 32). Para uma melhor análise da quantidade de doses de consumo se estratificou essa variável segundo o sexo, a faixa etária e a região de moradia.

Quanto ao sexo, entre o feminino predominou o consumo de uma a duas doses (53,2%), enquanto no masculino de cinco ou mais doses (31,7%). Assim, observou-se que o sexo masculino consome bebidas alcoólicas em quantidades maiores que o feminino (FIGURA 32).

Quanto à faixa etária, entre os indígenas de 18 e 24 anos, a maioria bebia de uma a duas doses (39,2%), entre 25 e 34 anos e 45 a 59 anos se bebia entre três a quatro doses (29,7% e 30,0% respectivamente) e entre 35 a 44 anos se bebia entre cinco a 11 doses (29,6%). Em relação aos indígenas que bebiam de 12 ou mais doses, a maior proporção ocorria entre os indivíduos na faixa etária de 35 a 44 anos (30,8%), seguida de 18 a 24 anos

(24,4%) e 25 a 34 anos (23,1%), o que correspondeu a um total de 78,2% de indivíduos abaixo de 45 anos (FIGURA 32).

Nas regiões da Ribeira e do Agreste a maioria dos indígenas bebiam de uma a duas doses (35,0% e 31,2% respectivamente). Já na região da Serra, se bebia mais em qualquer quantidade de doses do que nas demais regiões, concentrando a maior proporção de indígenas que bebiam cinco ou mais doses (49,2%) (FIGURA 32).

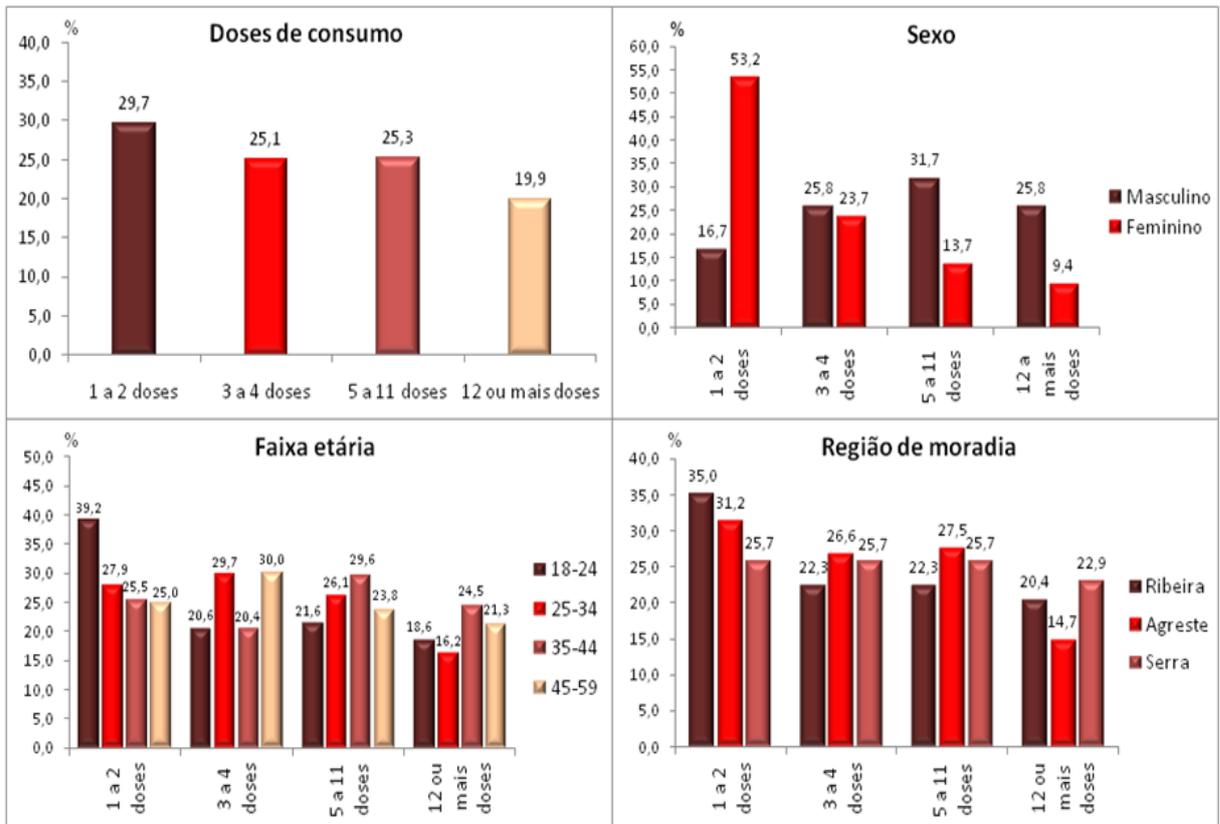


Figura 32 – Quantidade de doses em um dia típico de consumo segundo o sexo, a faixa etária e a região de moradia, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Quando analisados a forma de beber em "binge" ou em excesso em única ocasião, nos últimos 12 meses, 62,7% já haviam bebido em "binge". Entre eles, 48,6% haviam bebido menos de uma vez no mês, 29,0% uma a três vezes no mês e 22,4% uma a mais vezes na semana (FIGURA 33).

Em relação ao sexo, 73,4% dos indígenas do sexo masculino haviam bebido em binge nos últimos doze meses enquanto que no sexo feminino apenas 43,2% haviam bebido. Entre esses indivíduos, 27,0% do sexo masculino haviam bebido de uma a três vezes por semana enquanto que apenas 8,3% das mulheres bebiam nessa frequência. Conclui-se que os indígenas do sexo masculino bebiam mais vezes em excesso do que as mulheres (FIGURA 33).

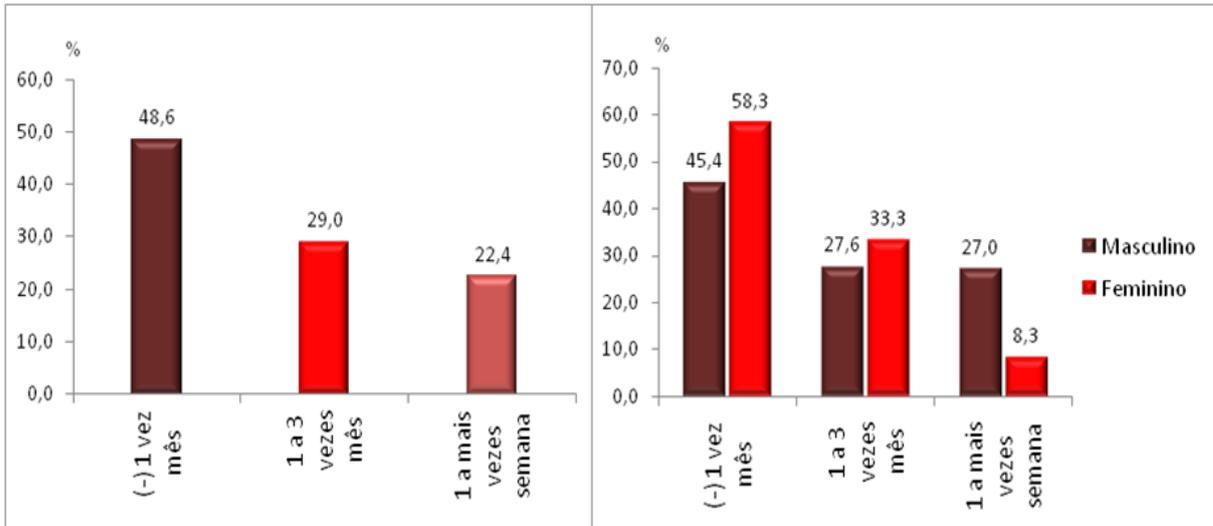


Figura 33 – Quantidade de vezes que bebeu em “binge” nos últimos doze meses segundo o sexo, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Em relação ao tipo de bebida mais consumida estavam a cerveja (49,6%) e a cachaça (38,1%). Outros tipos de bebidas também foram citados como rum (7,4%), vinho (2,6%) e outras (2,3%). Entre as outras estavam vodca, conhaque, uísque, champagne e catuaba ou menta (FIGURA 34).

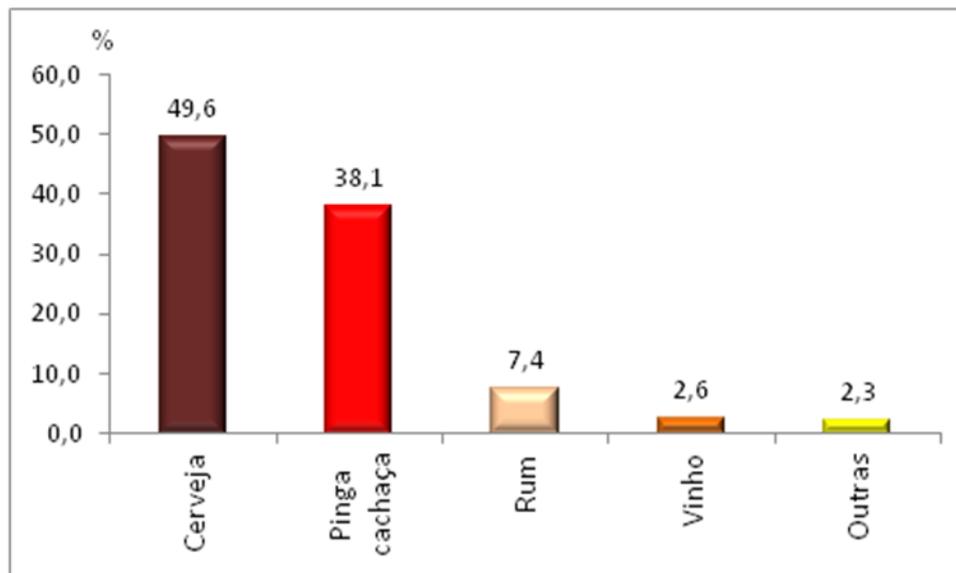


Figura 34 – Tipo de bebida mais consumida, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

O primeiro contato com a bebida alcoólica ocorreu em sua maior parte entre 10 e 17 anos (55,0%) e entre 18 e 24 anos (33,8%), correspondendo a um total de 88,7%. Outro fator muito importante é a ocorrência do início do consumo de bebidas alcoólicas entre indígenas no período da infância ou menores que 10 anos (2,3%). A idade média de consumo inicial foi aos 17 anos de idade (FIGURA 35).

Quanto ao sexo, 64,3% dos indígenas do sexo masculino havia iniciado o consumo até os 17 anos de idade, sendo 2,8% com menos de 10 anos. No sexo feminino, os indivíduos com até 17 anos correspondeu a 44,6%, sendo 1,4% com menos de 10 anos. Pode-se concluir que o início de consumo era mais precoce no sexo masculino representando 72,3% dos indígenas que haviam começado a beber entre a infância (menos de 10 anos) e a fase de adulto jovem (até 24 anos) (FIGURA 35).

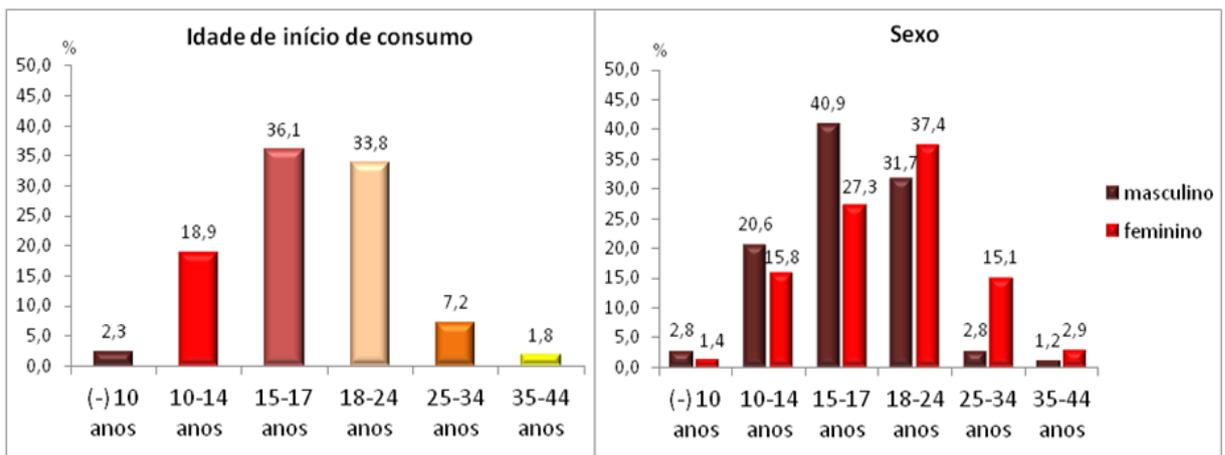


Figura 35 – Idade de início do consumo de bebidas alcoólicas segundo o sexo, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Em relação ao primeiro contato que teve com a bebida a maior parte dos indígenas respondeu que ocorreu na casa de amigos (26,1%) seguido de sua casa (21,0%), bares ou vendas (18,7%), praça ou lugar público (15,3%) e casa de parentes (11,0%). Outras respostas (7,9%) também foram identificadas como no trabalho, outros e não se lembra (FIGURA 36).

Dos que responderam o local de primeiro contato, retirando os que não lembravam (5,6%), quando questionados onde ficava esse local, a maior parte dos indígenas referiu ser no Território Indígena (65,9%). Os demais referiram que ocorreu em Pesqueira (25,1%), em outro lugar no Nordeste (5,7%), em outro lugar fora do Nordeste (1,1%) e alguns não lembravam (0,8%) (FIGURA 36).

Em relação ao sexo, para o sexo masculino o primeiro contato havia ocorrido em maior proporção em casa de amigos (24,6%) seguida de bares ou vendas (24,2%). Para o sexo feminino o primeiro contato ocorreu em maior proporção em sua própria casa (32,4%) seguida de casa de amigos (28,8%). Em relação ao primeiro contato no trabalho, apenas 2% dos indivíduos do sexo masculino referiram essa categoria e para o sexo feminino ninguém referiu (FIGURA 36).

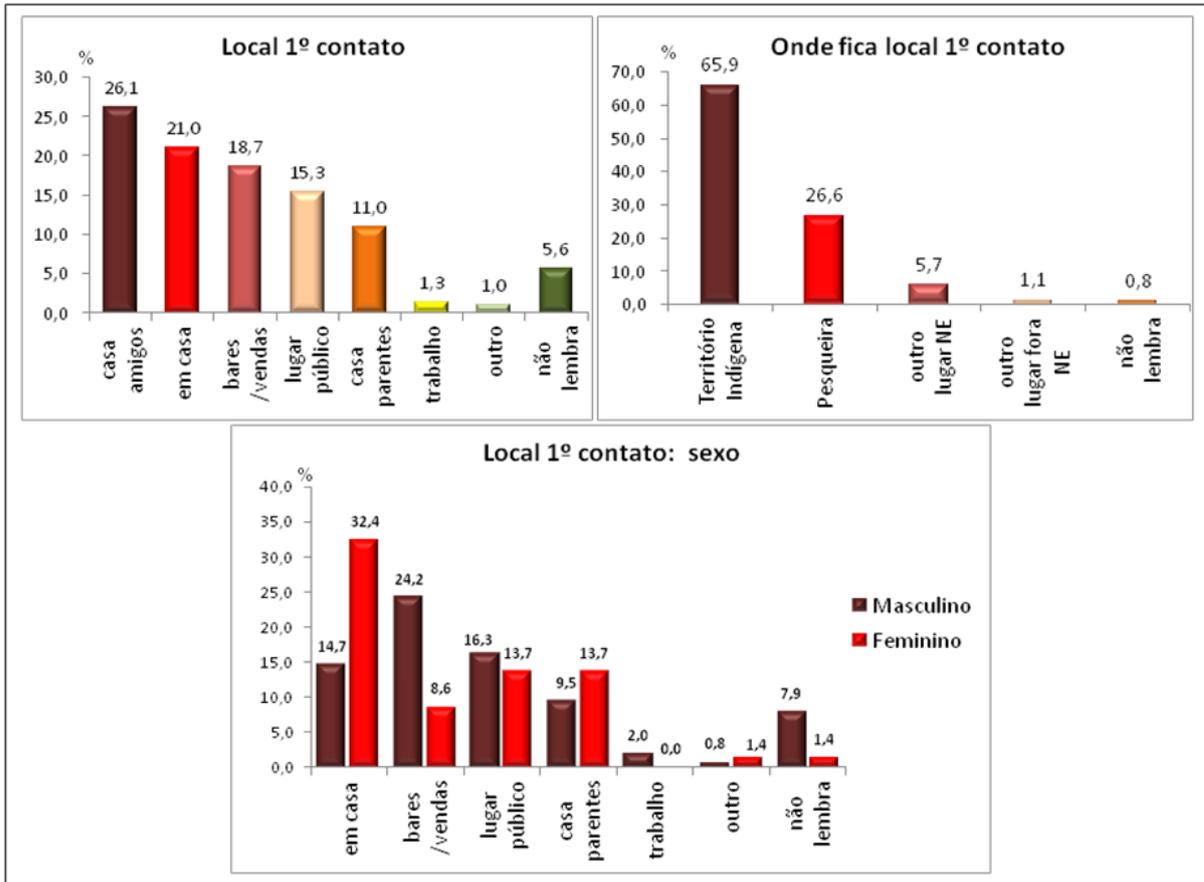


Figura 36 – Local de primeiro contato com a bebida alcoólica segundo onde fica o local e o sexo, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

No que concerne ao local que costumavam consumir bebida alcoólica, geralmente acontecia em casa (35,0%), em bares ou vendas (26,9%) e em casa de amigos (21,5%). O local de consumo geralmente ficava no próprio Território Indígena (80,6%) (FIGURA 37).

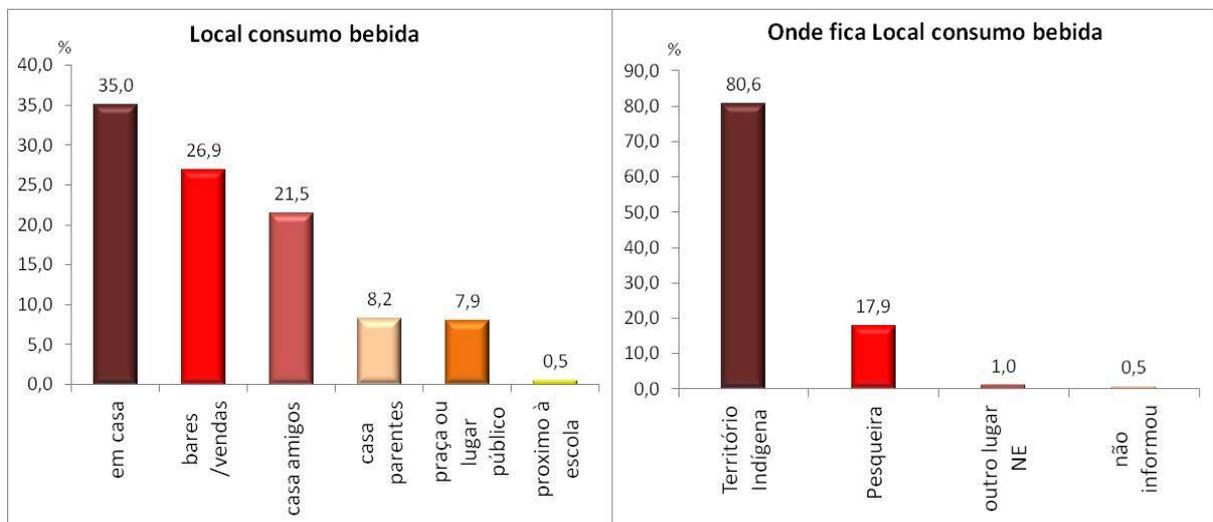


Figura 37 – Local onde costuma consumir bebida alcoólica segundo onde fica o local, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Em relação ao local que costumava comprar ou adquirir bebida alcoólica, a maior proporção se dava em bares ou vendas (45,5%) ou em supermercados (40,4%), ocorrendo respectivamente no Território Indígena (49,1%) e em Pesqueira (49,6%) (FIGURA 38).

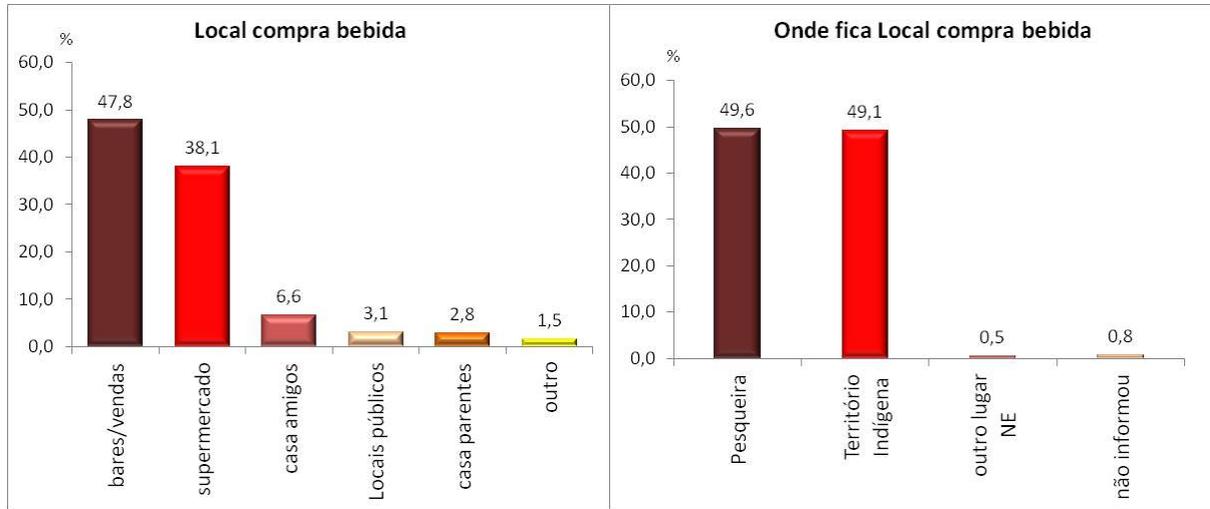


Figura 38 – Local onde costuma comprar ou adquirir bebidas alcoólicas segundo onde fica o local, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Quando questionados o motivo que havia os levado a beber, 42,7% referiram a própria vontade de beber e 57,3% referiram ter sido influenciado por algum motivo em particular, entre os motivos estavam principalmente a influência dos amigos (91,5%) e de alguns familiares que consumiam bebida alcoólica (6,7%). Outros motivos citados foram os problemas afetivos e familiares (5,4%), dificuldade financeira (1,8%), influência culturais de não indígenas (1,3%) e falta ou dificuldade de conseguir trabalho (0,9%) e outros (1,3%). Entre os outros estavam falta ou dificuldade de acesso à educação, desrespeito à cultura pelos outros indígenas e bruxaria. (FIGURA 39).

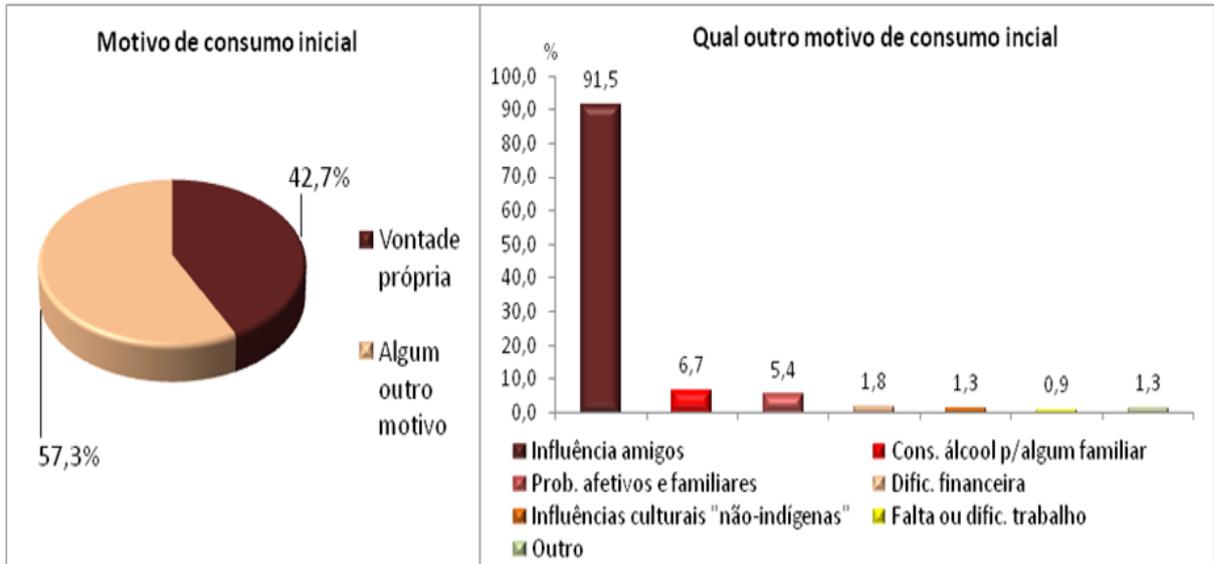


Figura 39 – Motivo que levou ao consumo inicial de bebidas alcoólicas, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Os indígenas foram questionados sobre as mudanças na identidade indígena que teriam contribuído para o seu consumo de bebidas alcoólicas, 97,7% relatou que nenhuma mudança havia contribuído para o consumo de bebidas alcoólicas. Dos 2,3% que relataram alguma influência das mudanças, 33,3% referiu ter sido a saída do Território Indígena, 22,2% o deslocamento para outras áreas dentro do Território Indígena, 22,2% mudanças no processo produtivo como local, modo e tipo de trabalho, 11,1% conflitos internos na etnia e 11,1% desrespeito aos costumes indígenas dos demais (FIGURA 40).

