

Capítulo 3

Da prevenção de doenças à promoção da saúde: reflexões a partir da questão do uso de bebidas alcoólicas por populações indígenas

Maximiliano Loiola Ponte de Souza

Introdução

As atividades visando a prevenção de doenças estão entre as atribuições mais importantes a serem desempenhadas por profissionais de saúde que atuam na atenção básica, em geral, e na saúde indígena, em particular. Um exemplo clássico desta modalidade de intervenção é a vacinação contra certas doenças infectocontagiosas, que está associada a impactos importantes na redução da morbimortalidade infantil.

Quando se sai do campo das doenças infecciosas e se busca incorporar as doenças crônico-degenerativas e aquelas relacionadas aos comportamentos humanos, tornam-se evidentes as limitações e dificuldades das estratégias de prevenção atualmente disponíveis (Czeresnia, 2003; Buss, 2003). O problema se amplia quando as políticas de saúde pretendem induzir mudanças de hábitos, como prática de atividades físicas, alteração na alimentação, utilização de preservativo, redução ou interrupção do consumo de substâncias psicoativas, ilícitas ou lícitas, como cigarro e álcool.

Informar, muitas vezes, não é suficiente para mudar o comportamento. Se apenas se prescreve para uma doméstica que trabalha o dia inteiro que ela deve fazer exercícios aeróbicos; para um idoso que mora com a nora e não tem controle sobre o preparo de suas refeições que sua comida deve ter pouco sal; para uma mulher casada e monógama que ela deveria usar preservativo nas relações sexuais com seu esposo; ou para um jovem não beber quando for a uma festa, os resultados obtidos com tais recomendações tenderão a ser, no mínimo, limitados (Salles-Costa et al., 2003; Sousa, Espírito Santo e Motta, 2008; Garnelo e Langdon, 2005).

O caminho mais curto, ingênuo e cruel seria responsabilizar as pessoas, acusando-as de não aderir às orientações, como frequentemente ocorre. Outro caminho, não desprovido de desafios, seria buscar reconhecer e incorporar nas práticas dos serviços de saúde as concepções populares sobre o processo saúde-doença-cuidado; sobre a insalubridade dos processos de trabalho e das relações de poder que se estabelecem entre diferentes gêneros e grupos etários, bem como a forte inserção e estímulo social de determinados comportamentos.

No caso da saúde indígena, há uma demanda crescente para que os profissionais de saúde realizem atividades de prevenção fora do escopo das doenças infecciosas. Aí está incluída a questão do uso de álcool e dos agravos a ele relacionados¹. O surgimento desta demanda pode ser influenciado por diversos fatores, tais como a proliferação de pesquisas nos últimos dez anos (Albuquerque e Souza, 1998; Simonian, 1998; Quiles, 2000; Ferreira, 2001; Oliveira, 2001; 2003; Souza, 2004; Souza e Garnelo, 2006; 2007; Souza, Schweickardt, Garnelo, 2007; Souza, Deslandes e Garnelo, 2010); as solicitações feitas pelos próprios indígenas, via seus representantes, nos diferentes fóruns de controle social em saúde, e o aparecimento dos primeiros ensaios para delineamento de uma política nacional de atenção a “saúde mental” da população indígena (Brasil, 2007).

Profissionais de saúde, mesmo aqueles que possuem uma pequena experiência de atuação na saúde indígena, mas que buscam observar o cotidiano com um olhar culturalmente sensível, podem constatar, como Langdon (2005), que o uso de bebidas alcoólicas em diferentes grupos é “parte integrante da construção de vínculo social, pois é uma manifestação importante de sociabilidade inter e intragrupal” (p. 110), apesar de também poder se relacionar a diferentes agravos para a saúde.

Durante os diversos contatos que tive com profissionais de saúde que trabalham com populações indígenas pude notar diferentes posições a respeito do possível envolvimento destes no desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento dos problemas relacionados ao uso do álcool nestes grupos culturalmente diferenciados. Nos extremos destas posições pude identificar duas posturas, que didaticamente resumo através de expressões construídas a partir de seus discursos: “isso não tem nada a ver com a gente da saúde”, ou “isso é muito complicado, fazer tudo sozinho fica muito difícil”.

¹ Fui convidado em agosto de 2009 a realizar “cursos de capacitação em prevenção do alcoolismo em aldeias indígenas”, pela coordenação local da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) no estado do Amazonas. Somente após este convite, pude perceber que apesar de investigar a questão do uso de álcool por populações indígenas há mais de oito anos, não tinha feito nenhuma reflexão mais consistente sobre possíveis estratégias a serem utilizadas para lidar com esta questão. Desta forma, aproveito a oportunidade para agradecer a esta coordenação a proposição deste desafio teórico, cujo primeiro produto é este trabalho.

