UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

FERNANDA MATOS FERNANDES CASTELO BRANCO

PADRÕES DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM COMUNIDADES INDÍGENAS DA ETNIA KARIPUNA DO MUNICÍPIO DO OIAPOQUE-AP

SÃO PAULO
2018

FERNANDA MATOS FERNANDES CASTELO BRANCO

PADRÕES DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM COMUNIDADES INDÍGENAS DA ETNIA KARIPUNA DO MUNICÍPIO DO OIAPOQUE-AP

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Divane de Vargas

SÃO PAULO
2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data:___/____/___

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Castelo Branco, Fernanda Matos Fernandes
Padrões do consumo de substâncias psicoativas em comunidades indígenas da etnia caripuna do município do Oiapoque-AP / Fernanda Matos Fernandes Castelo Branco. São Paulo, 2018.
158 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientador: Prof. Dr. Divane de Vargas
Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Índios. 2. Transtornos relacionados ao uso de álcool. 3. Enfermagem. I. Título.

Nome: Fernanda Matos Fernandes Castelo Branco

Título: Padrões do consumo de substâncias psicoativas em comunidades indígena da etnia Karipuna no município de Oiapoque-AP

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de São Paulo para obtenção do Título de Doutor em Ciências.

Aprovada em: ____/____/_____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A meu grande amor, ***Tancredo Castelo Branco Neto****, e a meus pais,* ***Maria de Jesus Matos Fernandes*** e ***José Fernandes Neto****, pela base familiar e amor incondicional sempre, mesmo diante de todas as dificuldades enfrentadas.*

AGRADECIMENTOS

"Você não sabe o quanto caminhei / para chegar até aqui / percorri milhas e milhas / antes de dormir / eu não cochilei / os mais belos montes escalei / nas noites escuras de frio, chorei..." foi o que literalmente vivi nesses últimos quatro anos, e, por conseguir chegar até aqui, a muita gente eu tenho que agradecer!

Primeiramente, a ***Deus****, em sua infinita bondade, que permitiu que esta árdua jornada desse certo e me guiou nos caminhos percorridos e nas longas estradas da vida.*

Agradeço em especial a meu amado esposo, ***Tancredo Neto****, pelo companheirismo, momentos compartilhados, afeto, carinho, amor e principalmente por acreditar em mim e me dar forças nos momentos mais difíceis. Esta conquista é nossa, sem você eu não teria conseguido!*

À minha amada mãe, ***Maria de Jesus Matos****, pelas orações, pelo amor que nunca me deixou faltar e pelos ensinamentos repassados. Ao meu pai,* ***José Fernandes****, que, mesmo com seu jeito peculiar, me deu forças para seguir neste caminho. E obrigada a vocês por sentirem tanto orgulho de mim; se fico longe é sempre pensando em algo melhor para nós!*

A meu querido orientador, ***Divane de Vargas,*** *meus sinceros agradecimentos pela oportunidade e por me acolher tão bem desde o ato da matrícula até a defesa final, pela disponibilidade e orientações valiosas para que eu alcançasse o resultado final; sem você não teria chegado aqui! Obrigada por confiar nesse projeto, e desculpe por eu ter mudado tudo no meio do caminho. Saiba que seu conhecimento é inspirador; você é um espelho em minha vida, quero continuar a seu lado durante toda minha vida profissional.*

Aos ***indígenas Karipuna,*** *pois sem a participação e colaboração de vocês esse êxito não seria alcançado. Povo que merece todo meu respeito e admiração, além de mais atenção por parte das autoridades públicas.*

*Agradeço aos **profissionais da Fundação Nacional do Índio** – polo Oiapoque pela larga contribuição, em especial ao **Elton Anicá**, pois sua ajuda foi fundamental para que esta pesquisa acontecesse.*

*Aos **caciques** das 12 aldeias envolvidas neste estudo que se dispuseram a participar e foram essenciais durante a coleta de dados. Espero ter levado algo de mim, pois com vocês aprendi muito! Vocês sempre lutam por maior proteção e principalmente melhora na qualidade de vida de seu povo.*

*Aos professores da Universidade Federal do Amapá **Tancredo Neto, Carlos Dutok, Fabio Trindade** e **Rafael Moreira** que se dispuseram a ajudar na coleta de dados, bem como pela amizade ao longo dos anos. E a Carlos, pela ajuda na construção das tabelas e gráficos, e a Fabio, por sempre me dizer: vai dar certo!*

*A meus alunos que compuseram a equipe de pesquisa deste estudo e foram incansáveis ao meu lado, pegando sol e chuva para que os dados fossem alcançados, sem palavras para agradecer: **Jenifer Fernandes, Juliana Baia, Quélita Mendonça, Heliana Monteiro, Keylane Arruda, Luana Farias, Marcélia Reis, Márcia Oliveira, Maria Lima, Midiã Ferreira, Odair Jeanjacque, Rogério Santa Rosa, Rosalina Baia, Hirwing Alexandre***, e aos demais que, mesmo com menor participação, me ajudaram: ***Elizafran Rodrigues, Renata Silva*** e ***Rafael Rocha.***

*Ao grupo de pesquisa **Núcleo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Adições – Álcool e outras drogas (NEPEAA)**, pelo conhecimento compartilhado e momentos vividos juntos, em especial a Érika León, que ajudou bastante na fase da qualificação e depósito final da tese.*

*Aos estatísticos **Bernardo dos Santos, Alberto Ibiapina** e **Zeferino Neto**, pela valiosa análise dos dados, atenção e por me ensinar um pouco desta área tão trabalhosa.*

*Aos **professores** com quem tive a oportunidade de conviver durante os quatros anos da vida acadêmica na Universidade de São Paulo - saibam que cada*

aula ministrada e cada discussão científica fez com que eu aprendesse muito e me transformasse para melhor na vida profissional.

A minha família ***Matos Fernandes,*** *principalmente tias e avó que sempre torceram por mim e oraram para que eu tivesse forças e se tornasse mais leve esta caminhada.*

A minha segunda família ***Castelo Branco,*** *pela amizade e parceria e por me acolher como membro na vida de vocês.*

Aos ***amigos*** *de que prefiro não citar nomes, pois são tantos (mas sei que sabem de quais pessoas estou falando), pela preocupação, zelo e por entender minha ausência, estresse e chatice nos momentos difíceis.*

Aos professores da banca de qualificação ***Dulce Ribas e Lavínia Oliveira****, pelas contribuições e aperfeiçoamento do projeto de pesquisa, e aos professores da banca de defesa da tese* ***Lavínia Oliveira, Alaidistania Aparecida, Márcia Ferreira e Zila Sanchez****, pela disponibilidade e por partilharem seus conhecimentos na finalização desta trajetória.*

A minha filha de quatro patas, ***Molly****, que em momentos difíceis sentia toda minha angústia e sofrimento e vinha com seu jeitinho todo carinhoso me acalmar só com um olhar.*

Enfim, a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste sonho!

“Eu sou índio Karipuna, sou índio até morrer, meus amigos perguntam se eu sou índio, e eu digo que sou...sou, sou índio até morrer”

(Trecho de música dos Karipuna)

Castelo Branco, FMF. Padrões do consumo de substâncias psicoativas em comunidades indígenas da etnia Karipuna no município de Oiapoque-AP [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo; 2018.

RESUMO

Introdução: a temática de álcool e outras drogas ainda é pouco explorada entre as populações indígenas brasileiras; considerando-se a necessidade de explorar esse problema e a escassez de estudos sobre este fenômeno na região norte do País, realizou-se esta pesquisa. **Objetivo:** identificar os padrões do consumo de substâncias psicoativas na etnia Karipuna do município de Oiapoque, estado do Amapá, verificando a associação desses padrões com variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais da amostra. **Método:** estudo transversal, realizado em 12 aldeias da etnia Karipuna, localizadas no município de Oiapoque. A amostra constitui-se de 230 indivíduos predominantemente do sexo masculino (51,3%), faixa etária de 16 a 30 anos (46,5%), católicos (71,1%), com ensino fundamental incompleto (28,3%). Para a coleta de dados foram utilizados o Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), a Questão chave (QC) e o Alcohol, Smoking and Substance Involvment Screening Test (ASSIST). Para a análise dos dados realizou-se o teste de qui quadrado para verificar a associações entre as variáveis de interesse e o padrão de consumo das substâncias; posteriormente foram selecionadas as variáveis para compor o modelo de regressão logística com prefixação do p-valor de 0,20, obtendo-se daí os valores do Odds Ratio (OR), entre as variáveis selecionadas na regressão logística. **Resultados:** de acordo com o AUDIT 59,5% dos entrevistados faziam uso de baixo risco, 32,1% uso de risco, 6% uso nocivo e 2,4% apresentavam provável dependência. A prevalência de alteração de pressão arterial entre os entrevistados foi de (19%), diabetes (3,1%), presença de pensamento suicida (13,5%), tentativas de suicídio (9,5%), mais de um terço dos entrevistados (35,6%), referiu manter Relações Sexuais Após Consumo de Álcool (RSACA). Os maiores preditores do uso de risco e nocivo de acordo com o AUDIT foram ser do sexo masculino (OR=2,47), apresentar pensamento suicida (OR=3,02) e manter RSACA (2,21). Os resultados do ASSIST mostraram que 73,4% dos entrevistados faziam uso ocasional de álcool, 26% faziam uso abusivo e 0,6% apresentava possível dependência. Os preditores do uso problemático, segundo o ASSIST, foram: ser do sexo masculino (OR=2,33), apresentar alteração de pressão (OR=4,03) e manter RSACA (OR=2,34). Em relação à Questão-chave, 42,2% dos entrevistados faziam uso de risco mais de 4 vezes ao ano, como principais preditores desse uso: ser estudante (OR=2,99), ter migrado da aldeia de origem (OR=2,22), fazer uso de preservativo (OR=2,62); manter RSACA (OR=1,61). O uso problemático do tabaco foi observado em 16,6% da amostra; os principais preditores desta condição foram: pertencer ao sexo masculino (OR=4,24); ter migrado da aldeia de origem (OR=3,27). **Conclusão:** as drogas de maior prevalência entre os indígenas da etnia Karipuna são lícitas, e seu padrão de uso problemático é maior que o observado entre a população geral. A prática RSACA foi importante preditor do uso problemático e álcool, independentemente do instrumento de rastreio; medidas preventivas devem, pois, ser maximizadas entre esta população. Os dados deste estudo têm potencial para subsidiar a realização de pesquisas futuras nesta

área, não só em relação aos povos de etnia Karipuna, mas a outras etnias indígenas da região norte brasileira e do Brasil.

Descritores: população indígena; transtornos induzidos por álcool; adição a substâncias; enfermagem em adições.

Castelo Branco, FMF. Patterns of psychoactive substance used in indigenous Karipuna communities in the municipality of Oiapoque-AP [thesis]. São Paulo: School of Nursing of São Paulo, University of São Paulo; 2018.

ABSTRACT

Introduction: Alcohol and other drugs themes are still little explored in Brazilian indigenous population. Considering the need to explore this problem and the scarcity of studies investigating this phenomenon in the northern region of the country, this research was carried out. **Objective:** To identify patterns of psychoactive substance used in the Karipuna ethnic group of the city of Oiapoque in the state of Amapá, verifying the association of these patterns with socio-demographic, clinical and behavioral variables of the sample. **Method:** This is a cross-sectional study carried out in twelve villages of ethnic Karipuna, located in the municipality of Oiapoque. The sample was 230 individuals predominantly male (51.3%), from 16 to 30 years old (46.5%), Catholic (71.1%), with incomplete elementary school (28.3%). For the data collection, the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), the Key Question (KQ) and the Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) were used. The chi-square test was used to analyze the associations between the variables of interest and the pattern of consumption of the substances. Then, the variables were selected to compose the logistic regression model with pre-fixation of the p-value of 0.20, obtaining the Odds Ratio (OR) values from this model, among the variables selected in the logistic regression. **Results:** According to the AUDIT, there were 59.5% of the interviewees who used psychoactive substance at low risk, 32.1% at risk, 6% at a harmful use and 2.4% had a possible dependency. The prevalence of altered blood pressure in the interviewees was (19%), diabetes (3.1%), suicidal thoughts (13.5%), suicide attempts (9.5%), more than a third of respondents (35.6%), reported maintaining sexual relationships after alcohol consumption (SRAAC). The highest predictors of risk and harmful use of a psychoactive substance according to the AUDIT were male (OR=2.47), suicidal thoughts (OR=3.02) and SRAAC (2.21). The ASSIST results showed that 73.4% of the interviewees had occasional use of alcohol, 26% had an abusive use of alcohol and 0.6% had a possible dependency. The predictors of problematic use using ASSIST were: male (OR=2.33), having pressure changes (OR=4.03) and maintain SRAAC (OR=2.34). Regarding the Key Question, there were 42.2% of respondents having a risk of psychoactive substance use in more than 4 times a year, with students as the main predictors of this use (OR=2.99), having migrated from the village of origin (OR=2, 22), using a condom (OR=2.62) and maintaining SRAAC (OR=1.61). The problematic use of tobacco was observed in 16.6% of the sample. The main predictors of this condition were male (OR=4.24) and migrated from the village of origin (OR=3.27). **Conclusion:** The drugs with the highest prevalence in the Karipuna ethnic are legal and the pattern of their problematic use is greater than the general population. The SRAAC practice proved to be an important predictor of this problematic use and alcohol regardless of the screening instrument indicating that preventive measures should be maximized in this population. The data from this study has the potential to support future research in this area, involving not only ethnic Karipuna people but also other indigenous ethnic groups from the northern Brazilian region and the rest of Brazil.

Keywords: Indigenous population; Alcohol-induced disorders, Substances addiction, Nursing on addictions.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa das Terras Indígenas do Estado do Amapá.....	38
Figura 2	Mapa do Estado do Amapá e Terras Indígenas de Oiapoque.....	44
Figura 3	Distribuição dos entrevistados por aldeia.....	49
Figura 4	Objeto utilizado pelos Karipuna para consumo de bebidas alcóolicas, principalmente o caxixi.....	59
Figura 5	Consumidores e não consumidores por aldeia da etnia Karipuna..	63
Figura 6	Padrões do consumo de álcool (AUDIT).....	65
Figura 7	Padrão do consumo de álcool (ASSIST).....	65
Figura 8	Uso em binge (Questão chave - QC).....	66
Figura 9	Cruzamento do AUDIT e Single Question.....	67
Figura 10	Cruzamento do AUDIT e ASSIST.....	68
Figura 11	Uso de tabaco por aldeia da etnia Karipuna.....	79
Figura 12	Padrão do consumo de tabaco em indígenas da etnia Karipuna....	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição das variáveis sociodemográficas incluídas no estudo (n=230). Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017..... 61

Tabela 2 Distribuição das variáveis sociodemográficas (processos migratórios) incluídas no estudo (n=230). Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017..... 62

Tabela 3 Distribuição das variáveis clínicas e comportamentais incluídas no estudo (n=230). Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017..... 63

Tabela 4 Modelo final da análise multivariada das zonas do AUDIT e as características sociodemográficas, (n=230). Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017..... 69

Tabela 5 Modelo final da análise multivariada das zonas do AUDIT e as características clínicas e comportamentais, (n=230). Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017..... 69

Tabela 6 Regressão Logística, análise entre as Zonas (AUDIT) de acordo com as variáveis significativas no estudo, (n=230). Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017..... 70

Tabela 7 Modelo final da análise bivariada da Single Question e as características sociodemográficas, (n=230). Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017)..... 71

Tabela 8 Modelo final da análise bivariada da Single Question e as características clínicas e comportamentais, (n=230). Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017..... 72

Tabela 9 Regressão Logística, análise da Single Question de acordo com as variáveis significativas no estudo, (n=230). Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017..... 72

Tabela 10 Modelo final da análise multivariada do ASSIST (bebidas alcóolicas) e as características sociodemográficas, (n=230). Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017..... 73

Tabela 11 Modelo final da análise multivariada do ASSIST (bebidas alcóolicas) e as características clínicas e comportamentais, (n=230). Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017..... 74

Tabela 12 Regressão Logística, análise do ASSIST (bebidas alcóolicas) de acordo com as variáveis significativas no estudo, (n=230). Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017..... 75
Tabela 13 Distribuição das variáveis que caracterizam o consumo do álcool incluídas no estudo (n=230). Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017..... 76
Tabela 14 Modelo final da análise multivariada do ASSIST (derivados do tabaco) e as características clínicas e comportamentais, (n=230). Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017..... 80
Tabela 15 Regressão Logística, análise do ASSIST (derivados do tabaco) de acordo com as variáveis significativas no estudo, (n=230). Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017..... 81

LISTA DE SIGLAS

AIKA	Associação de Indígenas Karipuna
APIO	Associação dos Povos Indígenas de Oiapoque
ASSIT	Alcohol, Smoking and Substance Involvment Screening Test
AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
BP	Beber pesado
BPE	Beber pesado episódico
CAGE	Cut down, Annoyed by critcims, Guilty e Eye-opener
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
GESF	Grupo de Estudo em Saúde da Família
HIV/AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IEPÉ	Instituto de Estudo e Pesquisas
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
NEPEAA	Núcleo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem em Adições – Álcool & outras drogas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds Ratio
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
QC	Questão chave
RSACA	Relações Sexuais após consumir álcool e outras drogas
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SESAI	Secretaria de Saúde Indígena
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCM	Trabalho de Conclusão de Mestrado
USP	Universidade de São Paulo
UNIFAP	Universidade Federal do Amapá
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO..... 19
1 INTRODUÇÃO..... 22
2 APORTE TEÓRICO..... 28
2.1 PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM INDÍGENAS..... 31
3 ETNIA KARIPUNA EM OIAPOQUE..... 37
4 OBJETIVOS..... 42
4.1 OBJETIVO GERAL..... 42
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 42
5 MATERIAL E MÉTODO..... 44
5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA..... 44
5.2 LOCAL DO ESTUDO..... 44
5.3 CÁLCULO AMOSTRAL..... 47
5.4 SORTEIO DOS PARTICIPANTES..... 48
5.5 AMOSTRA..... 49
5.5.1 Critérios de inclusão..... 49
5.5.2 Critérios de exclusão..... 49
5.6 INSTRUMENTOS DE COLETA..... 50
5.7 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS..... 52
5.8 ANÁLISE DOS DADOS..... 55
5.9 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA..... 55
6 RESULTADOS..... 58
6.1 TESTE PILOTO..... 58
6.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA..... 60
6.2.1 Características sociodemográficas..... 60
6.2.2 Características clínicas e comportamentais..... 62
6.2.3 Padrões de consumo de álcool..... 64
6.2.4 Características do consumo de álcool..... 75
6.2.5 Padrão do consumo de outras substâncias psicoativas..... 78
7 DISCUSSÃO..... 83
7.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CLÍNICA E

COMPORTAMENTAL DOS INDÍGENAS DA ETNIA KARIPUNA..... 84
7.2 PADRÕES DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS DA ETNIA KARIPUNA E ASSOCIAÇÃO COM AS VARIÁVEIS SIGNIFICATIVAS DO ESTUDO..... 89
7.3 CARACTERIZAÇÃO DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS..... 97
7.4 PADRÃO DO USO DO TABACO EM INDÍGENAS DA ETNIA KARIPUNA 99
7.5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO..... 101
7.6 IMPLICAÇÕES DA PESQUISA PARA A PRÁTICA E O ENSINO..... 102
7.7 CONTRIBUIÇÕES E AVANÇOS NO CONHECIMENTO..... 103
8 CONCLUSÃO..... 106
REFERÊNCIAS..... 108
APÊNDICES..... 117
ANEXOS..... 126

APRESENTAÇÃO

A minha aproximação à temática de álcool e outras drogas se deu ainda durante a graduação, quando realizei estágio extracurricular na cidade de Teresina - Piauí, em um hospital psiquiátrico que atendia usuários de substâncias psicoativas.

Posteriormente trabalhei como docente em um Centro Universitário, na mesma cidade, onde eu ministrava aulas na disciplina de Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica em que, apesar de uma carga horária reduzida, se discutia o tema de álcool e outras drogas.

Isso me permitiu desde uma aproximação maior com a temática até execução de projetos relacionados às drogas, desde orientação de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) na graduação em Enfermagem a projetos de Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica (PIBIC) e Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM).

Paralelamente, também na cidade de Teresina, atuei como enfermeira na prática assistencial em uma clínica de reabilitação para usuários de substâncias psicoativas onde pude ter experiência valiosa na área da dependência química.

Também relevante para a motivação da pesquisa foi minha inserção sobre a temática desde 2011 no Grupo de Estudos em Saúde da Família (GESF) do Centro Universitário UNINOVAFAPI, localizado em Teresina – PI, e no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem em Adições – Álcool & outras drogas (NEPEAA), da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), em 2014, o que por meio de encontros e discussões aumentou meu interesse em entender e estudar a problemática das substâncias psicoativas.

Tudo isso me despertou para a necessidade de aprofundamento no tema, e, ao entrar no curso de doutorado, fui aprovada em concurso público para o cargo de Professora Efetiva na Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), quando me deparei com a realidade das comunidades indígenas.

A primeira turma a que ministrei aula foi de graduação do curso de Licenciatura Intercultural Indígena, disciplina Saúde e Educação Indígena, com foco nas drogas. Ali se iniciou minha indagação, pois os relatos dos alunos indígenas era de que existe um consumo exagerado de álcool e a chegada de “novas” drogas em algumas aldeias. Havia uma diversidade de etnias na sala de aula, e para muitos falar sobre drogas era tabu ou algo desconhecido, em se tratando das “novas

drogas”. Foi uma experiência desafiadora e ao mesmo tempo estimulante.

A curiosidade foi tanta que não me contive em conhecer a maior aldeia da região, a aldeia do Manga. Ao conversar com o enfermeiro responsável pela área, me foi confirmado o uso excessivo de bebidas alcóolicas e algumas substâncias ilícitas dentro daquela comunidade, bem como a existência de indígenas com problemas psiquiátricos muitas vezes não diagnosticados.