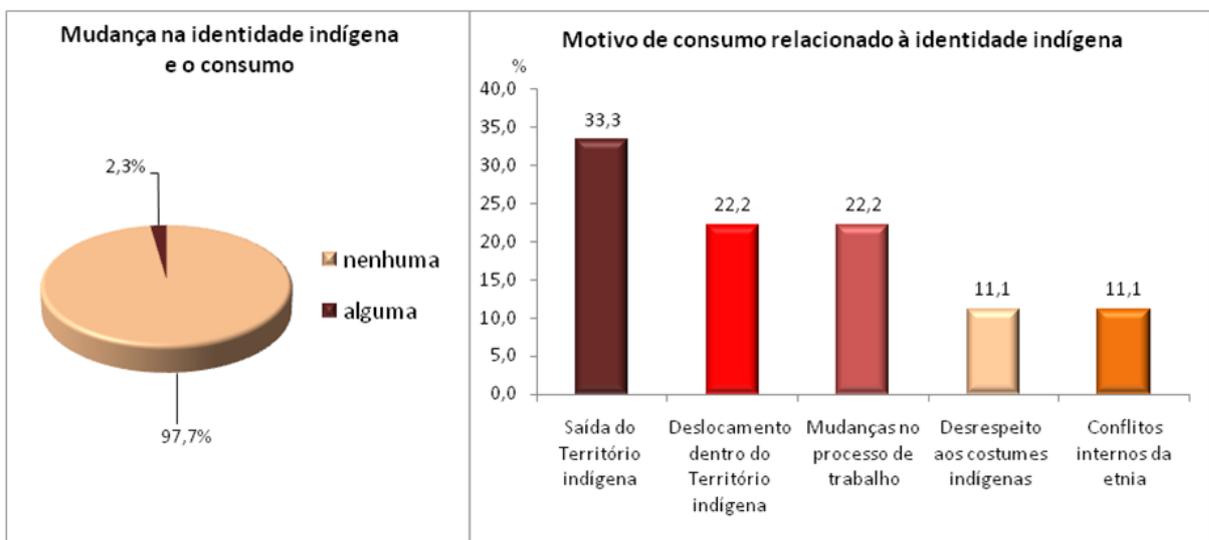


Figura 40 – Mudanças na identidade indígena que influenciou o consumo de bebidas alcoólicas, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

No que diz respeito à influência do processo de luta pela terra no aumento do consumo de bebidas alcoólicas por parte dos indígenas, a maioria relatou que ele não influenciava

(96,9%). Dos que relataram alguma influência do processo de luta no consumo (3,1%), 58,3% relatou ser devido à preocupação com a sua segurança e dos amigos e familiares, 25,0% devido ao medo de perder a posse da terra e 16,7% pelo medo de perder o trabalho (FIGURA 41).

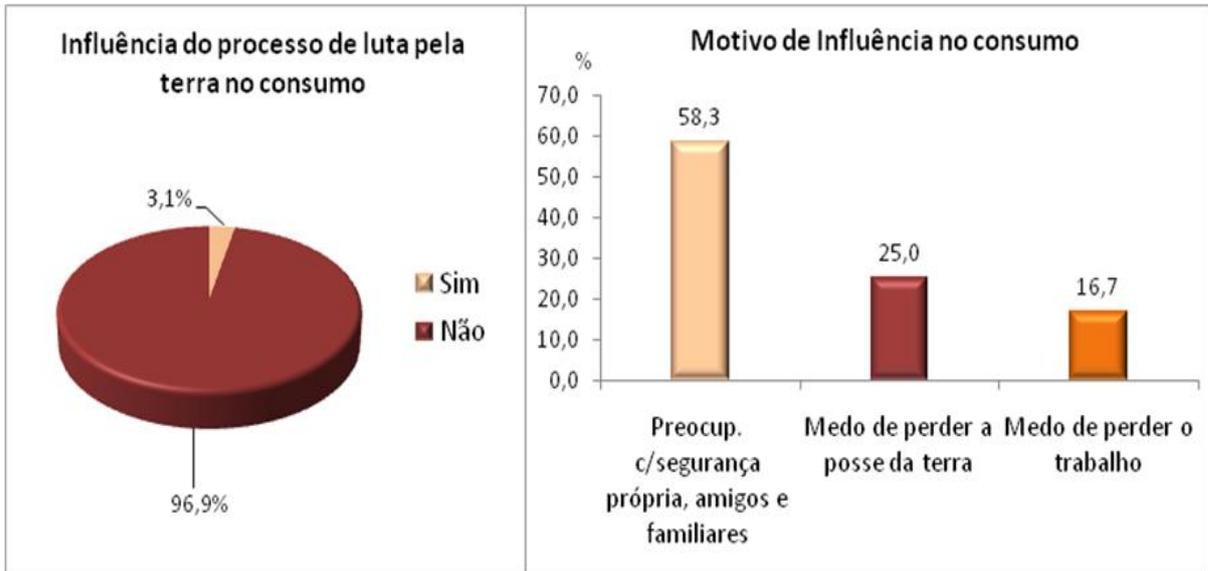


Figura 41 – Processo de luta pela terra que influenciou o consumo de bebidas alcoólicas, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Quando questionados se a bebida já havia lhes causado algum problema, 46,8% referiram que sim. Entre os problemas estavam, em sua maioria, as dificuldades no trabalho (63,9%), os problemas de saúde (39,9%), mudanças de comportamento e violência (36,6%) e problemas familiares (17,5%). Outros problemas também foram citados como acidentes (8,7%), falta ou menor interesse em participar de eventos e rituais indígenas (8,2%), dificuldades na comunidade (7,1%), dificuldades de acesso e prejuízos escolares (3,8%) e problemas financeiros (1,1%) (FIGURA 42).

Dos indígenas que relataram os problemas relacionados ao trabalho, a maioria referiu que o consumo de bebidas alcoólicas levava ao cansaço (71,8%), baixo rendimento (47,0%), faltas ou absenteísmo (29,9%) e falta de concentração (21,4%). Outros problemas também foram relatados como irritação (13,7%), dificuldade de conseguir emprego (6,8%), acidentes (6,0%), brigas (1,7%) e perda do emprego ou demissão (0,9%) (FIGURA 42).

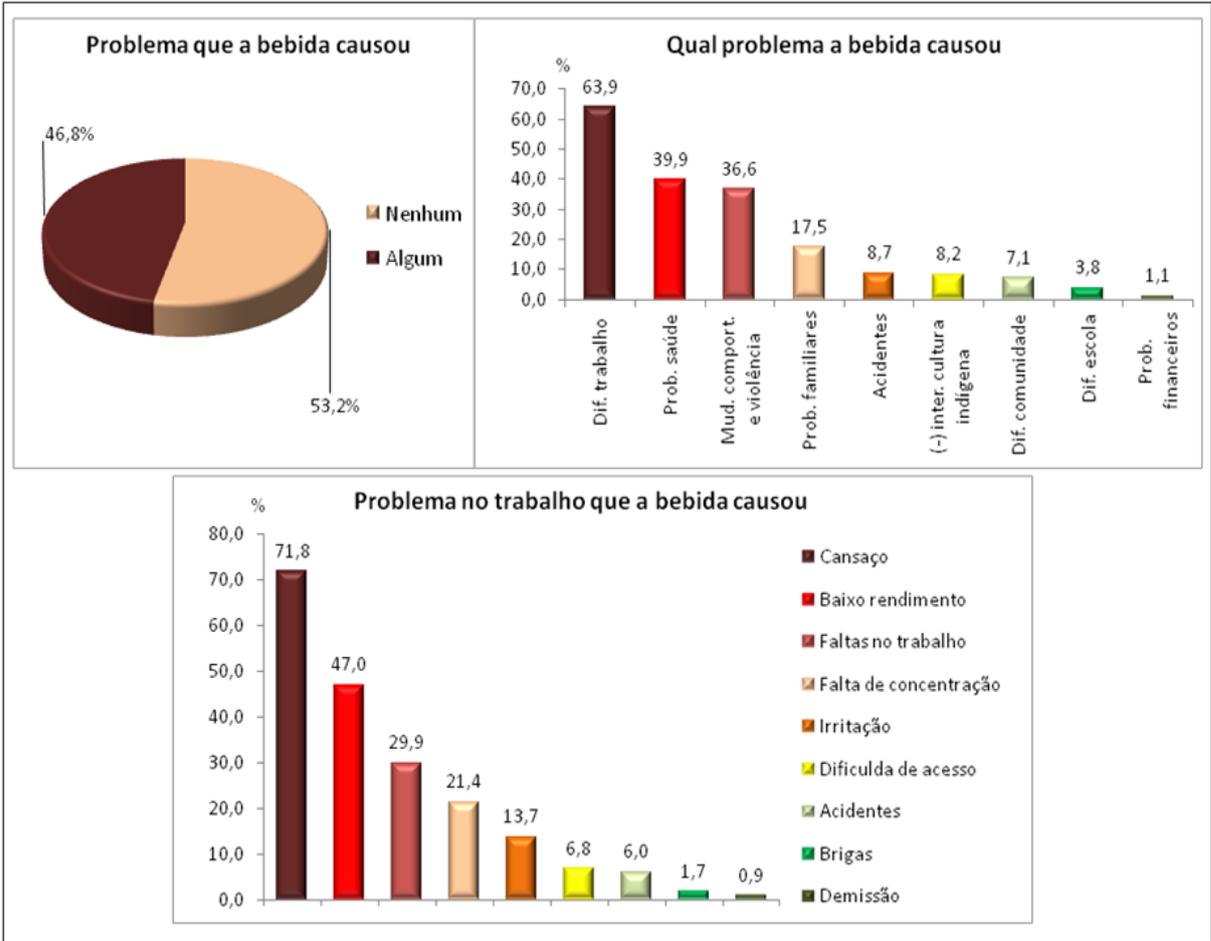


Figura 42 – Problemas causados ao indivíduo que consome bebidas alcoólicas, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Entre os 842 indígenas que possuíam alguma atividade de trabalho, 45% consumiam bebidas alcoólicas (FIGURA 43).

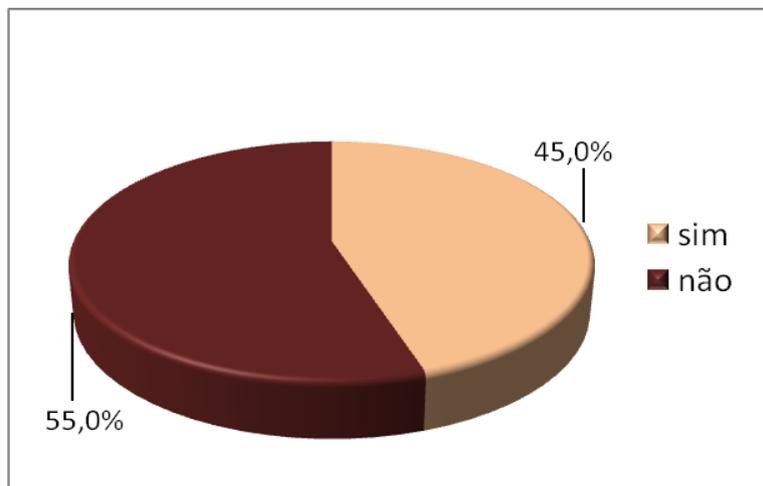


Figura 43 – Consumo de bebidas alcoólicas entre os indígenas que trabalhavam, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Entre esses indivíduos que possuíam trabalho, apenas 16,1% já haviam consumido bebida alcoólica devido ao trabalho. Entre as causas que levaram a esse consumo estavam para diminuir o cansaço físico (44,3%), para diminuir a tristeza ou depressão (36,1%) e para diminuir a ansiedade ou irritação (27,9%), limpar o organismo de venenos e intoxicações por agrotóxicos (24,6%), diminuir as dores no corpo (19,7%), aumentar o rendimento no trabalho (13,1%), diminuir o estresse devido à pressão do patrão (8,2%) e para esquecer os problemas (4,9%). Quando questionados quantas vezes haviam bebido devido ao trabalho, 55,7% referiram que havia bebido mais de três vezes, 29,5% entre duas e três vezes e 14,8% apenas uma vez. Entre os que haviam bebido mais de três vezes, 38,2% referiu que bebia de forma ocasional, 29,4% frequente, 23,5% raramente e 8,8% muito frequente (FIGURA 44).

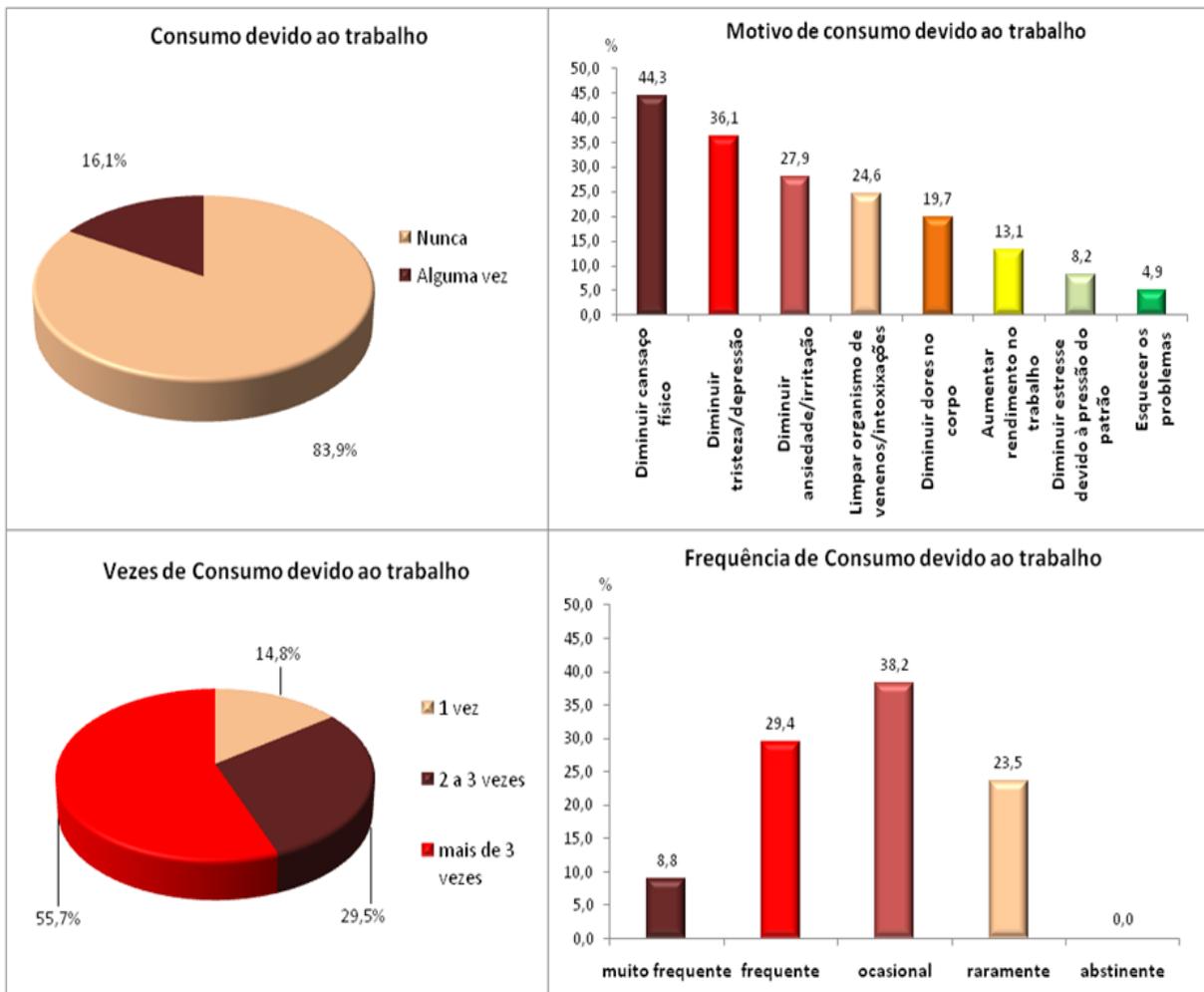


Figura 44 – Consumo de bebidas alcoólicas devido ao trabalho, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Entre os 40 indígenas que não possuíam trabalho, 30% consumiam bebidas alcoólicas (FIGURA 45).

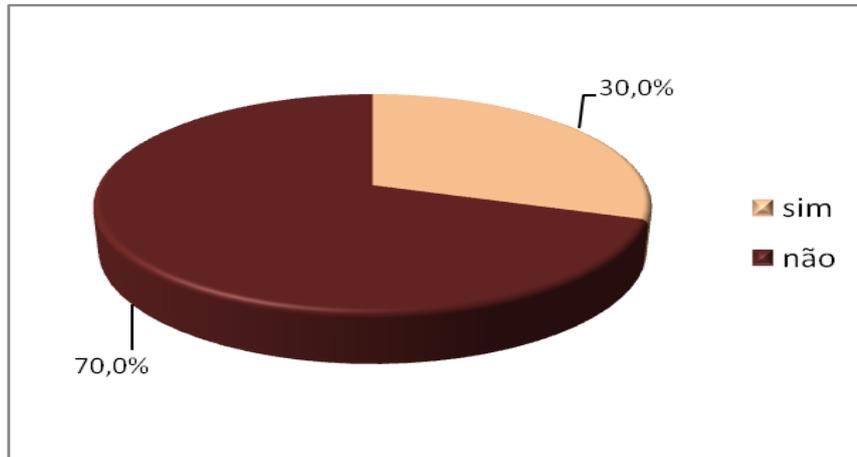


Figura 45 – Consumo de bebidas alcoólicas entre os indígenas que não trabalhavam, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Entre os indivíduos que não trabalhavam, apenas 33,3% já haviam consumido bebida alcoólica devido a não ter trabalho. Entre os motivos que desencadearam o consumo estavam para que o tempo passasse mais rápido (75,0%), para diminuir a tristeza ou depressão (50,0%), para diminuir a ansiedade (25,0%) e para esquecer os problemas (25,0%). Quando questionados quantas vezes haviam bebido devido a não ter trabalho 75,0% referiu que havia bebido mais de três vezes e 25,0% entre duas e três vezes. Entre os que haviam bebido mais de três vezes, 66,7% referiu que bebia de forma ocasional e 33,3% de forma muito freqüente (FIGURA 46).

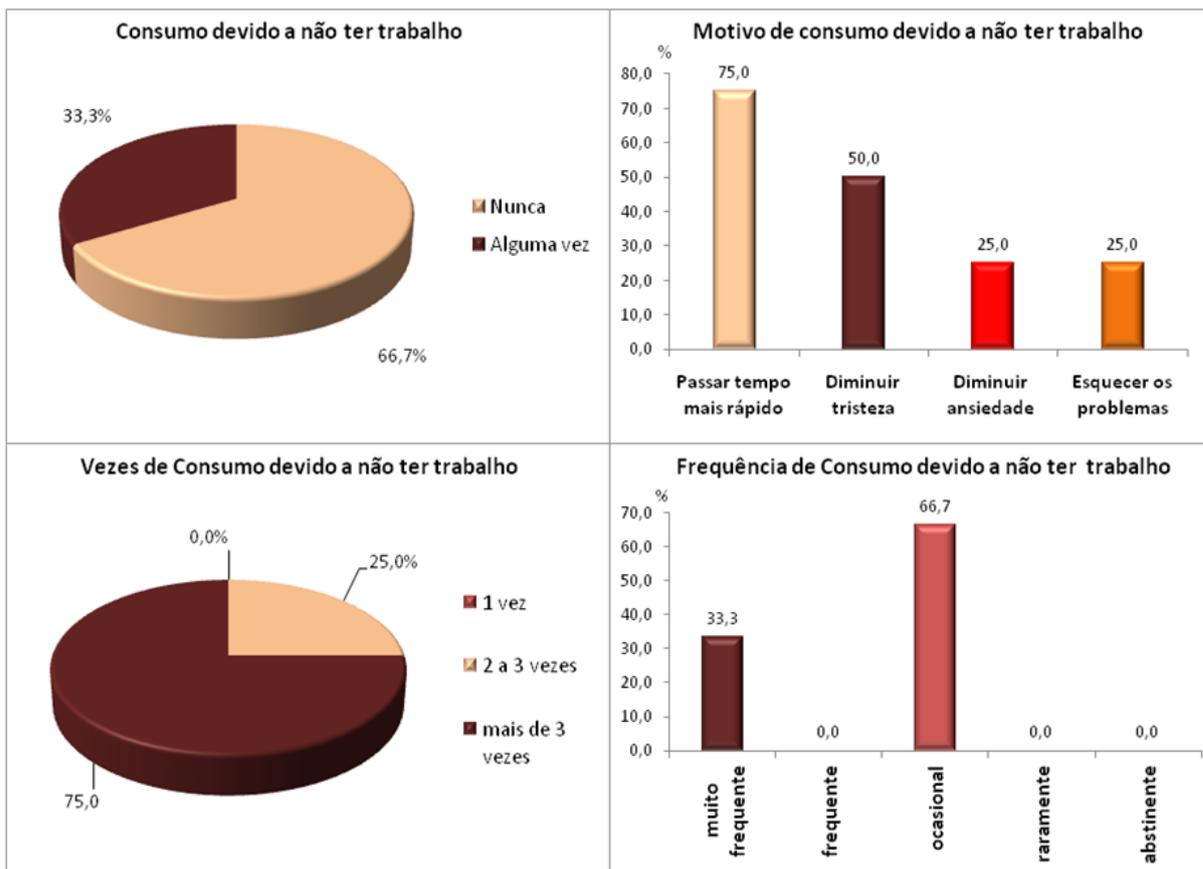


Figura 46 – Consumo de bebidas alcoólicas devido a não ter trabalho, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Os indivíduos foram questionados se seus amigos, parentes, profissionais de saúde ou outra pessoa já havia reclamado ou se mostrado preocupada com o seu consumo de bebidas alcoólicas. Em relação a esse questionamento, a maioria dos indivíduos referiu que alguma dessas pessoas já haviam se mostrado preocupadas ou reclamado do seu consumo de bebidas alcoólicas (54,2%) (FIGURA 47).

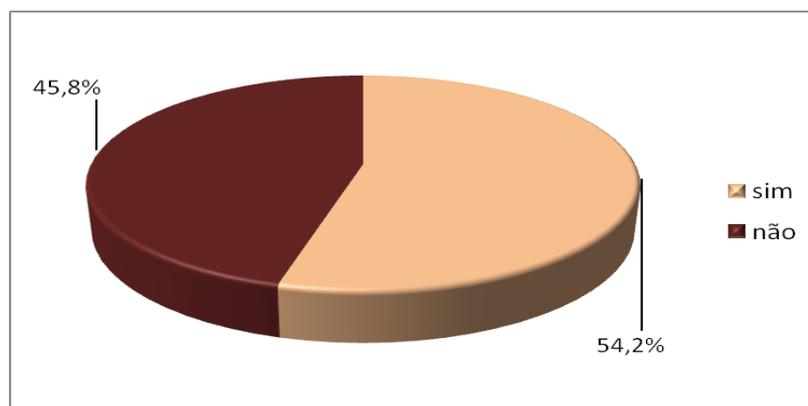


Figura 47 – Reclamação ou preocupação com o consumo de bebidas alcoólicas por parte dos amigos, parentes, profissionais de saúde ou outra pessoa, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

Quando questionados se alguma vez na vida já haviam pensado ou tido vontade de parar de beber, a maioria respondeu que sim (63,2%). Destes indivíduos, apenas 68,4% já haviam tentado parar de beber. Dos que haviam tentado, apenas 8,3% tinha procurado algum tipo de ajuda. Entre os tipos de ajuda estavam familiar (57,1%), amigos (21,4%), equipe de saúde (7,1%), alcoólicos anônimos (7,1%) e religião (7,1%). Entre os indígenas que procuraram alguma ajuda apenas um estava se tratando e realizava seu tratamento com a equipe de saúde. (FIGURA 48).