Em relação à primeira postura, ressalte-se sua fragmentária compreensão da dinâmica saúde-doença-cuidado, redundando em uma estreita visão do papel dos profissionais de saúde diante de situações desafiadoras e em uma falta de compromisso com abordagens integrais da saúde. Já a segunda expressão evidencia o reconhecimento da complexidade da questão em pauta e das limitações das estratégias usualmente adotadas pelo setor saúde, além de apontar para a necessidade de articulação com outros setores e atores sociais.

Pode-se, portanto, construir uma associação entre as ideias daqueles que se alinham à segunda posição expressa acima e as ações que são chamadas em saúde coletiva de “promoção da saúde”. A proposta deste trabalho é evidenciar as diferenças entre as ações de prevenção de doenças e as de promoção da saúde, tomando como fiocondutor a questão do uso de álcool por populações indígenas. Pretende-se, ainda demarcar a dificuldade de adequação cultural, no contexto indígena, das estratégias de prevenção tidas como efetivas no contexto urbano, bem como explorar as possibilidades de adequação das estratégias de promoção da saúde ao contexto ameríndio.

Para tanto, este trabalho será dividido em duas etapas. Na primeira, apresentam-se as principais características das ações de prevenção de doenças, estabelecendo um diálogo entre as construções conceituais de Czeresnia (2003) e Buss (2003) e as propostas norteadoras sintetizadas por Laranjeira e Romano (2004) e Dualibi e Laranjeira (2007),² para o estabelecimento de políticas públicas para prevenção de agravos à saúde relacionados ao uso de bebidas alcoólicas.

Ao mesmo tempo, será feita uma análise da adaptabilidade de parte destas propostas ao contexto indígena, partindo, sobretudo, da experiência de pesquisa sobre o uso de bebidas alcoólicas desenvolvida entre populações indígenas do Alto Rio Negro, noroeste amazônico (Souza, 2004; 2005; 2007, Souza e Garnelo, 2006; 2007; Souza, Schweickardt, Garnelo, 2007; Souza, Deslandes e Garnelo, 2010). Na

² Estes dois trabalhos foram tomados como base para discussão em virtude de terem sido construídos através de consenso de especialistas e de revisão sistemática da literatura, respectivamente, sendo representativos do pensamento científico hegemônico a respeito das questões em discussão.

segunda etapa, retornando à Czeresnia (2003) e Buss (2003) discutir-se-á as características das ações de promoção da saúde, agora estabelecendo um diálogo com as propostas apresentadas por Langdon (2005)³ para lidar com a questão do uso de álcool entre populações indígenas.

Prevenção: evitando doença

O verbo prevenir associa-se às ideias de “preparar, chegar antes de, dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize” (Czeresnia, 2003, p. 45, apud, Ferreira, 1986). No caso da saúde, a preocupação é evitar as diferentes doenças. As ações de prevenção se orientam, portanto, para o “controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais de grupos de enfermidades ou de uma enfermidade específica; seu foco é a doença” (Buss, 2003, p. 33).

Por trás destas afirmativas aparentemente simples, há uma série de pressupostos que precisam ser explicitados. Neste tipo de abordagem, parte-se de um entendimento de que para cada doença ou agravo a ser prevenido haveria um conjunto de conhecimentos, suficientemente sólidos, embasados no saber científico hegemônico, capaz de subsidiar as ações de prevenção (Czeresnia, 2003). Neste sentido, Laranjeira e Romano (2004), ao apresentarem o potencial objetivo das políticas públicas voltadas para o problema do abuso de álcool, entendem que este visaria,

poupar-lhes [aos formuladores de políticas públicas] o trabalho de “reinventar a roda”, já que o estado atual da pesquisa científica torna possível saber quais medidas são eficazes e quais não o são, possibilitando ainda, dessa forma, a aplicação do dinheiro público em políticas de resultado comprovado (p. 69).

³ O texto escolhido, além de sintetizar a escassa literatura nacional sobre o tema, explicita os principais pontos de vista da autora sobre a questão do uso de álcool por populações indígenas. Foi, portanto, escolhido por representar um ponto de vista contra-hegemônico em relação ao conhecimento biomédico estabelecido.

Ações preventivas específicas serão consideradas eficazes na medida em que se demonstre cientificamente sua capacidade de evitar o surgimento de doenças/agravos específicos. As ações preventivas em relação à questão do álcool seriam consideradas efetivas quando fossem capazes de reduzir os danos relacionados ao seu consumo e limitar o acesso da população a esta substância (Duailibi e Laranjeira, 2007). Assim, trabalha-se com uma noção de saúde como “não-doença”, desprovida de especificidade e positividade. A ausência de doenças seria um objetivo suficiente para as ações de prevenção (Buss, 2003).