A partir daí comecei a observar o comportamento dos indígenas que moram na cidade do Oiapoque- AP, e me foi notório o consumo abusivo de álcool dentro desta população.

Portanto, o interesse em realizar o estudo surge a partir da preocupação de fazer um levantamento dos padrões do consumo de substâncias psicoativas em comunidades indígenas do Oiapoque, mais especificamente em uma etnia pela proximidade e facilidade de acesso desses indígenas à cultura do “homem branco”.

Deste modo, fiz uma busca da literatura e constatei a escassez de estudos acerca da temática e a inexistência de dados que relacionem os padrões do consumo de álcool e outras drogas em comunidades indígenas na cidade de Oiapoque, o que, por si só, justifica a realização deste estudo.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas não se caracteriza como uma prática nova, pois existe desde os tempos mais longínquos, muitas vezes associado a rituais místicos e religiosos. Há evidências do uso de bebidas alcóolicas entre os sumérios por volta de 3.200 a.C. em que a cerveja era tida como um alimento importante e seu consumo era associado à mitologia e rituais religiosos. O álcool não é o único recurso entre as drogas com papel de aliviar o controle social, entretanto é o mais divulgado, e existe forte relação do consumo de bebidas de teor alcóolico com as festividades e celebrações, quando essas substâncias favorecem o alívio das tensões sociais sobre comportamentos bem como permitem a experimentação de situações potencialmente perigosas (DIAS, 2013).

As bebidas alcoólicas merecem destaque por terem sido importantes na vida humana, apesar de em condições variadas. Na Antiguidade, foram utilizadas como meio de se livrar das enfermidades e das impurezas, até como objeto e oferenda aos deuses, bem como forma de obter prazer e relaxamento. Entretanto, sob influência greco-romana, novas concepções começaram a surgir e se firmaram com o advento do Cristianismo, segundo o qual o uso dessas substâncias é pecaminoso quando usadas fora dos rituais religiosos. Inicia-se assim uma nova concepção cultural acerca do álcool e mais tarde de outras drogas, algo que se desenvolve até os dias atuais (SEIBEL; TOSCANO JÚNIOR, 2001).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o álcool é consumido por grande parte das pessoas na maioria dos países do mundo. Anualmente, cerca de dois bilhões de pessoas consomem bebida alcóolica, o que corresponde a 40% da população mundial acima de 15 anos de idade (ANDERSON; CHISHOLM; FUHR, 2009).

Em nível mundial, a pesquisa realizada em 2012 mostrou que aproximadamente 243 milhões de pessoas, equivalentes a 5% da população entre 15 e 64 anos, já usaram drogas ilícitas, destacando-se cannabis, opiáceos, cocaína ou anfetaminas do tipo estimulante (WHO, 2014).

Estudo mais recente mostra nítida desordem social por uso de drogas entre os anos de 2006 a 2015, bem como ser o fato de maior preocupação que cerca de

29,5 milhões desses usuários de drogas sofrem de distúrbios pelo seu uso. Esse contexto evidencia que o consumo habitual de droga é prejudicial ao ponto em que os usuários podem se tornar dependentes e requerer tratamento. O mesmo estudo atesta ainda que 17 milhões de pessoas perdem anos de suas vidas devido aos transtornos ocasionados pelo uso de substâncias psicoativas; ou seja, as morbimortalidades resultantes do consumo de drogas aumentaram significativamente nos últimos 10 anos (UNODEC, 2017).

No Brasil, não se observaram mudanças significativas, segundo o Levantamento Domiciliar I e II sobre o Uso de Drogas e Psicotrópicos (LENAD), estudos realizados nos anos de 2006 e 2012, mas foi possível constatar mudanças consideráveis na quantidade de consumo e na prática de rotina, pois houve aumento importante na proporção populacional relacionado ao consumo de doses, uma vez que os usuários costumam beber 5 doses ou mais diariamente (LARANJEIRA et al., 2014).

No ano de 2006, 71% dos entrevistados declararam usar até 4 doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião, e 29% afirmaram beber 5 doses ou mais. Já no ano de 2012, a porcentagem de pessoas que bebiam 5 doses ou mais cresceu para 39%, com ocorrência tanto para o sexo masculino quanto para o feminino. Em relação às mulheres, destaque-se que a percentagem populacional deste público com consumo de pelo menos 1 vez por semana passou de 27% para 38% (LARANJEIRA et al., 2014).

O mesmo levantamento realizado por Laranjeira et al. (2014) mostrou que a frequência de consumo das demais drogas também aumentou, passando de 42% para 53%. Em se tratando das drogas ilícitas, foram utilizados métodos diferentes na captação dos dados, não sendo possível fazer a comparação por anos, apenas os dados de prevalência foram apresentados: a maconha se destacou como a droga ilícita mais consumida (8,8%), seguida de solventes (6,1%), orexígenos (4,1%), cocaína (2,9%), crack (0,7%) e merla (0,2%). O uso indiscriminado de benzodiazepínicos correspondeu a 0,5% dos entrevistados, e o de heroína alcançou 0,09%.

A estimativa recente sobre o consumo de álcool no Brasil foi realizada pela Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) no ano de 2016. Este levantamento demonstrou que o consumo abusivo de álcool em 2006 era de 15,7% e em 2016 subiu para 19,1%. Na

população masculina esse índice aumentou de 25% para 27,3% em 10 anos, e na feminina, que antes era de 7,8%, passou para 12,1% (VIGITEL, 2016).

Esses dados sugerem mudanças significativas com aumento dos padrões do consumo de álcool e outras drogas na população geral. Em se tratando da população indígena, apesar de ser um fenômeno ainda pouco investigado, existem evidências estatísticas de alterações indicativas de uma notória progressão do consumo de bebidas alcoólicas nesse grupo populacional. Estudo de Sousa e Aguiar (2001) mostrou que a prevalência do uso de álcool por indígenas é maior do que pelas populações não indígenas. Uma das explicações para esse aumento poderia ser a progressão da vulnerabilidade destes povos, com aquisição de novos hábitos culturais.

Segundo Coimbra Júnior, Santos e Escobar (2003), dentro das terras indígenas o processo de assimilação da cultura do não indígena tem se modificado e aumentado, o que contribui para o surgimento do que é nomeado “doença social”. Dentre as doenças mais notadas se encontram as advindas do abuso de álcool e a depressão, que representam uma taxa de mortalidade quatro vezes maior que a média nacional, dependendo do Estado da Federação.

Pelo I Levantamento sobre os Padrões do Consumo de Álcool e outras Drogas nos Povos Indígenas, em que foram pesquisadas 11 comunidades de sete etnias diferentes - correspondendo a 1.455 indígenas de ambos os sexos, aldeados, com faixa etária de 18 a 64 anos -, foi evidenciado que 38,4% dos entrevistados consomem bebidas alcóolicas, com maior proporção de bebedores homens (52,7%) do que mulheres (24,6%), já que o sexo masculino é mais propenso à dependência, enquanto que no sexo feminino é maior a proporção para o uso abusivo (BRASIL, 2009).

A distribuição por faixa de idade mostrou que as pessoas que mais consomem bebidas alcoólicas têm entre 18 e 34 anos, que compõem 43% dos usuários. Em relação ao grau de dependência, o maior situou-se na faixa etária dos 18 a 24 anos (BRASIL, 2009).

O principal incentivo para o início do consumo de bebidas foi a influência dos amigos: 51,1% da amostra estudada. Dentre os que pararam de beber, 20,4% relataram que o motivo foi saúde; 17,2%, a religião; 5,9%, a família; 5,4%, a própria decisão; 5,4%, outros motivos; e 45,7% não declararam o motivo. Setenta e três vírgula sete por cento dos homens preferem beber com amigos, e as mulheres

representam um total de 45,7% neste quesito. Em relação ao local, 35,6% preferem beber nas aldeias e 18,2%, fora das terras indígenas, apesar de ser proibida a venda de bebidas alcoólicas para esta população, o que explica o fato de quase a metade dos participantes não responder sobre o local onde são consumidas as bebidas (BRASIL, 2009).

Em se tratando do tabaco, o mesmo estudo apontou que os que fumam constituem 37,6% da população indígena entre os homens e 21,6% entre as mulheres, sendo esta uma média maior que a da população geral. Em relação às demais substâncias psicoativas, o uso de maconha, cocaína e outras drogas é proporcionalmente menor do que na média da população geral brasileira; dentre as populações investigadas, no estado da Bahia apresentou-se maior consumo de maconha (12%), e no estado do Amazonas, maior prevalência do consumo de cocaína (3%) (BRASIL, 2009).

De acordo com o censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2010, estima-se que a população indígena brasileira é de aproximadamente de 896,9 mil pessoas distribuídas em 305 etnias, com falantes de 274 línguas. Os indígenas se distribuem nas cinco regiões do País, com maior concentração na região Norte - aproximadamente 343 mil indivíduos - e menor no Sul - por volta de 79 mil.

Do total de indígenas no Brasil, 502.783 vivem na zona rural e 315.180 habitam as zonas urbanas - 36,2% em área urbana e 63,8% na área rural. Também se menciona que 505 terras indígenas foram demarcadas no território brasileiro; o processo de identificação contou com parceria da Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Portanto, as comunidades indígenas representam 12,5% da população brasileira (IBGE, 2010).

Considerando-se que trabalhos prévios mostram a alta prevalência de uso de substâncias psicoativas entre a população indígena quando comparada à “população branca”, a escassez e fragmentação de estudos que permitam entender a realidade destes povos e a ausência de estudos que abranjam esse fenômeno entre os povos indígenas da região norte do Brasil - especificamente entre os povos Karipuna no estado do Amapá -, há carência de estudos que se ocupem de identificar os padrões do consumo de substâncias psicoativas em comunidades indígenas.

Diante deste contexto, a pergunta norteadora deste estudo foi: **Quais os**

padrões do consumo de substâncias psicoativas na etnia Karipuna no município de Oiapoque-AP?

APORTE TEÓRICO

2 APORTE TEÓRICO

Abordar a temática de álcool e outras drogas em populações indígenas é um desafio, principalmente quando se considera a complexidade desse fenômeno que exige a ponderação e a compreensão dos diferentes saberes do consumo de bebidas alcóolicas entre os grupos que apresentam diferenças culturais.

Especificamente entre os povos indígenas, o álcool é utilizado pelas comunidades em diversas situações, tais como: cerimônias religiosas (casamentos, batizados), comemorações (aniversários, Dia do Índio), em trabalhos comunitários (limpeza das aldeias, reforma de escolas, trabalhos de roças e colheitas), ou no ritual de iniciação masculina (ocorre com os meninos a partir dos 15 anos, no qual são submetidos a testes de masculinidade e resistência). Porém esse uso tradicional tomou proporções diferenciadas, tornou o consumo muitas vezes abusivo e a oferta de bebidas o principal atrativo para a participação do grupo nas atividades (GHIGGI JÚNIOR; LANGDON, 2014; OLIVEIRA, 2011; SOUZA; GARNELO, 2007).

Ainda na abordagem do uso tradicional, destaca-se o caxixi[1] como uma bebida alcoólica amplamente utilizada em comunidades indígenas no Brasil, dentre elas, as comunidades do Oiapoque, muitas vezes associado ao Turé[2]. Estudo realizado por Santos (2010) objetivou identificar a microbiota presente e caracterizar físico-quimicamente a bebida caxixi produzida pelos índios Juruna no Mato Grosso; ficou evidenciado que sua graduação alcoólica é de 10º a 11º GL (próximo dos teores alcoólicos fermentados de frutas) e seu processamento é realizado com adição de bebidas destiladas e sucos de frutas, o que o levou à classificação de “outra bebida fermentada”.

Evidencia-se assim um estreitamente do caxixi com as bebidas industrializadas. Dentre as outras bebidas consumidas, há mais de três séculos a cachaça tem se tornado muito difundida entre estes povos, provavelmente pelo contato interétnico (SOUZA; DESLANDES; GARNELO, 2010).

Apesar de todo um contexto simbólico inserido no processo de socialização, estudo de Dias (2013, p. 108) afirma que: “a remissão cultural e a inversão simbólica

---

[1] Bebida fermentada em potes de barros especiais, feita a partir de mandioca, milho cozido ou frutas fermentadas e de produção essencialmente feminina.

[2] Dança executada de forma coletiva, passada de geração a geração, que constitui uma simbologia de amizade entre os povos da aldeia.

proporcionada pelas festas e pelo consumo de bebidas alcoólicas instauram períodos limiares, constroem outra realidade". Assim se relaciona o uso demasiado ou estado de embriaguez a experiências necessárias no curso da vida.

Em se tratando de culturalidade *versus* bebidas alcóolicas, estas são subordinadas à socialização e ao valor simbólico que carregam, pois entre os indígenas não se definem por quantidade consumida, e sim pelo significado e o contexto em que se consomem (DIAS, 2008).

Nesse âmbito, e não obstante mudanças ocorridas nesse consumo tradicional, não se pode pensar no uso do álcool e outras drogas focando-se apenas consequências negativas, pois é notório que, apesar dos prejuízos causados, o consumo dessas substâncias ainda se encontra fortemente atrelado a significados históricos e culturais.

Segundo Fortes (1991), o padrão do consumo sofreu alterações devido ao acesso a bebidas com maior teor alcoólico antes desconhecidas, tais como o vinho e a cerveja. Langdon (2001) corrobora que a mudança no consumo nas comunidades indígenas se deu pelas mudanças na tradição do beber ou pelo menos devido aos padrões de consumo pela entrada dos destilados nas aldeias e pela inserção do índio nos meios sociais de seu entorno.

Essa aproximação das comunidades indígenas com a área urbana causou dispersão e modificações culturais, sociais, econômicas e educacionais, acarretando-se o que se pode chamar de aculturação e despersonalização dos indígenas (LANGDON, 2001).

A população indígena se adaptou ao modo de vida da população branca, e o alcoolismo é a principal consequência dessa aglutinação cultural (MELO et al., 2011). Guimarães e Grubits (2007) concordam e apontam que quanto maior o contato dos indígenas com a sociedade envolvente maior é o risco de exposição ao consumo do álcool, além de a outras doenças. Pena (2005) descreve que o surgimento de bebidas de alto teor alcoólico nas aldeias é algo contemporâneo à colonização e uma consequência do contato com o "mundo dos brancos".

A migração dos povos indígenas para as cidades brasileiras tem aumentado a cada dia devido a diversos fatores, tais como: absorção desses indivíduos no mercado de trabalho das regiões, conflitos por terras, pelo simples fato da falta de estrutura mínima para uma vida digna - como os serviços essenciais de saúde e educação dentro das aldeias, o que ocasiona o deslocamento dos indígenas para as

cidades (COIMBRA JÚNIOR; SANTOS, 2000). Isso acaba por contribuir para sua inserção nas periferias das cidades, bem como para a disseminação de doenças, dentre elas, o consumo abusivo de substâncias psicoativas.

Nas populações indígenas observa-se esse aumento de consumo de substâncias psicoativas oriundo de práticas adotadas pela comunidade “branca”, fruto de uma suscetibilidade facilitada pela entrada de bebidas alcóolicas nas comunidades, consequentemente com descompasso nos modos de vida desta população bem como com perdas de hábitos socioculturais, que resultam na alteração dos padrões de consumo.

O conceito de padrões de consumo engloba tanto aspectos médicos quanto psicológicos e sociais. Os padrões mais comuns identificados na literatura para o consumo de bebidas são: beber moderado, beber pesado (PB) e beber pesado episódico (PBE); destes, beber moderado é a classificação mais difícil de identificar, pois pode ser interpretado de forma errônea, confundido com o convencionado “beber socialmente”, que não acarreta consequências negativas à pessoa que consome (HECKMANN; SILVEIRA, 2009).

Considerando-se a perspectiva clínica e os avanços da ciência, os padrões de consumo vão além da classificação de dependência e não dependência; há outros diferentes padrões.

De acordo com essa classificação podemos mencionar a Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2001), que divide os padrões de consumo em quatros categorias, como se pode evidenciar a seguir.

Uso de baixo risco (de indivíduo que consome baixas doses e toma o cuidado necessário para evitar possíveis danos) - o uso de baixo risco é aquele que leva em consideração 2 doses-padrão por dia ou 3 doses por ocasião, sendo que para mulheres e idosos o paradigma é 1 dose-padrão por dia ou 2 doses por ocasião.

Uso de risco - é aquele em que o consumo de substâncias aumenta a chance de problemas do indivíduo, e esta classificação é denominada “binge drinking” quando a pessoa faz uso de grandes quantidades de bebidas em uma mesma ocasião.

Uso nocivo - é um padrão mal adaptado que acarreta algum tipo de prejuízo, seja ele biológico, social ou psicológico.

Dependência - é uma relação alterada entre o indivíduo e a maneira de consumir a substância, ou seja, é o consumo sem controle, atrelado a problemas sérios.

Definir padrões de consumo no Brasil é algo complexo, ainda mais em se tratando de populações específicas, dentre elas, as populações indígenas, em que está envolvida, dentre outras coisas, a diversidade cultural. Pesquisadores, Chaves, Cardoso e Ferreira (2013, p. 213) apontam que “a diversidade sociocultural indígena existente no país dificulta a identificação dos padrões de consumo que possam ser generalizados e ampliados com medidas intervencionistas aplicáveis em contextos distintos”.

Uma sociedade indígena carrega consigo diversas nuances, como as tradições culturais, que podem conferir significações específicas ao consumo de bebidas alcoólicas e outras substâncias, e estas nuances demandam um olhar especial para que se faça alguma avaliação, desde observar o uso tradicional até padrões como a ocasião da ingestão, quantidade e fins para que as substâncias psicoativas tenham sido utilizadas.

Desta maneira, apesar de os padrões de consumo de substâncias psicoativas adotados neste estudo terem seguido as definições sugeridas pela OMS, portanto, tendo como base o padrão da população geral, tem significância todo o contexto sociocultural de uso das substâncias psicoativas, e estes aspectos exigem ser ponderados, pois podem afetar as respostas aos instrumentos adotados e minimizar as influências. Alguns termos foram adequados, valorizando-se o contexto cultural indígena, com vistas a garantir o entendimento da população-alvo, procedimento que será mais bem descrito na seção dos resultados encontrados (projeto piloto).

2.1 PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM INDÍGENAS

Em se tratando dos padrões de consumo, estudos internacionais evidenciam o consumo abusivo de bebidas alcóolicas, tal como em Seale et al. (2002), que apontam o álcool como o problema de saúde mais difundido, severo e abrangente entre os índios americanos, pelo qual muitos deles se envolvem em ataques abruptos e intensos de beber episódicos por muitos dias, o beber em binge como um

comportamento de lazer, normativo e tradicional apesar da alta correlação entre o consumo excessivo de álcool e múltiplas consequências negativas, tais como: problemas sociais e no trabalho, problemas físicos e legais, bem como a violência, dependência de álcool e transtornos psiquiátricos. Dentre cinco das 10 principais causas de mortes em adultos americanos nativos, destacam-se os acidentes, cirrose, alcoolismo, suicídio e homicídio, fortemente relacionados ao uso indevido de álcool e dependência.

Ainda em relação à literatura internacional, pesquisa realizada na Austrália aponta uma prevalência do uso nocivo de álcool e substâncias ilícitas em indígenas que dobra os achados na população não indígena (ROCHE et al., 2013). Outro estudo realizado por Bjerregaard et al. (2004) mostra que o grupo mais importante de problemas de saúde é o chamado patologia social, em que se destacam a violência, acidentes, álcool e abuso de substâncias.

O número estimado de mortes atribuídas ao álcool entre os australianos indígenas variou substancialmente, dependendo das estimativas de prevalência de beber aplicadas; utilizando estimativas nacionais de prevalência de beber em população geral, subestimou mortes atribuídas ao álcool para a população indígena nacional em cerca de 9% (PASCAL; CHIKRITZHS; GRAY, 2009).

Em relação ao tabaco, os índios americanos apresentam as maiores taxas comerciais e recreativas em comparação à população geral. Este dado pode estar relacionado ao fato de que em algumas comunidades o cigarro pode ser ofertado como um presente ou queimado para produzir fumaça cerimonial a fim de transmitir oração a um poder superior (MOGHADDAM et al., 2014).

Ainda em relação ao tabaco, estudo de Rogerson et al. (2013) evidencia que o uso é difundido entre indígenas australianos, atingindo 54% nesta população, enquanto que apenas 29% da população geral utilizam esta substância. Expõe ainda que o uso do tabaco em tempo de vida foi relatado por 82% dos homens e 83% das mulheres, e o uso atual pontuou 76% no sexo masculino e 79% no sexo feminino. Em relação à maconha, 77% dos homens e 68% das mulheres relataram já terem feito uso, e 70% dos homens e 59% afirmam consumo atual da cannabis; portanto, esta pesquisa mostra associação estreita entre o uso da maconha com outras substâncias, bem como comportamento atual mais propenso ao uso do álcool.

No Brasil, conforme a Fundação Nacional do Índio (2000), o alcoolismo está entre as doenças mais comuns dentro das comunidades indígenas. Pesquisa

realizada com os Kaiangá no Paraná evidenciou que 29,9% da população estudada fizeram uso de bebidas alcóolicas no último ano, e a maior parte dessa percentagem mostrava uso de risco para dependência. A prevalência foi maior nos homens - 40,1%, e 14,2% entre as mulheres (SANTOS; COIMBRA JÚNIOR, 2003).

Pesquisa feita no Mato Grosso do Sul aponta que 17,6% da população aldeada faz consumo de substância alcóolica (SOUZA; AGUIAR, 2001). Entre os Tenharim, as bebidas alcóolicas são bastante difundidas, e o processo de escolha se dá a partir da facilidade de acesso e conservação. Consequentemente, a cachaça é a bebida de preferência; nas cidades, além desta, a cerveja também é utilizada (PEREIRA; OTT, 2012).