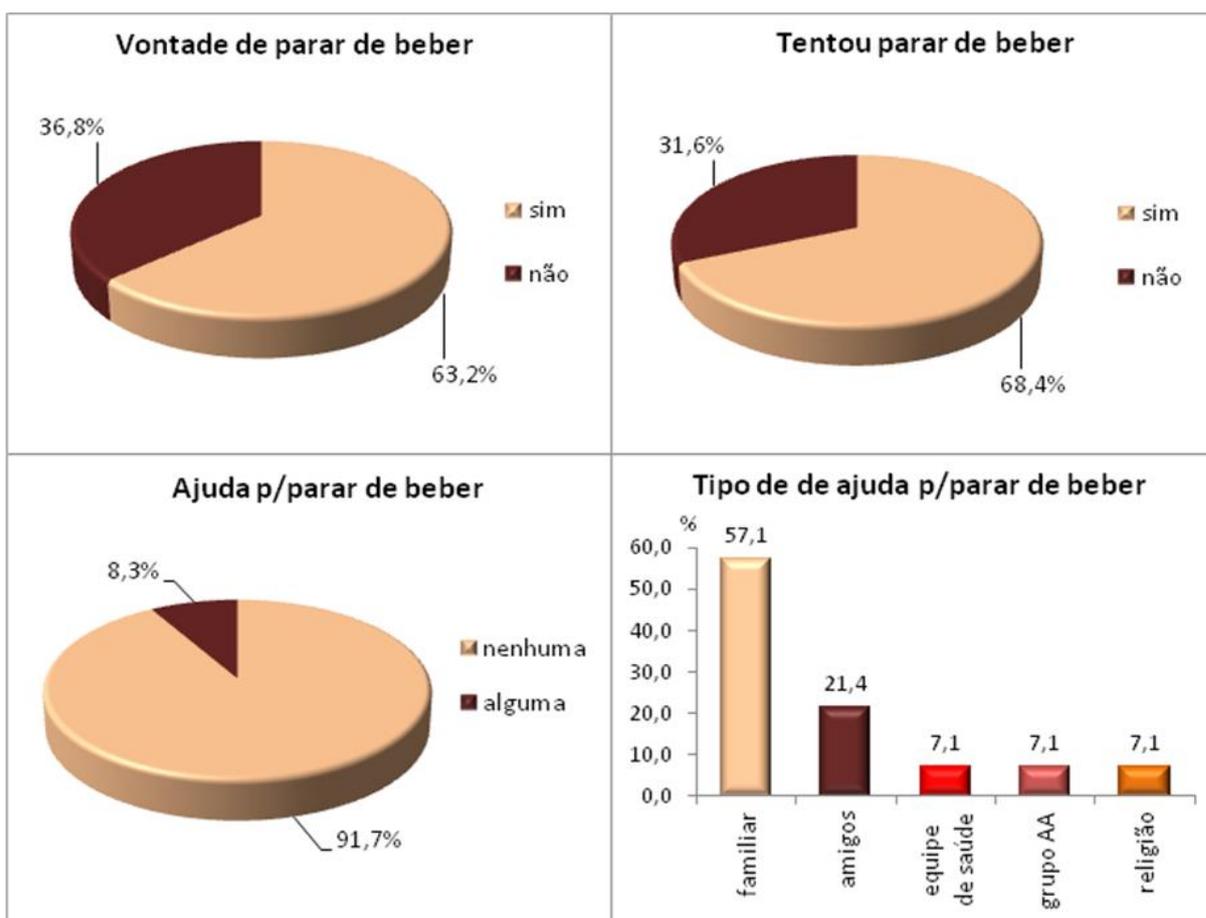


Figura 48 – Tentativa e abandono do consumo de bebidas alcoólicas, povo indígena Xukuru do Ororubá, 2010.

5.4 Estudo de caso-controle: Fatores associados ao consumo de bebidas alcoólicas

Dos 882 indígenas, 391 foram considerados casos, ou seja, referiram, no momento da entrevista, consumir bebidas alcoólicas, correspondendo a um total de 44,3% dos indivíduos estudados. Entre o total de casos identificados a maior parte era do sexo masculino (28,6%), casada (15,5%), da faixa etária de 25 a 34 anos (12,6%), possuía até o ensino fundamental completo ou incompleto (30,0%), moravam na região da Serra (20,3%), nunca tinham morado fora do Território Indígena (34,1%) e possuíam algum trabalho (43,0%). Em relação ao consumo familiar de bebida alcoólica, a maioria dos casos possuía alguém da família que consumia bebida alcoólica (42,3%).

No modelo de regressão logística simples, as variáveis estatisticamente significantes para a chance de consumo de álcool foram: **região de moradia**, sendo um fator de proteção para a chance de consumo de álcool em relação à Serra; **sexo**, o masculino correspondeu a uma chance 4,68 vezes maior em relação ao feminino (OR=4,68; $p<0,001$); **estado civil**, casado (OR=0,60; $p=0,003$) foi fator de proteção em relação a ser solteiro; **consumo familiar de bebida alcoólica**, demonstrou uma chance 1,94 vezes maior quando comparado ao não consumo de bebida por algum familiar (OR=1,94; $p=0,023$) e **faixa etária**, verificou-se que estar na faixa etária de 35 a 44 anos tinha-se uma chance 1,77 vezes maior (OR=1,77; $p=0,004$), entre 18 a 24 anos uma chance 1,69 vezes maior (OR=1,69; $p=0,007$) e entre 25 a 34 anos uma chance 1,51 vezes maior (OR=1,51; $p=0,029$) de consumir bebida alcoólica quando comparada à faixa etária de 45 a 59 anos (TABELA 1).

Ao se realizar a análise múltipla para obtenção da medida do efeito ajustado das variáveis independentes sobre o desfecho, observou-se que as seguintes variáveis foram estatisticamente significantes: **região de moradia**, morar no Agreste em relação à Serra foi fator de proteção para o consumo de bebida alcoólica (OR=0,59; $p=0,003$); O **sexo** masculino apresentou uma chance 5,20 vezes maior de consumir bebida alcoólica em comparação ao feminino (OR=5,20; $p<0,001$); **trabalho**, ter trabalho demonstrou uma chance 2,98 vezes maior de consumo de bebida em relação a quem não tinha (OR=2,98; $p=0,004$); **consumo familiar de bebida alcoólica**, ter algum familiar que consumisse bebida alcoólica caracterizou uma chance 2,64 vezes maior quando comparado aqueles indivíduos que não possuíam familiar que consumisse bebida alcoólica (OR=2,64; $p=0,002$) e **faixa etária**, ser das faixas etárias de 18 a 24 anos (OR=1,72; $p=0,010$), 25 a 34 anos (OR=1,54; $p=0,037$) e 35 a 44 anos (OR=1,73; $p=0,011$), demonstrou uma chance maior de consumo de bebida

alcoólica quando comparadas à faixa etária de 45 a 59 anos, sendo a chance maior na faixa etária de 35 a 44 anos (TABELA 1).

Tabela 1 – Fatores associados ao consumo de bebidas alcoólicas, povo Xukuru do Ororubá, Pernambuco, 2010.

Variável	Categoria	Caso		Controle		OR ¹ Bruta	IC 95% ²	Valor-p	OR ¹ Ajust.	IC 95%	Valor-p
		N	%	N	%						
Região de moradia											
	Serra	179	49,6	182	50,4	1,00			1,00		
	Ribeira	103	41,9	143	58,1	0,73	(0,53-1,01)	<u>0,062</u>	0,72	(0,50-1,03)	0,075
	Agreste	109	39,6	166	60,4	0,67	(0,49-0,92)	0,013	0,59	(0,41-0,84)	0,003
Sexo											
	Feminino	139	28,2	354	71,8	1,00			1,00		
	Masculino	252	64,8	137	35,2	4,68	(3,52-6,23)	<0,001	5,20	(3,86-7,01)	<0,001
Estado civil											
	Solteiro	116	52	107	48	1,00			-	-	-
	Amigado	123	45,7	146	54,3	0,78	(0,54-1,11)	0,165	-	-	-
	Casado	137	39,4	211	60,6	0,6	(0,43-0,84)	0,003	-	-	-
	Separado	7	35	13	65	0,5	(0,19-1,29)	0,151	-	-	-
	Divorciado	5	41,7	7	58,3	0,66	(0,20-2,14)	0,487	-	-	-
	Viúvo	3	30	7	70	0,39	(0,10-1,57)	0,187	-	-	-
Migração											
	Não	301	43,2	395	56,8	1,00			-	-	-
	Sim	90	48,4	96	51,6	1,23	(0,89-1,70)	0,21	-	-	-
Trabalho											
	Não	12	30	28	70	1,00			1,00		
	Sim	379	45	463	55	1,91	(0,96-3,81)	<u>0,066</u>	2,98	(1,42-6,26)	0,004
Cons. familiar de bebida alcoólica											
	Não	18	30	42	70	1,00			1,00		
	Sim	373	45,4	449	54,6	1,94	(1,10-3,42)	0,023	2,64	(1,42-4,91)	0,002
Escolaridade											
	Nunca estudou	39	41,9	54	58,1	1,00			-	-	-
	Ens. infantil	20	60,6	13	39,4	2,13	(0,95-4,79)	<u>0,068</u>	-	-	-
	Ens fundamental	265	43,9	339	56,1	1,08	(0,70-1,68)	0,726	-	-	-
	Ens. médio	44	41,9	61	58,1	1	(0,57-1,76)	0,997	-	-	-
	Ens. técnico	14	43,8	18	56,3	1,08	(0,48-2,42)	0,858	-	-	-
	Ens. Superior	8	61,5	5	38,5	2,21	(0,67-7,29)	0,19	-	-	-
	Pós-graduação	1	50	1	50	1,38	(0,08-22,82)	0,82	-	-	-
Faixa etária											
	45-59	80	35,4	146	64,6	1,00			1,00		
	18-24	102	48,1	110	51,9	1,69	(1,15-2,48)	0,007	1,72	(1,13-2,61)	0,010
	25-34	111	45,3	134	54,7	1,51	(1,04-2,19)	0,029	1,54	(1,03-2,31)	0,037
	35-44	98	49,2	101	50,8	1,77	(1,20-2,61)	0,004	1,73	(1,13-2,65)	0,011

Nota: ¹ Odds ratio.

² Intervalos de Confiança de 95%

5.5 Estudo de caso-controle do trabalho: Fatores do trabalho associados ao consumo de bebidas alcoólicas

Dos 842 indígenas que trabalhavam 379 foram considerados casos, ou seja, referiram, no momento da entrevista, consumir bebidas alcoólicas, correspondendo a um total de 45,0% dos indígenas que possuíam algum tipo de trabalho.

Ao se realizar a análise múltipla para obtenção da medida do efeito ajustado das variáveis independentes sobre o desfecho, observou-se que as seguintes variáveis foram estatisticamente significantes: **remuneração**, ter algum tipo de remuneração em relação a quem não possuía remuneração correspondia a uma chance maior de consumo, quanto maior a remuneração maior era a chance de consumo, permanecendo significativa apenas as pessoas que ganhavam menos de R\$545,00 (OR=1,51, p=0,027) e entre R\$ 545,00 e menos de R\$1.090,00 (OR=3,72, p=0,001); **atividade de trabalho no Território Indígena**, trabalhar na agricultura em relação a quem não trabalhava correspondia a uma chance 1,46 vezes maior de consumo (OR=1,46, p=0,032). As três categorias que foram fator de proteção para o consumo de bebidas alcoólicas na regressão simples permaneceram significantes na múltipla: trabalhar em atividades domésticas em relação a quem não trabalhava (OR=0,42, p<0,001), trabalhar a área educacional em relação a quem não trabalhava (OR=0,39, p=0,018) e trabalhar na área de artes em relação a quem não trabalhava (OR=0,51, p=0,002); **modo de execução**, ter um trabalho monótono em relação a quem não tinha representou uma chance 1,66 vezes maior de consumo (OR=1,66, p=0,024) e ter um trabalho repetitivo em relação a quem não tinha, uma chance 2,52 vezes maior (OR=2,52, p<0,001); **estado ao final do trabalho**, estar com dor ao final do trabalho representou um fator de proteção para o consumo em relação a quem não estava (OR=0,70, p=0,020) e **problemas de saúde devido ao trabalho**, ter tido o problema de saúde CID F32-33 Episódios depressivos e transtorno depressivo recorrente devido ao trabalho caracterizava um fator de proteção em relação a quem não tinha tido (OR=0,16, p=0,033) (TABELA 2).

Após o modelo ter sido controlado pela faixa etária e sexo, as variáveis que permaneceram no modelo foram: **modo de execução**, ter um trabalho repetitivo em relação a quem não tinha caracterizava uma chance 2,55 vezes maior de consumir bebida alcoólica (OR=2,55, p<0,001) e **problemas de saúde devido ao trabalho**, ter tido o problema de saúde CID F32-33 Episódios depressivos e transtorno depressivo recorrente devido ao trabalho caracterizava um fator de proteção em relação a quem não tinha tido (OR=0,03, p=0,029).

Assim, independente do sexo ou da faixa etária essas duas variáveis se mostraram significantes (TABELA 2).

Tabela 2 – Fatores do trabalho associados ao consumo de bebidas alcoólicas, povo Xukuru do Ororubá, Pernambuco, 2010 (continua).

Variável	Categoria	Subcategoria	Regressão simples			Regressão múltipla			Regressão múltipla controlada por sexo e fx.etária		
			OR ¹ Bruta	IC 95% ²	Valor-p	OR ¹ Ajust.	IC 95% ²	Valor-p	OR ¹ Ajust.	IC 95% ²	Valor-p
Vínculo empregatício	autônomo					-	-	-	-	-	-
		Não	1,00			-	-	-	-	-	-
		Sim	1,22	(0,93-1,60)	0,152	-	-	-	-	-	-
	terceiro					-	-	-	-	-	-
		Não	1,00			-	-	-	-	-	-
		Sim	2,50	(1,00-6,25)	0,050	-	-	-	-	-	-
Remuneração	sem remuneração	-	1,00			1,00			-	-	-
	menos R\$ 545,00	-	1,30	(0,96-1,75)	0,093	1,51	(1,05-2,18)	0,027	-	-	-
	R\$545,00 a menos R\$1.090,00	-	2,46	(1,30-4,67)	0,006	3,72	(1,74-7,99)	0,001	-	-	-
	R\$1.090,00 a menos 2.725,00	-	6,12	(0,67-55,5)	0,107	8,79	(0,81-94,93)	0,073	-	-	-
Atividade de trabalho no TI	afazeres domésticos	Não	1,00			1,00			-	-	-
		Sim	0,29	(0,22-0,39)	p<0,001	0,42	(0,30-0,60)	p<0,001	-	-	-
	agricultura	Não	1,00			1,00			-	-	-
		Sim	2,14	(1,60-2,88)	p<0,001	1,46	(1,03-2,07)	0,032	-	-	-
	pecuária	Não	1,00			-	-	-	-	-	-
		Sim	1,78	(1,30-2,43)	p<0,001	-	-	-	-	-	-
	arte	Não	1,00			1,00			-	-	-
		Sim	0,41	(0,30-0,57)	p<0,001	0,51	(0,34-0,78)	0,002	-	-	-
	educação	Não	1,00			1,00			-	-	-
		Sim	0,55	(0,29-1,06)	0,074	0,39	(0,18-0,85)	0,018	-	-	-
	motorista	Não	1,00			-	-	-	-	-	-
		Sim	3,31	(0,87-12,55)	0,079	-	-	-	-	-	-
	construção civil	Não	1,00			-	-	-	-	-	-
		Sim	11,24	(1,42-89,10)	0,022	-	-	-	-	-	-
	área da saúde	Não	1,00			-	-	-	-	-	-
		Sim	2,74	(0,94-7,95)	0,064	-	-	-	-	-	-
Carga horária	8 horas	-	1,00			-	-	-	-	-	-
	menos 4 horas	-	0,47	(0,29-0,76)	0,002	-	-	-	-	-	-
	4 horas	-	0,39	(0,24-0,63)	p<0,001	-	-	-	-	-	-
	5 a 7 horas	-	0,77	(0,52-1,14)	0,192	-	-	-	-	-	-
	mais 8 horas	-	0,72	(0,50-1,03)	0,070	-	-	-	-	-	-

Tabela 2 – Fatores do trabalho associados ao consumo de bebidas alcoólicas, povo Xukuru do Ororubá, Pernambuco, 2010 (Continuação).

Variável	Categoria	Subcategoria	Regressão simples			Regressão múltipla			Regressão múltipla controlada por sexo e fx.etária		
			OR ¹ Bruta	IC 95% ²	Valor-p	OR ¹ Ajust.	IC 95% ²	Valor-p	OR ¹ Ajust.	IC 95% ²	Valor-p
turno de trabalho		-	1,00		-	-	-	-	-	-	-
	manhã e tarde	-	0,52	(0,36-0,75)	p<0,001	-	-	-	-	-	-
	manhã	-	0,35	(0,16-0,77)	0,009	-	-	-	-	-	-
	tarde	-	0,65	(0,11-3,93)	0,641	-	-	-	-	-	-
	noite	-	1,96	(0,18-21,70)	0,585	-	-	-	-	-	-
	sem turno fixo	-	1,58E+09	(0,00-0,00)	0,999	-	-	-	-	-	-
	manhã e noite	-	1,47	(0,24-8,85)	0,676	-	-	-	-	-	-
	tarde e noite	-	0,48	(0,30-0,77)	0,003	-	-	-	-	-	-
pausa no trabalho		-	1,00		-	-	-	-	-	-	-
	não realiza pausa	-	1,00		0,997	-	-	-	-	-	-
	até 10 min	-	1,18	(0,68-1,46)	0,476	-	-	-	-	-	-
	10 a 20 min	-	0,91	(0,61-1,34)	0,621	-	-	-	-	-	-
	20 a 30 min	-	0,60	(0,38-0,93)	0,022	-	-	-	-	-	-
	mais 30 min	-				-	-	-	-	-	-
carga de trabalho		Não	1,00		-	-	-	-	-	-	-
	leve	Sim	0,80	(0,60-1,06)	0,114	-	-	-	-	-	-
		Não	1,00		-	-	-	-	-	-	-
	intenso	Sim	1,27	(0,92-1,77)	0,151	-	-	-	-	-	-
modo de execução		Não	1,00		-	-	-	-	-	-	-
	exige atenção	Sim	1,31	(0,88-1,95)	0,177	-	-	-	-	-	-
		Não	1,00		1,00	-	-	-	-	-	-
	monótono	Sim	1,29	(0,88-1,89)	0,194	1,66	(1,07-2,58)	0,024	-	-	-
		Não	1,00		1,00	-	-	-	1,00	-	-
	repetitivo	Sim	2,29	(1,58-3,32)	p<0,001	2,52	(1,68-3,79)	p<0,001	2,56	(1,70-3,84)	p<0,001
estado ao final do trabalho		Não	1,00		1,00	-	-	-	-	-	-
	com dor	Sim	0,75	(0,57-0,99)	0,041	0,70	(0,52-0,95)	0,020	-	-	-
Riscos no trabalho		Não	1,00		-	-	-	-	-	-	-
	químico	Sim	1,38	(0,99-1,94)	0,058	-	-	-	-	-	-
		Não	1,00		-	-	-	-	-	-	-
	biossanitário	Sim	1,83	(0,89-3,75)	0,100	-	-	-	-	-	-
		Não	1,00		-	-	-	-	-	-	-
	segurança	Sim	1,74	(0,76-3,96)	0,188	-	-	-	-	-	-

Tabela 2 – Fatores do trabalho associados ao consumo de bebidas alcoólicas, povo Xukuru do Ororubá, Pernambuco, 2010 (Conclusão).

Variável	Categoria	Subcategoria	Regressão simples			Regressão múltipla			Regressão múltipla controlada por sexo e f.x.etária		
			OR ¹ Bruta	IC 95% ²	Valor-p	OR ¹ Ajust.	IC 95% ²	Valor-p	OR ¹ Ajust.	IC 95% ²	Valor-p
Problemas de saúde											
	F10 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	Não	1,00			-	-	-	-	-	-
		Sim	6,18	(0,72-53,10)	0,097	-	-	-	-	-	-
	F32-33 Episódios depressivos e transtorno depressivo recorrente	Não	1,00			1,00			1,00		
		Sim	0,24	(0,05-1,10)	0,067	0,16	(0,03-0,86)	0,033	0,15	(0,03-0,83)	0,029
	R00-09 Sintomas e sinais relativos ao aparelho circulatório	Não	1,00			-	-	-	-	-	-
		Sim	1,82	(1,05-3,16)	0,032	-	-	-	-	-	-
	R10-19 Sintomas e sinais relativos ao aparelho digestivo e	Não	1,00			-	-	-	-	-	-
	T60/63 Efeito tóxico de pesticidas e de contato com	Não	1,00			-	-	-	-	-	-
		Sim	6,32	(1,82-21,99)	0,004	-	-	-	-	-	-
Sexo											
	Feminino	-	-	-	-	-	-	-	1,00		
	Masculino	-	-	-	-	-	-	-	4,91	(3,63-6,64)	p<0,001
Faixa etária											
	45-59	-	-	-	-	-	-	-	1,00		
	18-24	-	-	-	-	-	-	-	1,78	(1,15-2,74)	0,009
	25-34	-	-	-	-	-	-	-	1,63	(1,07-2,46)	0,022
	35-44	-	-	-	-	-	-	-	1,79	(1,15-2,78)	0,009

Nota: ¹ Odds ratio.

² Intervalos de Confiança de 95%

6 DISCUSSÃO

Entre os fatores socioeconômicos escolhidos no estudo de caso-controle dos fatores associados ao consumo de bebida alcoólica no povo indígena Xukuru do Ororubá, os significantes foram: morar na região da Serra comparada ao Agreste, ser das faixas etárias mais jovens (18-44 anos), ter consumo de bebida alcoólica por algum familiar, ser do sexo masculino e ter alguma ocupação. Os dois últimos fatores demonstraram uma chance maior de consumo de bebida alcoólica pelos indígenas. Apesar de apenas esses fatores terem se mostrado associados ao consumo, durante a discussão tentou-se abordar todos os fatores que caracterizavam o consumo das bebidas alcoólicas. Com os dados obtidos confirmou-se a existência de uma elevada prevalência de consumo de bebidas alcoólicas entre o povo Xukuru do Ororubá, assim como, a hipótese de que o trabalho estaria associado a uma maior chance de consumo de bebidas alcoólicas.

Em relação aos fatores do trabalho associados ao consumo de bebidas alcoólicas, estabeleceu-se dois grupos, os não-controlados e os controlados pelo sexo e a faixa etária, visto essas duas variáveis se mostrarem como fatores essenciais na determinação do consumo de bebidas alcoólicas, principalmente no que dizia respeito ao gênero, pois a variável sexo quando adicionada ao modelo de regressão logística múltiplo fez com que vários fatores do trabalho que se mostraram estatisticamente significante associados ao consumo deixassem de ser.

Dessa forma, no primeiro grupo de fatores do trabalho associados ao consumo de bebidas alcoólicas, como fatores associados a uma chance maior de consumo de bebidas alcoólicas estavam: ter remuneração e quanto maior ela fosse maior era a chance, trabalhar na agricultura, ter um trabalho monótono e ter um trabalho repetitivo. Como fatores de proteção para o consumo de bebidas alcoólicas estavam trabalhar em atividades domésticas, na área educacional e com artes, sentir dor ao final do trabalho e ter tido episódios depressivos e transtorno depressivo recorrente devido ao trabalho.

Após o modelo ter sido controlado pela faixa etária e sexo, apenas as variáveis ter um trabalho repetitivo e ter tido episódios depressivos e transtorno depressivo recorrente devido ao trabalho permaneceram estatisticamente significante. Esses dados confirmaram a hipótese de que os indivíduos que tivessem um trabalho que exigisse mais deles levaria a uma maior chance de consumo de bebidas alcoólicas. Apesar disso, cabe-se investigar melhor essa associação através de estudos epidemiológicos longitudinais ou estudos qualitativos.

Adentrando nas questões relativas ao consumo de bebidas alcoólicas, pode-se dizer que a partir desse estudo verificou-se que 44,3% dos indígenas entrevistados consumiam bebida alcoólica, 5,9% a mais do que o achado no I Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool e outras drogas entre populações indígenas, realizado em 2007 (BRASIL, 2007b), 26,7% a mais que o achado entre os índios Terena no Mato Grosso do Sul (AGUIAR; SOUZA, 2001) e 17,5% a mais do que o achado para os índios Kaingáng em Londrina (KOHATSU, 2001).

Para os dados do Brasil, se mostraram 7,7% a menos do que o I Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na população brasileira, realizado em 2007 (LARANJEIRA et al., 2007) e 12,5% a mais do que o encontrado no estudo da Organização Mundial da Saúde (2011), para o ano de 2003.

Esses dados confirmam a existência de uma elevada prevalência de consumo de bebidas alcoólicas entre o povo Xukuru do Ororubá.

Em relação aos indivíduos que nunca beberam na vida, quando esses dados foram comparados com os dados da Organização Mundial da Saúde (2011) para a população brasileira, no ano de 2003, verificou-se neste estudo 12,9% a mais de indivíduos que nunca haviam bebida na vida.

Em relação ao tipo de bebida que geralmente consumiam, este estudo encontrou o mesmo achado do estudo de Brasil (2007b) em que as populações indígenas investigadas, geralmente consumiam cerveja e cachaça e com o estudo da Organização Mundial da Saúde (2011) para a população brasileira em que consumiam mais cerveja e destilados (cachaça, rum e outros). Já comparando aos dados do estudo de Laranjeira et al. (2007) para a população brasileira, ele achou que se consumia mais a cerveja e vinho e depois a cachaça. No estudo de Souza e Garnelo (2007), a cachaça só perdia para o *Caxiri*, um tipo de bebida fabricada pelos próprios índios do Alto Rio Negro.

A variável frequência de consumo quando estratificada segundo o sexo permitiu observar que os indivíduos do sexo masculino e feminino bebiam de modos diferentes. Os homens apresentaram um valor de abstinência menor do que as mulheres e maiores frequências de consumo. Esses dados corroboram o exposto no estudo de Brasil (2007b) com populações indígenas no Brasil, no estudo de Kohatsu (2001) com os índios kaingáng e no estudo de Aguiar e Souza (2001) com os índios Terena. Também corroboram o exposto no estudo com a população brasileira por Laranjeira et al. (2007).

Os indivíduos do sexo masculino bebiam não apenas com maiores frequência, mas também, com maiores doses de consumo do que as mulheres. Esses mesmos indivíduos

possuíam mais episódios de consumo excessivo ou bebiam mais vezes em “binge” do que as mulheres. Esses dados podem ser comparados aos dados para a população brasileira apresentados nos estudos de Laranjeira et al. (2007) e da Organização Mundial da Saúde (2011).