Um aspecto a ser destacado, é que na prevenção de agravos à saúde relacionados ao uso de álcool tem-se como intento principal evitar a intoxicação alcoólica aguda, e não a dependência ao álcool, pois “o risco de problemas decorrentes de um único episódio de intoxicação é mais alto entre aqueles que o fazem infrequentemente do que entre aqueles que bebem com mais frequência” (Duailibi e Laranjeira, 2007, p. 841). Isso vai contra o senso comum de associar os problemas relacionados ao consumo de álcool com a dependência. Assim, a estratégia preventiva por excelência seria aquela que diminuísse as chances das pessoas fazerem uso de álcool, condição *sine qua non*, para a intoxicação.

Segundo as propostas de Laranjeira e Romano (2004) e de Duailibi e Laranjeira (2007) apenas as estratégias que limitassem a disponibilidade do álcool seriam consideradas realmente efetivas.⁴ Para os autores, esta disponibilidade seria influenciada por três fatores principais: o econômico (preço), a facilidade de compra e venda (varejo) e a acessibilidade a fontes como a família e os amigos, que expressam a disponibilidade social da bebida. As estratégias de controle da disponibilidade poderiam ser colocadas em prática por meio de políticas públicas regulatórias. Elas seriam direcionadas principalmente para os dois primeiros fatores, que acabariam impactando indiretamente sobre o terceiro fator, cuja regulação seria quase impossível por meio de políticas públicas.

⁴ Os autores também identificam outras duas grandes modalidades de estratégias preventivas: as intervenções comunitárias/ambientais, e as educativas/de persuasão. Entretanto defendem a ideia de que seus impactos seriam limitados sobre o consumo e na prevenção de agravos, e que teriam custos elevados, em comparação com as medidas de controle da disponibilidade. Aqui vamos nos restringir às estratégias consideradas efetivas pelos autores.

O aumento do preço das bebidas seria eficaz ao diminuir as chances de consumo de bebidas alcoólicas, sobretudo entre aqueles com menor acesso ao dinheiro, como os mais jovens e os com graves problemas de dependência. Considerando a questão do varejo, há um conjunto de ações que de acordo com os autores seriam eficazes, tais como: delimitação da localização dos pontos de venda (proibição do comércio de bebidas alcoólicas em locais próximos a escolas, ou em eventos com grande aglomeração de pessoas); diminuição da densidade dos pontos de venda (o que, pela lei da oferta e procura, tenderia a fazer com que os preços aumentassem); estabelecimento de idade mínima para a compra de bebidas; restrição dos dias e horários de venda (não comercializando álcool após determinada hora, como adotado em algumas cidades); instituição de serviços responsáveis de venda de bebidas (treinamento para não servir pessoas alcoolizadas, com responsabilização legal para quem o fizesse).

Pode-se observar que todas estas medidas têm em comum a necessidade de fiscalização e punição daqueles que infringem as regulamentações, ou, nas palavras dos próprios autores, “o que funciona realmente é a certeza de que uma determinada infração será punida” (Duailibi e Laranjeira, 2007, p. 846). Desta forma, a adesão das pessoas não passaria necessariamente por um ato de escolha, podendo ser consequência exclusivamente do poder coercitivo da lei e dos aparatos de repressão.

O Estatuto do Índio (Brasil, 1973), que pode ser considerado um marco regulatório para a questão do uso de álcool por populações indígenas, considera, em seu artigo 58, inciso 3º, crime contra os índios e a cultura indígena – com pena de seis meses a dois anos de detenção – “propiciar, por qualquer meio, a aquisição, o uso e a disseminação de bebidas alcoólicas, nos grupos tribais ou entre índios não integrados”.

As limitações deste instrumento legal são de várias ordens. Há implícito no texto que esta restrição estaria relacionada apenas às populações que residem em Terra Indígena. Entretanto, não são todos os grupos que vivem nesta situação. Há aqueles cujas terras não estão demarcadas, bem como outros que vivem nas periferias de grandes

e pequenas cidades, uma população que tende a crescer, dada a tendência de urbanização da população indígena brasileira (Coimbra Jr. e Santos, 2000). Desta forma, medidas de prevenção baseadas nas recomendações desse dispositivo legal não impactariam na totalidade da população indígena nacional.

Por outro lado, é evidentemente fraca a capacidade do Estado brasileiro em fiscalizar a introdução de bebidas alcoólicas nas terras indígenas, se considerarmos as grandes dimensões territoriais do país e a escassez de recursos de pessoal e financeiros para esta finalidade (Souza, 2004). Paralelamente, por ser uma lei de caráter repressivo, favorece o desenvolvimento de um rendoso mercado negro de venda de bebidas alcoólicas, considerando os preços exorbitantes que estas adquirem em determinadas regiões indígenas. Por exemplo, enquanto na sede municipal de São Gabriel da Cachoeira, no Alto Rio Negro, uma garrafa de um litro de cachaça custa três reais, quando vendida no interior das terras indígenas seu preço pode chegar a R\$ 50. Destaca-se que, pelo menos nesta região ou em partes dela, há uma crescente monetarização da vida cotidiana. Assim, o comércio de bebidas alcoólicas, mesmo de caráter eventual, torna-se uma alternativa para auferir lucro, inclusive entre os indígenas (Souza, Deslandes e Garnelo, 2010). Por fim, é importante ressaltar que este dispositivo legal não goza de popularidade mesmo entre lideranças indígenas, principalmente porque costuma ser associado ao regime tutelar, historicamente adotado pelo Estado brasileiro, considerado anacrônico por atribuir ao índio a condição de juridicamente incapaz.