No Mato Grosso, estudo feito entre os Bororo mostrou que grande presença dos indígenas nas cidades contribui para a alta prevalência de alcoolismo. Foram entrevistados 315 indígenas, e destes 32,7% afirmam consumir álcool, embora os agentes de saúde indígena apontem um número maior dentre a população pesquisada. Nem todos aceitaram responder o questionário elaborado, e dos que participaram foram constatados quatro casos de abuso e 49 de dependência. Dentre a população estudada, 39,5% consomem cachaça, 26,3% cerveja, 21% vinho e 8,8% álcool de farmácia, com o qual os Bororo iniciam o uso em média aos 18 anos de idade. Dentre esta população estudada, 28% afirmam piora na qualidade de vida e 35,8% dizem ter tido uma melhora. Nesta amostra, 79,2% afirmam pensar em suspender o hábito devido às consequências negativas acarretadas pelo consumo de bebidas alcóolicas, e 20,7% assim não o pensam. Foi visto também que 20,3% são fumantes - 85% consomem cigarro de palha, 12,5%, cigarro de maço, e 1,5%, ambos (VIERTLER, 2000).

Dados do Levantamento sobre os Padrões do Consumo de Álcool e outras Drogas por Povos Indígenas - conseguidos no Relatório Brasileiro sobre drogas, realizado pela Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas em 2007, nos quais foram estudadas as comunidades Umariaçu I e II no Amazonas, Coroa Vermelha e Barra Velha na Bahia, Barreiro Preto e Brejo Mata Fome em Minas Gerais, Mangueirinha, Palmerinha e Trevo no Paraná, e Jaguapiru e Bororó no Mato Grosso do Sul - mostraram que a porcentagem de índios que consumiam bebidas alcóolicas era de 48%, 43%, 45%, 37% e 20%, respectivamente, nas regiões citadas acima. As comunidades do Amazonas são as que mais consomem bebidas, embora entre estes 8,9% façam uso somente em rituais e festas (BRASIL, 2009).

Em estudo mais recente realizado por Ferreira (2016) que investigou a ingestão de bebidas alcóolicas entre os indígenas Mura, no Amazonas, constatou-se que o consumo de álcool entre os entrevistados foi de 40,2%, sendo que 14,3% foram classificados como uso de alto risco para dependência alcóolica; a zona da área rural é o local de maior consumo (57,3%) se comparada à zona da área urbana (22,2%).

Apesar de não existirem levantamentos sobre os padrões do consumo de álcool na etnia Karipuna e dados de prevalência, estudo de Dias (2013) - que visou a descrever de forma densa os múltiplos significados e a “ambivalência” da noção de excesso para o consumo de bebidas alcóolicas entre os povos indígenas do Uaçá, permitindo-se um diálogo com as noções biomédicas acerca do que vem a ser o consumo normal, abusivo e patológico de bebidas alcoólicas - apontou que este grupo populacional vem sofrendo todo um processo de mudança pelas constantes idas e vindas à cidade para resolver problemas pessoais, estudar, trabalhar, dentre outros; o contato com pontos de vendas se mostra, assim, facilitado, tanto para consumo na cidade quanto para levar e usar nas aldeias.

Todo esse processo de consumo é inspirado pelo próprio processo histórico, migratório e fusionista do transcurso de formação das terras indígenas, sobressaindo-se o catolicismo de tradição. O uso da bebida tradicional, o caixiri ou Turé, vai além das festas religiosas e profanas. É sabido que, logicamente, há demais festividades tradicionais e movimentos existentes na aldeia, como as próprias sessões de cura xamânica. Porém, não se pode esquecer do uso associado da bebida tradicional à entrada de novas bebidas, com destaque para a cachaça, que já é utilizada nas práticas tradicionais. Ambas são equiparadas no pensamento indígena e enraizadas na cultura grupal (DIAS, 2013).

Em outro estudo realizado pelo mesmo pesquisador citado acima, afirma-se que o consumo inadequado pode resultar em brigas e desuniões familiares, acidentes, redução da produtividade familiar, esquecimento das raízes culturais, muitas vezes deixando o caxixi como segunda opção, em detrimento em relação à cachaça (DIAS, 2008).

Há necessidade de compreender todo o crédito conferido ao álcool nestas comunidades a fim de se conhecer a realidade do uso e desmistificar situações de uso inadequado; sendo assim, Dias (2013, p. 21) afirma:

> consumir muita bebida não se diz se a atitude é moralmente aceitável ou reprovável. Ingerir bebidas alcoólicas imoderadamente pode ser culturalmente adequado ou inadequado, e são apenas os contextos específicos de consumo que definem de que excesso se trata e com qual sinal qualificá-lo.

Em suma, as quantidades consumidas pelos indígenas nas comunidades não revelam uso problemático ou doentio, pautado num modelo organicista, e sim nas relações de consumo e rompimentos dos vínculos efetivos entre a comunidade. A interpretação dos padrões de uso das populações indígenas requer, indispensavelmente, considerar todo o processo de mudança e adaptação ocorrido e os aspectos culturais envolvidos.

OS KARIPUNA

3 ETNIA KARIPUNA EM OIAPOQUE

No Estado do Amapá existem aproximadamente 7408 indígenas distribuídos nos 16 municípios existentes – Oiapoque (5.569), Pedra Branca do Amapari (883), Calçoene (16), Amapá (3), Pracuúba (5), Tartarugalzinho (2), Cutias (4), Macapá (723), Itaubal (4), Ferreira Gomes (9), Santana (49), Serra do Navio (1), Laranjal do Jari (75), Mazagão (36), Porto Grande (29) e Vitória do Jari (0) (IBGE, 2010).

Segundo a Associação dos Povos Indígenas de Oiapoque (APIO, 2009), a população indígena deste município é distribuída em quatro etnias (Galibi do Oiapoque, Palikur, Galibi Marworno e Karipuna), definidas como “Povos Indígenas do Oiapoque”. Cada um desses povos mantém suas características, nuances, particularidades e identificação própria.

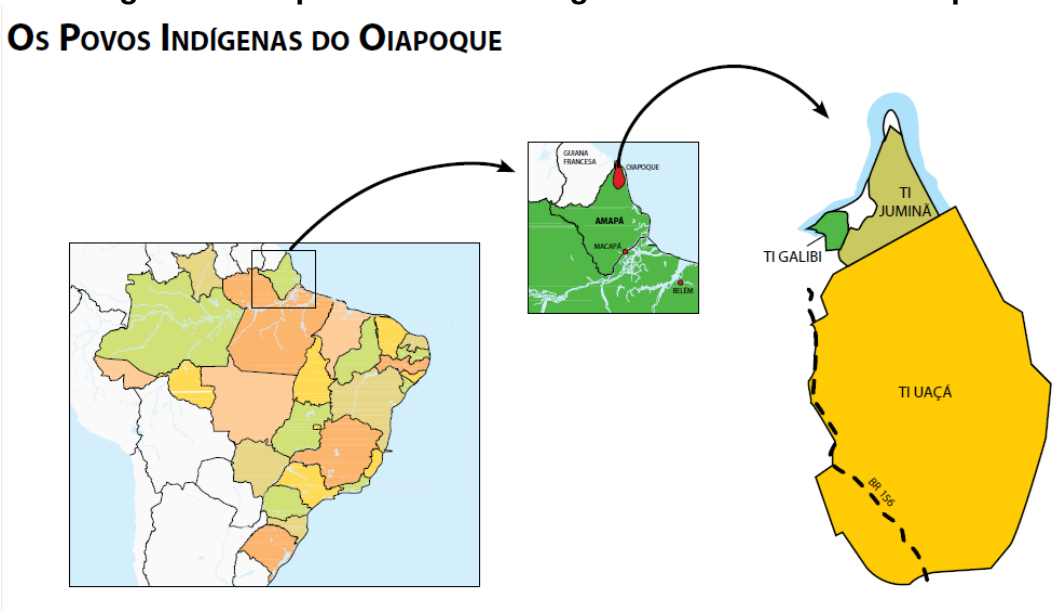
Os Karipuna, comunidade de que trata este estudo, são fruto de uma aliança e fusões de diversas etnias. Mantêm-se desde o século XVI, diante da conquista dos europeus que alterou a condição dos povos nativos, quando algumas etnias desapareceram e outras foram incorporadas a grupos maiores ou se firmaram, sendo este o caso dos povos indígenas que habitam o norte do estado amapaense.

Todavia, somente no século XX o governo brasileiro atuou de forma efetiva, e a questão guerrilheira foi definitivamente resolvida; assim, encerrou-se a disputa Brasil x França, com o que se iniciou o processo de organização política e foi feita a demarcação e homologação que hoje constitui uma área de 518.454 hectares (TASSANARI, 2016; APIO, 2009).

A referida etnia advém de três aldeias maiores que se formaram nos anos de 1980; atualmente são presença forte e marcante no município de Oiapoque a partir do processo de urbanização indígena bem como pelas relações de troca, movimentos políticos, patrimônios na cidade - em que se destaca o Museu Kuahí, utilizado para divulgação e preservação da cultura material e imaterial dos povos indígenas de Oiapoque -, sendo estas as conquistas iniciais que perduram até a atualidade (APIO, 2009).

De acordo com o Instituo Iepé (2003), os Karipuna habitam três terras indígenas (Uaçá, Galibi e Jumimã) localizadas no Norte do estado brasileiro, como se pode visualizar na figura 1:

Figura 1 – Mapa das Terras Indígenas do Estado do Amapá



Fonte: APIO (2009).

Conforme a Fundação Nacional do Índio em último censo realizado no ano de 2015, a população Karipuna dos Povos Indígenas de Oiapoque é distribuída da seguinte forma:

Quadro 1 –Povos indígenas Karipuna

ALDEIA	POPULAÇÃO
Açaizal	112
Ahumã	39
Ariramba	52
Benoá	48
Espírito Santo	518
Estrela	43
Japiim	52
Jondef	54
Cariá	33
Kunanã	82
Curipi	48
Manga	819
Pacapuá	30
Paxiubal	30
Piquiá	18
Santa Isabel	318
Tipidõ	39
Taminã	84
Zacarias	12
TOTAL	2.431

Fonte: Fundação Nacional do Índio (2015).

Os Karipuna, objeto desse estudo, são da terra Uaçá e estão localizados às margens do rio Curipi, precisamente no baixo e médio cursos. Organizam-se em quatro aldeias maiores (Manga, Espírito Santo, Santa Izabel e Açaizal), as quais se relacionam com outras menores também situadas ao longo do referido rio. Além destas, existem as que são localizadas às margens da BR 156-AP, a qual conecta a capital amapaense ao Oiapoque.

Pautando-se na contextualização destes povos, conforme estudo de Tassanari (2016, p. 67):

> o rio Curipi é afluente do rio Uaçá, que deságua no mesmo delta do rio Oiapoque, num local chamado de "Ponta do Mosquito", junto ao cabo Orange. Toda região do baixo Oiapoque, incluindo a bacia do rio Uaçá com seus afluentes, consiste numa área de fronteiras em vários sentidos. Fronteiras de áreas fluviais e marítimas, litoral e área interiorana, vegetação pantanosa e de floresta, o calor equatorial e a brisa das monções oceânicas, fronteiras entre nações. As populações do Uaçá que convivem nessa região também criam, contornam e recriam fronteiras específicas, diferenciando-se como etnias e se identificando como 'povos indígenas do Oiapoque'.

Os Karipuna "são heterogêneos do ponto de vista étnico, prevalecendo famílias de origem brasileira provenientes do salgado paraense e ilhas do Amapá ou de lugares mais longínquos, que se misturam com a população local" (APIO, 2009, p. 11).

São os que mais frequentam a cidade do Oiapoque; costumam se deslocar das aldeias até a cidade semanal ou quinzenalmente para comercializar frutas, peixe, farinha, além de comprar mantimentos para a subsistência. Costumam chegar cedo à cidade e voltar no final da tarde; neste intervalo resolvem problemas bancários e pessoais, bem como frequentam postos de vendas de bebidas alcóolicas, tanto para consumo próprio como para levar às aldeias. É uma população diversificada, que fala patoá, português, e alguns membros, o francês, em face da proximidade com a Guiana Francesa (DIAS, 2013).

A disseminação do português dentro das aldeias se deu como resultado pela implantação das escolas primárias, um dos pilares das políticas governamentais que suscitaram a formação da atual identidade deste grupo (TASSANARI, 2016).

Além do português, costumes cívicos foram adotados, bem como outras mudanças atreladas a organização gerencial e acordos políticos locais, tais como: entrada de comerciantes, menor controle da entrada de não índios com incentivo de

casamentos, na década de 50; alistamento eleitoral, estabelecendo-se assim uma política clientelista; criação da Fundação Nacional do Índio, no ano de 1967, que mudou o quadro administrativo e criou dois postos indígenas (Kumarumã e Palikur); presença do Conselho Indigenista Missionário (CIMI), que colaborou para o desenvolvimento de uma identidade conjunta dos quatro povos indígenas; e, por fim, a grande participação política de lideranças do Uaçá, destacando-se a eleição de indígenas em pleitos públicos e a própria demarcação das terras em 1992, bem como a formação de professores em Pedagogia no ano de 1995 (TASSANARI, 2016).

Contemporaneamente, não existe consenso entre os dados disponíveis do levantamento populacional entre os órgãos competentes e a literatura existente. Segundo Tassinari (2016), compreendem cerca de 1.700 indígenas; de acordo com a Fundação Nacional do Índio – polo Oiapoque, são em torno de 2.431; e conforme levantamento das lideranças indígenas de Oiapoque, os Karipuna compreendem cerca de 2.600 indígenas.

Esta diferença nos levantamentos populacionais se deve até mesmo à caracterização desta população. A própria definição do termo “Karipuna” é: “índios misturados” ou “civilizados”, ou ainda, “que é atrelado a alianças com indivíduos ou famílias estrangeiras” (TASSANARI, 2016).

Em suma, os Karipuna são povos que habitam a cidade de Oiapoque e a cada dia conquistam espaços, bem como sofrem mudanças devido à facilidade de contato com demais etnias e povos inseridos no município.

OBJETIVOS

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os padrões do consumo de substâncias psicoativas na etnia Karipuna do município do Oiapoque-AP.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Verificar a associação dos padrões do consumo de substâncias psicoativas e as variáveis descritas a seguir:

a. sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, religião, escolaridade, ocupação, renda e migração da aldeia de origem);
b. clínicas (alteração de pressão, diabetes, depressão, Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST, HIV/AIDS);
c. comportamentais (pensar em suicídio, tentar o suicídio, ter parceiro fixo, uso de preservativo, relações sexuais após consumo de sustâncias psicoativas).

MATERIAL E MÉTODO

5. MATERIAL E MÉTODO

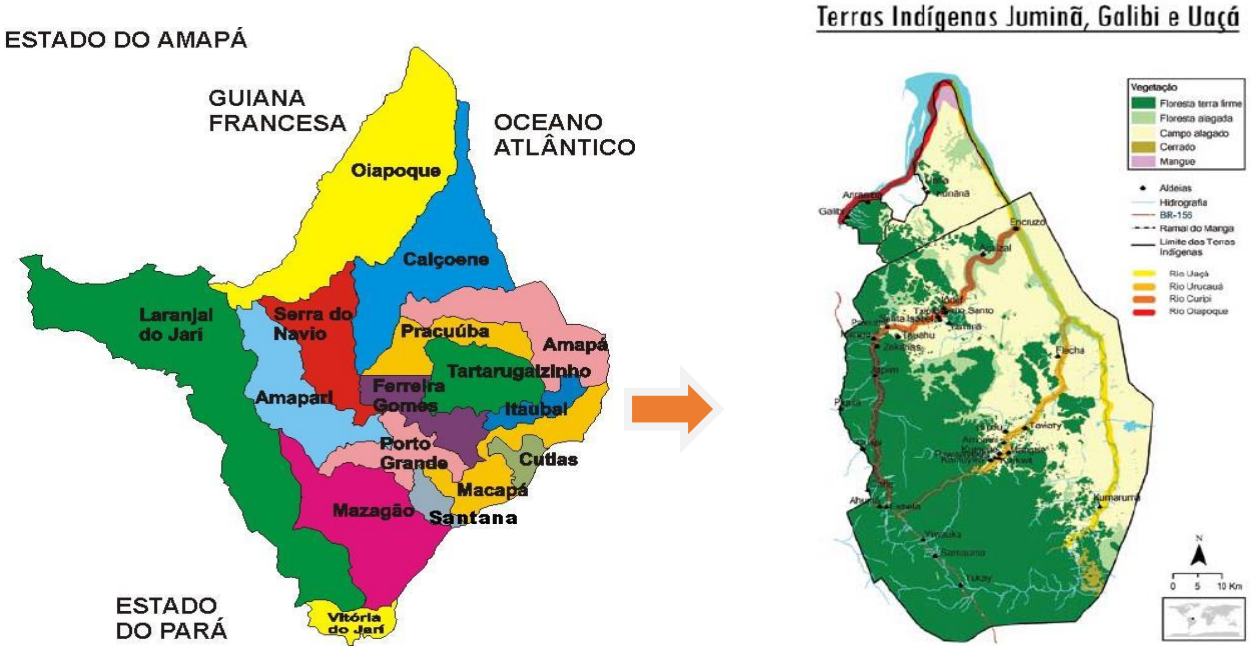
5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Tratou-se de um estudo exploratório transversal. Segundo Hulley et al. (2015), este tipo de pesquisa se caracteriza por aferições realizadas em curto espaço de tempo e em que se sorteia a amostra da população e se verifica a distribuição das variáveis dentro dessa amostra, destacando-se que se podem verificar associações, mas que as variáveis preditoras e desfecho são definidos apenas com base nas hipóteses, e não no delineamento do estudo.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Oiapoque, que tem uma área equivalente de 22.725,70 Km². O território está inserido na Região Norte do Brasil, no estado do Amapá, na Amazônia brasileira, em região fronteiriça com a Guiana Francesa, município de Calçoene, Serra do Navio e Pedra Branca do Amapari e Laranjal do Jari (IBGE, 2010).

Figura 2 – Mapa do Estado do Amapá e Terras Indígenas de Oiapoque



Fonte: Governo do Estado do Amapá e APIO (2009).

O topônimo Oiapoque vem do tupi e significa Casa (Oca, Occo, Oque) dos Guerreiros, ou parentes (Oiapi, Waiap). O nome Waiãpi, que lembra os indígenas da reserva atual do Amapari, também significa “parentes” (RODRIGUES, 2016).

A população do município - conforme último censo, de 2010 - é de 20.509 pessoas, e a estimada para 2017 é de 25.514 pessoas (IBGE, 2017).

O clima do município é quente úmido, com temperatura mínima de 22° e máxima de 34° centígrados; as chuvas ocorrem nos meses de dezembro a agosto, chegando a atingir cerca de 3.000mm. A estação seca vai de setembro a dezembro, mês em que se verifica a temperatura mais alta (RODRIGUES, 2016).

A renda do município concentra-se, quanto ao setor primário, principalmente na criação dos gados bovino, bubalino e suíno e na cultura de mandioca, laranja, milho, cana-de-açúcar e outros. No setor secundário se encontra a extração de ouro. Como fonte complementar de renda, os recursos giram em torno do artesanato, incluindo-se aí a fabricação de luxuosas joias em ouro. A propósito, as pedras preciosas também são um ponto importante na economia do município - a cassiterita é uma delas. No setor moveleiro, dispõe de algumas serrarias. As indústrias de panificação ajudam a fomentar a economia, com que o município está se preparando para expandir (RODRIGUES, 2016).

Em relação ao turismo, a cidade de Oiapoque, em 1943, ergueu um monumento em homenagem à Pátria, indicativo do marco inicial do território brasileiro, onde figuram citações do hino nacional e uma placa indicativa com os dizeres: “Aqui Começa o Brasil”. Além deste, a cidade tem a Cachoeira Grande, a Vila Brasil, que fica na cabeceira do rio Oiapoque, o Parque Nacional do Cabo Orange e a Serra do Tumucumaque (RODRIGUES, 2016).

A maior parte de seu território é destinada a unidades de conservação ou terras indígenas. A presença de populações tradicionais nessa região remete ao período anterior à chegada dos europeus. Segundo o Governo do Amapá, os índios da região são os únicos do País que têm suas reservas demarcadas, sem invasão de garimpeiros, madeireiros e agricultores, onde não há conflitos agrários por posse de terras (GALLOIS, 2004).

Segundo Rodrigues (2016), as principais comunidades de Oiapoque são: Sede, Clevelândia do Norte e Vila Velha do Cassiporé, Comunidades indígenas Kumarumã, Tukay, Uaçá e Samaúma (Galibi Marworno), Kumenê, Flexa,

Pwaytyekety, Kamuywa, Tawari, Mangue, Urubu, Ywawka, Kuikuit e Amomni (Indios Palikur), São José do Oiapoque (Indio Galibi do Oiapoque) e os Povos Karipuna.

Dados da Fundação Nacional do Índio – polo Oiapoque, oriundos do último levantamento feito no ano de 2015, apontam que esta etnia se constitui de 2.431 habitantes e está distribuída em 19 aldeias: (Açaizal, Ahumã, Ariramba, Benoá, Espírito Santo, Estrela, Japim, Jondef, Cariá, Kunanã, Curipi, Manga, Pakapuá, Paxiubal, Piquiá, Santa Isabel, Tipidõ, Taminã e Zacarias).

Destas,12 aldeias (Açaizal, Ahumã, Benoá, Espírito Santo, Estrela, Cariá, Curipi, Manga, Pakapuá, Paxiubal, Santa Isabel e Taminã) autorizaram a realização da pesquisa e constituíram locais dessa pesquisa. O Quadro 2 apresenta levantamento informal realizado pela autora junto aos caciques e lideranças indígenas que indica que atualmente estas comunidades somam 2446 habitantes, portanto, uma estimativa superior ao último levantamento em órgão oficial.