Apesar da evidência, dos estudos de outros autores, do maior consumo no sexo masculino, apenas neste estudo pôde-se identificar o sexo masculino como um fator associado a uma chance maior de consumo de bebidas alcoólicas.

Outro fato a ser considerado é o achado do consumo de bebida alcoólica entre o sexo feminino, que apesar de menor, também deve ser considerado importante, pois são populações que culturalmente não eram consideradas de risco. Segundo o estudo de Prosdocimo (2006) o alcoolismo entre as mulheres vem aumentando significativamente, no entanto sua visibilidade ainda é pequena e sabe-se que ele gera conseqüências ainda mais graves nelas do que aos homens. Segundo David e Caufield (2005), realizados em mulheres de classes populares do Rio de Janeiro, o consumo entre as mulheres se apresentou numericamente expressivo em que o uso da bebida era visto como uma opção e um direito, após a jornada ou a semana de trabalho.

Para a variável faixa etária, como em outros estudos, verificou-se um maior consumo nas idades mais jovens quando comparada a faixa etária dos mais velhos. Nesse estudo o maior consumo se deu na faixa etária de 25 a 34 anos seguida de 18 a 24 e de 35 a 44 anos como exposto por Brasil (2007b). Apesar disso, a maior chance de consumo de bebidas alcoólicas se dava na faixa etária de 35 a 44 anos, indígenas no auge de suas vidas produtivas, seguida dos 18 a 24 anos e 25 a 34 anos.

Outro fato a ser ressaltado é o comportamento dos indivíduos ao beber. Os indivíduos das faixas etárias mais jovens, entre 18 e 44 anos, possuíam taxas de abstinência maiores quando comparadas aos mais velhos, entre 45 e 59 anos. Ao se avaliar a frequência de consumo esses indivíduos mais jovens bebiam em frequências maiores, em maiores doses ou excessivamente que quando comparados às faixas etária de 45 a 59 anos. A maior proporção de consumo excessivo se deu entre 35 a 44 anos o que justificaria a maior chance de consumo de bebida alcoólica entre os indivíduos dessa faixa etária. Esses dados podem ser comparados aos dados do estudo de Laranjeira et al. (2007) para a população brasileira que traz uma maior preocupação com o comportamento dos jovens ao beber, que usualmente ingeriam quantidades maiores do que os mais velhos.

Ainda dados da faixa etária indicam que o consumo inicial de bebidas alcoólicas se dava geralmente em média aos 17 anos de idade o que corrobora o exposto pelo I

Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool e outras drogas entre populações indígenas (BRASIL, 2007b). Apesar da média de contato inicial ter sido aos 17 anos de idade, alguns indígenas relataram que o primeiro contato com a bebida havia ocorrido na infância, com menos de 10 anos de idade, e na adolescência, entre 10 e 14 anos de idade. Essa característica também foi encontrada entre os índios Bororo no estudo de Quiles (2001), entre os índios Kaingáng nos estudos de Kohatsu (2001) e Oliveira (2001), entre os índios Pankararu nos estudos de Acioli (2002) e Silva (2005) e entre os índios do Alto Rio Negro nos estudos de Souza, Deslandes e Garnelo (2010) e Souza e Garnelo (2007).

Esse achado é defendido por Stamm e Bressan (2007) quando colocam que o primeiro episódio de intoxicação com o álcool tenderia a ocorrer no período da adolescência, em que o jovem teria a necessidade de se socializar e pertencer ao grupo, o que faria com que ele consumisse mais bebida alcoólica e não percebesse que estaria ingerindo álcool em demasia. Segundo Laranjeira et al. (2007) seria justamente esse beber em excesso, em uma única ocasião, que determinaria o estado de consumo de risco do indivíduo, visto que essa quantidade poderia tornar o uso normal em nocivo diante das consequências possíveis tanto ao indivíduo que consumisse as bebidas alcoólicas como a quem estivesse em seu entorno.

Esse achado traz uma preocupação relevante para os povos indígenas como defende os autores Acioli (2002), Souza, Deslandes e Garnelo (2010) e Souza e Garnelo (2007), pois se sabe que o organismo do jovem não está preparado para realizar a degradação do álcool, fato que pode gerar diversos problemas à saúde e danos biopsicossociais associados ao consumo ao longo prazo. Assim, o início precoce do consumo de bebidas alcoólicas pode ocasionar diversos problemas. Entre esses problemas pode-se identificar o uso abusivo, a violência, os acidentes, a dificuldade de aprendizagem, o absentismo na escola e no trabalho e o aumento do risco para o uso de outras drogas (BARROSO; BARBOSA; MENDES, 2006; RONZANI et al., 2007).

Além desses problemas, o consumo de bebidas alcoólicas no auge da vida produtiva, demonstra sérios problemas à manutenção da cultura e do trabalho indígena. O consumo de bebida alcoólica pelos jovens e adultos jovens pode gerar comprometimento no desenvolvimento local do povo (FERNANDES, 2002; FERREIRA, 2004). Esse é uma preocupação crescente por parte dos povos indígenas, principalmente para o povo Xukuru do Ororubá, pois os jovens representam a perpetuação da cultura de seu povo.

Este estudo identificou que o primeiro contato com a bebida havia ocorrido na casa de amigos e na própria casa do indivíduo, assim como, que o motivo de consumo inicial da bebida devia-se à influência de amigos e de familiares que consumiam bebida alcoólica e a

outros fatores de ordem do ambiente da pessoa como dificuldade financeira, dificuldade de trabalho, problemas afetivos e familiares. Esse achado torna-se evidente quando Brasil (2000) e Stamm e Bressan (2007) colocam que os aspectos do ambiente da pessoa e influências herdadas são significativos fatores de risco para o consumo de bebidas alcoólicas. Apesar disso, segundo Trindade (2007) não se pode garantir que necessariamente filhos de alcoolistas se tornem alcoolistas, pois muitos podem até desenvolver uma aversão ao consumo de bebidas alcoólicas e nunca consumi-las.

No que diz respeito ao consumo inicial ter se dado em contato com os amigos, esse contato geralmente ocorria no sexo masculino. Esse achado pode ser evidenciado no estudo de Oliveira (2001) que relatou que muitos adolescentes indígenas, de 12 e 13 anos eram iniciados a fazer o uso destas bebidas sendo procurados, em sua maioria, por companheiros em jogos de futebol e em ocasiões de festa. Outro estudo que trata dessa relação foi o de Kohatsu (2001) que relatou que os jovens indígenas iniciavam precocemente o consumo de bebidas, principalmente quando estavam em grupo.

Mais detalhes desse consumo influenciado pelos amigos pode ser encontrado no estudo de Crives (2003) entre dependentes de um programa de prevenção e tratamento de alcoolismo e de Mabuchi et al. (2007) entre trabalhadores de coleta de lixo em São Paulo, em que eles relataram que o consumo inicial havia se dado devido à influência dos amigos.

Em relação ao consumo na casa de amigos, esse dado pode ser evidenciado no estudo de Souza, Deslandes e Garnelo (2010) entre os indígenas Iauaretê do Alto Rio Nero, que encontraram que os jovens tinham o costume de beber em casa de amigos antes de festas, por multiplicar as oportunidades de beber, criando-se um ambiente juvenil para o beber diferenciado do ambiente coletivo existente.

No que diz respeito ao consumo influenciado por familiares, a variável consumo familiar de bebida alcoólica demonstrou que o indígena que tivesse pelo menos um familiar que consumisse bebida alcoólica possuía uma chance maior de consumo. Esse achado pode ser melhor compreendido quando Stamm e Bressan (2007) relatam que a ocorrência do primeiro contato com a bebida alcoólica geralmente se dá no próprio contexto familiar, num almoço em família, jantares, comemorações e confraternizações.

Em relação ao consumo familiar nos indígenas e sua contribuição ao consumo dos indivíduos, Kohatsu (2001) em um estudo entre os índios Kaingáng, relatou que o consumo de álcool pelos pais poderia levar os filhos a um estado de dependência. Já Silva (2005) identificou que a disseminação da bebida entre os jovens Pankararu havia sido facilitada pelos

avós, pais ou pessoas mais velhas, muitas das quais ainda utilizavam bebida alcoólica e bebiam acompanhando os jovens.

Os locais de primeiro contato e de consumo se deram dentro do Território Indígena e a compra de bebida alcoólica geralmente se dava em Pesqueira, cidade próxima ao Território Indígena, em bares e supermercados. Esses achados corroboram o exposto por Brasil (2007b), Souza, Delandes e Garnelo (2010) e Souza e Garnelo (2007) que identificaram que geralmente os indígenas consumiam dentro do Território Indígena e compravam a bebida fora das Terras Indígenas, nos centros urbanos e rodovias. Pode-se então perceber que esse consumo ocorria mesmo sendo proibido pelo Estatuto do Índio a venda de bebidas alcoólicas aos indígenas e o consumo dentro do Território Indígena (BRASIL, 1973).

Em relação ao processo de migração, a maior parte dos indígenas referiu nunca ter saído do Território Indígena, mesmo diante de todas as mudanças de perdas e reconquistas das terras, expostas no estudo de Silva (2007) em que retratam a história do povo Xukuru onde muitos deles ao perder a posse de suas terras deixaram seus territórios. Mas esse estudo também coloca que muitos indígenas permaneceram vagando pelo Território Indígena Xukuru em pequenas terras ou como mão-de-obra explorada pelos novos donos das terras.

Esses intensos contatos interétnicos que aconteceram dentro do próprio Território Indígena durante a história desse povo e devido a sua localização próxima à cidade de Pesqueira e à BR 232, podem explicar o porquê da variável ter migrado para outro lugar fora do Território Indígena não ter dado estatisticamente significativo, pois o contato havia se dado dentro do próprio Território ou em suas proximidades. Sabe-se que esses contatos contribuíram para as profundas transformações ocorridas em seus hábitos de vida.

Essa situação fortifica o exposto por Guimarães e Grubits (2007) em que eles colocam que esses indivíduos acabam consumindo a bebida alcoólica de forma culturalmente aceitável e de forma banalizada no interior das sociedades devido aos intensos contatos interétnicos. A banalização do consumo de bebida alcoólica se constitui um problema para muitas etnias. Esse fato pode ser verificado no relato de uma liderança Guarani (SOUZA; OLIVEIRA; KOHATSU, 2001) que mostrou que a intensificação do consumo estava desestruturando a organização social do seu povo, gerando conflitos dentro da etnia e preocupação para as lideranças.

Considerando-se a cultura bastante diversificada dos povos indígenas, verificou-se que mesmo dentro de uma mesma etnia há diferenças significativas no modo de beber entre as regiões em que se vive. Esse aspecto foi demonstrado pela maior chance de beber quando se morava na Serra em comparação às demais regiões, esse fato pode ser explicado por ela ter

apresentado o maior percentual de indivíduos que consumiam, com frequências e doses de consumo marcadamente maiores do que as outras duas regiões de moradia. Alguns estudos tratam dessa diversidade dentro de uma mesma etnia, como os de Ferreira (2004), sobre o uso de bebidas alcoólicas entre os Mbyá-Guarani no Rio Grande do Sul e o de Quiles (2001) que trata do comportamento alcoólico entre os índios Bororó de Meruri, do Mato Grosso do Sul.

Com efeito, considerando-se que se deve avaliar mais detalhadamente, com uma visão multifatorial, o que está influenciando esse maior consumo de bebida alcoólica entre as diferentes regiões de moradia no povo Xukuru, tem-se duas hipóteses, uma relacionada à localização e outra ao tipo de atividade de trabalho desenvolvida.

Em relação à localização, a região da Serra apresenta alguns locais de difícil acesso e esse isolamento estimularia a compra de maiores quantidades de bebida por vez e, conseqüentemente, atrelada à carência de atividades de lazer, levaria a um maior consumo de bebidas alcoólicas. Quanto às atividades de trabalho desenvolvidas nessa região, a pecuária e a agricultura, anteriormente, principalmente na agricultura, se utilizava agrotóxicos na produção, o que pode ser verificado através do estudo realizado por Gonçalves (2008), no território Xukuru. Essa autora observou que os indígenas consumiam bebida para diminuir o efeito do agrotóxico utilizado no trabalho. Apesar da cultura ser atualmente mais orgânica, esse fator pode ter contribuído para o consumo inicial e o indivíduo manteve o consumo mesmo depois da retirada do agrotóxico.

Apesar do estado civil não ter permanecido estatisticamente significativo no modelo de regressão múltipla para um fator associado ao consumo de bebida alcoólica, o achado da regressão simples, em que ser casado foi fator de proteção em relação a ser solteiro, pode ser um achado importante quando se observa os hábitos de uma pessoa casada e as responsabilidades familiares que o indivíduo possui, levando à menor ingestão de bebidas alcoólicas. O exposto foi verificado no estudo com o povo Kaingáng, em que os autores identificaram que a responsabilidade em relação à família foi um mecanismo importante de redução do consumo de bebida alcoólica (SOUZA; OLIVEIRA; KOHATSU, 2003).

Em relação à escolaridade, ter ou não estudado e o nível de instrução, não foi estatisticamente significativo para uma chance maior de consumo de bebida alcoólica pelos indígenas do povo Xukuru do Ororubá. Apesar disso, essa variável se mostrou bastante importante, pois demonstrou que a maioria dos indígenas possuía uma baixa escolaridade. Esse achado condiz com o exposto por Aguiar e Souza (2001) e Acioli (2002) que observaram que a maioria dos indígenas Terena e Pankararu, respectivamente, possuía um baixo grau de escolaridade e pelo IBGE (2005) que afirmou que embora tenha havido grandes avanços nos

indicadores educacionais entre 1991 e 2000, segundo os censos realizados, eles ainda se encontravam aquém da média para a população em geral.

Quanto à vontade e a tentativa de parar de beber os achados nesse estudo superam o encontrado pelo estudo de Brasil (2007b) em 13,5% e 21,7% respectivamente, ou seja, os indivíduos deste estudo demonstram uma maior força de vontade em busca do término do consumo de bebidas alcoólicas. Apesar disso, quando avaliados o percentual de quantos haviam procurado ajuda e qual o tipo de ajuda mais procurada, os dados desses estudos se igualaram.

Apesar dos dados referentes ao ter problema devido ao consumo de bebidas alcoólicas ter sido menor do que aqueles que não tinham problema, quase a metade refere algum tipo de problema relacionado ao consumo de bebidas alcoólicas o que corrobora o exposto por Laranjeira et al. (2007).

Entre os problemas ocasionados pelo consumo de bebidas alcoólicas nos indivíduos que as consomem, pode-se determiná-los como sendo problemas de ordem biológica, psicológica e social (ALVAREZ, 2007; BRASIL, 2000; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004; RESENDE et al., 2005; VAISSMAN, 2004).

Entre os problemas de ordem biológica e psicológica relatados pelos indivíduos nesse estudo estavam os problemas de saúde sendo o segundo mais citado. Os estudos de Kohatsu (2001) e Oliveira (2001) entre os Kaingáng trazem a tona esses problemas de saúde. No primeiro, esse autor relatou como agravos à saúde ocorridos a dependência ao álcool, a tuberculose, a desnutrição e baixo peso ao nascer de recém-nascido. Já no segundo estudo, muitos indígenas colocaram que a bebida não fazia bem a saúde deles e só pararam de beber diante da iminência da morte, pois sentiam fortes dores no peito, estômago, coração e na cabeça.

Entre os problemas de ordem social estavam as dificuldades no trabalho como o mais citado, as mudanças de comportamento e violência, problemas familiares, falta de interesse de participar dos eventos e rituais indígenas, dificuldades na comunidade, dificuldade de acesso na escola e prejuízos escolares e problemas financeiros.

Vale salientar que a maioria dos indígenas referiu que o seu consumo incomodava às pessoas ao seu entorno e elas já haviam se mostrado preocupadas com esse consumo. Um estudo interessante que trata desse assunto é o de Oliveira (2001), que coloca que muitos pais se mostravam preocupados com o consumo de seus filhos ainda adolescentes e o de Kohatsu (2001) em que muitas mulheres reclamam do consumo de seus filhos e marido.

Esses dados confirmam o colocado por Langdon (2001) e Souza e Garnelo (2006) quando eles referem que o consumo de bebida alcoólica afeta não só o indivíduo que a consome mais também quem convive com eles, podendo gerar problemas na família e na própria comunidade em que se vive. Esse exposto também pode ser confirmado no estudo de Kohatsu (2001) entre os Kaingáng, em que muitas mulheres brigavam com seus filhos e esposos por reclamar do consumo deles e esses indivíduos acabavam se separando e provocando conflitos dentro da comunidade.

Oliveira (2001) coloca que o alcoolismo está intimamente ligado com o problema da violência o que é uma constante na maioria dos grupos indígenas no Brasil. Esse caso pode ser bem visualizado no estudo de Quiles (2001) em que o alcoolismo “explosivo” dos índios Bororo criava muitas vezes situações de tensão entre os que não participam das bebedeiras e muitas vezes eles deixavam de ser convidados a atos oficiais pelo temor do que podiam causar.

Outro problema decorrente do consumo de bebidas alcoólicas foi aquele relacionado às atividades escolares. Esse achado pode ser melhor entendido quando Mabuchi et al. (2007), em seu estudo com trabalhadores da coleta de lixo, coloca que muitos dos trabalhadores começaram o consumo ainda na adolescência e não conseguiram concluir o ensino básico e traz a necessidade de se investir na educação como uma forma de diminuir esses problemas. Entre os indígenas, os prejuízos escolares podem ser bem visualizados no estudo de Oliveira (2001) que retrata que várias crianças Kaingáng bebiam e chegavam à escola ainda alcoolizadas.

Em relação aos problemas de trabalho identificados nesse estudo estavam o cansaço, o baixo rendimento, a falta de concentração e o absenteísmo, a irritação, a dificuldade de conseguir emprego, os acidentes de trabalho, as brigas e as demissões. Segundo Truco et al. (1999), se calcula que mais da metade dos custos relacionados ao abuso do álcool, drogas ilícitas e medicamentos estão vínculos a menor produtividade no trabalho. Os trabalhadores que abusam do álcool são responsáveis por 20 a 25% dos acidentes de trabalho de forma direta (bebedor) e indireta (vítimas inocentes), possuem três vezes mais probabilidade de ter aposentadorias por invalidez no trabalho, duas a três mais probabilidade de ter absenteísmo no trabalho, podem provocar maiores perdas materiais por degradação da equipe, seja por acidentes ou por roubos no trabalho.

No estudo de Lima et al. (1999) realizado com trabalhadores com acidentes de trabalho típicos notificados pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), em 1996, identificou que os trabalhadores que consumiam bebida alcoólica possuíam 1,37 vezes mais

chance de ter acidente de trabalho do que aqueles trabalhadores que não consumiam bebida alcoólica.

No estudo de Mangallón e Robazzi (2005) ele encontrou que a maior parte dos indivíduos referiu a ocorrência no trabalho, devido ao consumo de bebida alcoólica, a presença de cansaço físico, problemas de saúde, diminuição do rendimento de trabalho e diminuição de reflexos na jornada laboral. Esses fatores impactam diretamente nos custos e na produtividade do trabalho.

Entre os indígenas, o estudo de Oliveira (2001) entre os Kaingáng, traz sua contribuição quanto a esse aspecto quando demonstra a preocupação dos pais acerca da bebida dos filhos e a ausência e não rendimento no trabalho deles devido a esse consumo.

Outro dado importante identificado neste estudo foi que 16,1% dos que consumiam bebida alcoólica e trabalhavam já haviam consumido devido ao trabalho, a maioria mais de três vezes, justamente para diminuir o cansaço, a tristeza, irritação, aumentar o rendimento no trabalho, diminuir dores no corpo e para limpar o organismo de intoxicações e venenos. Esses dados corroboram o exposto no estudo de Gonçalves (2008) e Oliveira (2008) quando tratam do consumo de bebidas alcoólicas para diminuir o efeito do uso de agrotóxicos e com Souza, Oliveira e Kohatsu (2003), em que alguns indígenas Kaingáng relataram beber depois do trabalho para tirar a dor do corpo ou para ter coragem para trabalhar mais.

Segundo Lancman e Sznelwar (2008) de acordo com as colocações de Christopher Dejours, o consumo de bebidas alcoólicas pode se caracterizar indissociável da profissão. Essa associação entre o consumo de bebidas alcoólicas e o trabalho em que a pessoa que tivesse algum tipo de trabalho teria um risco aumentado de consumir bebida alcoólica pode ser melhor entendido sabendo-se que o trabalho influencia diretamente o estilo de vida adotado (SOLAR; IRWIN, 2005). A causa dessa influência é que os trabalhadores estão constantemente expostos a mudanças, e realizam processos adaptativos como forma de reagir a elas e durante esse processo dinâmico entre o trabalhador e sua atividade de trabalho, eles acabam modificando seus estilos de vida e adotando ou intensificando hábitos muitas vezes indesejáveis como o consumo de bebidas alcoólicas (ASSUNÇÃO, 2003; NASCIMENTO; MENDES, 2002).

Esse exposto condiz com o apresentado no estudo de Souza e Garnelo (2007) que avaliou o processo de alcoolização entre os indígenas do Alto Rio Negro. Esses autores verificaram a existência do consumo de bebidas alcoólicas como moeda de troca por trabalho, seja voluntário ou remunerado, onde se passou a operar na região, o consumo das bebidas alcoólicas como uma estratégia de recrutamento e pagamento da mão-de-obra. Esse consumo

não era apenas uma forma de atender aos padrões “brancos”, mas também uma maneira de reproduzir o próprio modo atual de vida indígena.

Segundo Vaissman (2004) a especificidade da ocupação estaria entre alguns dos que contribuiriam para o maior risco profissional em relação ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas, mas é imprescindível ter em mente segundo Amaral e Malbergier (2004) e Mandell et al. (1992) que cada local de trabalho e cada tipo de ocupação possui características específicas que contribuem ou agem como fator de proteção no consumo de bebidas alcoólicas. Essa colocação reflete o achado nesse estudo em que trabalhar na agricultura levava a uma chance maior do consumo de bebidas alcoólicas enquanto que trabalhar com afazeres domésticos, na educação e com artes seria um fator de proteção para o consumo de bebidas alcoólicas.

Em relação às atividades de trabalho afazeres domésticos, acredita-se que esse fato pode ter ocorrido devido essas pessoas geralmente não realizarem trabalhos coletivos e, por isso, estarem menos propícios ao contato com outros indígenas ou “não-indígenas que estimulassem esse consumo.

Esse achado pode ser confirmado pelo exposto por Castillo et al. (2006) em que as maiores taxas de consumo se davam, nas mulheres, quando elas desenvolviam atividades de relação e comunicação. Outro estudo que pode auxiliar no entendimento é o de Campa e Robazzi (2005) em que mais da metade dos trabalhadores avaliados referiam consumir bebidas alcoólicas em reuniões com os companheiros de trabalho. Na população indígena tem-se o estudo de Aguiar e Souza (2007) em que o consumo era geralmente atrelado à realização de trabalhos coletivos onde se bebiam coletivamente e de Souza, Oliveira e Kohatsu (2001) em que o consumo de bebida alcoólica no trabalho era intensificado quando em contato com outros trabalhadores não indígenas.

Em relação à maior chance de consumo de bebidas alcoólicas entre os trabalhadores da agricultura, o estudo de Truco et al. (1999) encontrou que entre os trabalhadores agrícolas que haviam tido acidente de trabalho mais da metade consumiam bebidas alcoólicas e Mandell et al. (1992), em um estudo realizado entre várias profissões, encontrou que os trabalhadores rurais também apresentaram um maior risco de consumo de bebida alcoólicas. Já entre os indígenas, podem-se encontrar relatos dessa associação nos estudos de Souza, Oliveira e Kohatsu (2001), Silva (2005), Gonçalves (2008) e Almeida (2008).

Souza, Oliveira e Kohatsu (2001) trazem as narrativas de representantes indígenas sobre o uso de bebidas alcoólicas nas áreas indígenas. Uma liderança Guarani relatou que um dos primeiros contatos dos índios com a bebida havia ocorrido no trabalho com os

fazendeiros, que davam aos índios a bebida alcoólica para eles terem mais resistência no trabalho. Esse consumo era ainda intensificado devido ao contato dos indígenas que trabalhavam nas obras no Território Indígena com outros trabalhadores não indígenas.

Silva (2005) coloca que entre o povo Pankararu era comum ter indígenas que trabalhavam na roça, especialmente os homens, e que levavam seu litro de cachaça para ingerir durante o trabalho. Gonçalves (2008) e Almeida (2008), em estudo realizado com o povo Xukuru apresentou alguns relatos do consumo de bebida alcoólica entre agricultores a fim de diminuir o efeito dos agrotóxicos.

Esses trabalhos são tipicamente mais repetitivos e monótonos e essa característica torna-se importante quando se verifica que os trabalhos monótonos e repetitivos indicaram uma maior chance de consumo de bebidas alcoólicas, onde este último mesmo após ser controlado pelo sexo e faixa etária ainda permaneceu estatisticamente significativo. Esse achado se torna ainda mais interessante quando se avalia que as atividades da área de artes e da área educacional em que são atividades marcadamente mais criativas se mostraram um fator de proteção para o consumo de bebidas alcoólicas.

Sabe-se que os trabalhos em que o indivíduo não tem muita variedade de atividades, não têm a possibilidade de se desenvolver intelectualmente e de aplicar suas potencialidades criativas, tendo iniciativa, pensamento ou juízo, ele pode provocar desajustes emocionais, desresponsabilização e estresse no trabalho, o que aumenta a probabilidade do consumo de álcool e outras drogas (CAMPA; ROBAZZI, 2005; CASTILLO et al., 2006; NORIEGA et al., 2004).