A possibilidade de êxito dessas medidas preventivas é maior em contextos urbanos, como na sede municipal de São Gabriel da Cachoeira, na qual existe algum aparato estatal. Pode-se dizer, sem sombra de dúvida, que em São Gabriel há a necessidade de se implantar medidas regulatórias e de fiscalização da circulação de bebidas alcoólicas. Medidas que coibissem o uso da cachaça como forma de pagamento para trabalhadores indígenas braçais; que proibissem a venda disseminada de bebidas alcoólicas nos diversos estabelecimentos comerciais, inclusive nos que não têm autorização legal para fazê-lo; e que reduzissem

a oferta acintosa de álcool de farmácia como se fora bebida para consumo humano contribuiriam positivamente para controlar o consumo abusivo de álcool (Souza, 2005; Souza, 2007).

Por outro lado, as estratégias de regulação se mostram de difícil aplicação no interior das terras indígenas. O primeiro ponto a se destacar é, como bem demonstra a literatura, que nas sociedades indígenas das terras baixas sul-americanas não existe a concentração do poder nas mãos das chefias, nem algo que se assemelhe aos atributos coercitivos do Estado (Clastres, 1974). Nas aldeias, as lideranças indígenas trabalham, sobretudo, através do exemplo pessoal e da árdua busca de consensos provisórios, capazes de circunscrever conflitos e conduzir as interações cotidianas nas comunidades. Assim, definir explicitamente o que outras pessoas podem ou não fazer e exercer um controle direto sobre seus atos não faz muito sentido no contexto indígena.

Ainda que essas propostas busquem, sobretudo, regular a venda de bebidas alcoólicas, em contexto indígena, a chamada “disponibilidade social” de bebida é tema de suma importância nos processos de alcoolização. A observação da localidade de *Iauaretê*, no Alto Rio Negro, onde, apesar da proibição oficial, há venda de bebidas, tanto industrializadas quanto tradicionais, demonstra que embora ali um importante processo de urbanização esteja em curso (Andrello, 2006), mecanismos redistributivos que envolvem prestígio entre as famílias indígenas promovem a circulação de bebidas alcoólicas independente de haver transação em dinheiro (Souza e Garnelo, 2007). A importância do contexto social, aliada à sua difícil regulação são elementos ilustrativos da dificuldade de obter o controle do álcool através de medidas de proibição e controle da oferta de bebida.

Em *Iauaretê*, e possivelmente em outros contextos indígenas, de fato a disponibilidade social ganha maior relevo do que a venda no varejo (Souza, Deslandes e Garnelo, 2010). Esta localidade encontra-se subdividida em diferentes vilas, cada uma com suas lideranças e com suas festas nas quais as bebidas alcoólicas são consumidas coletivamente. Tais eventos representam, dentre outros aspectos, a busca de manter diferenciações entre as vilas e os grupos familiares que ali

habitam; isso costuma gerar a realização de festas simultâneas em várias vilas, cada qual buscando manter sua especificidade em relação às outras (Souza, Deslandes e Garnelo, 2010). Portanto, sugerir um rodízio de festas entre as vilas, para reduzir as oportunidades de consumo de álcool (restrição dos locais de consumo e diminuição de sua densidade), feriria os ideais de autonomia e independência pelos quais os grupos indígenas buscam reger suas relações políticas (Clastres, 2004). Implicaria também em desconsiderar o fato de que o consumo coletivo de bebidas alcoólicas, neste contexto, serve para reforçar os laços de solidariedade e auxiliar no gerenciamento de conflitos (Lasmar, 2005).

Já o estabelecimento de idade mínima para o consumo seria algo igualmente complexo, principalmente se considerarmos que, nestes contextos, critérios cronobiológicos não são os de maior importância para delimitar a fase da vida em que se encontra um indivíduo (Amit-Talai e Wulff, 1995). Por exemplo, no Alto Rio Negro, o consumo de bebidas tradicionais fermentadas com maior teor alcoólico deveria ocorrer após os rituais de iniciação masculina, que demarcavam a passagem da infância para idade adulta (Hugh-Jones, 1979). Porém estes rituais, por diferentes motivos, entraram em desuso em diversas partes da região (Lasmar, 2005; Andrello, 2006). Este fato, associado à introdução da escolaridade formal, vem borrando progressivamente esse limite, havendo, hoje, uma indefinição de quando alguém poderia passar a consumir bebidas alcoólicas. Cabe lembrar que nestas sociedades indígenas, negar bebida a um jovem (ou a outra pessoa) pode gerar acusação de sovinice; por outro lado, recusar uma bebida ofertada, pode conotar um receio velado de que ela poderia estar “estragada” (envenenada). Essas atitudes são consideradas socialmente reprováveis, passíveis, inclusive, de retaliação xamânica (Souza, Deslandes e Garnelo, 2010).