Quadro 2 – Levantamento informal da população das aldeias participantes do estudo

ALDEIA	LOCALIZAÇÃO	NÚMERO DE FAMÍLIAS	POPULAÇÃO
Manga	Rio Curipi	88	990
Paxiubal	Rio Curipi	6	25
Santa Isabel	Rio Curipi	80	370
Taminã	Rio Curipi	18	85
Espírito Santo	Rio Curipi	111	569
Açaizal	Rio Curipi	33	134
Curipi	BR-156	15	40
Cariá	BR-156	12	46
Estrela	BR-156	10	30
Ahumã	BR-156	12	47
Benoá	Rio Curipi	13	80
Pakapuá	Rio Curipi	5	30
TOTAL DA POPULAÇÃO ESTUDADA			2.446

Fonte: Autora (2017).

5.3 CÁLCULO AMOSTRAL

A fonte de dados utilizada para realização do cálculo amostral inicial foi o censo realizado pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI) do ano de 2015. A opção pelo uso desse censo se deu pela defasagem de dados existentes em fontes científicas publicadas. Os dados utilizados, apesar de preliminares, são oficialmente utilizados pela Secretaria atualmente, pontuando-se no total uma população de 2.210 indígenas da etnia Karipuna no local do estudo – nas 12 aldeias participantes (FUNAI, 2015).

Para estimativa da amostra tomou-se por base o estudo de Souza e Aguiar (2001) que pesquisou a prevalência de alcoolismo na população Terena no Estado do Mato Grosso do Sul, em população acima de 15 anos, cuja prevalência foi de 17,6%.

Para o dimensionamento amostral e alocação proporcional da amostra, foi utilizada a seguinte equação:

$$n = \frac{p(1-p)z^2_{\alpha/2}}{\epsilon^2}$$

Bem como se utilizou a outra fórmula para estimar proporções:

$$n^* = \frac{nN}{n+N-1}$$

A opção pela fórmula se deu por tratar de população finita, sendo p a proporção/prevalência, ε, a margem de erro, e z (α/2), o quantil da distribuição normal padrão para nível de confiança 1 - α. Para 95%, esse z vale 1,96. A fórmula da planilha assume isto. Depois corrigi o tamanho da amostra para população finita, em que N é o tamanho da população e n é a amostra calculada. A distribuição nas aldeias seguiu a alocação proporcional de estratos.

De acordo com os cálculos, considerando-se a população que estava de acordo com os critérios de inclusão, o tamanho mínimo da amostra - com base na prevalência presumida de estudo citado acima, com margem de erro de 5%, um intervalo de confiança de 95 - resultou em 202 indivíduos.

5.4 SORTEIO DOS PARTICIPANTES

Por se tratar de várias aldeias que compõem a etnia Karipuna e com vistas a garantir a representatividade da amostra, o sorteio foi realizado em duas etapas, seguintes.

✓ **Primeira etapa**

A primeira etapa foi probabilística, composta de seleção aleatória simples. Nas aldeias que possuíam polo base de saúde foram elencadas as famílias juntamente com os profissionais que se encontravam no Posto de Saúde, no qual nos foi apresentado um livro com arrolamento dos domicílios elegíveis, e assim se fez um sorteio das famílias participantes, da seguinte maneira: foram colocados em um pedaço de papel números correspondentes ao número de famílias existentes, e estes, postos dentro de uma caixa coletora; na sequência, sorteava-se o número das famílias proporcional ao cálculo amostral.

Nas aldeias em que não constava essa lista, o próprio cacique, nas aldeias menores, fazia o arrolamento das famílias elegíveis; assim, as casas eram numeradas aleatoriamente, e o sorteio era efetuado a partir do arrolamento previamente realizado, utilizando-se a mesma sistemática da caixa de papel, como explicado anteriormente. O domicílio foi considerado não elegível se estivesse fechado - sem nenhum morador indígena no momento da coleta.

✓ **Segunda etapa**

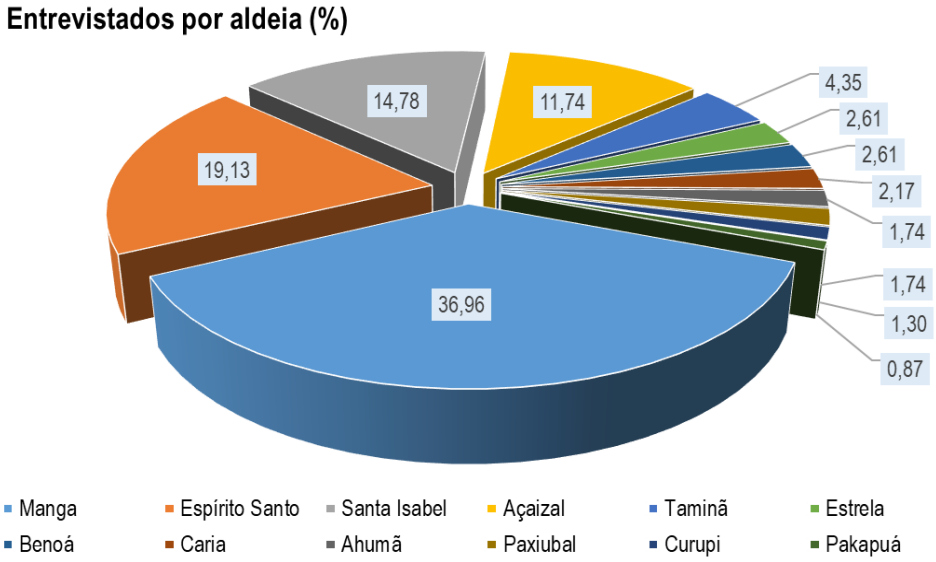
Esta etapa foi composta da seleção aleatória simples dos indivíduos dentro dos domicílios elegidos na etapa anterior. Para isso, foram abordados os membros da família que preenchessem os critérios de inclusão, para os quais a equipe de pesquisa realizou um sorteio utilizando um globo com bolinhas numeradas, pelo qual o indivíduo sorteado para participar do estudo era aquele que recebesse a maior numeração.

5.5 AMOSTRA

Embora o cálculo amostral tenha sido de 202 indivíduos, a amostra constitui-se de 230 indivíduos da etnia Karipuna; assim, foi adotado um número superior, devido às possíveis perdas que poderiam ocorrer durante a coleta de dados.

A distribuição da amostra pode ser observada na figura 3, abaixo.

Figura 3 – Distribuição dos entrevistados por aldeia



5.5.1 Critérios de inclusão:

- ✓ pessoas que se autodeclaram indígenas;
- ✓ indígenas que vivem aldeados;
- ✓ idade exigida igual ou superior a 15 anos, de ambos os sexos;
- ✓ compreensão da língua portuguesa.

5.5.2 Critérios de exclusão:

- ✓ apresentar intoxicação no dia da entrevista;
- ✓ não concordar em participar do estudo, recusando-se a responder os questionários mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- ✓ não residir na aldeia selecionada, durante a coleta de dados;
- ✓ estar impossibilitado permanentemente (deficiente auditivo ou mental).

5.6 INSTRUMENTOS DE COLETA

Para a coleta acerca das características clínicas, sociodemográficas e comportamentais e padrões do consumo de substâncias psicoativas foi elaborado um instrumento adaptado à realidade dos povos indígenas da etnia Karipuna, tendo por base instrumento elaborado e aplicado na pesquisa de Medeiros (2011) (APÊNDICE A).

Para identificação do padrão do uso de álcool utilizou-se o *Alcohol Use Disorder Identification Teste* (AUDIT) (ANEXO 1) e a Single Question (QC), que neste estudo adotou a terminologia Questão-chave devido a estudo brasileiro que a traduziu e validou.

O AUDIT foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, com a capacidade de identificar casos em estágios iniciais ou ainda o risco de desenvolver transtornos; portanto, um instrumento de rastreamento em serviços de saúde (BABOR et al 2001).

É um questionário composto de 10 questões em que variam as pontuações, identificando-se quatro padrões de uso: consumo que não levará a problemas (baixo risco – zona 1), consumo que poderá levar a problemas (uso de risco – zona 2), consumo que provavelmente poderá levar a problemas (uso nocivo – zona 3), e consumo que provavelmente já acarrete problemas (possível dependência – zona 4) - os três últimos caracterizam uso problemático. Este instrumento apresenta boa especificidade e sensibilidade para detectar os diferentes padrões nestes casos (BABOR et al., 2008).

Babor et al. (2003) afirmam que o AUDIT deve ser adaptado aos diversos contextos culturais; Mendes et al. (2008) corroboram que, devido às diferentes formulações e concentrações de bebidas alcóolicas entre as diversas culturas, o instrumento deve ser adaptado às bebidas locais e a seu teor alcóolico.

Para este estudo foram levadas em conta todas as seções existentes no instrumento: quantidade e frequência do uso regular ou ocasional do álcool, sem se esquecer de considerar o Turé e período das festividades relacionadas à cultura, sintomas de dependência ao álcool e problemas recentes na vida relacionados ao consumo de álcool.

A Questão-chave (QC) (ANEXO 2) foi direcionada a buscar a quantidade de vezes de álcool ingerido pelos indígenas no último ano. A QC foi proposta pela primeira no final da década dos anos 90 em estudo realizado por Fleming e

colaboradores (1997) que tinha por pergunta base: “*Have you ever had drinking problem?”*, que em tradução direta seria “Você já teve problemas com beber?”, traduzida e validada em estudo realizado por Maciel (2017) que denomina a Single Question como Questão-chave e explica que esta apresentou boa concordância entre os juízes em relação ao conteúdo e com desempenho psicométrico.

Traz ainda em seu estudo levantamento de diversas pesquisas que foram feitas e modificaram a pergunta para melhor entendimento e compreensão; comenta ainda que estudos já foram realizados para testar a sensibilidade, que é de 80%, e a especificidade, de 74%; não apresentou diferença significativa de parâmetro entre sexo e etnias. Acrescenta ainda em seu estudo que a QC apresentou bom desempenho na versão inglesa e apontou resultados satisfatórios da versão em português, caracterizando-se como um instrumento universal.

É um instrumento prático, de baixo custo e que se adequa a todos os tipos populacionais, portanto, uma boa estratégia para rastreio do uso risco/nocivo em serviços de atenção básica (MITCHELL et al., 2014).

Para identificação das outras drogas e também do álcool foi aplicado o *Alcohol, Smoking and Substance Involvment Screening Test* (ASSIST) (ANEXO 3). É um instrumento que foi desenvolvido por estudiosos vinculados à Organização Mundial de Saúde com o intuito de investigar o álcool, tabaco e outras drogas. A fase I do processo de desenvolvimento do ASSIT se deu entre os anos 1997 e 1998 em vários países de forma concomitante (OMS, 2002).

O ASSIST, segundo Henrique et al. (2004), pesquisadores que validaram este instrumento no Brasil, é adequado para serviços não especializados e pode ser utilizado por profissionais de diversas áreas. É padronizado, de fácil aplicação, mas demanda maior tempo por abordar várias classes de substâncias. Demonstra boa confiabilidade, sensibilidade, especificidade, consistência interna e factibilidade.

O teste contém oito questões sobre nove classes de drogas (tabaco, bebidas alcóolicas, maconha, cocaína/crack, anfetaminas/êxtase, inalantes, hipnóticos/sedativos, alucinógenos, opióides e outras).

em que se abordam frequência de uso na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação por parte de pessoas a respeito do uso por quem o consome, prejuízo na execução das tarefas, tentativas mal sucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via

injetável. Cada resposta varia de 0 a 4, em que a soma total pode variar de 0 a 20: 0 a 3 indica uso ocasional (nenhuma intervenção), 4 a 15 indica abuso (receber intervenção breve), ≥ 16 sugere dependência (encaminhar para tratamento especializado).

Buscando-se a compreensão dos entrevistados, foi explicado o que tratava cada droga, conforme quadro do Anexo 3.

Para este estudo foram consideradas todas as substâncias existentes no instrumento.

5.7 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados de deu em quatro etapas, relacionadas a seguir.

Etapa 1 – Fase de Negociação

Para autorização da coleta de dados nas aldeias, a autora deste estudo participou de quatro assembleias em que havia parte da comunidade e todos os caciques envolvidos, além de demais órgãos competentes, tais como: Fundação Nacional de Índio (FUNAI), Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), Instituto de Estudos e Pesquisa (IEPÉ), Associação dos Povos Indígenas de Oiapoque (APIO) e Associação Indígena dos Karipuna (AIKA), quando foram explicitados os motivos e objetivos da pesquisa. As assembleias aconteceram nas aldeias Kumarumã e Manga, e além delas houve encontros na própria Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) com alguns caciques para esclarecimento dos objetivos do estudo, procedimento de coletas e aspectos éticos que envolvem o estudo, além de sanar dúvidas que ocorreram.

Etapa 2 – Treinamento da equipe de pesquisa

Um grupo de trabalho foi formado, composto por uma supervisora (autora deste estudo), quatro professores do Campus Binacional da Universidade Federal do Amapá, que auxiliaram na supervisão da coleta dos dados, além de 15 alunos, que foram divididos em grupos de trabalhos e escalados em aldeias distintas. Dos alunos, 12 são não indígenas e três, alunos indígenas (exigência dos próprios caciques que solicitaram a participação destes no projeto) que voluntariamente se dispuseram a participar.

Os alunos indígenas não realizaram coleta nas aldeias com que têm vínculo familiar ou de que fazem parte, a fim de garantir e facilitar a abordagem com respostas fidedignas e para que os participantes se sentissem mais à vontade em responder o questionário, além de não viciar a amostra.

A equipe foi previamente treinada pela autora deste estudo a fim de garantir confiabilidade nos dados coletados e, após treinamento, deu-se ao trabalho de campo. A coleta ocorreu no domicílio dos indígenas, e o grupo de trabalho seguiu alguns critérios que foram estabelecidos, tais como: explicar os objetivos da pesquisa e o que seria realizado no decorrer das visitas; evitar qualquer juízo de valor e respeitar as respostas dos entrevistados, considerando o livre consentimento de cada participante; buscar novo domicílio quando o domicílio abordado estivesse fechado ou o entrevistado estivesse temporariamente impossibilitado de responder aos questionários.

Abordar a temática de álcool e drogas é algo “estigmatizante” e muitas vezes proibido dentro da etnia; portanto, foi utilizada uma abordagem, previamente orientada, que permitisse a maior privacidade possível dos indígenas participantes.

O treinamento foi feito na Universidade Federal do Amapá, na sala D1, por meio de 4h/a teórica sobre os instrumentos e sua aplicação, e 2h/a prática, para que os entrevistadores pudessem praticar a execução.

Etapa 3 – Projeto Piloto

Antes do início das atividades de campo foi desenvolvido um estudo piloto com o instrumento referente a esta pesquisa, que foi adaptado à realidade das comunidades indígenas locais, pelo fato de a temática de álcool e outras drogas ser algo “estigmatizante”.

Foram realizadas entrevistas com indígenas da etnia Karipuna, com os próprios alunos indígenas dos mais variados cursos existentes na instituição, Licenciatura Intercultural Indígena, Geografia, História, Enfermagem e Pedagogia. Foram entrevistados 30 discentes da etnia Karipuna, sendo alguns deles moradores das próprias aldeias que, na sequência, foram visitadas, bem com uma pequena parcela que mora na cidade, mas ainda mantém contato com a aldeia de origem. Os dados foram coletados após autorização do diretor do Campus para utilização do espaço e execução da pesquisa (ANEXO 4).

Deste modo, foram observados as reações e o entendimento dos entrevistados em relação ao instrumento a ser aplicado, incluindo-se as adequações necessárias para facilitar a compreensão e não comprometer a coleta de dados.

Etapa 4 – Coleta de dados (Atividades de Campo)

Após o teste do questionário para validação das perguntas, adequação do vocabulário, reordenamento das questões, tempo de aplicação do questionário completo, além da técnica de arrolamento dos indivíduos participantes, a equipe foi até as aldeias para a coleta nos domicílios dos indígenas. Após o sorteio das residências foi feito contato pessoal com os possíveis participantes para apresentar a pesquisa e solicitar leitura e assinatura do Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B); em seguida foi aplicado o instrumento da coleta aos participantes selecionados.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado ao Conselho de Saúde Indígena e posteriormente aos líderes das etnias, com consentimento da liderança de cada comunidade indígena envolvida. A seguir foi iniciada a coleta de dados nos domicílios, onde os sujeitos foram informados quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa - e expressaram o consentimento de participação voluntária -, quanto à garantia do anonimato e que poderiam se desvincular da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos ou qualquer ônus.

Para os participantes menores de 18 anos foi solicitada a assinatura do Termo de Assentimento (APÊNDICE C), além da assinatura do Termo de Consentimento do responsável para a participação do menor na pesquisa (APÊNDICE D).

O estudo visou a garantir a maior privacidade, sigilo das informações e anonimato dos participantes do estudo, pois este seria o maior risco relacionado à participação, caso as respostas viessem a público, principalmente em aldeias menores.

Após a compilação dos dados, os integrantes desta pesquisa retornaram a todas as aldeias participantes do estudo a fim de apresentar os dados e realizar atividades educativas com a comunidade indígena, com vistas a garantir medidas preventivas e promotoras de saúde.

5.8 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada por meio do software Excel, de modo a permitir a checagem de erro na digitação e devidas correções. A análise estatística foi obtida usando-se o software estatístico SPSS versão 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Inicialmente foi feita a análise de frequência dos dados sociodemográficos clínico-comportamentais, apresentados sob a forma de tabelas.

Em um segundo momento foi feita a análise bivariada/multivariada, com o teste qui-quadrado (p-valor de significância 0,05), para verificar a associação entre as variáveis e os padrões do consumo de álcool e outras drogas; posteriormente foram selecionadas as variáveis para compor o modelo de regressão logística.

A escolha das variáveis para compor o modelo de regressão logística se deu com a prefixação do p-valor em, no máximo, 0,20. Foram obtidos os valores das Odds Ratio (OR) bem como Intervalo de Confiança (IC) de 95% para avaliação da razão de chance entre as variáveis selecionadas na regressão logística.

5.9 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada respeitando-se a Resolução do Conselho Nacional de Saúde/CNS número 466/2012 (BRASIL, 2012) que estabelece as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos e a Resolução 304/00, no que se refere a pesquisas com populações indígenas (BRASIL, 2010).

Devido às implicações de representação local, foi solicitada sua realização à Fundação Nacional do Índio (FUNAI), polo local de Oiapoque (ANEXO 5), à Secretaria de Saúde Indígena (ANEXO 6), bem como à entidade responsável e de representação coletiva dos povos Karipuna – Associação dos Povos Indígenas Karipuna (AIKA) mediante decisão tomada perante seus caciques (ANEXO 7), juntamente com Termo de Anuência dos Caciques envolvidos neste estudo (ANEXO 8). Foi explicitado o que viria a ocorrer para a elucidação dos dados encontrados.

Junto a isso, o projeto foi encaminhado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), para parecer de mérito, e na sequência para a Fundação Nacional do Índio em Brasília, para ciência de sua realização, que forneceu autorização após recebimento do mérito (ANEXO 9).

Concomitantemente, foi submetido à Plataforma Brasil, sendo encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo (USP) bem como ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), para submissão e apreciação para a realização da coleta de dados, sendo aprovado com CAAE: 57851916.3.0000.5392 (ANEXO 10).

RESULTADOS

6. RESULTADOS

6.1 TESTE PILOTO

O teste piloto foi realizado a fim de garantir as adequações solicitadas para os instrumentos utilizados, tanto os que já foram validados e citados acima como o formulário de caracterizações sociodemográficas, clínicas, comportamentais e de padrão de consumo de álcool em povos indígenas da etnia Karipuna do município do Oiapoque.

As adequações do formulário estão relacionadas abaixo.

- ✓ Na pergunta 14 trocou-se a palavra *leva* por *mora*, portanto antes era: (“Quantos anos leva no território indígena? ”) Mudado para: (“Quantos anos mora em território indígena? ”).
- ✓ Para a pergunta 23, que antes era: (“Tem parceiro fixo?”), muitos questionavam: “Como assim?” Trocada para: (“Você faz relações sexuais/amorosas com uma ou mais pessoas? ”).
- ✓ A pergunta 24 antes era: ("Faz uso de preservativo nas relações sexuais? ”); foi trocada para (“Faz uso de camisinha nas relações sexuais? ”)
- ✓ Nas perguntas que continham a palavra “caxiri” foi solicitada a troca por “caxixi”.
- ✓ Foi acrescentada uma parte à pergunta (“Você já foi diagnosticado com alguma doença sexualmente transmissível?”); durante a entrevista perguntou-se (“Você já foi diagnosticado com alguma doença devido ao ato sexual? ”), tornando-se assim a pergunta 25.
- ✓ Na pergunta 32 (“Qual foi o ambiente/local que teve acesso o primeiro contato com a bebida alcóolica?”) foram acrescentadas as opções “festividades sociais” e “festividades religiosas” a pedido dos entrevistados, sendo também acrescidas em outras perguntas estas mesmas opções.
- ✓ Na pergunta 39 (“A bebida já causou ou causa a você problemas como: ”) foi retirada a opção “dificuldade de acesso à escola”, pois os entrevistados afirmaram que se parecia muito com a opção “prejuízos nas atividades escolares”.

- ✓ Na pergunta 40 (“Qual (is) motivo (s) que você considera que o levou (aram) a beber? ”) solicitaram a troca do termo “não branco” por “homem branco” em uma das opções de respostas.
- ✓ Na pergunta 43 (“Você considera o uso de bebidas alcóolicas um problema”) ficaram confusos e perguntaram *para quem*? Assim, foi transformada (“Você considera o uso de bebidas alcóolicas um problema na sua comunidade?”).