Outro fator primordial que se deve considerar é que o aumento do ritmo e da jornada de trabalho, a pressão no trabalho e dificuldades de relacionamento, a redução de pausas, trabalho intenso, monótono e repetitivo, exigências ergonômicas e físicas, o baixo controle dos trabalhadores sobre suas tarefas, a insatisfação no trabalho e compõem um universo de condições desfavoráveis para a saúde de trabalhadores (BARBOSA; SANTOS; TREZZA, 2007; DÍAZ; ABRIL; GARZÓN, 2010; FERNANDES; ASSUNÇÃO; CARVALHO, 2010; NORIEGA et al., 2004; SILVA et al., 2005).

Um exemplo dessas características do trabalho e a causa de doenças é o exposto por Rosa e Mattos (2010) em seu trabalho com pescadores e catadores de caranguejo que relataram a ocorrência de agravos à saúde devido à sobrecarga de peso e grandes jornada de trabalho. No estudo de Noriega et al. (2004), as trabalhadoras de saúde que foram expostas a um maior grau de calor, ruído, esforço físico, posições forçadas, trabalho intenso e trabalho

repetitivo possuíam um risco 6,5 vezes maior de irritabilidade e 3,6 vezes maior de fadiga que aquelas que não eram expostas ou eram em menor grau a essas condições insalubres.

Apesar desses indícios as variáveis carga horária de trabalho, turno de trabalho, sobrecarga de trabalho, existência de pausas, pressão no trabalho e risco no trabalho não se mostraram estatisticamente significante para o consumo de bebidas alcoólicas.

Em relação ao turno de trabalho e a carga horária de trabalho os achados neste estudo confirmam o exposto por Barros e Nahas (2001), em seu estudo com trabalhadores industriais em Santa Catarina, que verificou que as variáveis turno de trabalho e horas extras não apresentarem associação significativa com o consumo de bebidas alcoólicas. Mas contradiz o exposto por Campa e Robazzi (2005) que refere que o tempo excessivo de trabalho estaria entre as situações de trabalho que representam maior risco de consumo de bebida alcoólica.

Apesar da sobrecarga de trabalho, trabalho intenso e exaustivo não ter se mostrado estatisticamente significante para o consumo de bebidas alcoólicas na regressão múltipla, o achado na regressão simples de que ter um trabalho intenso aumentaria a chance de consumo e a frequência de 38,4% de indivíduos com sobrecarga de trabalho torna-se interessante quando se observa que trabalhos que exigem mais dos trabalhadores podem levar ao adoecimento.

Em relação à existência de pausa no trabalho, não ter dado estatisticamente significante na regressão logística múltipla, a ocorrência na regressão simples de que aquelas pessoas que com mais de 30 minutos de pausa tinham uma menor chance de consumir bebida alcoólica traz à tona a importância da existência de pausas no ambiente de trabalho para minimizar a ocorrência de adoecimentos devido ao trabalho.

Já no que diz respeito à existência de pressão no trabalho, esse achado torna-se interessante no que diz respeito a pouca parcela da população que sofria pressão no ambiente de trabalho e que apesar dessa variável não ter se mostrado estatisticamente significante, essa ocorrência demonstra que os indígenas Xukuru do Ororubá teriam um fator a menos de predisposição ao risco de adoecimento. Visto que a pressão no trabalho pode ser entendida com um dos fatores que causam adoecimento e podem levar ao consumo de bebidas alcoólicas.

Em relação aos riscos no trabalho, essa variável apesar de não ter sido estatisticamente significante para a maior chance de consumo de bebidas alcoólicas, torna-se importante, pois a maior parte das pessoas referiu que estavam expostas a algum tipo de risco, principalmente físicos e ergonômicos. Essa exposição pode gerar algum adoecimento ao trabalhador. Apesar disso, o achado nesse estudo em que a existência de algum risco não foi fator associado ao

consumo, contradiz de certa forma o exposto por Mangallón e Robazzi (2005) em que os trabalhos perigosos associados a condições inseguras representam um maior risco de consumo de bebidas alcoólicas.

Neste estudo ter sentido dor ao final do trabalho e ter tido efeitos depressivos decorrentes do trabalho se constituíram fatores de proteção para o consumo de bebidas alcoólicas. Sendo ainda mais expressivo, pois esse último fator, independente do sexo ou da faixa etária, se mostrou estatisticamente significativa. Talvez este achado condiga com o exposto por Kohatsu (2001) em que os indígenas apenas deixavam de beber quando eram acometidos de fortes dores que comprometiam de forma significativa a sua saúde e por terem certo receio dos efeitos que esse consumo poderia gerar em sua condição já debilitada.

Um fator importante sobre esse assunto é que talvez o consumo na etnia Xukuru esteja mais vinculado à saúde e a felicidade devido ao trabalho do que à tristeza e ao adoecimento no trabalho, apesar disso, quando esses fatores foram estudados, a saúde e a felicidade não se apresentaram estatisticamente significantes para a maior chance de consumo.

Esse achado demonstra a limitação dos estudos de caráter transversal em que não se consegue identificar qual a ordem de acontecimento dos fatos, mas apenas que eles existem naquele momento do estudo. Dessa forma, não se pode definir se o menor consumo de bebida alcoólica foi um fator determinante na geração dos sintomas de depressão e de dor no trabalho ou se esses sintomas levariam realmente a um menor consumo.

Assim, para melhor entender as razões e causas dessa situação específica no povo Xukuru, torna-se imprescindível um estudo mais ampliados sobre o tema como estudos epidemiológicos longitudinais que auxiliariam a captar as relações de causalidade ou estudos que utilizassem uma metodologia qualitativa.

Um fator importante associado ao consumo de bebidas alcoólicas no trabalho foi o rendimento. Segundo os estudos de Aguiar e Souza (2001), com a população Terena, e Souza e Garnelo (2007) com os indígenas do Alto Rio Negro, o alcoolismo estaria relacionado com as pessoas de maior renda. Assim, a bebida seria um produto associado ao prestígio, em que os que a adquiriam teriam que partilhá-la com os demais.

Apesar da variável tipo de vínculo empregatício não ter sido estatisticamente significativa na regressão múltipla, os achados na regressão simples mostram que as pessoas com vínculos empregatícios precários como informais, autônomos e terceirizados possuíam uma maior chance de consumo de bebidas alcoólicas. Considerando-se que apenas uma pequena parcela dos indígenas possuía carteira assinada, cabe-se ressaltar a importância dessa situação como geradora de adoecimentos aos trabalhadores.

Segundo Benach et al. (2002), muitos trabalhadores informais possuem características marcantes e entre elas está a raça não branca. Eles ainda relatam que esses novos tipos de organização do trabalho podem gerar sérios danos à saúde dos trabalhadores estando associados ao surgimento de transtornos mentais como o abuso de substâncias. Outro dado importante é que os trabalhadores informais com vínculos precários possuíam adoecimentos mais graves que os trabalhadores com vínculo permanente e possuíam mais dificuldade de realizar mudanças nas condições de trabalho.

No que diz respeito aos indígenas que não possuíam trabalho, apesar de representar uma pequena parcela dessa população, torna-se importante quando se avalia o consumo de bebidas alcoólicas entre esses indivíduos em que boa parte deles já haviam bebido por não ter trabalho, a maioria mais de três vezes, e geralmente esse consumo havia se dado para que o tempo passasse rápido, para diminuir a tristeza e ansiedade e para esquecer os problemas que a falta de trabalho lhes causava.

Segundo o estudo de Benach et al. (2002), há uma notável evidência de que o desemprego está fortemente associado com fatores psicológicos que aumentam o risco do surgimento de situações adversas à saúde, de estilos de vida desfavoráveis e dificuldades econômicas. Nos estudos de Crives (2003) e Jimenez e Lefèvre (2004), pode-se ter uma idéia desse consumo devido à falta de trabalho em que os indivíduos estavam expostos à uma condição de vulnerabilidade e eles acabavam consumindo bebidas alcoólicas devido a uma insatisfação pessoal ou de fuga da realidade, o que afetava sua qualidade de vida e de sua família. No caso dos homens essa situação tornava-se ainda mais preocupante, pois eles perdiam a identidade da masculinidade tradicional de provedor.

Em relação às limitações do trabalho de campo, pôde-se identificar a possibilidade de existência de dois tipos de vieses. O viés do observador e de seleção da amostra.

Quanto ao viés do observador, um estudo que requer uma metodologia científica, como este, precisaria de entrevistadores qualificados para a realização do procedimento do campo. Foi necessário um treinamento dos mesmos, com uma seleção de pessoas que fossem da área da saúde. Apesar de serem da área de saúde, eram estudantes de graduação e ainda não tinham a vivência da prática de saúde e de pesquisas epidemiológicas, além de terem conhecimento restrito sobre o assunto, podendo ocorrer um viés do observador. Esse limitado conhecimento sobre assunto também pode ter sido em alguns aspectos vantajoso, pois não levaria à indução por parte do entrevistador dos seus conhecimentos prévios sobre o assunto, talvez reduzindo o próprio viés do observador.

No que diz respeito ao viés de seleção da amostra, as imitações diziam respeito às recusas e ausências dos entrevistados no momento de realização da entrevista; aos domicílios que se encontravam fechados, mesmo após três visitas da equipe de entrevistadores e aos indivíduos que possuíam uma incapacidade temporária e permanente.

Sobre as recusas ou ausências, a maior parte correspondeu aos indivíduos do sexo masculino, esse fato ocorreu devido esses indivíduos estarem no trabalho no momento da entrevista ou devido ao próprio processo cultural, muito característico dos homens do interior do país, de não aceitarem responder perguntas ou ser examinados. Apesar disso, a associação se mostrou bastante significativa para o sexo masculino.

Outro fato que poderia ter limitado o estudo é que alguns indígenas, de ambos os sexos, se encontravam impossibilitados de responder os questionários por uma incapacidade temporária como adoecimento ou permanente como falecimento ou deficiência mental e auditiva, mas esse fator não foi predominante.

Pode-se concluir que apesar da amostra final ter sido menor que a estimada, não houve limitações quanto à representatividade das informações para o povo Xukuru do Ororubá.

7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados evidenciados nesse estudo é possível concluir que: (1) Há elevada prevalência de consumo de bebidas alcoólicas entre os indígenas, com uma chance maior de consumo de bebida alcoólica entre os indígenas do sexo masculino, em faixas etárias mais jovens (18 a 44 anos), que tinham algum familiar que consumia bebida alcoólica que moravam na região da Serra e que possuíam ocupação; (2) O trabalho é um fator associado ao consumo de bebidas alcoólicas; (3) Os fatores do trabalho associados ao maior consumo observados foram: ter remuneração, trabalhar na agricultura, ter um trabalho monótono e ter um trabalho repetitivo. Os fatores de proteção no trabalho para o consumo de bebidas alcoólicas foram: trabalhar em atividades domésticas, na área educacional e com artes, sentir dor ao final do trabalho e ter tido episódios depressivos e transtorno depressivo recorrente devido ao trabalho.

Esse estudo procurou contribuir com o conhecimento sobre o perfil epidemiológico, de trabalho e consumo de bebidas alcoólicas entre o povo indígena Xukuru do Ororubá, permitindo identificar os fatores sociais e do trabalho associados ao consumo de bebidas alcoólicas nesse povo.

Sabe-se que as conseqüências desse consumo causam problemas sérios tanto de ordem biológica, psicológica quanto social, afetando diretamente, o bem-estar, a saúde, o trabalho e a economia dos povos indígenas.

Esses achados assumem importância diante da escassez de pesquisas que tratem desse tema entre esses povos, particularmente na região Nordeste do país. É imprescindível o desenvolvimento de mais pesquisas sobre o tema de modo que permitam um melhor dimensionamento do problema do consumo de bebidas alcoólicas entre os povos indígenas, dando uma maior visibilidade ao tema.

O conhecimento dessa realidade é fundamental para orientar a organização, o planejamento e a melhoria da qualidade dos serviços de assistência à saúde para os povos indígenas. Tornando-se, de suma importância, a construção de programas que visem à prevenção junto aos indígenas, indagando-os sobre os fatores coletivos e específicos ao grupo que contribuem para o consumo de bebidas alcoólicas.

REFERENCIAS

ACIOLI, M. D. **O processo de alcoolização entre os Pankararu**: um estudo de etnoepidemiologia. 2002. Tese (Doutorado em saúde coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2002.

AGUIAR, J. I.; SOUZA, J. A. Alcoolismo em população Terena no estado do Mato Grosso do Sul: Impacto da sociedade envolvente. In: SEMINÁRIO SOBRE ALCOOLISMO E VULNERABILIDADE ÀS DST/AIDS ENTRE OS POVOS INDÍGENAS DA MACRORREGIÃO SUL, SUDESTE E MATO GROSSO DO SUL, 1999, Londrina, PR. **Anais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. p.149-166.

ALBUQUERQUE, J.; SOUZA, J. A. Prevalência do alcoolismo na população indígena Terena do Complexo Sidrolândia – Colônia Dois Irmãos. In: OFICINA MACRO REGIONAL DE ESTRATÉGIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DST/AIDS PARA POPULAÇÕES INDÍGENAS DAS REGIÕES SUL, SUDESTE E DO MATO GROSSO DO SUL, 1., 1997, Londrina, PR. **Anais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997. p. 117-124.

ALMEIDA, L. R. **Manejo de insumos agrotóxicos por agricultores do povo indígena Xukuru do Ororubá – PE**. 2008. Monografia (Especialização em Gestão Ambiental) - Faculdade Frassinetti do Recife, Recife, 2008.

ALVAREZ, A. M. A. Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, p. 188-193, 2007.

AMARAL, R. A.; MALBERGIER, A. Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool (CAGE) entre trabalhadores da Prefeitura do Campus da Universidade de São Paulo (USP) – Campus Capital. **Rev. bras. psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 156-63, 2004.

ANDRADE, T. M.; ESPINHEIRA, C. G. D. A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira. In: ANDRADE, T. M. (Coord.). **O uso de substâncias psicoativas no Brasil**: epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006. p. 1-3.

ANTUNES, R. Os caminhos da liofilização organizacional: as formas diferenciadas da reestruturação produtiva no Brasil. **Idéias**, Campinas, v. 10, n.1, p.13-24, 2003.

ASSUNÇÃO, A. A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 1005-1018, 2003.

BAKHTIN, M. **A cultura popular na Idade Média e no Renascimento**: o contexto de François Rabelais. São Paulo: Hucitec; Brasília: UnB, 1987. Disponível em <<http://meridianum.paginas.ufsc.br/files/2010/12/BAKHTIN-Mikhail.-A-cultura-popular-na-idade-m%C3%A9dia-e-no-renascimento-o-contexto-de-Francois-rabelais.pdf>>. Acesso em 02 mai. 2011.

BARATA, R.B. Inquérito Nacional de Saúde: uma necessidade? . **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 870-886, 2006.

BARBOSA, M. S. A.; SANTOS, R. M.; TREZZA, M. C. S. F. A vida do trabalhador antes e após a Lesão por Esforço Repetitivo (LER) e Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (DORT). **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 491-496, 2007.

BARROSO, T; BARBOSA, A; MENDES, A. Programas de prevenção do consumo de álcool em jovens estudantes – Revisão sistemática. **Ref. rev. educ. form. enferm.**, Coimbra, n.3, p. 33-44, 2006.

BENACH, J. et al. The consequences of flexible work for health: are we looking at the right place?. **J. epidemiol. community health**, London, v. 56, p. 405-406, 2002.

BENACH, J. et al. Types of employment and health in the Europe Union: changes from 1995 to 2000. **Eur. j. public health**, Stockholm, v. 14, p. 314-321, 2004.

BIESHEUVEL, C. J. et al. Advantages of the nested case-control design in diagnostic research. **BMC med. res. methodol.**, London, v. 8, n. 48, p. 1-7, 2008.

BRASIL. **Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973**. Brasília DF, 1973. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6001.htm >. Acesso em: 23 abr. 2009.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **Álcool**: o que você precisa saber. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2000. (Série Diálogo, n.6).

BRASIL. **Decreto n.º 6.117, de 22 de maio de 2007**. Brasília DF, 2007a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6117.htm (7 of 7)29/8/2007 17:06:31>. Acesso em: 23 abr. 2009.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **I Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool e outras drogas entre populações indígenas**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007b. Disponível em <www.obid.senad.gov.br>. Acesso em: 01 ago. 2008.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: décima revisão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2011.

BRITO, J. C.; PORTO, M. F. S. **Processo de trabalho, riscos e cargas à saúde**. Apostila desenvolvida para o Curso de Especialização em Saúde do trabalhador e Ecologia Humana. Rio de Janeiro: ENSP, FIOCRUZ, 1991.

CAMPA, T. J. M., ROBAZZI, M. L. C. C. Consumo de alcohol en trabajadores de una industria en Monterrey, México. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 13, p. 819-26, 2005. Número especial.

CAMPOS, C. E. A. Health Surveys from a Planning Perspective. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 190-200, 1993.

CARDOSO, A. M.; MATTOS, I. E.; KOIFMAN, R. J. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na população Guaraní-Mbyá do Estado do Rio de Janeiro **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 345-354, 2001.

CARLINI, E. et al. **I levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2002.

CARMO, P. S. **A ideologia do trabalho**. 8. ed. São Paulo: Moderna, 1992.

CARNEIRO, H. S. **Bebidas alcoólicas e outras drogas na época moderna**. Economia e embriaguez do século XVI ao XVIII. USP, Historiador eletrônico, 2004. Disponível em <<http://www.historiadoreletronico.com.br/faces/03120801.htm>>. Acesso em: 03 mai. 2010.

CARNEIRO, M.; MORENO, E. C.; ANTUNES, C. M. F. Nested case-control study in a serological survey to evaluate the effectiveness of a Chagas disease control programme in Brazil. **Bull. World Health Organ.**, Geneve, v. 79, p. 409-414, 2001.

CASTRO, K. C. **Álcool e Trabalho: Uma Experiência de Tratamento de Trabalhadores de uma Universidade Pública do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: ENSP, FIOCRUZ, 2002.

CODO, W.; SAMPAIO, J. J. C.; HITOMI, A. H. **Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar.** 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1993.

COIMBRA JR., C. E. A.; SANTOS R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.125-132, 2000.

COIMBRA JR., C. E. A.; SANTOS, R. V. Perfil Epidemiológico da População Indígena no Brasil: Considerações Gerais. In: GOLDBAUM, M. (Org.). **Perfil Epidemiológico da População Brasileira.** Brasília: Centro Nacional de Epidemiologia, Ministério da Saúde, 2001 (em publicação).

COIMBRA JR., C. E. A.; SANTOS R. V., ESCOBAR A. L. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz: Abrasco, 2003.

COSTA, M. C. et al. Epidemiologia e determinantes das DCNT em Populações Indígenas do Brasil. In: FREESE, E. (Org.) **Epidemiologia, Políticas e Determinantes das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil.** Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. p. 303-319.

CRIVES, M. N. S.; DIMENSTEIN, M. Sentidos produzidos acerca do consumo de substâncias psicoativas por usuários de um Programa Público. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 12, n. 2, p.26-37, 2003.

DAVID, H. M. S. L., CAUFIELD, C. Mudando o foco: um estudo exploratório sobre uso de drogas e violência no trabalho entre mulheres das classes populares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 13, p. 1148-154, 2005. Número especial.

DÍAZ, J. M. O.; ABRIL, F. G. M.; GARZÓN, J. A. G. Salud y trabajo: minería artesanal del carbón en Paipa, Colombia. **Av.enferm.**, Bogotá, v. 28, n. 1, p. 107-115, 2010.

FELIX, C. E. **Uma escola para formar guerreiros.** Irecê: Print Fox, 2007.

FERNANDES, J. A. Caurinagens e bebedeiras: os índios e o álcool na história do Brasil. **Rev. Anthropol.**, Recife, v. 13, n. 2, p. 39-59, 2002.

FERNANDES, J. A. Sobre civilizados e bárbaros: o álcool e as trocas culturais na antigüidade européia. **Rev. Cantar.**, Niterói, v.2, n.1, p. 1-22, 2005.

FERNANDES, J. A. Sobriedade e embriaguez: a luta dos soldados de Cristo contra as festas dos tupinambás. **Tempo**, Niterói, v.11, n.22, p. 98-121, 2006.

FERREIRA, L. O. Relatório Final do **Diagnóstico Antropológico Participativo sobre a Manifestação do Alcoolismo os Povos indígenas do RS**: subprojeto Mbyá-Guarani. Porto Alegre: Fundação Nacional de Saúde (Brasil), 2001.

FERREIRA, L. O. As "boas palavras" dos Xondaro Marãgatu como alternativa para a redução do consumo de bebidas alcoólicas entre os Mbyá-Guarani-RS. **Rev. tellus**, Campo Grande, v.7, p.121-135, 2004.

FERREIRA, M. P. S.; SILVA, E. Toré Xukuru do Ororubá, uma expressão religiosa, cultural ou forma de resistência?. In: COLÓQUIO DE HISTÓRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO, 1., 2007, Recife, PE. **Anais Eletrônicos**. Recife, PE: Universidade Federal Rural de Pernambuco, 2007. p. 1-8. Disponível em <<http://www.pgh.ufrpe.br/brasilportugal/anais/4/Maria%20da%20Penha%20S.%20Ferreira.pdf>>. Acesso em: 03 mai. 2010.

FERRIE, J. et al. (Ed.). **Labourmarket changes and job insecurity**: a challenge for social welfare and health promotion. Copenhagen: World Health Organization, 1999.

FERNANDES, R. C. P.; ASSUNÇÃO, A. A.; CARVALHO, F. M. Mudanças nas formas de produção na indústria e a saúde dos trabalhadores. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl.1, p. 1563-1574, 2010.

FRIAS JR., C. A. S. **A saúde do trabalhador no Maranhão**: uma visão atual e proposta de atuação. 1999. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco. **Dados demográficos dos índios de Pernambuco**. Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena de Pernambuco. Recife, 2008.

GONÇALVES, G. M. S. **Agrotóxicos, saúde e ambiente na etnia Xukuru do Ororubá-Pernambuco**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

GUIMARAES, L. A. M.; GRUBITS, S. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. **Psicol. soc.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 45-51, 2007.

HENRIQUE, I. F. S. et al. Validação da versão brasileira do Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e Outras substâncias (ASSIT). **Rev. assoc. med. bras**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 199-206, 2004.

IBGE. **Tendências Demográficas**. Uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostra dos Censos Demográficos 1991 e 2000. Rio de Janeiro, 2005.

JIMENEZ, L.; LEFÉVRE, F. Desafios e Perspectivas: Desemprego e Masculinidade. **Interação psicol.**, Curitiba, v.8, n.2, p.227-235, 2004.

KOHATSU, M. O alcoolismo na comunidade Kaingáng de Londrina (PR): dados preliminares/1999. In: SEMINÁRIO SOBRE ALCOOLISMO E VULNERABILIDADE ÀS DST/AIDS ENTRE OS POVOS INDÍGENAS DA MACRORREGIÃO SUL, SUDESTE E MATO GROSSO DO SUL, 1999, Londrina, PR. **Anais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. p. 189-2001

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2008.

LANGDON, E. J. M. Saúde e Povos Indígenas: Os desafios na virada do século. In: CONGRESO LATINOAMERICANO DE CIENCIAS SOCIALES Y MEDICINA, 5., 1999, Isla de Margarita, Venezuela. **Anais Eletrônicos**. Isla de Margarita, Venezuela: Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, 1999. p. 7-11. Disponível em <www.cfh.ufsc.br/~nessi/Margsav.htm>. Acesso em: 03 mai. 2010.

LANGDON, E. J. M. O que Beber, como Beber e quando Beber: o Contexto Sociocultural do Alcoolismo entre as Populações Indígenas. In: SEMINÁRIO SOBRE ALCOOLISMO E VULNERABILIDADE ÀS DST/AIDS ENTRE OS POVOS INDÍGENAS DA MACRORREGIÃO SUL, SUDESTE E MATO GROSSO DO SUL, 1999, Londrina, PR. **Anais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. p.83-98.

LANGDON, E. J. O abuso de álcool entre os povos indígenas no Brasil: uma avaliação comparativa. **Rev. tellus**, Campo Grande, v.8, n. 9, p.103-124, 2005.

LARANJEIRA, R. et al. (Org.). **I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, Gabinete de Segurança Institucional, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf>. Acesso em: 01 jan. 2011.

LEITE, M. S. **Transformações e persistência**: antropologia da alimentação e nutrição em uma sociedade indígena amazônica. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

LIMA, C. T. S. et al. Hipertensão arterial e alcoolismo em uma refinaria de petróleo. **Rev. panam. salud publica.**, Washington , v. 6, n. 3, p. 185-191, 1999.

LIMA, T. F. P. **Doenças e agravos não Transmissíveis (DANT's) e seus determinantes**: Um estudo de novos padrões de mortalidade em populações indígenas de Pernambuco. 2007. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

LIMA, T. F. P. et al. Saúde e ambiente entre os índios Xukuru do Ororubá: observações preliminares. In: COLÓQUIO DE HISTÓRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO, 1., 2007, Recife, PE. **Anais Eletrônicos**. Recife, PE: Universidade Federal Rural de Pernambuco, 2007. p. 1-16. Disponível em <<http://www.pgh.ufrpe.br/brasilportugal/anais/4/Tatiane%20Fernandes%20Portal%20de%20Lima.pdf>>. Acesso em: 03 mai. 2010.