Como noutros contextos indígenas, em *Iauaretê*, o consumo de bebidas alcoólicas é regulado principalmente pela quantidade de bebida produzida (e/ou adquirida) para cada ocasião de consumo, sendo infrequente a prática de estocagem (Kunitz e Levy, 1994; Souza e Garnelo, 2007). Uma alternativa para inibir o consumo excessivo seria então limitar a quanti-

dade de bebida preparada; porém, ali, o prestígio de uma liderança é, não raro, medido por sua capacidade de mobilizar seu grupo para desenvolver trabalhos coletivos, tal como ocorre na produção de bebidas fermentadas tradicionais (*caxiri*) para as festas (Jackson, 1983; Chernela, 1993). Uma grande quantidade de *caxiri* disponível para uma festa evidencia a capacidade de liderança do chefe indígena. Por outro lado, sendo o *caxiri* fruto do labor da mulher, produzir a bebida em grande quantidade também é um indicativo do zelo para com sua roça de mandioca e a produção de derivados da mesma. Ele igualmente representa um elemento importante para uma autoimagem feminina positiva (Lasmar, 2005). Neste caso, limitar a produção de *caxiri* traria importante implicação negativa na harmonia das relações sociopolíticas no interior dessa sociedade.

Promoção: construindo saúde

Promover “tem o significado de dar impulso a, fomentar, originar, gerar” (Czeresnia, 2003, p. 45, apud, Ferreira, 1986). Aqui trata-se de promover saúde. Não se deve conceber a saúde exclusivamente como a ausência de doença, mas sim como algo dotado de positividade, e que se relaciona a valores como “solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, parceria, entre outros” (Buss, 2003, p. 16). As estratégias de promoção não visam exclusivamente evitar doenças específicas, mas sim contribuir para “a transformação das condições de vida e de trabalho que confortam a estrutura subjacente aos problemas de saúde” (Czeresnia, 2003, p. 45).

Partindo destes enunciados iniciais é possível observar, nas ações de promoção da saúde, a busca de incorporar o reconhecimento da complexidade do processo saúde-doença. Langdon (2005), após uma revisão da literatura internacional e nacional sobre o uso de álcool por populações indígenas, apresentou um conjunto de princípios que deveriam pautar as iniciativas para lidar com esta questão. Ainda que a autora não tenha avançado nesta direção, os princípios que enunciou são congruentes com as estratégias de promoção da saúde, e serão

aqui utilizados para compor a argumentação que utilizaremos para aprofundar a discussão.

Um primeiro princípio seria *evitar o uso da categoria alcoolismo*. A principal objeção da autora para o uso desta categoria se associa ao fato desta remeter a uma classificação estritamente biomédica, associando-se à ideia de um evento restrito a um indivíduo, com apresentação e etiologia universais, independentemente do contexto em que o problema ocorra. Souza e Garnelo (2006) lembram inclusive que o termo alcoolismo, além de estigmatizador, é impreciso do ponto de vista biomédico, não constando sequer nos atuais códigos de classificação de doenças.

Um aspecto importante na discussão de Langdon (op.cit.) é que tanto a anacrônica categoria alcoolismo, como quaisquer outras categorias biomédicas contemporâneas relacionadas ao uso do álcool, não seriam suficientemente maleáveis para incorporar as especificidades socioculturais relacionadas aos modos de beber, e ao que seja considerado consumo normal de álcool, que é infinitamente variável, segundo o contexto e o momento histórico (Oyacer e Ñanco, 1998).

Em síntese, em contextos indígenas seria de fundamental importância compreender quando o modo de beber passa a ser considerado como algo socialmente problemático.⁵ Tais proposições vão ao encontro das formulações de Buss (2003), quando ele aponta que um dos avanços das estratégias de promoção da saúde seria ir além das dimensões biomédicas de doença; e que no trabalho de promoção da saúde seria importante incorporar o “mal-estar como percepção subjetiva, relacionada ou não com a enfermidade, aos (...) objetos de planejamento/intervenção” (p. 34).