No AUDIT, as adequações foram:

- ✓ Na pergunta 2 (“Quando você bebe, quantas doses você costuma tomar?”) e na pergunta 3 (“Com que frequência você toma seis doses ou mais numa única ocasião? ”) foi explicado o que é uma dose a partir de figuras (ANEXO 11), com adaptação dos desenhos a cuias e copos comumente utilizados nos domicílios; e assim era feita a estimativa de doses, a partir do tamanho do objeto utilizado pelo entrevistado, por exemplo, o da figura 4:

Figura 4 – Objeto utilizado pelos Karipuna para consumo de bebidas alcóolicas, principalmente o caxixi

- ✓ Nas perguntas em que aparece a terminologia “último ano”, por exemplo, na pergunta 4 (“Com que frequência, durante o último ano, você achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar a beber? ”), foi levantado o mês em questão referenciando-o ao ano anterior, como, por exemplo, em uma coleta feita no mês de maio (“De maio, no ano passado até hoje, você achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois que começou a beber?”).

- ✓ Na pergunta 5 (“Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?”) o termo “algum compromisso” foi adaptado para as atividades comumente realizadas, tais como: ir à roça, deixar de trabalhar, estudar, etc.

Na QC, ou seja, na Questão-chave, assumiu-se o mesmo padrão de dose adotado no AUDIT.

E no ASSIST, as adaptações fora as seguintes.

- ✓ No item que abordava o uso de bebidas alcóolicas, sempre era citado o caxixi, e na opção “outras” tentava-se explicar qualquer tipo de substância que não tivesse sido prescrita por profissional de saúde.
- ✓ Nas perguntas que utilizaram a terminologia “últimos três meses”, por exemplo a pergunta 2 (“Durantes os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa (s) substância (s) que mencionou? ”), em uma coleta feita no mês de maio foi substituta pela seguinte pergunta (“Do final de fevereiro até hoje, com que frequência você utilizou essa (s) substância (s) que mencionou?”).
- ✓ Na pergunta 8 (“Alguma vez você já usou drogas por injeção? - Uso não médico”), portanto, em referência ao uso de drogas por injeção, sempre se esclarecia “sem ser em hospital, posto médico ou qualquer serviço de saúde, aplicado sozinho e sem recomendação médica”.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

6.2.1 Características sociodemográficas

A amostra caracterizou-se predominantemente como do sexo masculino (51,3%), na faixa etária de 16 a 30 anos (46,5%), união estável/amigado (55,7%), católicos (71,1%), ensino fundamental incompleto (28,3%), trabalhadores ativos (45,9%) e sem renda (53,5%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas incluídas no estudo (n=230). Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017

Variáveis/Categorias	Número	%
Sexo		
Feminino	112	48,7
Masculino	118	51,3
Faixa etária		
16 a 30 anos	107	46,5
31 a 40 anos	67	29,1
41 a 50 anos	25	10,9
Acima de 50 anos	31	13,5
Estado civil		
Solteiro	52	22,6
União consensual/ amigado (a)	128	55,7
Casado (a)	39	17,0
Separado (a)	6	2,6
Viúvo (a)	5	2,2
Religião		
Católico	160	71,1
Evangélico	63	28,0
Espírita	2	0,9
Sem religião	0	0,0
Escolaridade		
Analfabeto	4	1,8
Ensino fundamental incompleto	64	28,3
Ensino fundamental completo	13	5,8
Ensino médio incompleto	47	20,8
Ensino médio completo	41	18,1
Curso técnico	1	0,4
Ensino superior incompleto	40	17,7
Ensino superior completo	12	5,3
Pós-graduação	4	1,8
Ocupação		
Nenhuma	31	15,8
Estudante	65	33,2
Aposentado	10	5,1
Trabalhadores ativos[3]	90	45,9
Renda		
Até R$ 937,00	62	27,0
R$ 938,00 a R$ 1.874,00	16	7,0
R$ 1.875,00 a R$ 2.811,00	12	5,2
R$ 2.812,00 a R$ 3.798,00	12	5,2

[3] Pessoas com as mais variadas profissões que ainda trabalham atualmente, sendo ela com ou sem renda fixa (agricultor, professor, agente de saneamento, servente, taxista, piloto fluvial, serviços gerais, motorista, merendeira, do lar, etc.).

Mais de R$ 3.799,00	5	2,2
Sem renda	123	53,5

Em se tratando dos processos migratórios, 79,9% dos entrevistados afirmaram que já migraram da aldeia de origem, 76,6% moraram em outro território indígena na região norte e 36,2% relatam mudança para constituição de família (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das variáveis sociodemográficas (processos migratórios) incluídas no estudo (n=230). Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017

Variáveis/Categorias	Número	%
Migração da aldeia de origem		
Sim	183	79,9
Não, mora desde que nasceu	46	20,1
Onde morou		
Em outro território indígena no Norte	36	76,6
No Norte em área rural	1	2,1
Em outro território indígena fora do Norte	1	2,1
No Norte em área urbana	4	8,5
Fora do Norte em área rural	1	2,1
Sem resposta	4	8,5
Motivo pelo qual veio ou voltou a morar na terra indígena		
Reconquista de território indígena	1	2,1
Transferência do trabalho	2	4,3
Procura de melhores condições de vida	4	8,5
Constituição de família	17	36,2
Acompanhar familiares	12	25,5
Procura de trabalho	2	4,3
Sem razão aparente	1	2,1
Novo território	1	2,1
Estudar	2	4,3
Tratamento de saúde	2	4,3
Família mora na aldeia	1	2,1
Transporte	1	2,1
Sem resposta	1	2,1

6.2.2 Características clínicas e comportamentais

A amostra evidenciou que 19% têm alteração de pressão, 3,1%, diabetes, 5,4%, depressão, 13,5% pensaram em suicídio, 9,5% tentaram suicídio, 9,6% não informam se têm parceiro fixo, 48,6% não usam preservativo, 0,5% já foi

diagnosticada com infecção sexualmente transmissível; todos negam HIV/AIDS e 35,6% afirmam relações sexuais após consumo de álcool e outras drogas.

Tabela 3 – Distribuição das variáveis clínicas e comportamentais incluídas no estudo (n=230). Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017

Variáveis/Categorias	Número	%
Alteração de pressão		
Sim	42	19,0
Não	179	81,0
Diabetes		
Sim	7	3,1
Não	216	94,3
Desconhece	6	2,6
Depressão		
Sim	12	5,4
Não	204	91,5
Desconhece	7	3,1
Pensou suicídio		
Não	199	86,5
Pensou uma vez	16	7,0
Pensou até 3 vezes	6	2,6
Pensou mais de 3 vezes	9	3,9
Tentou suicídio		
Não	180	90,5
Tentou uma vez	14	7,0
Tentou mais de uma vez	5	2,5
Parceiro fixo		
Não informa	22	9,6
Só com um	182	79,5
Com mais de um	25	10,9
Uso preservativo		
Sim	109	51,4
Não	103	48,6
Diagnosticado com infecção sexualmente transmissível		
Sim	1	0,5
Não	189	99,5
Portador HIV/AIDS		
Sim	0	0,0
Não	225	100,0
Relações sexuais depois de consumir álcool ou outras drogas		
Sim	77	35,6
Não	139	64,4

6.2.3 Padrões do consumo de álcool

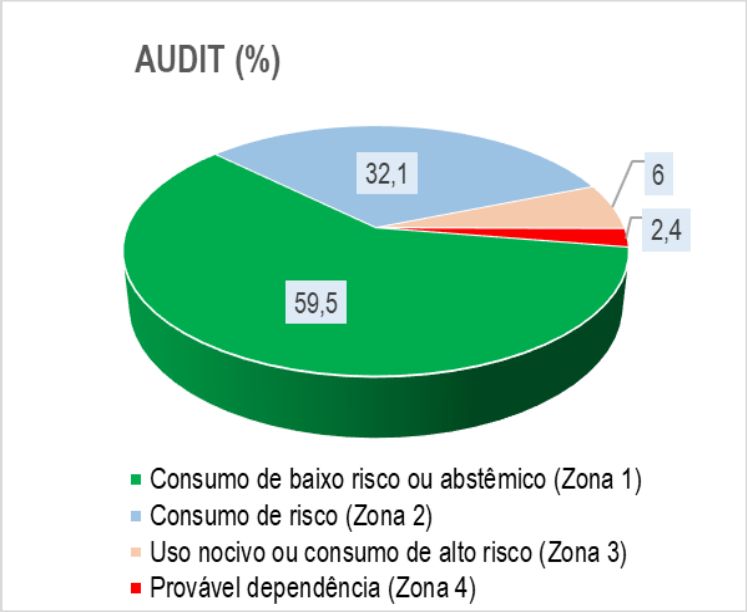
Na figura 5 evidenciou-se a distribuição dos entrevistados por aldeias, mostrando os consumidores e não consumidores de bebidas alcóolicas no local pesquisado.

Figura 5 – Consumidores e não consumidores por aldeia da etnia Karipuna

Para identificar o padrão do consumo de álcool entre os indígenas da etnia Karipuna foram utilizados três instrumentos para rastreio (AUDIT, QC e ASSIST), como podemos evidenciar a seguir.

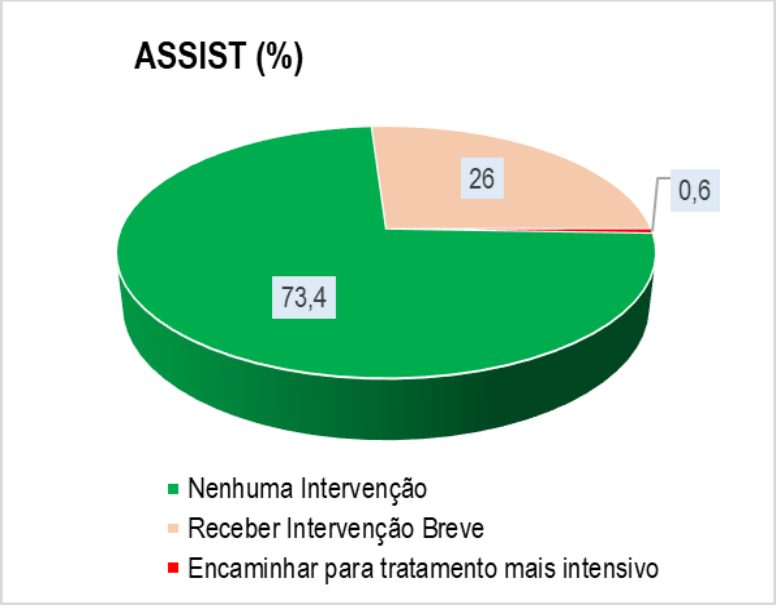
A figura 6 mostra resultados dos padrões de consumo de álcool, a partir da aplicação do AUDIT, evidenciando que 59,5% se encontram na zona 1, 32,1% pertencem à zona 2 - consumo de risco, 6%, à zona 3 - uso nocivo ou consumo de alto risco e 2,4% pertencem à zona 4 - provável dependência.

Figura 6 – Padrões do consumo de álcool (AUDIT)



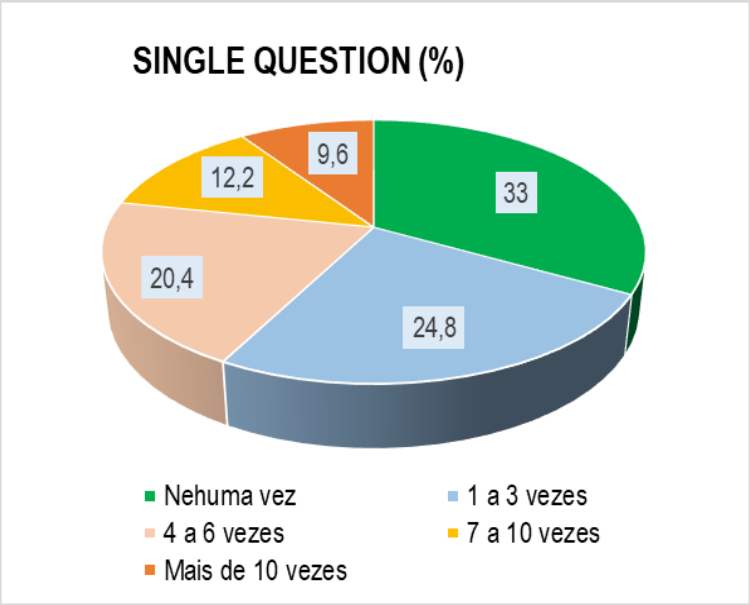
De acordo com os resultados obtidos com a aplicação do ASSIST, observou-se que: 73,4% não necessitam de intervenção alguma (o que não quer dizer que sejam abstêmios, podendo fazer um consumo sem maiores danos, ou seja, o uso ocasional), 26% precisam de intervenção breve (indicam abuso) e 0,6% deve ser encaminhado para tratamento mais intensivo (sugere dependência), como se observa na figura 7.

Figura 7 – Padrão do consumo de álcool (ASSIST)



Quando utilizada a questão-chave para saber quantas vezes os homens tinham bebido cinco doses ou mais e as mulheres quatro doses ou mais, numa mesma ocasião, ou seja, o uso em binge, no último ano foram encontrados os seguintes dados: 33%, nenhuma vez (lembrando-se que neste percentual se encontram pessoas abstinentes bem como pessoas de uso ocasional/baixo risco, 24,8% de uma a três vezes, 20,4% de quatro a seis vezes, 12,2% de sete a 10 vezes e 9,6% mais de 10 vezes, ou seja, que fazem uso em binge, ultrapassando o limite de doses seguras e adotando um uso de risco, como se observa na figura 8.

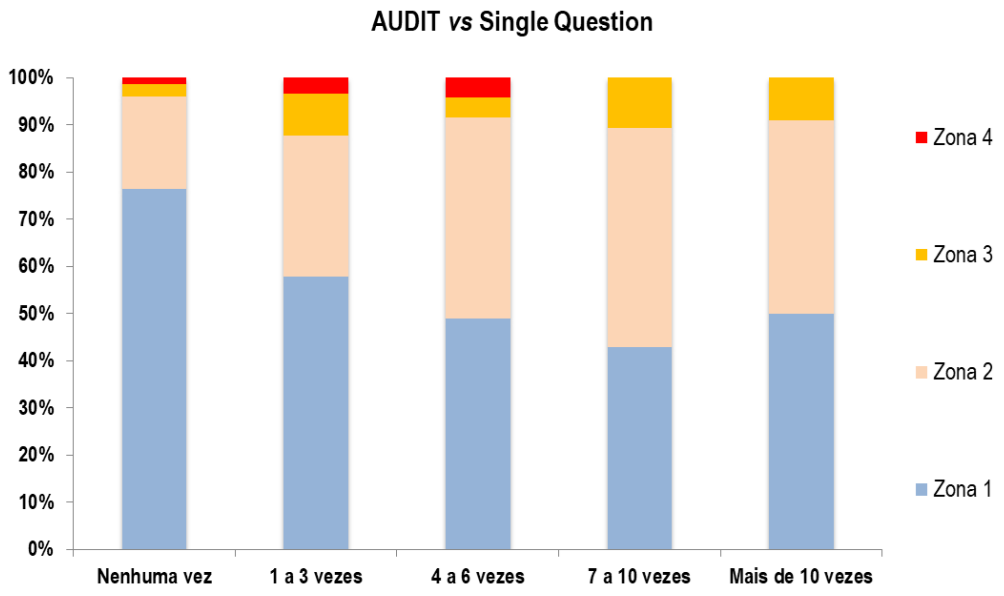
Figura 8 – Uso em binge (Questão chave - QC)



Em suma, considerando-se uso problemático as zonas 2, 3 e 4 do AUDIT, houve um percentual de 40,5%, conforme o ASSIST, 26,6%, e o uso em binge mais de 4 vezes ao ano em consonância com a QC pontuou 42,2%; destes, 9,6% beberam em binge mais de 10 vezes no último ano.

A partir dos instrumentos aplicados foi realizado o teste de qui-quadrado para fazer o cruzamento dos instrumentos aplicados, com os seguintes resultados:

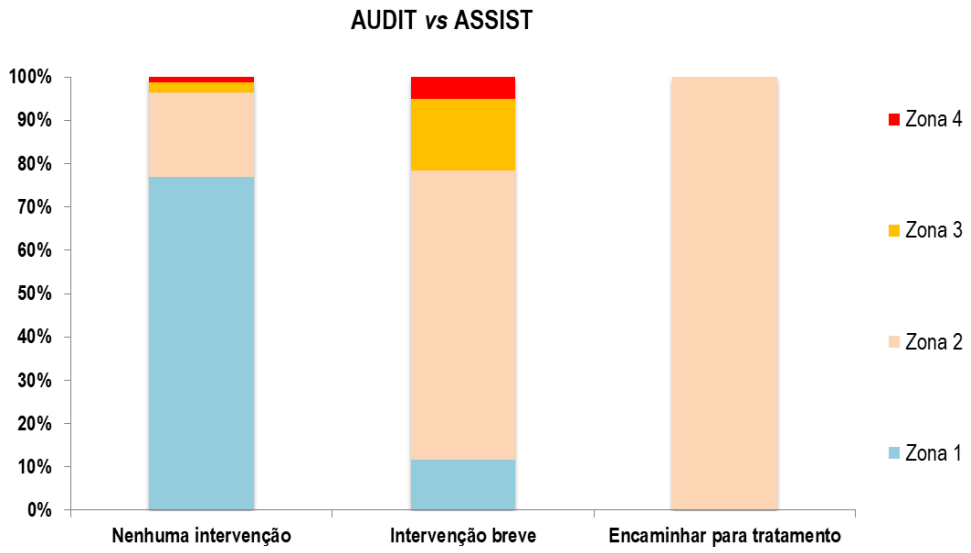
Figura 9 – Cruzamento do AUDIT e Single Question



Os dois instrumentos aferiram os padrões de consumo no último ano, apresentando-se uma associação positiva (p=0,048); a figura 9 mostra que quanto maior é a quantidade de vezes do consumo do indivíduo em binge - ou seja, quanto maior número de vezes a pessoa ultrapassa o limite de doses seguras no decorrer do ano -, maior é a chance de pertencer às zonas 2 e 3 do AUDIT, o que indica um consumo problemático.

Quando se buscou o cruzamento do AUDIT com o ASSIST observou-se uma associação estatisticamente significativa (p=0,001) (Figura 10).

Figura 10 – Cruzamento do AUDIT e ASSIST



Nesta figura 10 observou-se que os indivíduos que foram classificados em *receber intervenção breve e serem encaminhadas para tratamento*, que indica uso abusivo e sugere dependência, respectivamente, segundo a padronização da pontuação do ASSIST, estão nas zonas 2 (consumo de risco) e 3 (uso nocivo/alto risco) do AUDIT, sendo portanto estes, uso problemático.

Na sequência, realizou-se a análise multivariada das zonas 1, 2, 3 e 4 com as variáveis sociodemográficas da amostra para investigar a associação estatística (com p valor menor que 0,05).

Os resultados indicaram que apenas a variável sexo mostrou associação significativa com as zonas 1 (p=0,001) e zona 2 (0,002), estado civil com zona 3 (p=0,001) e ocupação com zona 1 (p=0,03), como pode ser observado na tabela 4.

A associação entre as variáveis estudadas por meio da análise multivariada não se demonstrou significativa entre as zonas do AUDIT e as variáveis: faixa etária, religião, escolaridade, renda e migração da aldeia de origem; portanto, estas não foram incorporadas aos modelos múltiplos de regressão logística.

Tabela 4 – Modelo final da análise multivariada das zonas do AUDIT e as características sociodemográficas, (n=230). Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017

Variáveis	Zona 1		Zona 2		Zona 3		Zona 4	
	N (%)	P	N (%)	P	N (%)	P	N (%)	P
Sexo								
Masculino	56(47,4)	**0,001**	49(41,0)	**0,002**	9(7,6)	0,31	4(3,3)	0,19
Feminino	81(72,3)		25(22,3)		5(4,4)		1(0,8)	
Estado civil								
Solteiro	27(51,0)	0,57	20(38,5)	0,35	5(9,6)	**0,01**	0(0,0)	0,39
União consensual/amigado (a)	76(59,3)		42(32,8)		5(3,9)		5(3,9)	
Casado (a)	27(69,2)		11(28,2)		1(2,6)		0(0,0)	
Separado (a)	4(66,6)		0(0,0)		2(33,3)		0(0,0)	
Viúvo (a)	3(60)		1(20,0)		1(20,0)		0(0,0)	
Ocupação								
Estudante	34(52,3)	**0,03**	13(41,9)	0,11	4(6,2)	0,84	2(3,1)	0,76
Ativo	63(70,0)		25(38,5)		5(5,6)		1(1,1)	
Nenhuma	14(45,2)		4(40,0)		3(9,7)		1(3,2)	
Aposentado	5(50,0)		21(23,3)		1(10,0)		0(0,0)	

A tabela 5 mostrou associação significativa nas variáveis: ter alteração de pressão com zona 4 (p=0,04), pensar em suicídio com a zona 2 (p=0,02) e relações sexuais depois de consumir álcool e outras drogas com as zonas 1 e 2 (p=0,001 e 0,004), respectivamente. As variáveis: diabetes, depressão, Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST, HIV/AIDS, tentar o suicídio, ter parceiro fixo e uso de preservativo não apresentaram significância estatística.

Tabela 5 – Modelo final da análise multivariada das zonas do AUDIT e as características clínicas e comportamentais, (n=230). Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017

Variáveis	Zona 1		Zona 2		Zona 3		Zona 4	
	N (%)	P	N (%)	P	N (%)	P	N (%)	P
Alteração de pressão								
Sim	27 (64,3)	0,75	10 (23,8)	0,36	3 (7,1)	0,74	2 (4,8)	**0,04**
Não	104 (58,1)		62 (34,6)		11 (6,1)		2 (1,1)	
Pensou suicídio								
Sim	13 (41,9)	0,13	17 (54,8)	**0,02**	1 (3,2)	0,79	0 (0)	0,85
Não	124 (62,3)		57 (28,6)		13 (6,5)		5 (2,5)	
Relações sexuais depois de consumir álcool ou outras drogas								
Sim	32 (41,6)	**0,001**	34 (44,2)	**0,004**	8 (10,4)	0,082	3 (3,9)	0,250
Não	96 (69,1)		35 (25,2)		6 (4,3)		2 (1,4)	

Considerando-se o p-valor de no máximo p=0,20 como requisito de inclusão dessas variáveis no modelo logístico, evidencia-se na tabela 6 que ser do sexo masculino tem 65% menos chances de pertencer à zona 1, quando comparado a ser do sexo feminino.