LUNARDI, R.; SANTOS, S. R. V.; COIMBRA JR., C. E. A. Morbidade hospitalar de indígenas Xavante, Mato Grosso, Brasil (2000-2002). **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 441-52, 2007

MABUCHI, A.S., et al. The use of alcohol by workers of the garbage collection service. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 446-452, 2007.

MAFRA, A. C. C. N. Estudo caso-controle com resposta multinomial: uma proposta de análise. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 451-459, 2010.

MANDELL, W. et al. Alcoholism and Occupations: A Review and Analysis of 104 occupations. **Alcohol. clin. exp. res.**, New York, v. 16, n. 4, p. 734-746, 1992.

MARTINE, G. População, meio Ambiente e desenvolvimento: o cenário global e nacional. In: MARTINE, G (Org.). **População, meio ambiente e desenvolvimento**: verdades e contradições. Campinas: Ed. da UNICAMP, 1993. p. 21-41.

MARQUES, A.C. P. R. O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento. **Rev. IMESC.**, São Paulo, v.3, p. 73-86, 2001.

MARX, K. Processo de trabajo y processo de valorización. In: _____. **El Capital**: Crítica de la economía política. 19. ed. México: Fondo de Cultura Económica, 1986.

MEDEIROS, A.C.L.V. **Associação entre consumo de álcool e trabalho: uma revisão sistemática do período de 1988 a 2008.** 2009. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

MÉNDEZ, E.B. **Uma versão brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test).** 1999. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1999.

MENENDES, E.L. Socioantropología del proceso de alcoholización em América Latina, 1970-1980 (primeira parte). **Acta. psiquiátr. psicol. Am. Lat.**, Buenos Aires, n.29, p. 247-256, 1983.

MOSER, A. D. L. **Práticas de saúde em uma empresa pública no estado do paraná e as concepções de saúde dos seus trabalhadores: uma contribuição à ergonomia e à saúde do trabalhador.** 2005. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

NASCIMENTO, L. C.; MENDES, I. J. M. Perfil de saúde dos trabalhadores de um centro de saúde-escola. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 502-508, 2002.

NORIEGA, M. et al. Las trabajadoras de la salud: vida, trabajo y trastornos mentales. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1361-1372, 2004.

OLIVEIRA, K. E. **Guerreiros do Ororubá:** o processo de organização política e elaboração simbólica do povo indígena Xukuru. 2006. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

OLIVEIRA, M. Alcoolismo entre os Kaingang: do sagrado e lúdico à dependência. In: SEMINÁRIO SOBRE ALCOOLISMO E VULNERABILIDADE S DST/AIDS ENTRE OS POVOS INDÍGENAS DA MACRORREGIÃO SUL, SUDESTE E MATO GROSSO DO SUL, 1999, Londrina, PR. **Anais.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. p. 99-125.

ORGANIZAO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global Status Report on Alcohol.** Genebra, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2011.

ORGANIZAO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global Status Report on Alcohol and Health.** Genebra, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html>. Acesso em: 27 abr. 2011.

PALITOT, E. M. **Tamain chamou nosso cacique**: a morte do cacique Xicão e a (re) construção da identidade entre os Xukuru do Ororubá. 2003. Monografia (Bacharelado em Ciências Sociais) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2003.

PELLON, L. H. C. **Tensões interculturais e os seus impactos no processo saúde-doença na população Guarani-Mbyá do município de Aracruz, Espírito Santo**. Dissertação. 2008. (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

PEREIRA, N. O. M.; SANTOS, R. V.; AZEVEDO, M. M. Perfil demográfico e socioeconômico das pessoas que se autodeclararam ‘indígenas’ nos censos demográficos de 1991 e 2000. In: PAGLIARO, H.; AZEVEDO, M. M.; SANTOS, R. V. (Org.). **Demografia dos Povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2005. p.155-166.

PROSDOCIMO, Z. P. A. **Especificidades do alcoolismo feminino**. Monografia. 2006. (Bacharelado em Psicologia) – Universidade do Vale do Itajaí, Biguaçu, 2006.

QUILES, M. I. "Mansidão de fogo" - Aspectos Etnopsicológicos do Comportamento Alcoólico entre os Bororó. In: SEMINÁRIO SOBRE ALCOOLISMO E VULNERABILIDADE ÀS DST/AIDS ENTRE OS POVOS INDÍGENAS DA MACRORREGIÃO SUL, SUDESTE E MATO GROSSO DO SUL, 1999, Londrina, PR. **Anais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. p. 167-188.

RESENDE, G. L. O. et al. Análise da prontidão para o tratamento em alcoolistas em um centro de tratamento. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 211-217, 2005.

RODRIGUES A.P. et al. Avaliação do nível de propensão para o desenvolvimento do alcoolismo entre estudantes do curso de graduação em enfermagem da Universidade Católica Dom Bosco. **SMAD, rev. eletrônica saúde mental alcool drog.**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, p. 1-10, 2007.

RONZANI, T. M. et al. Estratégias de rastreamento e intervenções breves para problemas relacionados ao abuso de álcool entre bombeiros. **Estud. psicol.**, Campinas, v.12, n. 3, p. 285-290, 2007.

ROSA, M. F. M.; MATTOS, U. A. O. A saúde e os riscos dos pescadores e catadores de caranguejo da Baía de Guanabara. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1543-1552, 2010.

SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. Saúde dos povos indígenas no Brasil: perspectivas atuais. Editorial. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 258-259, 2001.

SANTOS, R. V.; PEREIRA, N. O. M. Os indígenas nos censos nacionais no Brasil. Editorial. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1626-1627, 2005.

SILVA, E. H. História, memórias e identidade entre os Xukuru do Ororubá. **Rev. tellus**, Campo Grande, n. 12, p. 89-102, 2007.

SILVA, E.H. História Xukuru: por uma história indígena no nordeste em novas abordagens. **Cadernos LEME**, Campina Grande, v. 1, n. 1, p. 28-46, 2009.

SILVA, E. H. **Xukuru**: memória e história dos índios da Serra do Ororubá (Pesqueira/PE), 1950-1988. 2008. Tese (Doutorado em História) – IFCH, Unicamp, Campinas, 2008.

SILVA, J. M. et al. Agrotóxico e trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador rural. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 891-903, 2005.

SILVA, S. V. **Os Pankararu e o Uso da Bebida Alcolólica**: Dos rituais ao cotidiano. 2005. Monografia (Bacharelado em Ciências Sociais). Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife, 2005.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde**: Ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde – Rascunho. Genebra: Organização Mundial da Saúde, Comissão de Determinantes Sociais de Saúde, 2005. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br>>. Acesso em: 01 Ago. 2010.

SOUZA, L. C. **"Doença que rezador cura" e "doença que médico cura"**: modelo etiológico Xukuru a partir de seus especialistas de cura. 2004. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004a.

SOUZA, R.L. Cachaça, vinho, cerveja: da Colônia ao século XX. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, n. 33, p. 1-22, 2004b.

SOUZA, M. L. P.; DESLANDES, S. F.; GARNELO, L. Modos de vida e modos de beber de jovens indígenas em um contexto de transformações. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 709-716, 2010.

SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L. Desconstruindo o alcoolismo: notas a partir da construção do objeto de pesquisa no contexto indígena. **Rev. Latinoam. psicopat. fund.**, São Paulo, n.2, p. 279-292, 2006.

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, v. 23, n. 7, p. 1640-1648, 2007.

SOUZA, L. G.; SANTOS, R. V. Perfil demográfico da população indígena Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso (1993-1997), Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 355-365, 2001.

SOUZA, M. C., SCATENA, J. H. G., SANTOS, R. V. O Sistema de informação da atenção à saúde indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 853-861, 2007.

SOUZA, M. L. P.; SCHWEICKARDT, J.C.; GARNELO, L. O processo de alcoolização em populações indígenas do Alto Rio Negro e as limitações do CAGE como instrumento de screening para dependência ao álcool. **Rev. psiq. clín.**, São Paulo, v.34, n.2, p. 90-96, 2007.

SOUZA, J.A.; OLIVEIRA, M.; KOHATSU, M. (Org.). As narrativas de representantes indígenas sobre o uso de bebidas alcoólicas dentro das Áreas Indígenas. In: SEMINÁRIO SOBRE ALCOOLISMO E VULNERABILIDADE ÀS DST/AIDS ENTRE OS POVOS INDÍGENAS DA MACRORREGIÃO SUL, SUDESTE E MATO GROSSO DO SUL, 1999, Londrina, PR. **Anais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. p 13-22.

SOUZA, J. A.; OLIVEIRA, M.; KOHATSU, M. O uso de bebidas alcoólicas nas sociedades indígenas: algumas reflexões sobre os Kaikáng da bacia do Rio Tibagi, Paraná. In: COIMBRA JR., C. E. A.; SANTOS R. V. ESCOBAR, A. L. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 149-167.

SOUZA, V. R. F. P. **As fronteiras do ser Xukuru**. Recife: Massangana, 1998.

STAMM, M., BRESSAN, L. Consumo de álcool entre estudantes do curso de enfermagem de um município do Oeste Catarinense. **Ciênc. cuid. saúde**, Maringá, v. 6, n. 3, p. 319-324, 2007.

TERRA NETWORKS S. A. **Cultura e Pensamento, História por Voltaire Schilling: A Tragédia Grega**. Porto Alegre, 2002. Disponível em <http://educaterra.terra.com.br/voltaire/cultura/tragedia_grega3.htm>. Acesso em: 20 mai. 2011.

TRINDADE, E. M. V. **Filhos de Baco**: adolescência e sofrimento psíquico associado ao alcoolismo paterno. 2007. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

TRUCO, M. et al. Detección de consumo de alcohol y drogas en accidentes graves del trabajo. **Bol. cient. asoc. chil. segur**, Santiago do Chile, v.1, n.1, p.49-52, 1999.

VAISSMAN, M. O álcool como problema de saúde no trabalho. In: _____. **Alcoolismo no Trabalho**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004.

WANDERLEY, M. B. Sistema de informação em gestão social. **Estud. av.**, São Paulo, v. 20, n. 56, p. 149-160, 2006.

WILKINSON, R.; MARMOT, M. (Ed.). **Social determinants of health**: the solid facts. 2. ed. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2003.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Coletivo

Com o objetivo de contribuir para o conhecimento da situação de saúde do povo indígena XUKURU DE ORORUBÀ, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), através do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/Recife PE) e sob a coordenação do professor André Monteiro Costa, irá realizar uma pesquisa sobre nutrição, saúde bucal e consumo de álcool na Terra indígena Xukuru.

Este estudo acontecerá em um terço dos domicílios da terra indígena. Os domicílios a serem visitados serão selecionados através de um sorteio simples. Nestes domicílios todos os moradores serão pesados e medidos. Nos maiores de 10 anos será medida também a pressão arterial. Nas mulheres entre 10 e 49 anos e nas crianças menores de 10 anos será avaliada a presença de anemia por meio da retirada de uma gota de sangue da ponta do dedo. Nos homens maiores de 18 anos e nas mulheres maiores de 10 será avaliado a presença de açúcar no sangue através de uma gota de sangue. Nos indivíduos entre 10 e 14 anos, 35 e 44 anos e nos maiores de 60 anos será avaliada a presença de cárie e prótese. Informações complementares sobre o consumo de álcool e consumo de alimentos serão obtidas dos adultos maiores de 18 anos.

Os procedimentos para coleta de dados não oferecem riscos à saúde, sendo o maior incômodo o furo no dedo para coleta das gotas de sangue. Os casos de suspeita de pressão alta, de diabetes e de anemia e de presença de cárie serão informados à FUNASA. Os procedimentos a serem utilizados não têm o potencial de causar danos às pessoas. Todos os exames serão feitos na própria aldeia, na presença da população, e não serão levadas amostras para fora da comunidade.

A participação não é obrigatória. Mesmo que você autorize a realização do estudo nesta aldeia, pode desistir e retirar o consentimento a qualquer momento. Caso isso aconteça, ninguém terá qualquer prejuízo. As informações do estudo serão confidenciais sendo divulgados por meio de relatórios da equipe de pesquisa, sem que as pessoas possam ser identificadas.

A comunidade receberá uma cópia deste documento, onde constam os endereços e os telefones do coordenador da pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CEP/CPqAM). As dúvidas sobre a pesquisa e a participação da comunidade e das pessoas podem ser esclarecidas a qualquer momento através dos seguintes contatos:

Coordenador: André Monteiro Costa

Departamento de Saúde Coletiva - NESC

Campus da UFPE – Av. Moraes Rego s/n, Cidade Universitária - Recife/PE

Fone: 0 XX 81 2101.2500 - Fax: 0 XX 81 2101.2614

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CEP/CPqAM)

Campus da UFPE – Av. Moraes Rego s/n, Cidade Universitária - Recife/PE

Fone: 0 XX 81 2101.2639

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da participação de minha comunidade no estudo e concordo que ela participe.

Data: ____/____/2010.

Nome da aldeia: _____

Nome da liderança indígena: _____

Assinatura da liderança indígena: _____

APÊNDICE B – Questionário caracterização do perfil socioeconômico, do trabalho e do consumo de bebidas alcoólicas no povo indígena Xukuru do Ororubá

QUESTIONÁRIO 8 - INDIVÍDUOS MAIORES DE 18 ANOS Trabalho e álcool

- 1 NOME DA ALDEIA: 1
- 2 NÚMERO DO DOMICILIO: 2
- 3 REGIÃO SÓCIO AMBIENTAL: (1) RIBEIRA (2) AGRESTE (3) SERRA 3
- 4 DATA DA ENTREVISTA: 4
- 5 ENTREVISTADOR: 5

CARACTERIZAÇÃO DO (A) ENTREVISTADO (A)

- 6 Nome do(a) entrevistado(a): 6
- 7 Número de ordem do(a) entrevistado(a) (Questionário Domicilio (2) CENSO): 7
- 8 Data de nascimento: 8
- 9 Idade (anos) (só se não souber a DN): 9
- 10 Sexo: (1) Masculino (2) Feminino 10
- 11 Estado civil:
 (1) Solteiro(a) (2) união consensual/amigado(a) (3) casado(a) 11
 (4) separado(a) (5) divorciado(a) (6) viúvo(a) 9) IGN
- 12 Qual foi o último ano/série que você concluiu?
 (1) nunca estudou (2) creche (3) pré-escola 12
 (4) primeira do ensino fundamental (5) segunda do ensino fundamental (6) terceira do ensino fundamental
 (7) quarta do ensino fundamental (8) quinta do ensino fundamental (9) sexta do ensino fundamental
 (10) sétima do ensino fundamental (11) oitava do ensino fundamental (12) nona do ensino fundamental
 (13) primeira do ensino médio (14) segunda do ensino médio (15) terceira do ensino médio
 (16) formação de professores indígenas (17) Magistério (18) alfabetização de jovens e adultos/fundamental
 (19) Curso Técnico (20) superior de graduação (21) alfabetização de jovens e adultos/médio
 (22) especialização (min 360 horas) (23) mestrado (24) doutorado
 (25) Outro

MIGRAÇÃO

- 13 Mora no território indígena Xukuru do Ororubá desde que nasceu? 13
 (1) sim → passe para o item 17 (2) não (9) IGN
- 14 Há quanto tempo mora no território indígena? ano(s) 14

- 15 Onde você morou antes de vir para o território indígena? 15
- (1) em outro território indígena no nordeste (5) fora do nordeste em área urbana
 (2) em outro território indígena fora do nordeste (6) fora do nordeste em área rural
 (3) no nordeste em área urbana (7) em pesqueira
 (4) no nordeste em área rural

- 16 Por que veio/voltou a morar no território indígena Xukuru do Ororubá? 16
- (1) reconquista do território indígena (6) procura de trabalho
 (2) constituição de família (7) procura de melhores condições de vida
 (3) conflito interno da comunidade de residência anterior (8) acompanhar os familiares
 (4) transferência de trabalho (9) IGN
 (5) falta de alimentos (10) outro

- 17 Sempre morou nesta aldeia? 17
- (1) sim → passa para o item 18 (2) não (9) IGN

17.1 Em qual aldeia morou? 17.1

17.2 Há quanto tempo mora nesta aldeia? 17.2

TRABALHO E RENDIMENTO

- 18 Qual tipo de fonte de renda você possui? (múltiplas respostas - codifique 1 para SIM e 2 para Não)
- () 18.1 carteira assinada 18.1
 () 18.2 contrato temporário 18.2
 () 18.3 contrato de "boca" 18.3
 () 18.4 autônomo/fonte própria/ambulante 18.4
 () 18.5 meeiro 18.5
 () 18.6 terceiro 18.6
 () 18.7 pensão 18.7
 () 18.8 aposentadoria 18.8
 () 18.9 benefício social (bolsa escola, bolsa família, vale gás, outros) 18.9
 () 18.10 auxílio doença 18.10
 () 18.11 não possui fonte de renda 18.11
 () 18.12 Outra 18.12

- 19 Você possui algum tipo de ocupação? 19
- (1) sim (2) não → passa para item 39

- 20 Quantas atividades você possui dentro do território indígena? 20
- Caso respondeu 00 atividades, passe para item 26

21 Qual atividade desempenha dentro do Território Indígena? (múltiplas respostas - codifique 1 para SIM e 2 para Não)

- | | | |
|---|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/>) 21.1 afazeres domésticos/dona de casa | <input type="checkbox"/> | 21.1 |
| <input type="checkbox"/>) 21.2 agricultura | <input type="checkbox"/> | 21.2 |
| <input type="checkbox"/>) 21.3 criação de animais | <input type="checkbox"/> | 21.3 |
| <input type="checkbox"/>) 21.4 psicultura/pesca | <input type="checkbox"/> | 21.4 |
| <input type="checkbox"/>) 21.5 extrativismo vegetal | <input type="checkbox"/> | 21.5 |
| <input type="checkbox"/>) 21.6 casa de farinha | <input type="checkbox"/> | 21.6 |
| <input type="checkbox"/>) 21.7 apicultura | <input type="checkbox"/> | 21.7 |
| <input type="checkbox"/>) 21.8 comércio | <input type="checkbox"/> | 21.8 |
| <input type="checkbox"/>) 21.9 artesanato/produção cultural | <input type="checkbox"/> | 21.9 |
| <input type="checkbox"/>) 21.10 magistério (professor indígena) | <input type="checkbox"/> | 21.10 |
| <input type="checkbox"/>) 21.11 atividade na área de saúde | <input type="checkbox"/> | 21.11 |
| <input type="checkbox"/>) 21.12 atividade de organização indígena | <input type="checkbox"/> | 21.12 |
| <input type="checkbox"/>) 21.13 construção civil (pedreiro, mestre de obras) | <input type="checkbox"/> | 21.13 |
| <input type="checkbox"/>) 21.14 cozinheiro (a)/ merendeiro (a) | <input type="checkbox"/> | 21.14 |
| <input type="checkbox"/>) 21.15 estudante | <input type="checkbox"/> | 21.15 |
| <input type="checkbox"/>) 21.16 Outra atividade <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | 21.16 |

CASO TENHA RESPONDIDO SIM PARA OS ITENS 21.2, 21.3, 21.4 E 21.5 PASSE PARA A SEGUINTE, CASO CONTRÁRIO PASSE PARA O ITEM 25

Caso trabalhe com agricultura, criação de animais, psicultura ou extrativismo vegetal

22 O que faz com esses produtos? (múltiplas respostas - codifique 1 para SIM e 2 para Não)

- | | | |
|--|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/>) 22.1 consumo familiar | <input type="checkbox"/> | 22.1 |
| <input type="checkbox"/>) 22.2 venda do produto | <input type="checkbox"/> | 22.2 |
| <input type="checkbox"/>) 22.3 troca do produto | <input type="checkbox"/> | 22.3 |

23 Você manipula ou já manipulou agrotóxico?

- | | | | | |
|---------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|----|
| (1) sim | (2) não → <u>passa para item 25</u> | (3) IGN → <u>passa para item 25</u> | <input type="checkbox"/> | 23 |
|---------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|----|

24 Há quanto tempo manipula ou manipulou agrotóxico?

- | | | | | |
|-----------------|----------------------|--------------------|--------------------------|----|
| (1) até 6 meses | (2) 6 meses a 2 anos | (3) mais de 2 anos | <input type="checkbox"/> | 24 |
|-----------------|----------------------|--------------------|--------------------------|----|

25 Em relação à (s) atividade (s) de trabalho que você desempenha dentro do Território indígena, qual é sua remuneração mensal ?

R\$. , . , 25

26 Quantas atividades você possui fora do território indígena?

→ Caso respondeu 00 atividades, passe para item 29

27 Qual atividade desempenha fora do Território Indígena? (múltiplas respostas - codifique 1 para SIM e 2 para Não)

- | | | |
|--|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> 27.1 afazeres domésticos | <input type="checkbox"/> | 27.1 |
| <input type="checkbox"/> 27.2 comércio | <input type="checkbox"/> | 27.2 |
| <input type="checkbox"/> 27.3 magistério | <input type="checkbox"/> | 27.3 |
| <input type="checkbox"/> 27.4 estudante | <input type="checkbox"/> | 27.4 |
| <input type="checkbox"/> 27.5 construção civil (pedreiro, mestre de obras) | <input type="checkbox"/> | 27.5 |
| <input type="checkbox"/> 27.6 artesanato/produção cultural | <input type="checkbox"/> | 27.6 |
| <input type="checkbox"/> 27.7 atividade na área de saúde | <input type="checkbox"/> | 27.7 |
| <input type="checkbox"/> 27.8 administrativo/escritório/recepcionista | <input type="checkbox"/> | 27.8 |
| <input type="checkbox"/> 27.9 vigia | <input type="checkbox"/> | 27.9 |
| <input type="checkbox"/> 27.10 motorista (táxi, ônibus, outro) | <input type="checkbox"/> | 27.10 |
| <input type="checkbox"/> 27.11 Cozinheiro (a)/ merendeiro (a) | <input type="checkbox"/> | 27.11 |
| <input type="checkbox"/> 27.12 Outra atividade <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | 27.12 |

28 Em relação à (s) atividade (s) de trabalho que você desempenha fora do território, qual é sua remuneração mensal ?

R\$. , 28

29 Qual (is) tipo (s) de Equipamento (s) de Proteção você usa no seu trabalho?

(múltiplas respostas - codifique 1 para SIM e 2 para Não)

- | | | |
|---|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> 29.1 Luvas | <input type="checkbox"/> | 29.1 |
| <input type="checkbox"/> 29.2 Máscara | <input type="checkbox"/> | 29.2 |
| <input type="checkbox"/> 29.3 Botas | <input type="checkbox"/> | 29.3 |
| <input type="checkbox"/> 29.4 Óculos | <input type="checkbox"/> | 29.4 |
| <input type="checkbox"/> 29.5 Protetor auricular/ouvido | <input type="checkbox"/> | 29.5 |
| <input type="checkbox"/> 29.6 Avental | <input type="checkbox"/> | 29.6 |
| <input type="checkbox"/> 29.7 Roupa/macacão | <input type="checkbox"/> | 29.7 |
| <input type="checkbox"/> 29.8 Capacete | <input type="checkbox"/> | 29.8 |
| <input type="checkbox"/> 29.9 Chapéu/boné | <input type="checkbox"/> | 29.9 |
| <input type="checkbox"/> 29.10 Dedal | <input type="checkbox"/> | 29.10 |
| <input type="checkbox"/> 29.11 Touca | <input type="checkbox"/> | 29.11 |
| <input type="checkbox"/> 29.12 Protetor solar | <input type="checkbox"/> | 29.12 |
| <input type="checkbox"/> 29.13 Nenhum equipamento | <input type="checkbox"/> | 29.13 |
| <input type="checkbox"/> 29.14 Outro <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | 29.14 |

30 Quantas horas você trabalha por dia?

- | | | | | |
|----------------------|---------------------|-----------------|--------------------------|----|
| (1) menos de 4 horas | (2) 4 horas | (3) 5 a 7 horas | <input type="checkbox"/> | 30 |
| (4) 8 horas | (5) mais de 8 horas | | | |

31 Qual seu turno de trabalho?

- | | | | |
|-------------------|--------------------------------|--------------------------|----|
| (1) Manhã | (5) Manhã e noite | <input type="checkbox"/> | 31 |
| (2) Tarde | (6) Tarde e noite | | |
| (3) Noite | (7) Manhã, tarde e noite | | |
| (4) Manhã e tarde | (8) Não tem turno estabelecido | | |