Assim, para compreender quando o beber se torna um problema em determinado contexto, seria de fundamental importância buscar *apreender as características singulares do contexto no qual se faz uso de bebidas alcoólicas*; tal empreendimento é congruente com o

⁵ Demarca-se que a importância deste aspecto já havia sido demonstrada por Kunitz e Levy (1994), tendo sido por nós ratificado mais recentemente (Souza e Garnelo, 2006). Inclusive, noutro trabalho (Souza et al., 2007) demonstramos a fragilidade do uso da categoria dependência ao álcool, em certos contextos indígenas.

segundo princípio identificado por Langdon (2005). Por outro lado, a apreensão das singularidades locais permitirá também que se possa, em cenários específicos, identificar como as condições de vida contemporâneas influenciam os diversos modos de beber em diferentes grupos indígenas (Souza, Deslandes e Garnelo, 2010). Em que pese a grande diversidade das condições de vida dos vários grupos indígenas no Brasil, a revisão da literatura realizada por Langdon também aponta a necessidade de se reconhecer a influência “da violência, das mudanças e dos obstáculos trazidos pelo contato [interétnico, com a sociedade nacional], que dificultam que eles pratiquem seu modo de vida e tenham uma vida saudável” (p. 116-7), algo que representa pontos comuns entre esses modos de vida e que, certamente influencia nos seus modos de beber.

Assim, estratégias a serem utilizadas para lidar com o uso problemático de álcool por populações indígenas deveriam não só reconhecer sua influência, mas também buscar intervir nestes aspectos do contato interétnico. Tais estratégias alinham-se assim, àquelas da promoção da saúde, pois ambas buscariam “identificar os macrodeterminantes do processo saúde-doença, e transformá-los favoravelmente na direção da saúde”, ou seja, “modificar condições de vida, para que sejam dignas e adequadas” (Buss, 2003, p. 33).

Um terceiro princípio identificado por Langdon (op. cit.) seria buscar *envolver a comunidade na qual se pretende intervir* em todas as etapas das ações. Para se identificar quando beber se torna um problema, e para apreender o contexto no qual se bebe, seria necessário o estabelecimento de imprescindíveis relações dialógicas com os indígenas. Além destes aspectos, as estratégias de enfrentamento do problema devem ser construídas juntamente com estas populações. Segundo Langdon (2005, p. 119)

(...) o mais importante é a necessidade de se trabalhar junto com as sociedades envolvidas, indagando a seus membros o significado das bebidas alcoólicas na tradição cultural e no momento atual, e buscando entender quais são suas preocupações e as possíveis respostas aos problemas.

Destaque-se que a “valorização do ‘conhecimento popular’ e da participação social está na base da formulação conceitual da promoção da saúde” (Buss, 2003, p. 16). No caso aqui em questão, o saber nativo/popular não é representando como um amontoado de credices equivocadas sobre o processo saúde-doença que necessitaria ser modificado pela ação sanitária. Aqui, este conhecimento é entendido como um ponto de partida para a construção pactuada de possíveis estratégias de intervenção capazes de valorizar o ponto de vista indígena sobre o encaminhamento de seus problemas de saúde, que sejam culturalmente sensíveis e menos etnocêntricas.

A valorização do conhecimento nativo não significa por outro lado que este por si só seja suficiente para o delineamento e sustentabilidade das ações de promoção da saúde. Um dos pontos centrais na busca de sucesso para promover a saúde, seria estimular a capacidade dos grupos sociais traçarem seus próprios caminhos.

A ideia de promoção envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade de condicionantes da saúde. (...) Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha, bem como à utilização o conhecimento com o discernimento de atentar para diferenças e singularidades dos acontecimentos (Czeresnia, 2003, p. 47-48).

Assim, o acesso a diversas fontes de conhecimento, o estabelecimento de interações produtivas com outros grupos da sociedade civil, ou a criação de espaços políticos para construção e negociação de estratégias coletivas para lidar com as questões que afligem a sociedade fazem parte do preceito de participação nas políticas de promoção à saúde. Nesse caso, participação é parte intrínseca do processo de empoderamento dos agentes políticos vinculados à promoção da saúde, algo essencial para a sustentabilidade das ações a serem propostas.

No último princípio identificado por Langdon (2005), a autora propõe que para lidar com os problemas relacionados ao uso de álcool por populações indígenas *não se deveria focalizar exclusivamente nas*

questões diretamente relacionadas ao uso de bebidas alcoólicas. Para Langdon (2005) as ações deveriam

(...) ser orientadas para a construção de uma sobrevivência saudável e uma identidade positiva, e não somente às atividades diretamente orientadas à questão do alcoolismo como doença. Se o alcoolismo é o resultado de vários fatores ligados indiretamente a este comportamento, as soluções para a sua prevenção terão necessariamente que procurar lidar com estes fatores (p. 119).

Vale também destacar que dentro de uma perspectiva indígena o conceito de saúde é necessariamente ampliado, e

envolve o acesso pleno aos serviços de saúde, à educação e ao direito de manutenção da vida, implicando na necessidade de garantir que, com todas as mudanças socioeconômicas, o índio possa contar com maneiras de sobrevivência que lhe permitam sair da posição marginal em que se encontra na sociedade brasileira (Langdon, 2005, p. 117).

Este princípio alinha-se claramente à proposta da promoção da saúde, na qual se entende que para “(...) problemas com multideterminações são propostas respostas com múltiplas estratégias, medidas e atores” (Buss, 2003, p. 16).