Enquanto que ser trabalhador ativo tem 2,12 mais chances de estar na zona 1 quando comparado a ser aposentado. E 69 % menos chance de ter relações sexuais após consumir álcool e outras drogas quando se pontua na zona 1, quando comparado a não ter relações sexuais.

Na zona 2, ser do sexo masculino tem 2,47 mais chances de pertencer a esta zona quando comparado a ser do sexo feminino. Bem como tem 2,21 mais chances de ter relações sexuais após consumo de álcool e outras drogas quando comparado a não ter relações sexuais. E pensar em suicídio tem 3,02 mais chances de pertencer a esta zona quando comparado às pessoas que não o pensam.

Na zona 3, ser casado tem 7,07 mais chances do que os viúvos de pertencer a esta zona e zona 4, ter alteração de pressão, 4,42 mais chances de pertencer a esta zona quando comparado às pessoas que não têm alteração de pressão.

Tabela 6 – Regressão Logística, análise entre as Zonas (AUDIT) de acordo com as variáveis significativas no estudo, (n=230). Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017

Variáveis/ Categorias por zonas	ZONA 1								ZONA 2						ZONA 3					ZONA 4	
	Sexo		Ocupação				RSACA		Sexo		RSACA		Pensou em suicídio		Estado civil					Alteração de Pressão	
	M	F	Estudante	Trabalhador ativo	Nenhuma	Aposentado	Sim	Não	M	F	Sim	Não	Sim	Não	Solteiro (a)	Casado (a)	União consensual / Amigado (a)	Separado (a)	Viúvo (a)	Sim	Não
OR	0,34	1	0,75	2,12	0,91	1	0,31	1	2,47	1	2,21	1	3,02	1	0,30	0	7,07	4,20	1	4,42	1
IC (95%) Inferior	0,20	-	0,31	1,09	0,24	-	0,17	-	1,39	-	1,20	-	1,33	-	0,09	0	0,64	0,25	-	0,60	-
IC (95%) Superior	0,60	-	1,77	4,13	3,45	-	0,56	-	4,40	-	4,06	-	6,54	-	1,38	0,73	77,37	68,44	-	32,36	-

P	<0,001	-	0,51	0,02	0,89	-	<0,001	-	<0,001	-	0,01	-	0,00	-	0,13	0,99	0,10	0,31	-	0,14	-

RSACA: Relações sexuais depois de consumir álcool ou outras drogas

Tabela 7 – Modelo final da análise bivariada da Single Question e as características sociodemográficas, (n=230). Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017

Variável	Sim		Não		p-valor
	N	%	N	%	
Ocupação					
Estudante	38	58,5	27	41,5	**0,002**
Ativo	26	29,9	64	71,1	
Nenhum	14	45,2	17	54,8	
Aposentado	3	30,0	7	70,0	
Migração da aldeia de origem					
Sim	130	71,0	53	29,0	**0,03**
Não, mora desde que nasceu	24	52,2	22	47,8	

A associação entre as variáveis estudadas por meio da análise bivariada não demonstrou significância entre a QC e as variáveis: idade, sexo, estado civil, religião, escolaridade e renda; portanto, estas não foram incorporadas aos modelos múltiplos de regressão logística.

Já a variável ocupação e a variável migração da aldeia de origem são significativamente estatísticas, com p valor de 0,002 e 0,03, respectivamente, como se pode observar na tabela 7.

Tabela 8 – Modelo final da análise bivariada da Single Question e as características clínicas e comportamentais, (n=230). Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017

Variáveis	Sim		Não		p-valor
	N	%	N	%	
Uso de preservativo					
Sim	84	77,0	25	22,9	**<0,001**
Não	59	57,2	44	42,7	
Relações sexuais depois de consumir álcool ou outras drogas					
Sim	55	71,4	22	28,5	**0,04**
Não	92	66,1	47	33,8	

As variáveis alteração de pressão, diabetes, depressão, Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST, HIV/AIDS, pensar em suicídio, tentar o suicídio, e ter parceiro fixo não apresentaram associação estatística significativa com o padrão de uso. Enquanto uso de preservativo (p<0,001) e manter relações sexuais após consumo de sustâncias psicoativas (p=0,04) deram associação significativa, como se pode observar na tabela 8.

Tabela 9 – Regressão Logística, análise da Single Question de acordo com as variáveis significativas no estudo, (n=230). Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017

Variáveis	OR	IC (95%)		P
		Inferior	Superior	
Ocupação				
Estudante	2,99	1,51	5,96	0,02
Ativo	1,55	0,25	4,39	0,00
Nenhum	1,70	0,72	4,02	0,22
Aposentado	1	-	-	-
Migração da aldeia de origem				
Sim	2,22			
Não, mora desde que nasceu	1	-	-	-
Uso de preservativo				
Sim	2,62	1,47	4,65	0,001
Não	1	-	-	-
Relações sexuais depois de consumir álcool ou outras drogas				
Sim	1,61	0,89	2,92	0,11
Não	1	-	-	-

A tabela 9 mostrou que ser estudante tem 2,99 mais chances de fazer uso de álcool em binge quando em comparação a ser aposentado. Os indígenas que

migraram da aldeia de origem têm 2,22 mais chances de consumo em binge quando comparados aos indivíduos que não migraram. E aquelas pessoas que usam preservativo (OR=2,62) e mantém relações sexuais após o consumo de álcool e outras drogas (OR=1,61) apresentam chances aumentadas em fazer o consumo em binge de bebidas alcóolicas.

Ainda na investigação de bebidas alcóolicas, quando aplicado o ASSIST, podemos evidenciar os dados seguintes.

Houve associação significativa do consumo de álcool com as seguintes variáveis: sexo (p=0,009) para não receber intervenção - uso ocasional e receber intervenção breve - uso abusivo (p=0,033). As demais variáveis (idade, religião, escolaridade, ocupação, renda e migração da aldeia de origem) não apresentaram significância estatística, como se observa na tabela 10.

Tabela 10 – Modelo final da análise multivariada do ASSIST (bebidas alcóolicas) e as características sociodemográficas, (n=230). Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017

Variáveis	**Nenhuma intervenção**		**Receber intervenção**		**Encaminhar para tratamento**	
	N (%)	**p-valor**	**N (%)**	**p-valor**	**N (%)**	**p-valor**
Sexo						
Masculino	78 (66,1)	**0,009**	40 (33,9)	**0,03**	0 (0,00)	-
Feminino	91 (81,2)		20 (17,9)		1 (0,90)	

Na Tabela 11 estão configurados os resultados da análise bivariada, relacionando-se o uso de álcool (a partir do ASSIST) com as variáveis clínicas e comportamentais da amostra. Nota-se que se mostrou significância estatística: ter alteração de pressão (p=0,04) e ter relações sexuais após consumo de substâncias psicoativas (p=0,02), com a classe de receber intervenção breve. Já a variável pensar em suicídio, tentar suicídio e ter relações sexuais após consumo de álcool e outras drogas, pontuando os respectivos valores de p (0,03; 0,03; 0,008), apresentou associação significativa com a classe de não receber nenhuma intervenção.

As demais variáveis (diabetes, depressão, Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST, HIV/AIDS, ter parceiro fixo e uso de preservativo) não apresentaram associação estatística.

Tabela 11 – Modelo final da análise multivariada do ASSIST (bebidas alcóolicas) e as características clínicas e comportamentais, (n=230). Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017

Variáveis	Nenhuma intervenção		Receber intervenção		Encaminhar para tratamento	
	N (%)	p-valor	N (%)	p-valor	N (%)	p-valor
Alteração de pressão						
Sim	35 (83,3)	0,07	6 (14,3)	**0,04**	1 (2,4)	-
Não	125 (69,8)		54 (30,2)		0 (0,0)	
Pensou suicídio						
Sim	17 (54,8)	**0,03**	14 (45,2)	0,61	0 (0,0)	-
Não	152 (76,4)		46 (23,1)		1 (0,5)	
Tentou suicídio						
Sim	9 (47,4)	**0,03**	10 (52,6)	0,78	0 (0,0)	-
Não	134 (74,4)		45 (25,0)		1 (0,6)	
Relações sexuais depois de consumir álcool ou outras drogas						
Sim	48 (62,3)	**0,008**	28 (36,4)	**0,02**	1 1,3)	-
Não	110 (79,1)		29 (20,9)		0 (0,0)	

Na sequência foram feitas as tabelas da regressão logística a partir dos dados conseguidos da análise bivariada, e assim se constatou, na tabela 12, que ser do sexo masculino tem 55% menos chance de não estar na classificação de não receber intervenção breve, quando comparado a ser do sexo feminino. Bem como pensar em suicídio tem 3% de chance a menos em relação a quem não pensa, tentar suicídio tem 70% menos de chance de não estar nessa categoria quando comparado a quem já tentou. E ter relações sexuais após consumir álcool ou outras drogas tem 66% de chance a menos de pertencer a tal classe categórica (não receber intervenção breve) quando comparado a não ter essas relações.

Na categoria de receber intervenção breve mostrou que ser do sexo masculino tem 2,33 mais chances de pertencer a tal zona quando comparado a ser do sexo feminino. Ter alteração de pressão tem 4,03 mais chances do que as pessoas que não a têm, e ter relações sexuais após o consumo de álcool e outras drogas tem 2,34 mais chances quando comparado a quem não as tem.

Tabela 12 – Regressão Logística, análise do ASSIST (bebidas alcóolicas) de acordo com as variáveis significativas no estudo, (n=230). Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017

Variáveis	NÃO RECEBER INTERVENÇÃO								RECEBER INTERVENÇÃO BREVE					
	Sexo		Pensou suicídio		Tentou suicídio		RSACA		Sexo		Alteração da pressão		RSACA	
	M	F	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	M	F	Sim	Não	Sim	Não
OR	0,45	1	0,97	1	0,30	1	0,34	1	2,33	1	4,03	1	2,34	1
IC 95% Inferior	0,24	-	0,20	-	0,04	-	0,17	-	1,05	-	0,92	-	1,07	-
IC 95% Superior	0,81	-	5,30	-	1,80	-	0,68	-	5,19	-	17,5	-	5,11	-
P	0,01	-	0,97	-	0,19	-	0,00	-	0,01	-	0,06	-	0,03	-

RSACA: Relações sexuais depois de consumir álcool ou outras drogas

6.2.4 Características do consumo de álcool

Na caracterização do consumo de álcool, 70% afirmaram usar bebidas alcóolicas; a cerveja se destaca como a bebida mais consumida (51,6%); idade de início de uso de 9 a 20 anos (90,1%); local de primeiro contato com a bebida foram as festas sociais (27,3%); 70,8% afirmaram que os locais de primeiro contato ficam na própria aldeia; o local de maior consumo de bebidas alcóolicas (32,3%) dos entrevistados é a casa, sendo que 90,1% afirmaram ser na própria aldeia; quando indagados sobre o local onde costumam comprar/adquirir bebidas alcóolicas, 59% citam os mercados, e 62,7% dizem ser este o local de mais fácil acesso à compra do álcool; 59% dos investigados afirmaram que a bebida nunca lhes causou tipo algum de problema; 49,7% consideraram que os grupos de amizade foi o principal motivo que os levou a beber; 88,3% afirmaram ter algum membro familiar que consome bebidas alcóolicas, e a mãe é o membro mais citado (41,4%). Quando questionados se consideram o uso de bebidas alcóolicas um problema na comunidade, 85,7% afirmaram que sim; o problema mais citado (70,6%) são as mudanças de comportamento.

Tabela 13 – Distribuição das variáveis que caracterizam o consumo do álcool incluídas no estudo (n=230). Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017

Variáveis	N	%
Usa bebidas alcóolicas		
Sim	161	70
Não	69	30
Tipo de Bebida		
Cerveja	83	51,6
Pinga/cachaça	34	21,1
Vinho	4	2,5
Vodca	3	1,9
Caxixi	37	23
Idade de início do uso de álcool		
De 9 a 20 Anos	145	90,1
De 21 a 30 Anos	15	9,3
Acima de 30 anos	1	0,6
Local de primeiro contato com a bebida		
Em casa	17	10,6
Casas de parentes	10	6,2
Casa de amigos	28	17,4
Escola	1	0,6
Bares	3	1,9
Trabalho	8	5
Praça/ lugar público	8	5
Festas sociais	44	27,3
Festividades religiosas	32	19,9
Outros	10	6,2
Local primeiro contato foi na Aldeia?		
Sim, foi aqui	114	70,8
Não, foi na cidade	19	11,8
Não, foi na BR/ rodovia	2	1,2
Não, foi em outra aldeia	24	14,9
Não, foi em outro lugar	2	1,2
Local em que costuma consumir bebidas alcóolicas		
Em casa	52	32,3
Casas de parentes	20	12,4
Casa de amigos	25	15,5
Escola	1	0,6
Bares	2	1,2
Trabalho	4	2,5
Praça/ lugar público	3	1,9
Festas sociais	13	8,1
Festividades religiosas	17	10,6
Outros	24	14,9
Local onde mais consome		

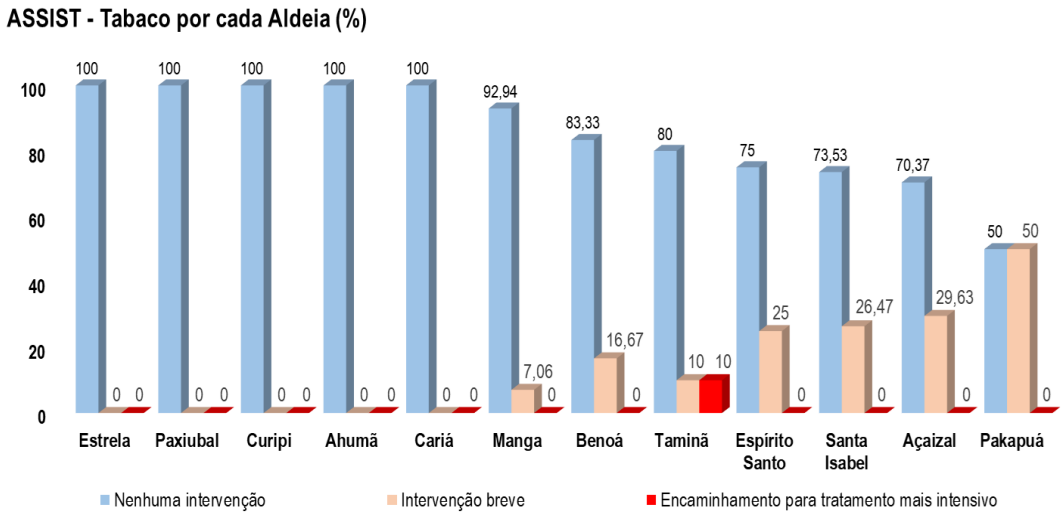
Em casa	34	21,1
Casas de parentes	10	6,2
Casa de amigos	32	19,9
Bares	3	1,9
Trabalho	9	5,6
Praça/ lugar público	1	0,6
Festas sociais	25	15,5
Festividades religiosas	29	18
Outros	18	11,1
Local fica na aldeia		
Sim, fica aqui	145	90,1
Não, fica na cidade	7	4,3
Não, fica em outra aldeia	4	2,5
Não, foi em outro lugar	1	0,6
Sem resposta	4	2,5
Local onde costuma comprar/ adquirir bebida alcóolica		
Rodovia	2	1,2
Bares	11	6,8
Casa de amigos	7	4,3
Casa de parentes	1	0,6
Locais próximos à escola	1	0,6
Trabalho	2	1,2
Festas	7	4,3
Mercados	95	59
Outros	35	21,6
Local mais fácil para aquisição de bebidas alcóolicas		
Postos de gasolina	1	0,6
Rodovia	2	1,2
Bares	5	3,1
Casa de amigos	9	5,6
Trabalho	2	1,2
Festas	8	5
Mercados	101	62,7
Outros	26	16
Sem resposta	7	4,3
Problemas que a bebida alcóolica causou		
Mudanças de comportamento/violência	22	13,7
Dificuldades de relacionamento na comunidade	4	2,5
Problemas familiares	17	10,6
Dificuldades no trabalho	2	1,2
Prejuízo nas atividades profissionais	3	1,8
Falta de interesse em participar nos eventos	3	1,9
Acidentes	7	4,3
Problemas de saúde	8	5

A bebida nunca me causou problemas	95	59
Motivo que considera lhe levou a beber		
Dificuldades financeiras	6	3,7
Problemas afetivos	8	5
Problemas/ falecimento de familiares	6	3,7
Falta ou dificuldades de acesso à educação	1	0,6
Grupo de amizades	80	49,7
Falta ou dificuldades de arranjar trabalho	1	0,6
Consumo de álcool por algum familiar	2	1,2
Vontade própria	43	26,7
Provei e gostei (sinto prazer)	5	3,1
Os rituais festivos da aldeia	9	5,6
Algum membro da família consome bebidas alcóolica		
Sim	203	88,3
Não	27	11,7
Familiares Que Consomem Álcool		
Mãe	84	41,4
Pai	63	31
Avô/ avó	6	3
Filho (a)	15	7,4
Primo (a)	19	9,4
Tio (a)	3	1,5
Irmão (a)	5	2,5
Marido/ esposa/ companheiro (a)	8	3,9
Uso Bebida Alcóolica Problema Na Comunidade		
Sim	197	85,7
Não	33	14,3
Problema Consumo Bebida Alcóolica Pode Causar		
Mudanças de comportamento	139	70,6
Dificuldades de relacionamento na comunidade	24	12,2
Problemas familiares	21	10,7
Dificuldades de conseguir emprego	1	0,5
Prejuízo nas atividades profissionais	1	0,5
Acidentes de trabalho	1	0,5
Dificuldades de acesso à escola	1	0,5
Problemas de saúde	5	2,5
Outros	2	1
Sem resposta	2	1

6.2.5 Padrão do consumo de outras substâncias psicoativas

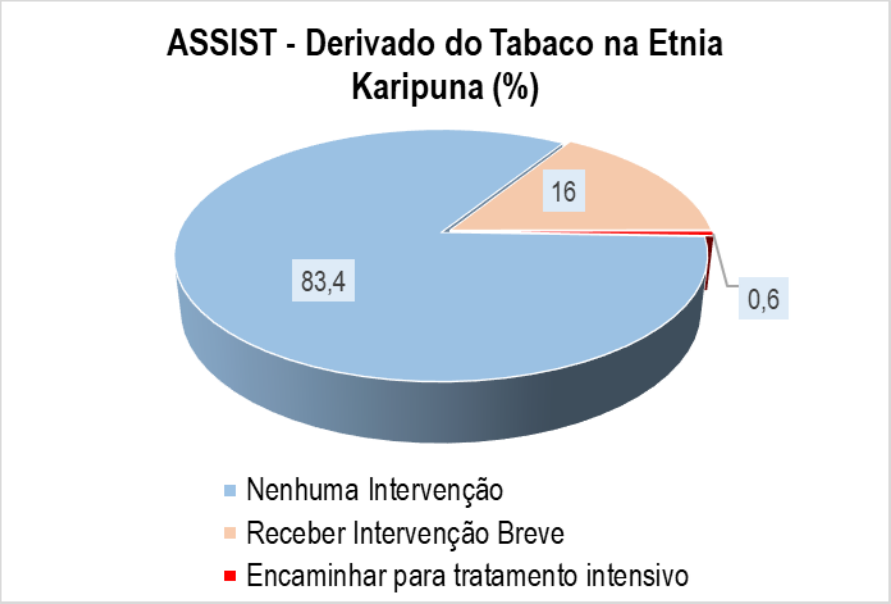
Para avaliar o padrão das demais substâncias foi utilizado o ASSIST, que detectou apenas uso de tabaco. A distribuição do consumo de tabaco por aldeia pode ser vista na figura 11:

Figura 11 – Uso de tabaco por aldeia da etnia Karipuna



Ficou evidenciado que 83,4% não necessitam de nenhuma intervenção, 16% de intervenção breve (uso abusivo) e 0,6% encaminhamento para tratamento mais intenso (possível dependência), dados visualizados na figura 12:

Figura 12: Padrão do consumo de tabaco em indígenas da etnia Karipuna



As demais drogas, tais como: maconha, cocaína/crack, anfetamina ou êxtase, inalantes, alucinógenos, opioides ou outras substâncias não apareceram, mesmo usando-se uma abordagem cautelosa.

Na Tabela 14 estão configurados os resultados da análise bivariada, em que se relaciona o uso de tabaco (a partir do ASSIST) com as variáveis

sociodemográficas da amostra. Houve significância estatística a variável sexo para as classes não receber intervenção e receber intervenção breve ao uso do tabaco, ambos com p valor de 0,001.

Outra variável que mostrou significância estatística foi o migração da aldeia de origem com a classe de receber intervenção breve (p=0,047).

Tabela 14 – Modelo final da análise multivariada do ASSIST (derivados do tabaco) e as características clínicas e comportamentais, (n=230). Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017

Variáveis	Nenhuma intervenção		Receber intervenção		Encaminhar para tratamento	
	N (%)	p-valor	N (%)	p-valor	N (%)	p-valor
Sexo						
Masculino	88(74,5)	**0,001**	29(24,5)	**0,001**	1(0,9)	-
Feminino	104(92,8		8(7,14)		0(0,0)	
Migração da aldeia de origem						
Sim	149(81,4)	0,10	34(18,6)	**0,04**	0(0,0)	-
Não, mora desde que nasceu	42(91,3)		3(6,5)		1(2,2)	

As demais variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, religião, escolaridade, ocupação e renda) não mostraram associação significativa, e também nenhuma das variáveis clínicas (alteração de pressão, diabetes, depressão, Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST, HIV/AIDS) e comportamentais (pensar em suicídio, tentar o suicídio, ter parceiro fixo, uso de preservativo, relações sexuais após consumo de sustâncias psicoativas) apresentou associação significativa.