- 32 Você realiza pausas/paradas para descansar durante o período de trabalho?
(Pausas não incluem o horário de almoço, apenas momento de descanso durante o trabalho)
- (1) Sim (2) Não → passar para item 33 32
- 32.1 Quanto tempo de pausa você realiza?
- (1) Até 10 minutos (2) 10 a 20 minutos 32.1
(3) 20 a 30 minutos (4) Mais de 30 minutos
- 33 Como você considera o seu trabalho? (múltiplas respostas - codifique 1 para SIM e 2 para Não)
- () 33.1 Leve 33.1
() 33.2 Moderado 33.2
() 33.3 Intenso 33.3
() 33.4 Exaustivo 33.4
() 33.5 Exige muita atenção/concentração (responsabilidade, não pode errar) 33.5
() 33.6 Monótono (faz sempre as mesmas coisas, não varia) 33.6
() 33.7 Criativo (está sempre criando algo novo e de outras maneiras) 33.7
() 33.8 Repetitivo (faz sempre os mesmos movimentos) 33.8
- 34 Você recebe alguma pressão/cobrança do seu superior/chefe/patrão no trabalho?
*Caso dona de casa, pressão da família
- (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica 34
- 35 Ao final do seu dia de trabalho, como você se sente? (múltiplas respostas - codifique 1 para SIM e 2 para Não)
- () 35.1 Cansado 35.1
() 35.2 Triste 35.2
() 35.3 Irritado 35.3
() 35.4 Com dores (dolorido) 35.4
() 35.5 Com disposição/disposto 35.5
() 35.6 Feliz 35.6
() 35.7 Tranquilo/calmo/relaxado 35.7
() 35.8 Sem dores 35.8
- 36 Qual (is) o (s) problema (s) que seu trabalho tem que pode(m) lhe deixar doente?
(múltiplas respostas - codifique 1 para SIM e 2 para Não)
- () 36.1 Químico (Poeiras, fumos, substâncias e produtos químicos) 36.1
() 36.2 Ergonômico (Esforço físico, posturas erradas, movimentos repetitivos, ritmo e organização do trabalho) 36.2
() 36.3 Físico (Iluminação, barulho, vibrações, umidade, calor, frio, radiações/sol, ventilação, pressão anormais) 36.3
() 36.4 Biossanitários (Virus, bactérias, fungos, parasitas, animais, bebedouros, banheiros, refeitórios, caixa d'água, lixo) 36.4
() 36.5 Psicológicos (Pausas, atenção, monotonia, concentração, responsabilidade, jornada, hora-extra, chefe/superior) 36.5
() 36.6 Ambientais (Rejeitos sólidos, resíduos líquidos, reservatórios, dutos, transporte de produtos) 36.6
() 36.7 Segurança (Equipamentos, máquinas, ferramentas, instalações elétricas, inflamáveis, explosivos, construções, sinalizações) 36.7
() 36.8 Sociais (Alimentação, lazer, creche, transporte, educação, assistência à saúde) 36.8
() 36.9 Nada no meu trabalho pode me deixar doente 36.9

37 Qual (is) problema (s) de saúde seu trabalho já lhe causou? (múltiplas respostas - codifique 1 para SIM e 2 para Não)

- | | | |
|--|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> 37.1 Tristeza | <input type="checkbox"/> | 37.1 |
| <input type="checkbox"/> 37.2 Depressão | <input type="checkbox"/> | 37.2 |
| <input type="checkbox"/> 37.3 Ansiedade | <input type="checkbox"/> | 37.3 |
| <input type="checkbox"/> 37.4 Irritação | <input type="checkbox"/> | 37.4 |
| <input type="checkbox"/> 37.5 Cansaço físico (dormências/peso/falta de força) | <input type="checkbox"/> | 37.5 |
| <input type="checkbox"/> 37.6 Dores nas articulações/juntas (mãos/pés/ Joelho/cotovelo) | <input type="checkbox"/> | 37.6 |
| <input type="checkbox"/> 37.7 Dores na coluna | <input type="checkbox"/> | 37.7 |
| <input type="checkbox"/> 37.8 Dores de cabeça | <input type="checkbox"/> | 37.8 |
| <input type="checkbox"/> 37.9 Inchaço nas articulações/juntas (mãos/pés/Joelho/cotovelo) | <input type="checkbox"/> | 37.9 |
| <input type="checkbox"/> 37.10 Inchaço nos pernas/braços | <input type="checkbox"/> | 37.10 |
| <input type="checkbox"/> 37.11 Fraturas/osso quebrado | <input type="checkbox"/> | 37.11 |
| <input type="checkbox"/> 37.12 Irritação da pele (manchas/feridas/alergias/cortes) | <input type="checkbox"/> | 37.12 |
| <input type="checkbox"/> 37.13 Intoxicação por venenos/picadas de animais | <input type="checkbox"/> | 37.13 |
| <input type="checkbox"/> 37.14 Tonturas, desmaios | <input type="checkbox"/> | 37.14 |
| <input type="checkbox"/> 37.15 Dificuldade para dormir (insônia/pesadelos) | <input type="checkbox"/> | 37.15 |
| <input type="checkbox"/> 37.16 Dificuldade para comer/emagrecimento | <input type="checkbox"/> | 37.16 |
| <input type="checkbox"/> 37.17 Vontade de consumir bebida alcoólica/Alcoolismo | <input type="checkbox"/> | 37.17 |
| <input type="checkbox"/> 37.18 Problemas no fígado | <input type="checkbox"/> | 37.18 |
| <input type="checkbox"/> 37.19 Problemas no intestino (diarréias, prisão de ventre, dor) | <input type="checkbox"/> | 37.19 |
| <input type="checkbox"/> 37.20 Problemas no estômago (ardor/má digestão/dor/vômito) | <input type="checkbox"/> | 37.20 |
| <input type="checkbox"/> 37.21 Problemas respiratórios (tosse/resfriados/falta de ar) | <input type="checkbox"/> | 37.21 |
| <input type="checkbox"/> 37.22 Problemas de coração (infarto/AVC/arritmia/dor) | <input type="checkbox"/> | 37.22 |
| <input type="checkbox"/> 37.23 Nenhum problema de saúde | <input type="checkbox"/> | 37.23 |
| <input type="checkbox"/> 37.24 Outro problema <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | 37.24 |

38 Qual (is) o (s) problema (s) do item 37 que o levou (ram) a procurar atendimento médico?

(anote o código do problema relatado no item anterior)

- | | | |
|---|--------------------------|------|
| 38.1 Nenhum problema (codifique 1 caso esta seja a alternativa) | <input type="checkbox"/> | 38.1 |
| 38.2 Um problema | <input type="checkbox"/> | 38.2 |
| 38.3 Dois problemas | <input type="checkbox"/> | 38.3 |
| 38.4 Três problemas | <input type="checkbox"/> | 38.4 |

→ passa para item 42

39 Por que está desempregado?

- | | | |
|--|--------------------------|----|
| (1) Falta de trabalho | <input type="checkbox"/> | 39 |
| (2) Falta de estímulo | | |
| (3) Problemas pessoais | | |
| (4) Nível de escolaridade | | |
| (5) Motivos de doença não ligados ao trabalho | | |
| (6) Motivos de doença devido o trabalho | | |
| (7) Está aposentado → <u>passa para item 42</u> | | |
| (8) Não deseja trabalhar → <u>passa para item 42</u> | | |
| (9) Outro <input type="text"/> | | |

40 Há quanto tempo está desempregado?

- (1) 1 a 4 meses (2) 5 a 12 meses (3) 1 ano a 1 ano e 6 meses
 (4) 1 ano e 7 meses a 2 anos (5) mais de 2 anos

40

41 Que tipo de problema não ter emprego lhe causa? (múltiplas respostas - codifique 1 para SIM e 2 para Não)

- () 41.1 Ansiedade
 () 41.2 Irritação
 () 41.3 Depressão
 () 41.4 Tristeza
 () 41.5 Discriminação dentro de casa
 () 41.6 Conflitos pessoais
 () 41.7 Discriminação na comunidade
 () 41.8 Conflitos familiares (brigas/desentendimentos)
 () 41.9 Conflitos na comunidade (brigas/desentendimentos)
 () 41.10 Vontade de consumir bebida alcoólica
 () 41.11 Nenhum problema
 () 41.12 Outro

41.1
 41.2
 41.3
 41.4
 41.5
 41.6
 41.7
 41.8
 41.9
 41.10
 41.11
 41.12

PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL

42 Alguém da sua família consome ou já consumiu bebida alcoólica?

- (1) sim (2) não → passa para item 44 (9) IGN → passa para item 44

42

43 Qual (is) a (s) pessoa (s) da sua família que consome (m) ou consumiu (ram) bebida alcoólica?

(múltiplas respostas - codifique 1 para SIM e 2 para Não)

- () 43.1 Mãe
 () 43.2 Pai
 () 43.3 Avô/avó
 () 43.4 Filho (a)
 () 43.5 Primo (a)
 () 43.6 Tio (a)
 () 43.7 Sobrinho (a)
 () 43.8 Irmã (o)
 () 43.9 Marido/esposa/companheiro (a)
 () 43.10 Cunhado (a)

43.1
 43.2
 43.3
 43.4
 43.5
 43.6
 43.7
 43.8
 43.9
 43.10

44 Você considera o uso de bebida alcoólica um problema?

- (1) sim (2) não → passa para item 46 (9) IGN → passa para item 46

44

45 Qual (is) o (s) problema (s) que o consumo de bebida alcoólica causa?

(múltiplas respostas - codifique 1 para SIM e 2 para Não)

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 45.1 Mudança de comportamento, violência (brigas, discussões) | <input type="checkbox"/> 45.1 |
| <input type="checkbox"/> 45.2 Dificuldades de relacionamento na comunidade | <input type="checkbox"/> 45.2 |
| <input type="checkbox"/> 45.3 Problemas familiares | <input type="checkbox"/> 45.3 |
| <input type="checkbox"/> 45.4 Dificuldades de conseguir emprego | <input type="checkbox"/> 45.4 |
| <input type="checkbox"/> 45.5 Prejuízo nas atividades profissionais (baixo rendimento, Faltas, demissões cansaço, irritação, brigas) | <input type="checkbox"/> 45.5 |
| <input type="checkbox"/> 45.6 Acidentes no trabalho | <input type="checkbox"/> 45.6 |
| <input type="checkbox"/> 45.7 Dificuldade de acesso à escola | <input type="checkbox"/> 45.7 |
| <input type="checkbox"/> 45.8 Prejuízo nas atividades escolares (pouco rendimento, faltas, reprovações) | <input type="checkbox"/> 45.8 |
| <input type="checkbox"/> 45.9 Falta de interesse em participar nos eventos e rituais indígenas | <input type="checkbox"/> 45.9 |
| <input type="checkbox"/> 45.10 Acidentes (quedas, automóveis, moto, domésticos) | <input type="checkbox"/> 45.10 |
| <input type="checkbox"/> 45.11 Problemas de saúde | <input type="checkbox"/> 45.11 |

46 Você consome algum tipo de bebida alcoólica?

- (1) sim → passa para item 52 (2) não 46

47 Você já consumiu alguma vez na vida alguma bebida alcóolica?

- (1) sim (2) não → **ENCERRE** 47

48 Com que frequencia você consumia bebida alcoólica?

- | | | |
|-------------------------------------|--|-----------------------------|
| (1) Muito frequente (todos os dias) | (4) Raramente (menos de 1 vez ao mês) | <input type="checkbox"/> 48 |
| (2) Frequente (1-4 vezes/semana) | (5) Abstinente (menos de 1 vez ao ano) | |
| (3) Ocasional (1-3 vezes/mês) | | |

49 Qual (is) o (s) tipo (s) de bebida que você geralmente consumia? (múltiplas respostas - codifique 1 para SIM e 2 para Não)

- | | |
|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 49.1 Cerveja | <input type="checkbox"/> 49.1 |
| <input type="checkbox"/> 49.2 Pinga/cachaça | <input type="checkbox"/> 49.2 |
| <input type="checkbox"/> 49.3 Vinho | <input type="checkbox"/> 49.3 |
| <input type="checkbox"/> 49.4 Vodca | <input type="checkbox"/> 49.4 |
| <input type="checkbox"/> 49.5 Rum | <input type="checkbox"/> 49.5 |
| <input type="checkbox"/> 49.6 Conhaque | <input type="checkbox"/> 49.6 |
| <input type="checkbox"/> 49.7 Bebidas "ice" | <input type="checkbox"/> 49.7 |
| <input type="checkbox"/> 49.8 Uisque | <input type="checkbox"/> 49.8 |
| <input type="checkbox"/> 49.9 Outro <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 49.9 |

50 Por que parou de beber?

- | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------------|
| (1) Problemas de saúde | (6) Apoio de profissionais de saúde | <input type="checkbox"/> 50 |
| (2) Problemas familiares | (7) Apoio do grupo de alcoólicos anônimos (AA) | |
| (3) Problemas no trabalho | (8) Outro <input type="text"/> | |
| (4) Problemas na comunidade | (9) IGN | |
| (5) Decisão pessoal | | |

51 Há quanto tempo parou de beber?

- | | | |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| (1) Há menos de 6 meses | (3) Entre 1 e 5 anos | <input type="checkbox"/> 51 |
| (2) Entre 6 meses e 1 ano | (4) Há mais de 5 anos | |

→ **ENCERRE**

52 Com que frequência você consome bebida alcoólica?

- (1) Muito frequente (todos os dias) (4) Raramente (menos de 1 vez ao mês)
 (2) Frequente (1-4 vezes/semana) (5) Abstinente (menos de 1 vez ao ano)
 (3) Ocasional (1-3 vezes/mês)

 52

53 Quantas doses você geralmente bebe em um dia típico de consumo? (explicar o que é 1 dose)

- (1) 1 dose (4) 5 a 11 doses
 (2) 2 doses (5) de 12 a mais doses
 (3) 3 a 4 doses

 53

(1 Dose = 1 lata de cerveja -350ml, 1 taça de vinho - 90ml, 1 dose de destilado - 30 ml, 1 garrafa pequena de bebida ice - 200 a 300 ml)

54 Nos últimos 12 meses, com que frequência você bebeu em 'binge' ?

(5 ou mais doses - homem e 4 ou mais doses - mulheres --> em uma única ocasião)

- (1) Menos de 1 vez por mês (2) 1 vez por mês (3) 2 a 3 vezes por mês
 (4) 1 vez por semana (5) + de 1 vez por semana (6) nenhuma vez
 (9) IGN

 54

55 Qual (is) o (s) tipo (s) de bebida que você geralmente consome? (múltiplas respostas - codifique 1 para SIM e 2 para Não)

- () 55.1 Cerveja
 () 55.2 Pinga/cachaça
 () 55.3 Vinho
 () 55.4 Vodca
 () 55.5 Rum
 () 55.6 Conhaque
 () 55.7 Bebidas "ice"
 () 55.8 Uísque
 () 55.9 Outro

55.1
 55.2
 55.3
 55.4
 55.5
 55.6
 55.7
 55.8
 55.9

56 Qual a bebida da questão 55 que você mais consome? (anote o código)

 .
 . 56

57 Quantos anos você tinha (aproximadamente) quando começou a consumir bebidas alcoólicas?

 57

(não considerar as vezes que experimentou 1 a 2 goles)

58 Qual foi o ambiente/local que teve o primeiro contato com a bebida alcoólica? (apenas 1 alternativa)

- (1) Em sua casa (2) Casa de parentes
 (3) Casa de amigos (4) Escola
 (5) Locais/bares próximos à escola (6) Bares
 (7) Trabalho (8) Praça/ Lugar público
 (9) Outro

 58

58.1 Este <LOCAL DE PRIMEIRO CONTATO COM A BEBIDA> fica aqui mesmo/aqui na aldeia?

- (1) Sim, foi aqui (2) Não, foi em outra aldeia (3) Não, foi na cidade
 (4) Não, foi na BR/rodovia (5) Não, foi em outro lugar. Onde?

 58.1

59 Em qual local costuma consumir bebida alcoólica? (apenas 1 alternativa)

- | | | | |
|-----------------|------------------------------------|--------------------|-----------------------------|
| (1) Em sua casa | (2) Casa de parentes | (3) Casa de amigos | <input type="checkbox"/> 59 |
| (4) Escola | (5) Locais/bares próximos à escola | (6) Bares | |
| (7) Trabalho | (8) Praça/ Lugar público | (9) Outro | <input type="text"/> |

59.1 Este <LOCAL QUE COSTUMA CONSUMIR A BEBIDA> fica aqui mesmo/aqui na aldeia?

- | | | | |
|----------------------------|------------------------------------|------------------------|-------------------------------|
| (1) Sim, foi aqui | (2) Não, foi em outra aldeia | (3) Não, foi na cidade | <input type="checkbox"/> 59.1 |
| (4) Não, foi na BR/rodovia | (5) Não, foi em outro lugar. Onde? | <input type="text"/> | |

60 Onde costuma adquirir/comprar a bebida alcoólica? (apenas 1 alternativa)

- | | | | |
|------------------------|----------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| (1) Postos de gasolina | (2) Rodovia | (3) Bares | <input type="checkbox"/> 60 |
| (4) Casa de amigos | (5) Casa de parentes | (6) Locais/bares próximos à escola | |
| (7) Trabalho | (8) Festas | (9) Supermercado | |
| (10) Outro | <input type="text"/> | | |

60.1 Este <LOCAL QUE COSTUMA ADQUIRIR/COMPRAR A BEBIDA> fica aqui mesmo/aqui na aldeia?

- | | | | |
|----------------------------|------------------------------------|------------------------|-------------------------------|
| (1) Sim, foi aqui | (2) Não, foi em outra aldeia | (3) Não, foi na cidade | <input type="checkbox"/> 60.1 |
| (4) Não, foi na BR/rodovia | (5) Não, foi em outro lugar. Onde? | <input type="text"/> | |

61 A bebida já causou ou causa a você problema (s) como: (múltiplas respostas - codifique 1 para SIM e 2 para Não)

- | | |
|---|--------------------------------|
| () 61.1 Mudança de comportamento e violência | <input type="checkbox"/> 61.1 |
| () 61.2 Falta de interesse em participar nos eventos/rituais indígenas | <input type="checkbox"/> 61.2 |
| () 61.3 Dificuldades de relacionamento na comunidade | <input type="checkbox"/> 61.3 |
| () 61.4 Dificuldades no trabalho | <input type="checkbox"/> 61.4 |
| () 61.5 Dificuldades para conseguir emprego | <input type="checkbox"/> 61.5 |
| () 61.6 Acidentes no trabalho | <input type="checkbox"/> 61.6 |
| () 61.7 Prejuízo na escola (pouco rendimento, faltas, reprovações) | <input type="checkbox"/> 61.7 |
| () 61.8 Dificuldade de acesso à escola | <input type="checkbox"/> 61.8 |
| () 61.9 Problemas familiares | <input type="checkbox"/> 61.9 |
| () 61.10 Problemas de saúde | <input type="checkbox"/> 61.10 |
| () 61.11 Acidentes (quedas, doméstico, de trânsito) | <input type="checkbox"/> 61.11 |
| () 61.12 A bebida nunca me causou problemas | <input type="checkbox"/> 61.12 |
| () 61.13 Outro <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 61.13 |

Se respondeu SIM ao item 61.4 passe para o item 62, caso contrário passe para o item 63

62 Qual (is) a (s) dificuldade (s) no trabalho que a bebida já causou ou causa a você?

(múltiplas respostas - codifique 1 para SIM e 2 para Não)

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| () 62.1 Cansaço | <input type="checkbox"/> 62.1 |
| () 62.2 Baixo rendimento | <input type="checkbox"/> 62.2 |
| () 62.3 Irritação | <input type="checkbox"/> 62.3 |
| () 62.4 Brigas | <input type="checkbox"/> 62.4 |
| () 62.5 Falta de concentração | <input type="checkbox"/> 62.5 |
| () 62.6 Faltas no trabalho | <input type="checkbox"/> 62.6 |
| () 62.7 Demissões | <input type="checkbox"/> 62.7 |
| () 62.8 Acidentes/quedas/cortes | <input type="checkbox"/> 62.8 |
| () 62.9 Outro <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 62.9 |

63 Qual (is) o (s) motivo (s) que você considera que o levou (aram) a beber?

(múltiplas respostas - codifique 1 para SIM e 2 para Não)

- | | | |
|---|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> 63.1 Dificuldade financeira | <input type="checkbox"/> | 63.1 |
| <input type="checkbox"/> 63.2 Problemas afetivos | <input type="checkbox"/> | 63.2 |
| <input type="checkbox"/> 63.3 Problemas/falecimento de familiares | <input type="checkbox"/> | 63.3 |
| <input type="checkbox"/> 63.4 Falta ou dificuldade de acesso à educação | <input type="checkbox"/> | 63.4 |
| <input type="checkbox"/> 63.5 Grupos de amizade | <input type="checkbox"/> | 63.5 |
| <input type="checkbox"/> 63.6 Falta ou dificuldade de arranjar trabalho | <input type="checkbox"/> | 63.6 |
| <input type="checkbox"/> 63.7 Condições de trabalho ruins/precárias/difíceis | <input type="checkbox"/> | 63.7 |
| <input type="checkbox"/> 63.8 Consumo de álcool por algum familiar | <input type="checkbox"/> | 63.8 |
| <input type="checkbox"/> 63.9 As influências culturais dos "não brancos" | <input type="checkbox"/> | 63.9 |
| <input type="checkbox"/> 63.10 Criminalização contra o povo Xukuru | <input type="checkbox"/> | 63.10 |
| <input type="checkbox"/> 63.11 Desrespeito à cultura indígena pelo índios | <input type="checkbox"/> | 63.11 |
| <input type="checkbox"/> 63.12 Desigualdades de distribuição de recursos na etnia | <input type="checkbox"/> | 63.12 |
| <input type="checkbox"/> 63.13 Vontade própria | <input type="checkbox"/> | 63.13 |
| <input type="checkbox"/> 63.14 Outro <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | 63.14 |

64 Qual (is) mudança (s) na "identidade Xukuru" julga ter contribuído para o seu consumo de bebidas alcoólicas?

(múltiplas respostas - codifique 1 para SIM e 2 para Não)

- | | | |
|--|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> 64.1 Desrespeito aos costumes indígenas ("medicina indígena", toré, pajelança, saber dos mais velhos, preservação da mãe terra) | <input type="checkbox"/> | 64.1 |
| <input type="checkbox"/> 64.2 A saída do povo Xukuru do território indígena para outras terras ou áreas do Estado ou do país | <input type="checkbox"/> | 64.2 |
| <input type="checkbox"/> 64.3 O deslocamento do povo Xukuru para outras regiões, dentro do próprio território | <input type="checkbox"/> | 64.3 |
| <input type="checkbox"/> 64.4 Conflitos internos da etnia | <input type="checkbox"/> | 64.4 |
| <input type="checkbox"/> 64.5 Mudanças no processo produtivo devido atuação dos posseiros (local de trabalho, modo, tipo e instrumentos de trabalho) | <input type="checkbox"/> | 64.5 |
| <input type="checkbox"/> 64.6 Nenhuma mudança contribuiu para o meu consumo de bebida alcoólica | <input type="checkbox"/> | 64.6 |
| <input type="checkbox"/> 64.7 Outra <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | 64.7 |

65 De que maneira o processo de luta pela posse da terra está influenciando no seu consumo de bebidas alcoólicas?

(múltiplas respostas - codifique 1 para SIM e 2 para Não)

- | | | |
|---|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> 65.1 Insegurança pessoal (medo de perder a vida) | <input type="checkbox"/> | 65.1 |
| <input type="checkbox"/> 65.2 Medo de perder o trabalho/fonte de renda | <input type="checkbox"/> | 65.2 |
| <input type="checkbox"/> 65.3 Preocupação com a segurança dos amigos e familiares | <input type="checkbox"/> | 65.3 |
| <input type="checkbox"/> 65.4 Receio quanto ao enfraquecimento político da etnia | <input type="checkbox"/> | 65.4 |
| <input type="checkbox"/> 65.5 Medo de perder a posse da terra | <input type="checkbox"/> | 65.5 |
| <input type="checkbox"/> 65.6 O processo de luta não influencia meu consumo de álcool | <input type="checkbox"/> | 65.6 |

RESPONDER AS QUESTÕES 66 e 67 APENAS SE RESPONDEU SIM À QUESTÃO 19 (TER OCUPAÇÃO) OU PASSE PARA A QUESTÃO 68

66 Alguma vez na vida você já consumiu bebida alcoólica, por causa do seu trabalho, para:

(múltiplas respostas - codifique 1 para SIM e 2 para Não)

- | | | |
|--|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> 66.1 Diminuir a ansiedade/irritação | <input type="checkbox"/> | 66.1 |
| <input type="checkbox"/> 66.2 Diminuir a tristeza/depressão | <input type="checkbox"/> | 66.2 |
| <input type="checkbox"/> 66.3 Limpar o organismo de venenos/intoxicações | <input type="checkbox"/> | 66.3 |
| <input type="checkbox"/> 66.4 Limpar o organismo de intoxicações por agrotóxicos | <input type="checkbox"/> | 66.4 |
| <input type="checkbox"/> 66.5 Diminuir o estresse devido à pressão do patrão/chefe/superior | <input type="checkbox"/> | 66.5 |
| <input type="checkbox"/> 66.6 Diminuir o cansaço físico | <input type="checkbox"/> | 66.6 |
| <input type="checkbox"/> 66.7 Aumentar o rendimento no trabalho | <input type="checkbox"/> | 66.7 |
| <input type="checkbox"/> 66.8 Diminuir as dores no corpo | <input type="checkbox"/> | 66.8 |
| <input type="checkbox"/> 66.9 Nunca bebi por causa do meu trabalho → <u>passa para item 70</u> | <input type="checkbox"/> | 66.9 |
| <input type="checkbox"/> 66.10 Outro <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | 66.10 |

67 Quantas vezes você já consumiu bebida alcoólica devido ao seu trabalho?

- | | | |
|--|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> (1) 1 vez → <u>passa para item 70</u> | <input type="checkbox"/> | 67 |
| <input type="checkbox"/> (2) 2 a 3 vezes → <u>passa para item 70</u> | | |
| <input type="checkbox"/> (3) mais de 3 vezes → <u>passa para item 67.1</u> | | |

67.1 Caso mais de 3 vezes

- | | | | |
|---|--|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> (1) Muito frequente (todos os dias) | <input type="checkbox"/> (2) Frequente (1-4 vezes/semana) | <input type="checkbox"/> | 67.1 |
| <input type="checkbox"/> (3) Ocasional (1-3 vezes/mês) | <input type="checkbox"/> (4) Raramente (menos de 1 vez ao mês) | | |
| <input type="checkbox"/> (5) Abstinente (menos de 1 vez ao ano) | | | |
- passa para item 70

68 Alguma vez na vida você já consumiu bebida alcoólica, devido estar desempregado, para:

(múltiplas respostas - codifique 1 para SIM e 2 para Não)

- | | | |
|---|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> 68.1 Diminuir a ansiedade | <input type="checkbox"/> | 68.1 |
| <input type="checkbox"/> 68.2 Diminuir Irritação | <input type="checkbox"/> | 68.2 |
| <input type="checkbox"/> 68.3 Diminuir a tristeza | <input type="checkbox"/> | 68.3 |
| <input type="checkbox"/> 68.4 Dar força para enfrentar a família/amigos/comunidade | <input type="checkbox"/> | 68.4 |
| <input type="checkbox"/> 68.5 Diminuir o estresse devido a pressão da família/amigos/comunidade | <input type="checkbox"/> | 68.5 |
| <input type="checkbox"/> 68.6 Passar o tempo mais rápido | <input type="checkbox"/> | 68.6 |
| <input type="checkbox"/> 68.7 Esquecer dos problemas | <input type="checkbox"/> | 68.7 |
| <input type="checkbox"/> 68.8 Nenhuma vez → <u>passa para item 70</u> | <input type="checkbox"/> | 68.8 |
| <input type="checkbox"/> 68.9 Outro <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | 68.9 |

- 69 Quantas vezes você já bebeu devido a falta de trabalho? 69
- (1) 1 vez → passa para item 70
- (2) 2 a 3 vezes → passa para item 70
- (3) mais de 3 vezes → passa para item 69.1
- 69.1 Caso mais de 3 vezes 69.1
- (1) Muito frequente (todos os dias) (2) Frequente (1-4 vezes/semana)
- (3) Ocasional (1-3 vezes/mês) (4) Raramente (menos de 1 vez ao mês)
- (5) Abstinente (menos de 1 vez ao ano)
- 70 Seus amigos, parentes, profissionais de saúde ou outras pessoas já demonstraram preocupação ou reclamaram do seu uso de bebida alcoólica? 70
- (1) Sim (2) Não (9) IGN
- 71 Alguma vez na vida você já pensou ou teve vontade de parar de beber? 71
- (1) Sim (2) Não (9) IGN
- **Caso respondeu NÃO ou IGN, ENCERRE**
- 72 Alguma vez na vida já tentou parar de beber? 72
- (1) Sim (2) Não (9) IGN
- **Caso respondeu NÃO ou IGN, ENCERRE**
- 73 Qual o tipo de ajuda você procurou para tentar parar de beber? 73
- (1) Nenhuma → **ENCERRE** (5) Alcoólicos Anônimos
- (2) Familiar (6) Pajé
- (3) Equipe de saúde (7) Religião (católica, evangélica, etc.)
- (4) Amigos
- 74 Você está se tratando atualmente? 74
- (1) Sim (2) Não → **ENCERRE**
- 75 Quem está realizando o seu tratamento atualmente? 75
- (1) Equipe de saúde (3) Alcoólicos Anônimos
- (2) Pajé (4) Religião (católica, evangélica, etc.)