Considerações finais

Espera-se que, com a discussão apresentada, tenha sido possível aprender algumas diferenças que existem entre as ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde. Cada uma delas se pauta por premissas teóricas distintas. Um aspecto que parece fornecer um importante substrato para a compreensão destas diferenças é a relação que cada uma destas iniciativas guarda com a complexidade dos problemas de saúde. Conforme Czeresnia (2003, p. 48), “o que diferencia promoção de prevenção é justamente a consciência de que a incerteza do conhecimento científico não é simples limitação técnica passível de sucessivas superações”.

Ou seja, partindo-se dos conceitos relacionados a promoção da saúde haverá sempre algo de inatingível para o conhecimento científico, mesmo que se realizem pesquisas e mais pesquisas. De fato, nunca teremos a clareza, por exemplo, do que leva as pessoas a modificarem seus comportamentos, pois entende-se que,

transformações de comportamento são orientadas simultaneamente por aquilo que se conhece acerca dos determinismos e pela clareza de que não se conhece, nem se chegará a conhecer todos eles (Czeresnia, 2003, p. 49).

Neste trabalho, utilizou-se um complexo problema de saúde, que não pode ser facilmente considerado uma doença sob o ponto de vista biomédico, como fio condutor para discussão das diferenças entre ações de prevenção de doenças e promoção da saúde. A questão do uso do álcool é intrinsecamente associada ao comportamento social que é produto de culturas específicas, gerando diferenciações no cenário de eventos, que não podem ser simplesmente reduzidas às dimensões biológicas do fenômeno.

Por outro lado, os problemas relacionados ao uso de bebidas alcoólicas por populações indígenas não representam o único desafio complexo que necessita ser abordado pelo setor saúde na perspectiva totalizante da promoção à saúde. Pensemos nas doenças sexualmente transmissíveis, na desnutrição infantil e na emergência de doenças crônico-degenerativas, apenas para citar algumas situações emblemáticas do próprio contexto da saúde indígena.

Desafios como estes colocam em xeque um conjunto de saberes acumulados. Aquilo que se mostra eficaz num contexto, pode se mostrar insatisfatório em outro. No caso específico da atenção a saúde indígena, cujo modelo assistencial está sendo construído, faz-se necessário um constante questionamento a respeito da adaptabilidade cultural, ética e sanitária de determinadas intervenções. É bem verdade que se deve, na medida do possível, “evitar reinventar a roda” (Laranjeira e Romano, 2004, p. 69). Porém, o que se quer advertir aqui é que talvez seja necessário perguntar se a roda existente é adequada ao contexto em

que deverá ser usada. Uma resposta, mesmo que provisória, para esta indagação deve ser buscada através do estabelecimento de relações dialógicas com as pessoas com as quais se pretende atuar, reconhecendo-as como sujeitos autônomos e capazes de construir, mediante parceria, alternativas para abordar os problemas que as afligem.

Referências bibliográficas

ALBUQUERQUE, J.I.A. e SOUZA, J.L. Prevalência do Alcoolismo na População Indígena da Nação Terena do Complexo Sidrolândia Colônia dos Irmãos do Buruti. Anais da 1ª Oficina Macrorregional de Estratégia, Prevenção e Controle das DST/Aids para as Populações Indígenas das Regiões Sul e Sudeste, Mato Grosso do Sul. Londrina: Coordenação Nacional de DST/ AIDS/ Programa Municipal para DST, pp.117-124, 1998.

AMIT-TALAI, V. e WULFF, H. Youth cultures: a cross-cultural perspective. Londres: Routledge, 1995.

ANDRELLO, G. *Cidade do índio: Transformações e Cotidiano em Iauaretê*. São Paulo: UNESP/ISA, 2006.

BRASIL. Lei nº. 6001 de 19 de dezembro de 1973. Estatuto do Índio.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.759, de 25 de outubro de 2007. Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor, 2007.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção a saúde. In: CZERESNIA, D. e FREITAS, C.M. (orgs.). Rio de Janeiro: Fiocruz, pp.15-38, 2003.

CHERNELA, J.M. *The Wanano Indians of the Brazilian Amazon: a sense of Space*. Austin: University of Texas Press, 1993.

CLASTRES, P. *A sociedade contra o Estado*. 2 ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1974.

CLASTRES, P. *Arqueologia da violência: a guerra nas sociedades primitivas*. São Paulo: Cosac e Naify, 2004.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. e FREITAS, C.M. (orgs.) Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 39-53, 2003.