Tabela 15 – Regressão Logística, análise do ASSIST (derivados do tabaco) de acordo com as variáveis significativas no estudo, (n=230). Oiapoque, Amapá, Brasil, 2017

Variáveis		NÃO RECEBER INTERVENÇÃO		RECEBER INTERVENÇÃO BREVE			
		Sexo		Sexo		Migração da aldeia de origem	
		M	F	M	F	Sim	Não
OR		0,22	1	4,24	1	3,27	1
IC (95%)	Inferior	0,09	-	1,84	-	0,95	-
	Superior	0,51	-	9,74	-	11,17	-
P		<0,001	-	0,001	-	0,05	-

A tabela 15 mostra que ser do sexo masculino apresenta 78% de chance a menos de não estar na classe (não receber intervenção breve) quando utilizado o ASSIST como instrumento de rastreio em relação a ser do sexo feminino. Em se tratando da classe receber intervenção breve, o sexo masculino tem 4,24 mais chances de estar nessa classe quando equiparado às mulheres. Enquanto em migração da aldeia de origem, as pessoas que saem da aldeia de origem têm 3,27 mais chances de consumir tabaco do que aquelas que não migraram.

DISCUSSÃO

7 DISCUSSÃO

Este estudo possibilitou traçar um perfil epidemiológico dos indígenas da etnia Karipuna da região norte do estado do Amapá, mais precisamente no município de Oiapoque, com relação aos padrões do consumo de substâncias psicoativas que foram associados às variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais dessa população.

O tema se mostra de suma relevância por se tratar de uma população específica inserida no contexto da fronteira franco-brasileira, bem como por atestar elevadas taxas de consumo de álcool e aproximação do padrão de uso do tabaco com os levantamentos já realizados com a população brasileira de maneira geral.

Em Oiapoque-AP inexistem dados que apontem tais resultados, e a partir deste trabalho outras pesquisas que visam a buscar os padrões de uso de álcool e outras drogas da população não indígena deste município já estão sendo realizadas pela mesma pesquisadora, como, por exemplo, a que é desenvolvida junto aos servidores da UNIFAP, a motoristas de transportes alternativos - conhecidos popularmente como “pickapeiros ou pirateiros”, a alunos de graduação, tudo para que futuramente haja dados suficientes para mapear e avaliar os padrões do uso de álcool e outras drogas e, a partir disso, realizar um quadro comparativo da população indígena Karipuna com as demais parcelas da população da citada região, para finalmente estender a pesquisa às demais etnias indígenas existentes no município de Oiapoque-AP.

A partir de dados existentes na literatura como, por exemplo, o II LENAD, 50% da população geral afirma fazer uso de bebidas alcóolicas; dados deste estudo mostraram que 70% dos pesquisados informaram uso de bebidas alcóolicas, algo que é corroborado pelas pesquisas já citadas neste trabalho, as quais afirmam a maior prevalência de álcool em comunidades indígenas (CARLINI et al., 2012).

Isto posto e em consonância com os objetivos deste estudo, os dados obtidos foram discutidos da seguinte maneira: caracterização sociodemográfica, clínica e comportamental dos indígenas da etnia Karipuna, padrões do consumo de bebidas alcóolicas e associação com as variáveis significativas do estudo, caracterização do

consumo de bebidas alcóolicas e padrão do uso de outras drogas em indígenas da etnia Karipuna.

7.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CLÍNICA E COMPORTAMENTAL DOS INDÍGENAS DA ETNIA KARIPUNA

Os dados encontrados na população mostram maior uso de bebidas alcóolicas por homens, entre adolescentes e pessoas no início da idade adulta, que têm companheiro(a)/parceiro(a), católicos, com ensino fundamental incompleto, trabalhadores ativos e sem renda formal.

Segundo o levantamento realizado sobre os padrões de consumo de álcool e outras drogas em povos indígenas (BRASIL, 2009), a proporção dos que bebem é maior entre os homens (52,7%) do que entre as mulheres (24,6%). Em relação à faixa de idade, o mesmo levantamento mostrou que à medida que a idade aumenta diminui a proporção de usuários; sendo assim, na faixa de 18 a 34 anos se encontra a população que mais consome álcool. Constata-se ainda que os usuários preferem consumir álcool na companhia de amigos e que as mulheres preferem beber na companhia do esposo ou companheiro. Os dados deste levantamento corroboram as variáveis sexo, idade e estado civil do presente estudo.

Os indivíduos que praticam a religião católica são os mais propensos ao uso de bebidas alcoólicas, algo que pode estar associado à não proibição de consumo de tais substâncias pela doutrina católica. Um fato relevante é a entrada da religião evangélica (protestante) nas aldeias ora investigadas, pois muitos dos indígenas entrevistados afirmaram ter diminuído ou até mesmo interrompido seu consumo de tais substâncias devido a sua nova crença religiosa.-

Estudo de Ghiggi Júnior e Langdon (2014) mostra que a prática da religião é fator protetivo para a diminuição do consumo exagerado e aponta influência da Igreja como medida redutora do consumo de bebidas alcóolicas, pois os praticantes adotam a postura da “substituição da bebida alcoólica pela aceitação da palavra de Deus” e assumem comportamentos em que a bebida não faz parte do cotidiano. Coimbra Júnior, Santos e Escobar (2005) acrescentam que os indivíduos que passam pela conversão religiosa devem seguir regras rígidas de conduta, e entre elas está a proibição ao uso de bebidas alcoólicas.

No que concerne a pessoas de baixa escolaridade e sem renda, esta variável está diretamente relacionada à falta de emprego fixo, pois é notória a exigência de qualificação profissional no atual mercado de trabalho, algo que contribui para que muitos indígenas tenham na agricultura o eixo de sua subsistência. Ainda nesse sentido, atualmente é constante a saída de indígenas de suas aldeias em busca de educação, e muito disso é devido à chegada da universidade pública na cidade de Oiapoque-AP. A universidade lhes proporcionou a oportunidade de galgar qualificação técnica a nível universitário, sempre na busca pela melhoria na qualidade de vida e condição socioeconômica. Contudo, o movimento migratório em busca dos estudos universitários acaba por colocar os estudantes indígenas entre o público que mais consome bebidas alcoólicas.

Esse movimento é recente e vem ocorrendo gradativamente, pois o Campus universitário de Oiapoque-AP surgiu de um projeto intitulado I Projeto Norte de Interiorização, que tem o objetivo de disponibilizar cursos de graduação à população do interior. Tal projeto foi concretizado no ano de 1999 com apoio da prefeitura de Oiapoque-AP e do Governo do Estado do Amapá, e seu programa de interiorização funcionava em formato modular, durante o recesso escolar. Em 2007 foi instaurado o campus Norte, cujo curso de Licenciatura Intercultural Indígena era sua pedra fundamental, com vistas à formação de professores para escolas das aldeias indígenas. Por fim e com a finalidade de ampliação da capacidade do campus que possibilitou o recebimento de novos cursos, deu-se início à construção de novos edifícios (UNIFAP, 2016).

Em se tratando das pessoas que se declaram sem renda, muitas delas são trabalhadores ativos, ou seja, exercem alguma atividade, mas não necessariamente são remunerados, pois são agricultores (as) de subsistência, como mencionado anteriormente. Este fato faz refletir sobre outra questão, pois, devido ao ofício exercido, muitos necessitam se deslocar até a cidade para garantir a venda e/ou a troca dos produtos cultivados e produzidos a partir do trabalho da roça, o que facilita o contato com as bebidas alcoólicas e outras drogas, além de adoção dos hábitos da cultura do “homem branco”.

A aquisição de bebidas pode ser feita com dinheiro ou como moeda de troca por peixe, farinha e gêneros advindos do plantio. As pessoas que têm trabalho remunerado são as que mais facilmente conseguem a substância; assim, tanto consomem como dividem as bebidas alcóolicas com os demais, gerando-se um

grande volume de relações de reciprocidade que norteiam o modo de viver indígena (SOUZA; GARNELO, 2007).

Todos estes aspectos têm influenciado o modelo de processo migratório, com consequente estreitamento das relações entre os indígenas e não indígenas, quer seja pela facilidade de acesso às aldeias ou mesmo pelos diversos motivos que os indígenas têm para ir até a cidade, algo que é corroborado pelos dados dos processos migratórios encontrados na amostra, que atestam que 79,9% dos indígenas pesquisados afirmaram ter já saído de sua aldeia originária. Esta informação destoa do estudo de Medeiros (2011), no qual a maioria dos indígenas referiu nunca ter saído da terra indígena.

Isto acaba por contribuir para que a inserção e o uso de bebidas alcoólicas sejam facilmente aceitos entre eles, e o álcool se torna um objeto de fácil consumo e de interação sociocultural, algo que aos poucos vem contribuindo para a perda das características culturais desses indígenas.

Nesta vertente, o uso diferenciado das bebidas com teor alcoólico é fruto de mudanças que ocorreram dentro das aldeias, tais como: o contato com o homem branco, denominado contato interétnico, o aumento da circulação de bebidas nas aldeias, mudanças no uso tradicional e de socialização e, por fim, o advento das bebidas industrializadas. O uso de tais bebidas tem se tornado cada vez mais precoce, além da notória substituição do caxixi pelos destilados, tanto nas situações de consumo coletivo, o que é tido por tradicional, como em sua inclusão nas datas festivas do calendário indígena pela influência da cultura branca (SOUZA; GARNELO, 2007).

Corroborando estudo anterior, Oliveira et al. (2012), em pesquisa realizada entre os indígenas da etnia Potiguara, demonstraram que o uso do álcool está estritamente relacionado à diversão, às festividades e aos rituais indígenas, e destacam a cachaça como a bebida mais consumida devido à facilidade de acesso e pelo baixo valor de custo.

No que tange às características clínicas e comportamentais, dentre os entrevistados que consomem bebidas alcóolicas a maioria negou alteração de pressão, diabetes, depressão, pensamentos e tentativas suicidas, infecções sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS, relações sexuais após consumo de substâncias psicoativas, bem como afirmaram ter parceiro fixo e fazer uso de preservativo por ocasião de relação sexual.

O baixo percentual encontrado dentre estas patologias pode estar associado principalmente ao desconhecimento de tais enfermidades ou simplesmente por terem afirmado não ter tais doenças ou se recusado a responder. Durante a coleta de dados observou-se que estas comunidades necessitam de mais investigação e reforço de ações preventivas a fim de garantir maior sensibilidade dos instrumentos aplicados quando se pesquisam tais doenças em população indígena e, deste modo, conseguir respostas fidedignas que sustentem o levantamento epidemiológico.

Tudo isto está também associado ao fato de uma parcela significativa das pessoas entrevistadas afirmar que nunca realizou exames específicos em busca de tais diagnósticos, e os resultados são considerados a partir dos dados informados, o que pode não reproduzir a realidade atual desta população. Isto pode acontecer em face do constrangimento por parte da maioria dos indígenas ao responder questões de cunho íntimo, principalmente no que tange ao ato sexual, algo que interferiu nas respostas e levou a uma subestimação dos dados encontrados.

Carvalho, Cho e Flores (2011) apontaram em seu estudo que as doenças transmitidas pelo ato sexual, inclusive a infecção pelo HIV/AIDS, são de baixo conhecimento e notificação no Brasil. A insuficiência de informações demonstra que a população indígena se encontra descoberta em relação à saúde, e as pesquisas com tal público priorizam as questões étnicas e culturais. Taborda et al. (2000) acrescentam que as populações nativas devem ser englobadas nos programas de controle, tanto de doenças sexualmente transmissíveis quanto na detecção e tratamento precoce do câncer do colo do útero, afirmam que é um desafio reduzir as incidências das Infecções Sexualmente Transmissíveis sem interferir nos hábitos socioculturais e que diagnóstico e tratamento são essenciais para assegurar a continuidade de um programa preventivo.

Este fato ficou também atrelado às questões culturais, principalmente quando eram mulheres as respondentes do estudo. Ferri e Gomes (2011) concluíram que as doenças relacionadas ao ato sexual foram mais comuns nas mulheres, que constituíram o grupo mais vulnerável e, portanto, as que mais sofrem o impacto das mudanças socioculturais do grupo.

Ainda nesse contexto, houve um número significativo de entrevistados que afirmou ter parceiro fixo e fazer uso de preservativos, o que contraria a literatura, que aponta as situações de maior vulnerabilidade relacionadas ao consumo de bebidas alcóolicas nas comunidades indígenas, o não uso de preservativo e

aumento de membros da comunidade a frequentarem cidades próximas, além de novas relações sociais (SANTOS et al., 2010).

Além das demais doenças clínicas e medidas comportamentais que foram prontamente negadas pela maioria dos entrevistados, pois, segundo Souza, Oliveira e Kohatsu (2005), existe aumento de distúrbios relacionados ao uso de bebidas alcóolicas entre os indígenas, tais como acidentes, brigas, quedas, atropelamentos e doenças clínicas - cirrose, diabetes, hipertensão arterial, depressão, estresse, dentre outras. Em se tratando de fatores externos, citam casos de homicídios, suicídios, violência sexual, incestos, etc.

Portanto, o consumo abusivo de álcool é uma realidade que traz inúmeras consequências danosas para a população indígena (MELO et al., 2011), fato que confirma a necessidade de uma investigação profunda de tais mazelas nesta população.

As taxas de ideias e tentativas suicidas se mostraram consideráveis, bem como os percentuais de depressão. O estudo mostrou uma faixa de 13,5% de pessoas que pensaram em suicídio, 9,5% já tentaram suicídio e 5,4% afirmaram depressão, evidenciando-se a necessidade de maior atenção a este fenômeno, pois estudo de Oliveira e Lotufo Neto (2003) que buscou fazer um apanhado geral das taxas de suicídio entre os indígenas no Brasil verificou que este ato é bem prevalente em diversas populações; os autores mostram que entre os Ticuna se atinge uma taxa de 28%, entre os Caiowás, taxa 40 vezes maior que da média da população brasileira, e entre os Sorowahá são estimados 1922 casos de suicídio para cada 100 mil habitantes.

Apesar de neste sentido os dados do presente estudo se mostrarem abaixo da média encontrada na literatura, verifica-se um percentual que necessita de melhor investigação e observação por parte dos profissionais de saúde e lideranças indígenas a fim de evitar maiores estragos no futuro. Armenta et al. (2014) apontam em sua pesquisa que os sintomas depressivos têm estreita relação com os problemas psicossociais entre os povos indígenas e que a avaliação é de suma importância para evitar possíveis danos.

Diante de toda essa conjuntura, os aspectos sociodemográficos, clínicos e comportamentais demandam consideração, bem como o conhecimento das particularidades da população ora investigada a fim de estabelecer controle, planejamento de recursos terapêuticos e aumento da adesão a métodos

diagnósticos e de tratamento, para que se alcancem resultados efetivos nas ações planejadas e principalmente nas que são adotadas na prática.

7.2 PADRÕES DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS DA ETNIA KARIPUNA E ASSOCIAÇÃO COM AS VARIÁVEIS SIGNIFICATIVAS DO ESTUDO

No que tange aos padrões do consumo de substâncias psicoativas, quando foram aplicados os três instrumentos (AUDIT, ASSIST e *Questão chave)* perceberam-se diferenças nos resultados quando comparados às variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais.

Considerando-se que o AUDIT e a Questão-Chave abordam o consumo no último ano e o ASSIST, nos últimos três meses, podem-se associar tais divergências à temporalidade, além de que a coleta ocorreu próxima das festividades culturais das aldeias investigadas. Por isso adotamos os três instrumentos para não presumir um uso problemático, sem haver inferência quanto aos aspectos socioculturais. Além disso, cada instrumento tem uma aplicabilidade diferenciada e própria, o que implica processos avaliativos distintos dos padrões de consumo de substâncias psicoativas.

Ao levar esses aspectos em consideração, basear-se nos resultados elencados a partir dos instrumentos de rastreio e se considerar a zona de risco, ou seja, o que requer maior atenção, evidenciou-se pelo AUDIT que 32,1% fazem uso de risco, 6%, consumo de alto risco, e 2,4% provável dependência; portanto, 40,5% da amostra obtiveram, a partir do AUDIT, pontuação sugestiva de uso problemático. Os maiores preditores dessa associação foram encontrados para o sexo masculino (OR=2,47), pensar em suicídio (OR=3,02) e relações sexuais depois de consumir álcool e outras drogas (RSACA) (2,21).

Em pesquisa realizada por Vargas, Bittencourt e Cardoso (2014), que objetivou identificar o padrão de consumo de álcool em usuários da Atenção Primária à Saúde (APS), demonstrou-se que 78% dos usuários eram abstinentes ou faziam uso de baixo risco, e 22% faziam uso problemático do álcool, dos quais, 10% uso de risco, 2% uso nocivo, e 10% provável dependência. Em estudo mais recente de Maciel (2017) observou-se que 68,9% dos usuários faziam uso de baixo risco de

álcool e 31,1% faziam uso problemático do álcool, dos quais 49,8%, uso de risco, 38,7%, uso nocivo, e 11,5%, provável dependência, o que evidencia que a prevalência de uso problemático entre as comunidades indígenas investigadas apresenta percentual maior quando comparado à população geral.

Em se tratando de estudo que se ocupou em investigar a prevalência do uso de álcool entre os indígenas da etnia Mura, na Amazônia brasileira, ela foi de 40,2%, segundo o AUDIT, dado bastante semelhante ao desta pesquisa. Os povos indígenas, em sua maioria, relataram ser abstêmicos, e aqueles com maior risco declararam beber pelo menos uma vez por mês, 10,5% disseram beber álcool de uma a três vezes por semana. Para aqueles com risco de alcoolismo problemático, o dado foi ter consumido 10 ou mais doses de álcool (57,5%) (FERREIRA et al., 2017).

Se considerarmos os resultados da Questão-Chave, que avalia o uso de risco em ocasiões isoladas, ou seja, a mais adequada à realidade da população indígena, mais da metade de homens e mulheres (67%) tinha consumo superior ao número de “doses seguras” - 5 para homens e 4 para mulheres numa única ocasião – evidenciando-se que 42,2% dos entrevistados fizeram uso de risco (beber em binge) mais de 4 vezes ao ano, e os preditores para esse padrão de uso foram ser estudantes (OR=2,99), ter migrado da aldeia de origem (OR=2,22), uso de preservativo (OR=2,62) e RSACA (OR=1,61).

Sanchez (2017) descreveu em seu estudo que o *binge drinking (BD)*, ou beber pesado episódico, é um padrão de consumo de risco que tem despertado interesse internacional e que apenas recentemente começou a ser investigado no Brasil, ainda pouco estudado entre a população brasileira.

No ano de 2010 pesquisa feita com estudantes do ensino médio das 27 capitais do País revelou uma prevalência de 32% de prática de uso em binge, maior em adolescentes de melhor poder aquisitivo e nas regiões norte e nordeste do Brasil (SANCHEZ et al., 2013). O primeiro levantamento nacional dos padrões de uso de álcool no Brasil, realizado em 2005-2006, identificou uma prevalência de *binge drinking* no ano anterior à pesquisa de 28% em adultos (LARANJEIRA et al., 2010). Em outra pesquisa que investigou homens adultos em situação de rua revelou que 46,94% fizeram uso em binge (BOTTI et al., 2010).

Ainda que seja a primeira vez de um estudo que aplica a Questão-Chave em populações indígenas, ficaram evidentes que os percentuais dos resultados

encontrados nesta população são maiores do que os que foram aplicados na população em geral.

Por fim, os resultados do ASSIT mostraram que 26% necessitavam de intervenção (consumo de risco) e 0,6%, de encaminhamento para tratamento especializado (possível dependência), com preditores de sexo masculino (OR=2,33), alteração de pressão (OR=4,03) e RSACA (OR=2,34).

Nessa esteira, pesquisa realizada por Andrade et al. (2012) mostrou a prevalência de estudantes universitários a partir do ASSIST: 21,8% dos estudantes estavam envolvidos em uso perigoso de álcool - 19,2% faziam uso abusivo e 2,6% tinham dependência ao álcool. Mesmo que a prevalência tenha sido menor a partir deste instrumento de rastreio quando comparado aos dois citados acima, há ainda um número significativo de uso problemático entre a população indígena em relação à população de estudantes.

Silva et al. (2016) realizaram uma revisão integrativa acerca do ASSIST que se concentrou no auxílio da identificação e classificação do uso de substância psicoativa, tendo-se revelado importante no rastreamento do envolvimento com o álcool e outras drogas e efetiva no nível primário à saúde; ficou ressaltado que não foi encontrado nenhum estudo com indígenas utilizando-se esta ferramenta.

Ademais, mesmo que a QC tenha pontuado um escore de 1,7% a mais que o AUDIT quando considerado o uso problemático, evidenciou-se uma associação estatisticamente significativa quando realizado o cruzamento dos dois instrumentos; portanto, o uso problemático segundo o AUDIT foi mais comum em pessoas que fazem uso em binge com maior frequência durante o ano.

Quando estimada a média do padrão de uso de bebidas alcóolicas a partir do ASSIST, houve um decréscimo nas taxas de prevalência (26,6%) do uso problemático. Isto pode estar associado ao tempo em que se fez a avaliação, ou seja, apenas nos últimos três meses, quando muitos afirmaram ter bebido no decorrer do último ano ao serem questionados nos demais instrumentos (AUDIT e QC), mas ressaltaram que recentemente tinham abandonado o uso de bebida alcóolica devido à conversão de crença religiosa, pois se tornaram evangélicos.

O cruzamento do AUDIT com o ASSIST também apresentou associação significativamente estatística, relacionando-se o uso problemático nos dois instrumentos comparados, mesmo com métodos e avaliações de tempo diferenciado.