**ANEXO A – Parecer do comitê de ética do CPqAM e do CONEP do projeto financiado
pela FACEPE**



Memo nº: 09/2009 - CEP/CPqAM
 De: Giselle Campozana Gouveia
 Coordenadora do CEP/CPqAM/FIOCRUZ
 Para: André Monteiro Costa
 Pesquisador/CPqAM/FIOCRUZ
 Data: 06/10/09
 Assunto: Parecer CONEP – Projeto 146/08.

Título do Projeto: Análise das Condições de Vida, Saúde e Vulnerabilidade do Povo Indígena Xukuru do Ororubá como ferramenta para as ações de Atenção Primária de Saúde.
Pesquisador Responsável: André Monteiro Costa
Instituição onde se realizará o projeto: CPqAM/FIOCRUZ
Registro no CAAE: 0143.0.095.000-08
Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 146/08
Data de apresentação ao CEP: 24/10/2008
Registro CONEP: 15.486

Sr. Pesquisador

Estamos encaminhando a correspondência (Parecer nº 604/2009) enviada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) com o resultado da avaliação referente ao projeto acima descrito. O projeto ficou na situação de **PROTOCOLO APROVADO**. Encaminhamos cópia do documento acima (parecer CONEP) em anexo.

Atenciosamente,

Giselle Campozana Gouveia
 Giselle Campozana Gouveia
 Farmacêutica
 Coordenadora
 Mat. SIAPE 0463376
 CPqAm / FIOCRUZ



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde

OFÍCIO Nº. 2108/CONEP/CNS/MS

Brasília, 17 de setembro de 2009.

Assunto: "Encaminhamento de Parecer".

Senhora Coordenadora,

1. Encaminhamos, em anexo, o (s) Parecer (es) nº **604/2009**, referente ao **Protocolo de Pesquisa Registro CONEP nº 15.486**, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, referente(s) a(os) projeto(s) de pesquisa acompanhado(s) por esse Comitê.

Atenciosamente,


ROZÂNGELA FERNANDES CAMAPUM
Secretária-Executiva do
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

À Senhora
Gisele Campozana Gouveia
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisas
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ
Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Cidade Universitária Recife PE
Cep : 50.670-420



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PARECER Nº 604/09

Registro CONEP 15.486 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

CAAE – 0143.0.095.000-08

Processo nº 25000.546448/2009-42

Projeto de Pesquisa: *"Análise das Condições de Vida, Saúde e Vulnerabilidade do Povo Indígena Xukuru do Ororubá como Ferramenta para as Ações de Atenção Primária de Saúde."*

Pesquisador Responsável: André Monteiro Costa

Instituição: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (centro único)

CEP de origem: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Área Temática Especial: Populações indígenas

Patrocinador: Fundo de Amparo à Ciência e Tecnologia - FACEPE

Sumário geral do protocolo

Este projeto se insere em um contexto de desenvolvimento de projetos de pesquisa na etnia Xukuru do Ororubá, em Pesqueira-PE, direcionados para as áreas de saúde e ambiente, e sobre avaliação da atenção à saúde desta mesma etnia. Nestes projetos não foi previsto estudo de base populacional e foi possível perceber as limitações dos sistemas de informação em saúde e saneamento que possibilite inferir nas condições de vida e de situação de saúde dos Xukuru do Ororubá. Diante dessa realidade foi percebida a necessidade da realização de um estudo de base populacional que possibilitasse inferir prevalências e incidências de agravos, bem como identificar as situações de risco relacionadas a essa população. Portanto, o projeto de pesquisa em tela caracteriza-se como sendo do tipo transversal, descritivo, analítico e de base populacional. Tem por objetivo principal analisar as condições de vida, saúde e vulnerabilidade do povo indígena Xukuru do Ororubá-PE, com vistas a subsidiar o desenvolvimento das ações no âmbito da Atenção Primária de Saúde, sobretudo as de prevenção e de promoção de saúde. Para tanto será realizado um diagnóstico sócio-demográfico participativo associado a um inquérito de saúde detalhado, feito em caráter censitário.

O cálculo amostral do inquérito populacional será realizado, utilizando-se de dados demográficos do SIASI de 2008, fornecidos pela coordenação do Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco, na qual se encontram cadastradas as aldeias e suas respectivas populações totais. O tamanho da amostra foi calculado tendo como base estimar a prevalência de anemia na população de menores de 5 anos. Essa população totaliza pouco menos de 800 crianças, e, considerando-se a prevalência de anemia em cerca de 30% e um erro absoluto de 5%, estima-se uma amostra de 230 crianças, equivalente a um terço do universo. E tendo-se por base o número total de cerca de 2100 domicílios, serão abordados um terço desses domicílios (cerca de 700) e examinados todos os indivíduos pertencentes aos grupos etários em estudo. Serão utilizadas abordagens complementares, constituídas a partir de análise qualitativa e quantitativa, destacando-se observação participante, questionário estruturado e protocolos de investigação. Encontra-se anexado ao projeto o modelo do questionário/inquérito a ser aplicado e consta a descrição detalhada dos demais instrumentais e procedimentos de coleta de dados.

Cont. Parecer CONEP nº 604/09

Local de realização

O projeto de pesquisa é nacional e unicêntrico, será desenvolvido no município de Pesqueira (PE) na Terra Indígena Xukuru, acerca de 220 quilômetros da capital do estado. A população do grupo étnico Xukuru é estimada em 8.354 pessoas, que habitam 2.092 domicílios em 24 aldeias. A etnia também subdivide seu território em três regiões sócio-ambientais distintas (Ribeira, Serra e Agreste).

Apresentação do protocolo

A Folha de Rosto se encontra devidamente preenchida. Foi apresentado orçamento financeiro detalhado que informa como total de custos estimado pelo pesquisador em R\$ 75.864,70 (setenta e cinco mil, oitocentos e sessenta e quatro reais e setenta centavos). Desse total, consta no protocolo que o valor aprovado pela Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco foi de R\$ 62.097,50, portanto recomenda-se fazer o devido ajuste. Consta cronograma detalhado das atividades, estando previstos dois anos de duração da pesquisa, mas não especifica o ano de início. O currículo do pesquisador responsável demonstra que o mesmo se encontra capacitado para condução do estudo. Foi apresentada carta de anuência para a realização do estudo em tela assinada por representante da comunidade indígena estudada (página 75, numeração do CEP).

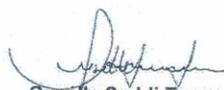
O TCLE encontra-se redigido em forma de convite, de forma sucinta e utiliza linguagem acessível, conteúdo das informações é esclarecedor e contempla os aspectos essenciais dos procedimentos investigativos e atende às exigências éticas estabelecidas pelas Resoluções CNS N 196/1996 e 304/2000.

Quanto aos riscos possíveis, o protocolo esclarece que serão asseguradas medidas que favoreçam a adequação dos procedimentos às peculiaridades culturais e lingüísticas dos sujeitos envolvidos. No que se refere aos benefícios indiretos para a população é esperado que o Censo demográfico participativo realizado evidencie as condições de vida relativas aos aspectos sócio-econômicos e demográficos dos indígenas Xukuru de Ororubá, assim como os aspectos relacionados ao acesso aos serviços de atenção primária em saúde de forma a subsidiar os gestores na formulação de políticas que respondam aos problemas relacionados à condição de vulnerabilidade no âmbito da Atenção Primária em Saúde.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: **Protocolo aprovado.**

Brasília, 02 de setembro de 2009.



Gyselle Saddi Tannous
Coordenadora da CONEP/CNS/MS

ANEXO B – Parecer do comitê de ética do CPqAM e do CONEP do projeto financiado pelo CNPQ



Título do Projeto: “Saúde e condições de vida do povo indígena Xukuru do Ororubá”.

Pesquisador responsável: André Monteiro Costa.

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/FIOCRUZ

Data de apresentação ao CEP: 21/01/2009

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 05/09

Registro no CAAE: 0004.0.095.000-09

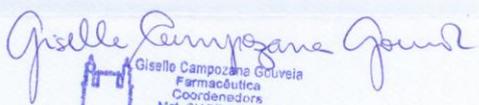
Registro no CONEP: 15.485

PARECER Nº 34 /2011

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 31 de agosto de 2014. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 31 de agosto de 2011.

Giselle Campozano Gouveia

 Giselle Campozano Gouveia
 Farmacêutica
 Coordenadora
 Mat. SIAPE 0482076
 CPqAm / FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 31/08/2012.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n
 CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
 Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
 Recife - PE - Brasil
 comitedeetica@cpqam.fiocruz.br





Centro de Pesquisas
AGGEU MAGALHÃES



Ministério da Saúde

Memo nº: 10/2009 - CEP/CPqAM
De: Giselle Campozana Gouveia
Coordenadora do CEP/CPqAM/FIOCRUZ
Para: André Monteiro Costa
NESC/CPqAM/FIOCRUZ
Data: 19/10/09
Assunto: Parecer CONEP – Projeto 05/09.

Título do Projeto: Saúde e condições de vida do povo indígena Xukuru do Ororubá.
Pesquisador Responsável: André Monteiro Costa
Instituição onde se realizará o projeto: CPqAM/FIOCRUZ
Registro no CAAE: 0004.0.095.000-09
Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 05/08
Data de apresentação ao CEP: 21/01/2009
Registro CONEP: 15.485

Sr. Pesquisador

Estamos encaminhando a correspondência (Parecer nº 592/09) enviada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) com o resultado da avaliação referente ao projeto acima descrito. O projeto ficou na situação de **PROTOCOLO APROVADO COM RECOMENDAÇÃO**. Encaminhamos cópia do documento acima (parecer CONEP) em anexo.

Atenciosamente,

Giselle Campozana Gouveia
Farmacêutica
Coordenadora
NESC/CPqAM/FIOCRUZ



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PARECER CONEP Nº 592/09

Registro CONEP 15.485 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

CAAE – 0004.0.095.000-09 **Processo nº : 25000.546454/2009-08**
Projeto de Pesquisa: “Saúde e condições de vida do povo indígena Xukuru do Ororubá”.
 Pesqueira - PE.
Pesquisador Responsável: Dr. André Monteiro Costa
Instituição: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ (centro único)
CEP de origem: CEP Aggeu Magalhães
Área Temática Especial: Populações indígenas
Patrocinador: CNPq

Sumário geral do protocolo

Este projeto se insere em um contexto de desenvolvimento de uma pesquisa em saúde e ambiente na etnia Xukuru do Ororubá, em Pesqueira-PE e de um projeto iniciado sobre avaliação da atenção à saúde nesta mesma etnia aprovados pela CONEP.

A população indígena Xukuru do Ororubá habita o território que se estende por toda Serra do Ororubá, na região agreste do Estado de Pernambuco a 216 km da capital do estado. Este grupo constitui o maior contingente populacional étnico do estado, com 10536 indígenas. A Terra indígena Xukuru é dividida, segundo o grupo em 24 aldeias e em três regiões ambientalmente delimitadas; Ribeira, que envolve a parte mais seca do território; Serra, onde existe mais umidade e de maior produção agrícola e o Agreste, mais seco e frio.

O objetivo geral da pesquisa, em tela, é analisar as condições de vida e situação de saúde do povo indígena Xukuru do Ororubá-PE, Pesqueira-PE. Os objetivos específicos são: 01- Descrever as condições de vida relativas aos aspectos sócio- econômicos e demográficos do grupo étnico Xukuru de Ororubá; 02- Caracterizar o acesso aos serviços de saúde indígena pela população Xukuru do Ororubá; 03-. Avaliar o estado nutricional para toda a população Xukuru do Ororubá e caracterizar o perfil alimentar, tensional e glicídico em maiores de 18 anos do grupo estudado; 04. Estimar a prevalência de anemia em crianças menores de 5 anos e mulheres em idade reprodutiva (10 a 49 anos) integrantes da população indígena Xukuru do Ororubá; 05- Descrever o estilo de vida relacionado ao uso de tabaco e álcool entre indivíduos maiores de 18 anos, da população indígena Xukuru do Ororubá; 06- Caracterizar as atividades produtivas e o nível de desemprego da etnia Xukuru do Ororubá e identificar as possíveis associações entre trabalho e desemprego e o processo de alcoolização, ambos entre os indivíduos a partir dos 18 anos; 07. Caracterizar a população indígena Xukuru do Ororubá de 10 a 14 anos quanto à prevalência de cárie, necessidade de tratamento para cárie e alteração de tecido mole; 08- Estimar a perda dentária, o uso e necessidade de prótese e alteração de tecido mole da população indígena Xukuru do Ororubá adulta e idosa (35 a 44 anos e 65 a 74 anos, respectivamente); 09- Identificar possíveis associações entre as condições de vida e a situação de saúde do grupo estudado.

A pesquisa se caracteriza como sendo do tipo transversal, descritivo, analítico e de base populacional. O tamanho da amostra foi calculado tendo como base estimar a prevalência de anemia na população de menores de 5 anos. Essa população totaliza pouco menos de 800 crianças, e, considerando-se a prevalência de anemia em cerca de

Cont. Parecer CONEP Nº 592/09

30% e um erro absoluto de 5%, estima-se uma amostra de 230 crianças, equivalente a um terço do universo. Tendo como base o número total de cerca de 2100 domicílios, serão abordados um terço desses domicílios (cerca de 700) e examinados todos os indivíduos pertencentes aos grupos etários em estudo. Esta estratégia amostral garante a representatividade do menor grupo em estudo, com a menor prevalência a ser estimada. Conseqüentemente, permitirá a representação dos demais grupos em estudo.

As faixas etárias do universo amostral são: menor de 5 anos (236 sujeitos); 5 a 9 anos (345 sujeitos de pesquisa); 10 a 14 anos (342 sujeitos de pesquisa); 15 a 17 anos (178 sujeitos de pesquisa); 18 anos ou mais (1684 sujeitos) 35 a 44 anos (303 sujeitos); 60 anos ou mais (318 sujeitos); Mulheres em Idade Fértil (10 a 49 anos) 849 sujeitos totalizando 2785 sujeito de pesquisa.

Serão utilizadas abordagem complementares das técnicas de coleta de dados a observação participante, aplicação de questionário estruturado e protocolos de investigação cujos modelos encontram-se anexados ao projeto cujo conteúdo das questões e quesitos formuladas não denotam constrangimento moral ou comprometimento ético.

Local de realização

Trata-se de um projeto nacional e unicêntrico. Participarão do estudo 2785 sujeitos de pesquisa (população indígena) e será desenvolvido no município de Pesqueira (PE) nos limites da Terra Indígena Xukuru, acerca de 220 quilômetros da capital do estado.

Apresentação do protocolo

A folha de rosto está preenchida e assinada.

O cronograma do estudo prevê a duração da pesquisa estudo por dois anos, mas não estabelece mês e ano de início e conclusão (página 39, numeração do CEP).

O orçamento apresentado (páginas 40-41, numeração do CEP) informa um valor total de R\$ 64.414,00 (sessenta e quatro mil, quatrocentos e quatorze reais tendo como fonte financiadora o CNPq e FIOCRUZ. Foi apresentada "Carta de Anuência" assinada pelo diretor da CPqAM/Fiocruz (página 66, numeração do CEP) que informa que a direção deste centro concorda com o desenvolvimento do projeto em tela e que todas as condições de espaço físico, equipamentos e material de consumo estarão à disposição do mesmo, de acordo com as condições financeiras desta instituição.

Encontram-se anexados ao projeto os seguintes documentos: carta de anuência assinada pelo Coordenador Regional de Pernambuco FUNASA (página 67, numeração do CEP), manifestando o interesse da instituição em contribuir com o Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da FIOCRUZ/Recife e colocando à disposição as instalações, transporte e acesso aos dados oficiais referentes à saúde indígena e saneamento ambiental que estão disponíveis nos bancos de dados; complementa ainda que o conhecimento produzido pela referida pesquisa será aplicado na forma de benefícios no campo da promoção da saúde dos povos indígenas de Pernambuco; "Carta de anuência para realização da pesquisa" assinada pelo cacique da etnia Xukuru do Ororubá - PE (Marcos Luidson de Araújo) - página 68 (numeração do CEP); "Declaração de compromisso junto ao CEP/CNPqAM" assinada pelo coordenador do projeto (André Monteiro Costa) se comprometendo em atender a Resolução CNS 196/96 item IX.2.c; declarações de participação assinadas pelos pesquisadores envolvidos na pesquisa e cópia do currículo do pesquisador principal cujos dados demonstram competência para coordenar a pesquisa.

O modelo do TCLE apresentado está redigido na forma de convite, linguagem clara e objetiva, o conteúdo contempla as informações sobre a pesquisa, de forma que atende às exigências éticas das resoluções CNS nº 196/1996 e nº 304/2000. Constam no projeto

Cont. Parecer CONEP Nº 592/09

os procedimentos que serão adotados para obtenção do TCLE e as medidas a serem tomadas para minimizar os riscos porventura causados aos sujeitos de pesquisa.

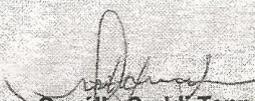
Comentários/ Considerações

1. O cronograma apresentado não menciona os anos referentes aos "Anos I e II". Solicita-se adequação.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto, devendo o CEP verificar o cumprimento das questões acima, antes do início do estudo.

Situação: **Protocolo aprovado com recomendação.**

Brasília, 25 de agosto de 2009.


Gyselle Saddi Tannous
Coordenadora da CONEP/CNS/MS

**ANEXO C – Cartas de Anuência da FUNASA e da etnia Xukuru do Ororubá do projeto
financiado pela FACEPE**



CARTA DE ANUÊNCIA

Ao Pesquisador André Monteiro Costa

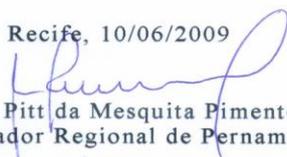
Informo por meio desta, que a FUNASA manifesta interesse em contribuir com o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da FIOCRUZ/Recife no que se refere à realização da Pesquisa que se intitula: **“Análise das Condições de Vida, Saúde e Vulnerabilidade do Povo Indígena Xukuru do Ororubá como Ferramenta para as Ações de Atenção Primária de Saúde.”** A presente pesquisa tem com objetivo subsidiar o desenvolvimento das ações no âmbito da Atenção Primária de Saúde, sobretudo as de prevenção e de promoção de saúde.

Colocamos à disposição, quando eventualmente necessário nossas instalações, transporte e acesso aos dados oficiais referentes à saúde indígena e saneamento ambiental que estão disponíveis em nossos bancos de dados, desde que previamente solicitado.

Acreditamos que o conhecimento que será produzido pela referida pesquisa será aplicado na forma de benefícios no campo da promoção da saúde dos povos indígenas de Pernambuco.

Atenciosamente.

Recife, 10/06/2009


Alcio Pitt da Mesquita Pimentel
Coordenador Regional de Pernambuco

**CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA**

Título do Projeto: Análise das Condições de Vida, Saúde e Vulnerabilidade do Povo Indígena Xukuru do Ororubá como Ferramenta para as Ações de Atenção Primária de Saúde.

Instituição Proponente: NESC/CPqAM/FIOCRUZ.

Coordenador do Projeto: André Monteiro Costa.

Eu, **Marcos Luidson de Araújo**, Cacique da Etnia Xukuru do Ororubá-PE, concordo e autorizo a realização da Pesquisa “**Análise das Condições de Vida, Saúde e Vulnerabilidade do Povo Indígena Xukuru do Ororubá como Ferramenta para as Ações de Atenção Primária de Saúde**”, que tem como objetivo analisar as condições de vida e a situação de saúde dos indígenas Xukuru do Ororubá, cujo território localiza-se em Pesqueira, Agreste Pernambucano. Esta pesquisa terá duração de 24 meses e será coordenada pelo pesquisador André Monteiro Costa, do Departamento de Saúde Coletiva (NESC) do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Pesqueira, 06 de janeiro de 2009.



Marcos Luidson de Araújo

Cacique da Etnia Xukuru do Ororubá-PE

**ANEXO D – Cartas de Anuência da FUNASA e da etnia Xukuru do Ororubá do projeto
financiado pelo CNPQ**



Ministério da Saúde
Fundação Nacional de Saúde

COORDENAÇÃO REGIONAL DE PERNAMBUCO

CARTA DE ANUÊNCIA

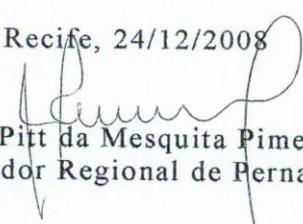
Ao Pesquisador André Monteiro Costa

Informo por meio desta, que a FUNASA manifesta interesse em contribuir com o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da FIOCRUZ/Recife no que se refere à realização da Pesquisa que se intitula: “**saúde e condições de vida do povo indígena xukuru do ororubá, Pesqueira - Pernambuco**”. Colocamos à disposição, quando eventualmente necessário nossas instalações, transporte e acesso aos dados oficiais referentes à saúde indígena e saneamento ambiental que estão disponíveis em nossos bancos de dados, desde que previamente solicitado.

Acreditamos que o conhecimento que será produzido pela referida pesquisa será aplicado na forma de benefícios no campo da promoção da saúde dos povos indígenas de Pernambuco.

Atenciosamente.

Recife, 24/12/2008


Alcio Pitt da Mesquita Pimentel
Coordenador Regional de Pernambuco



CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

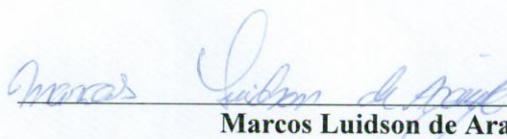
Título do Projeto: Saúde e Condições de Vida do Povo Indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira-PE.

Instituição Proponente: NESC/CPqAM/FIOCRUZ.

Coordenador do Projeto: André Monteiro Costa.

Eu, **Marcos Luidson de Araújo**, Cacique da Etnia Xukuru do Ororubá-PE, concordo e autorizo a realização da Pesquisa “**Saúde e Condições de Vida do Povo Indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira-PE**”, que tem como objetivo analisar as condições de vida e a situação de saúde dos indígenas Xukuru do Ororubá, cujo território localiza-se em Pesqueira, Agreste Pernambucano. Esta pesquisa terá duração de 24 meses e será coordenada pelo pesquisador André Monteiro Costa, do Departamento de Saúde Coletiva (NESC) do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Pesqueira, 06 de janeiro de 2009.



Marcos Luidson de Araújo

Cacique da Etnia Xukuru do Ororubá-PE