- COIMBRA Jr., C.E.A. e SANTOS, R.V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Rev. C S. col.* 5(1): 125-132, 2000.
- DUAILIBI, S. e LARANJEIRA, R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. *Rev Saúde Pública*, 41(5):839-48, 2007.
- FERREIRA, L.O. Relatório Etnográfico: I Reunião Geral dos Karaís, Caciques e Representantes Mbyá-Guarani no Rio Grande do Sul sobre o uso abusivo de Bebidas Alcoólicas e Alcoolismo. Núcleo de Antropologia das Sociedades Indígenas e Tradicionais. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001.
- GARNELO, L. e LANGDON, J. A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: MINAYO, M.C.S. e COIMBRA Jr., C.A. (orgs.) *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 133-156, 2005.
- HUGH-JONES, S. *The palm and the pleiades: Initiation and Cosmology in Northwest Amazonia*. Cambridge: Cambridge University Press, 1979.
- JACKSON, J.E. *The fish people: Linguistic Exomamy and Tukanoan Identity in Northwest Amazon*. Cambridge: Cambridge University Press, 1983.
- KUNITZ, S.J. e LEVY, J.E. *Drinking careers: a twentyfive-year study of three Navajo populations*. New Haven/Londres: Yale University Press, 1994.
- LANGDON, E.J. O abuso de álcool entre os povos indígenas no Brasil: uma avaliação comparativa. *Tellus*, 5(8/9): 103-124, 2005.
- LARANJEIRA, R. e ROMANO, M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. *Rev Bras Psiquiatr*, 26(Supl I): 68-77, 2004.
- LASMAR, C. *De volta ao Lago de Leite: Gênero e Transformação no Alto Rio Negro*. São Paulo: Editora UNESP/ISA; Rio de Janeiro: NUTI; 2005.
- OLIVEIRA, M. Alcoolismo entre os Kaingáng: do sagrado e lúdico à dependência. In: Seminário sobre alcoolismo e DST/AIDS entre os povos indígenas. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Políticas de Saúde/ Coordenação Nacional de DST e AIDS, pp. 99-125, 2001.
- _____. Uso de bebidas alcoólicas e alcoolismo entre os Kaingang da Bacia do Rio Tibagi, uma proposta de intervenção. In: JEOLAS, L.S. e OLIVEIRA, M. (orgs.) *Anais do Seminário Cultura, Saúde e Doença*. Londrina. pp. 43-65, 2003.
- OYACER, A.M. e ÑANCO, J. Alcoholismo Y Etnia: Criticas Y Propuestas. In: SALGADO, M.S. e MELLA, I.J. (Orgs.) *Salud, Cultura Y Territorio: Bases Para Una Epidemiologia Intercultural*. Lincanray: Ministerio De Salud Chile, pp. 35-43, 1998.

QUILES, M. Mansidão de fogo: Um estudo etnopsicológico do comportamento alcoólico entre os índios Bororo de Meruri, Mato Grosso [dissertação]. Cuiába (MT): Universidade Federal de Mato Grosso, 2000.

SALLES-COSTA, R. et al.. Associação entre fatores sócio-demográficos e prática de atividade física de lazer no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 19(4): 1095-1105, 2003.

SIMONIAN, L.T.L. Alcoolismo entre indígenas: Abordagens, contextos e perspectivas. In: Anais da 1ª Oficina Macrorregional de Estratégia, Prevenção e Controle das DST/Aids para as Populações Indígenas das Regiões Sul e Sudeste, Mato Grosso do Sul. Londrina: Coordenação Nacional de DST/ AIDS/ Programa Municipal para DST, pp. 97-115, 1998.

SOUSA, M.C.P., ESPÍRITO SANTO, A.C.G. e MOTTA, S.K.A. Gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids e ações de prevenção em bairro da periferia de Teresina, Piauí, Brasil. *Saude soc*, 17(2): 58-68, 2008.

SOUZA, M.L.P. Alcoolização e violência no Alto Rio Negro [dissertação]. Manaus (AM): Universidade Federal do Amazonas, 2004.

_____. Vulnerabilidade a dependência ao álcool em paciente indígena: relato de caso. *Psychiatry On Line Brazil*, 2005 (10).

_____. Comércio de “álcool de farmácia” no município de São Gabriel da Cachoeira, Amazonas, Brasil: uma questão de saúde pública. *Rev Bras Psiquiatr*; 29(4): 384-384, 2007.

SOUZA, M.L.P. e GARNELO, L. Desconstruindo o alcoolismo: notas a partir da construção do objeto de pesquisa no contexto da saúde indígena. *Rev Latinoam Psicopat Fund*; IX(2): 279-292, 2006.

_____. Quando, como e o que se bebe: o processo de alcoolização entre populações indígenas do Alto Rio Negro, Brasil. *Cad Saúde Publ*, 23(7):1640-8, 2007.

SOUZA, M.L.P., SCHWEICKARDT, J.C. e 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*, 34 (2): 90-96, 2007.

SOUZA, M.L.P., DESLANDES, S.F. e GARNELO, L. Modos de vida e modos de beber de jovens indígenas em um contexto de transformações. *Ciência & Saúde Coletiva*; 15(3): 709-716, 2010.