Devido à questão temporal, especula-se que a diminuição nos escores esteja associada à entrada das igrejas evangélicas nas aldeias, conforme Santiago (2004), uma vez que isto ocasionou mudanças comportamentais em diversos membros alguns deles se converteram e outros abandonaram a aldeia de origem por não concordar com a perda das tradições culturais, como as danças e beber o caxixi. Estudo de Carvalho Júnior (2005) mostra que os missionários religiosos penetram em diversas etnias indígenas e transformam as aldeias em locais de verdadeiros núcleos multiétnicos.

Em se tratando das variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com os instrumentos utilizados, destacou-se o sexo masculino, dado concordante com pesquisas já realizadas, tal como: o alcoolismo afeta cerca de 5% das mulheres e 15% dos homens na população brasileira acima de 15 anos de idade e na maioria dos países ocidentais (SIMÃO, 2000). Outro estudo mostra que os homens afirmaram uso perigoso de álcool mais frequentemente do que as mulheres (ANDRADE et al., 2012).

A prevalência da dependência de álcool foi de 17,1% para o sexo masculino e 5,7% para o feminino em uma amostra populacional brasileira de 8.589 entrevistados (GALDURÓZ; CAETANO, 2004); outro trabalho demonstrou que os homens (30,9%) estão em padrão de consumo de risco nocivo com maior frequência que as mulheres (12,7%) (RONZANI; FORMIGONI; MAGNABOSCO, 2007). Os dados nacionais de prevalência de dependentes em relação ao sexo apontam que a dependência é maior para o sexo masculino (19,5%) do que para feminino (6,9%) (CARLINI et al.., 2006).

Em se tratando da variável pensamento suicida, o consumo de álcool está relacionado às tentativas de suicídio, com aumento de sintomas depressivos e da impulsividade (WINHUSEN et al., 2013). A impulsividade pelo uso do álcool tem sido evidenciada na relação do uso com sintomas depressivos e propensão ao suicídio (ROCHA et al., 2015). Portanto, o suicídio e a depressão em adolescentes e adultos representam maior risco com uso indevido do álcool. A depressão em pacientes alcoolistas precede as tentativas de suicídio na maioria dos casos (KINK; NARDI; CRUZ, 2005).

A variável ser estudante encontrada nesta pesquisa corrobora trabalhos previamente realizados. Levantamento de Rinker e Neighbors (2013) apontou que os estudantes universitários têm sido foco de diversos estudos, principalmente pelo

uso abusivo e prejudicial do álcool, e buscou identificar o padrão de consumo e traçar medidas preventivas eficazes para minimização dos danos causados. Silva e Tucci (2016) detectaram consumo significativo entre os estudantes universitários e que entre os homens era mais prevalente (17,5%) quando em comparação às mulheres (8,1%), informação que concorda com a especificação de gênero já citada.

Outra variável que apresentou significância foi migração da aldeia de origem, ou seja, os indígenas que já migraram da aldeia de origem; isto está diretamente associado à aproximação das aldeias com a área urbana dos municípios, além de diversos fatores na esfera social, econômica, cultural e educacional (MELO et al;, 2011).

Essa migração é atrelada à própria história dos Karipuna e devido à localização desta comunidade ser perto da cidade de Oiapoque-AP, pois o contato dentro do território indígena atualmente é bastante facilitado, e sabe-se que esses contatos contribuíram para transformações ocorridas em seus hábitos de vida, dentre eles, o consumo de bebidas alcóolicas, tornando-se assim uma prática aceitável. Guimarães e Grubtis (2007) afirmam que o consumo se transforma em algo banal dentro das comunidades indígenas, quando o uso problemático de bebidas se torna trivial entre diversas etnias.

No tocante ao uso de preservativo, neste estudo esta variável se mostrou diferente dos demais; trabalho realizado por Mola et al. (2016), que buscou identificar os fatores associados ao não uso de preservativo e ao consumo de bebidas alcóolicas em adolescentes e jovens escolares, não mostrou associação significativa destas variáveis, portanto, o não uso de preservativos esteve associado com embriaguez nos últimos 30 dias, em meninas.

A hipertensão arterial é outro dado que se contrapõe à literatura existente, pois nesse estudo ter alteração de pressão mostrou associação com consumo problemático de álcool, enquanto Ferreira et al. (2017) mostraram que a prevalência de hipertensão arterial não foi diferente entre aqueles com risco de abuso de álcool (23%) e sem risco (29%). Portanto, foi identificada associação estatisticamente significante entre ter diagnóstico prévio de hipertensão e nenhum risco para consumo problemático.

Diante de toda esta conjuntura, demonstrou-se associação estatisticamente significativa com uso problemático de álcool, independentemente do instrumento de rastreio da variável relações sexuais após o consumo de álcool e outras drogas.

Constata-se que o consumo de substâncias psicoativas engajam os indivíduos com maior frequência em práticas sexual de risco (BERTONI et al., 2009), e as mudanças nos padrões de comportamento sexual dos indígenas são facilmente perceptíveis pela relação com os não índios e pela migração da aldeia de origem para as cidades circunvizinhas; esses fatores implicam novos riscos e em algumas situações levam à piora das condições de vida e de saúde; logo, aumenta-se a demanda pela assistência à saúde (COIMBRA JÚNIOR, 2003).

Consideram-se ainda a aproximação das áreas indígenas aos centros urbanos e a facilidade de entrada dos não índios nas aldeias, o que favorece tais mudanças pelo aumento de oferta à vida íntima e sexual e a todo o processo de vulnerabilidade (SANTOS et al., 2010). Diante do exposto, as relações sexuais entre os indígenas sofreram alterações pelo processo de mudança vivenciado.

Além disso, segundo Cadena (2013), os rituais de sexo nas aldeias são algo histórico - desde a chegada dos portugueses, quando estes raptavam meninas-moças - e os ritos sexuais eram estabelecidos entre os indígenas envolvendo-se todas as gerações. As relações sexuais eram estimuladas pelo uso de bebidas (cauim) e danças, com que as índias mais velhas, que eram abandonas pelos seus maridos, excitavam os meninos e assim mantinham o ato sexual; portanto, no auge da bebedeira o sexo era fácil e constante entre os indígenas, especulando-se assim os motivos de esta variável ser significativa quando comparada aos instrumentos de rastreio utilizado.

Pela ausência de instrumentos adaptados à cultura indígena, foram utilizados instrumentos pautados no modelo biomédico aplicado à população geral, mas foram levados em consideração os aspectos socioculturais de uso a fim de garantir maior veracidade nos resultados.

A falta de instrumento de rastreio adequado a essas populações tradicionais - como pode ser claramente evidenciado em estudo feito por Souza, Schweickardt e Garnelo (2007), que utilizou o *Cut down, Annoyed, Guilty, Eyer-opener (*CAGE) como instrumento de rastreio - leva à conclusão de que este é inadequado, pois se trata de um procedimento universal utilizado para identificar dependência e é preciso entender as situações sociais, pois essas condições são necessárias para adequar as respostas dos entrevistados. Na população do Alto Rio Negro consideram-se “beber problema” as pessoas que apresentam comportamento violento, as que são mau exemplo para os filhos e para a comunidade, aquelas que se esquecem de

seus atos após ingestão de substâncias alcóolicas, bem como as que apresentam comprometimento das atividades laborais.

Assim, a mensuração em álcool e outras drogas é relevante e mostra a necessidade de maior variedade de instrumentos confiáveis para uso na prática assistencial e no campo da pesquisa, pois estes facilitam a detecção dos comportamentos de risco, uso abusivo, dentre outros aspectos, além de nortear estratégia de prevenção e planejamento de tratamento e intervenção. Entretanto, é necessário adotar referenciais de adaptação cultural padronizados, que considerem o contexto biopsicossocial do uso problemático (CLARO et al., 2011).

Portanto, tais definições e instrumentos biomédicos não são os mais adequados para a realidade das comunidades indígenas pelo próprio uso/consumo nas situações tradicionais bem como pela diversidade cultural, pois os padrões de consumo variam entre as diversas etnias ou até mesmo entre as aldeias de um mesmo grupo étnico.

Há diferença entre dois conceitos que, de início, podem soar com a mesma significância: alcoolismo e processo de alcoolização. O conceito de alcoolismo é pautado no modelo biomédico, definido como uma doença de causa universal, ou seja, que se manifesta igualmente em todas as culturas. Esta definição é inspirada na ótica preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela medicina moderna, que trata o alcoolismo como uma doença crônica em que o indivíduo uma vez doente, sempre doente. O foco é o indivíduo, sem estabelecer conexões com o meio em que vive e em que a dependência alcóolica é um processo natural, incurável, podendo até mesmo ser diagnosticada pelo *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*–DSM ou pela *Classificação Internacional das Doenças* (CID) (LANGDON, 2005).

No que tange ao processo de alcoolização, estudo realizado por Dias (2013) afirma que o álcool não deve ser visto como uma simples ação farmacológica, pois além da ação da substância em cada pessoa há uma influência da cultura e da sociedade na qual o indivíduo se encontra inserido, gerando-se comportamentos que variam de acordo com o consumo específico de cada nicho cultural. Portanto, deve-se focar além dos malefícios físicos, com ênfase aos aspectos psicológicos e sociais, sem se esquecer da perspectiva histórica e cultural (MELO et al., 2011).

Estes argumentos demandam contextualizar o significado cultural pautado nos motivos, nas ocasiões de consumo e processos de beber/consumir drogas.

Antigamente o significado cultural operava como regulador do consumo abusivo, pois limitava a bebedeira à quantidade de bebida disponível, obrigando a uma pausa no consumo até um novo momento ritual. Tal forma de controle está sendo inviabilizada pela presença constante de substâncias alcoólicas no dia a dia das comunidades (SOUZA; GARNELO, 2007).

Deste modo, mesmo havendo diferenças dos padrões de consumo pela tradicionalidade e situações típicas do uso pelos indígenas, existem mudanças dentro das próprias aldeias em decorrência do consumo de bebidas alcóolicas, substância amplamente utilizada, sendo por isso a mais citada nesta pesquisa, e há a necessidade de reflexão sobre todas essas mudanças ocorridas dentro das comunidades indígenas.

Esta pesquisa não pretende rotular ou estigmatizar os indígenas como pessoas doentes e/ou alcoolistas, e sim nortear estratégias pautadas na compreensão de valores, atitudes e crenças indígenas, para que possam embasar ações e planejamentos de saúde, em todos os níveis de atenção.

Também se almeja que após a análise da conjuntura envolvida e refletindo-se a realidade do cotidiano dessa população específica, logicamente sem refutar os avanços já conquistados, que não sejam desconsideradas as perdas de costumes e tradições atualmente vividas por esse povo. Paralelamente a isso observou-se nas aldeias ora investigadas a existência de um movimento de resgate cultural e das tradições levado a efeito pelas lideranças indígenas e caciques por meio de constantes reuniões, assembleias e audiências públicas para tratar sobre o tema, bem como pela constante atuação da juventude indígena, a qual é encabeçada por discentes da graduação do curso de Licenciatura Intercultural Indígena da UNIFAP, tudo em busca de garantir melhorias para a população indígena a partir da conscientização sobre o consumo e uso de bebidas alcoólicas e outras drogas.

Isso posto, os dados foram utilizados de forma responsável e ética, mantendo-se a privacidade dos indígenas envolvidos nesse estudo, além do que ele trará notório benefício para o meio acadêmico e para esse povo pela disseminação dos resultados da presente pesquisa, já que é notória a carência de estudos ampliados que analisem e façam refletir sobre as condições de saúde e de vida dessa população tão específica e diferenciada.

7.3 CARACTERIZAÇÃO DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

Em se tratando da caracterização do consumo de álcool, algumas variáveis merecem uma breve discussão, tais como: ter a cerveja como bebida mais consumida só confirma o que já foi discutido anteriormente, o contato interétnico facilita a adoção de tal hábito, dado este que corrobora estudo de Kartz (2009), o qual assegura que os índios consomem as bebidas industriais, como cerveja ou cachaça.

Melo et al. (2011) apontaram que entre os Potiguara a bebida mais consumida é a cachaça (95,2%), seguida da cerveja (9,5%). A cerveja paulatinamente foi perdendo sua importância religiosa, porém não a ritualística, entre os grupos étnicos, pois adquiriu novos significados dentre os grupos sociais contemporâneos a ponto de abrandar a sede festiva das sociedades (MARCENA, 2015).

O uso das bebidas alcóolicas é cada vez mais precoce, com prevalência da faixa de idade de adolescentes e jovens adultos, o que concorda com o levantamento sobre padrões de consumo de álcool e outras drogas por Povos Indígenas que mostrou que os indivíduos que se encontram nas menores faixas de idade são os que mais consomem álcool (29,3%), em detrimento de pessoas na faixa dos 60 anos, cuja taxa é de 13,9% (SENAD, 2007).

O consumo quase sempre é influenciado por algum membro familiar ou pessoas de fácil convívio e afetividade, descrição esta que está em acordo com o estudo de Malta et al. (2011), no qual se afirma que a família é a base e o marco na vida das crianças e adolescentes e que as práticas parentais de uso de substâncias psicoativas, destacando-se o álcool, são fator influenciador na vida dos filhos. Assim, podem exercer influência de risco ou de proteção sobre os jovens.

Complementando esses dados, um estudo que objetivou averiguar a situação de vida, saúde e doença dos Potiguaras aldeados na Paraíba constatou que 41,8% dos entrevistados têm algum familiar que faz uso de álcool, e desse percentual 27,3% afirmam que a bebida ocasiona algum dano à família, causando até a morte, fato encontrado em 5,5% dos resultados (OLIVEIRA et al., 2012).

O consumo é mais comum dentro das aldeias em decorrência das festividades culturais e é claramente aumentado pela facilidade de aquisição das bebidas, como pode ser evidenciado nas respostas dos entrevistados, algo já relatado anteriormente neste trabalho, apesar de existir o conhecimento de senso

comum no município de Oiapoque-AP de que é proibida a venda de bebidas alcóolicas para os indígenas.

A lei *6.001/73* em seu *artigo 58* assevera que: “constituem crimes contra os índios e a cultura indígena – *III* – propiciar, por qualquer meio, a aquisição, o uso e a disseminação de bebidas alcoólicas, nos grupos tribais ou entre índios integrados”, com detenção de seis meses a dois anos. facilidade para

Durante a fase de levantamento dos dados da presente pesquisa a entrada de bebidas alcóolicas nas terras indígenas ficou evidente, bem como a facilidade para as consumir e adquirir na cidade para, assim, levá-las para as aldeias envolvidas, quer seja para consumo próprio e familiar ou mesmo para a comercialização, sem nenhuma fiscalização, o que faz com que esta prevalência seja significativa entre a população estudada.

No tocante aos malefícios ocasionados pelo uso de álcool, existe predominância nas respostas das pessoas questionadas de que nunca tiveram problemas em decorrência do uso de álcool; entretanto, quando questionados sobre os problemas que as bebidas alcoólicas podem causar na comunidade aldeada, existe a concordância de que este uso causa mudanças comportamentais, dificuldades de relacionamento social e principalmente problemas de ordem familiar.

Desta maneira as pessoas conseguem perceber os malefícios e a problemática oriundos do uso de bebidas alcóolicas quando se aborda o todo, ou seja, a população em geral das comunidades indígenas investigadas, mas isso não é visto como um problema único e isolado, quando se considera a maioria das respostas. Esta informação coaduna com estudo de Melo et al. (2011), que atesta que 27,3% dos pesquisados afirmaram que uso/abuso de bebidas alcóolicas traz problemas para toda a família, inclusive são informados casos de óbito, além de problemas físicos, em decorrência de quedas, por exemplo, e ainda de violência e desestruturação familiar.

A escolha da etnia Karipuna se deu pela proximidade desta com o estilo de vida do homem branco, que tem, pois, na facilidade de acesso às bebidas industrializadas uma das principais consequências dessa atual forma de contato interétnico, algo que contribuiu para que essa etnia passasse a apresentar maior prevalência dos padrões de consumo de álcool em detrimento das demais existentes na cidade de Oiapoque-AP, tornando-se, portanto, de extrema relevância a adoção

de políticas públicas imperativas e eficazes na prevenção ao uso/consumo de álcool neste referido nicho populacional.

7.4 PADRÃO DO USO DO TABACO EM INDÍGENAS DA ETNIA KARIPUNA

Em se tratando das demais drogas, apenas o tabaco apareceu nas respostas dos entrevistados; mesmo se valendo de uma abordagem cautelosa, os resultados apontam que 16% necessitam de intervenção breve e 0,6% de encaminhamento para tratamento especializado.

Estudo realizado por Lopes et al. (2014) que utilizou o ASSIST, em população distintas dos indígenas, para conhecer o padrão de consumo e expectativas em relação ao cigarro entre universitários observou que, entre os 95 entrevistados fumantes, 83% dos participantes apresentaram índice sugestivo de abuso e 15% de dependência. Portanto, a população Karipuna apresentou um percentual menor quando comparado à população de estudantes universitários.

Outro estudo que buscou os fatores associados ao abuso de drogas em uma população clínica a partir do ASSIST revelou que 70% dos participantes faziam uso ocasional do tabaco, 22,5%, uso abusivo, e 7,5% não responderam (PEUKER et al., 2010).

As únicas variáveis que apresentaram significância estatística com o uso de tabaco foram sexo e migração da aldeia de origem. Alguns homens que usam tabaco afirmaram que o consomem durante a atividade de pesca, pois a fumaça produzida pelo cigarro serve para repelir os insetos durante a labuta pesqueira.

Um estudo prévio apontou que a proporção dos indígenas fumantes é de 29,5%, superior à média da população geral brasileira (18,4%), sendo que a proporção dos homens é maior (37,6%) do que a das mulheres (21,6%); ao contrário é a proporção de mulheres que nunca fumaram (58,1%) em relação aos homens (37,9%) (BRASIL, 2009). Estes dados destoam dos encontrados nesta pesquisa, que mostra um percentual menor de fumantes.

Peuker et al. (2010) afirmam que 77,8% das mulheres fizeram uso ocasional e os homens, 66,7%; em se tratando do uso abusivo, o sexo feminino pontuou 22,2%, enquanto o sexo masculino, 33,3%.

O hábito de fumar entre os indígenas é bastante antigo, e o uso é predominante em rituais religiosos e de fumo. Posteriormente, o consumo se

espalhou e a finalidade do uso se modificou, sendo atualmente utilizado no dia a dia para recreação e prazer, além do uso ritualístico (MARQUES, 2012).

Em relação às demais drogas, nenhuma outra substância foi apontada; entretanto não se pode afirmar a partir deste estudo que não exista consumo de substâncias ilícitas dentro das aldeias Karipuna de Oiapoque-AP, levando-se em conta que o instrumento aplicado não apresentou a sensibilidade mínima em obter as respostas reais dos entrevistados; portanto, estes dados podem não refletir a situação real das comunidades aldeadas que foram pesquisadas. Esta é uma limitação do presente trabalho.

Abordar a temática de consumo de sustâncias psicoativas é algo tido pelo senso comum como “estigmatizante” mesmo entre a população não indígena, quiçá dentro de terras indígenas, as quais mantêm regras e normas culturais rígidas, além de esta temática ter um caráter pejorativo ainda bastante aumentado em face das penalidades impostas pelo uso de tais substâncias no âmbito das comunidades ora investigadas.

Por ocasião do levantamento em campo dos dados desta pesquisa, quando se questionava aos caciques sobre a disponibilidade de bebidas alcoólicas nas aldeias, parte deles relatou ser permitido o consumo dentro dos domicílios e sem algazarras, situações que têm sido de difícil controle em determinadas ocasiões, como, por exemplo, nos mutirões de limpeza.

Assim, o consumo claramente varia de aldeia para aldeia dependendo do tamanho destas, seu contexto, proximidade com a cidade e respeito à figura dos caciques e das lideranças indígenas, e tal situação se manifesta quando se indaga sobre o uso dessas substâncias. comunidades envolvidas,

Por fim, com base nos dados apresentados, mesmo se considerando os aspectos culturais, houve mudanças comportamentais significativas associadas aos padrões de consumo das substâncias psicoativas, e, conforme Mendonça (2010), os processos de saúde estão estritamente relacionados às modificações ocorridas ao longo do ciclo vital, modos e condições de vida, bem como pelo contato e conflitos estabelecidos com as comunidades envolvidas em que se destacam as comunidades indígenas e a sociedade branca circundante às aldeias investigadas.

Deste modo, os profissionais de saúde e os órgãos responsáveis pela tutela indigenista devem planejar medidas para minimizar os prejuízos vinculados a todo o processo já relatado neste estudo e que é vivenciado pelos indígenas no seu dia a

dia e, ainda, encadear as ações com práticas de saúde que compreendam o modelo biomédico pautado no diálogo, sem deixar de lado o contexto sociocultural, que é ligado aos padrões de consumo de substâncias psicoativas; caso contrário, não se lograrão êxitos nas medidas que vierem a ser adotadas.

Segundo Pereira et al. (2014), é necessário refletir sobre serviços de saúde com olhar diferenciado para os sujeitos indígenas a partir de suas diferenças e vulnerabilidades, permitindo-se assim uma aproximação que conduza a formação de vínculo e acolhimento.

Diante de tudo isso, mesmo para o uso problemático de bebidas alcóolicas em ocasiões pontuais é mister executar trabalhos preventivos e de minimização dos danos já causados na população ora estudada, além de ampliar as medidas a serem adotadas junto aos Karipuna para as demais etnias existentes no município de Oiapoque-AP, com consideração a todos seus aspectos socioculturais.

7.5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Em relação às limitações deste estudo, podem-se elencar: poucas recusas na amostra selecionada; quando se explicava a temática do estudo e por serem questionamentos de foro íntimo, utilizou-se uma abordagem cautelosa e esclarecedora; mesmo assim houve rejeição por parte de alguns indígenas. Logo na sequência era selecionado outro participante daquele núcleo familiar que tivesse sido sorteado.

As recusas quase sempre ocorriam por parte de pessoas do sexo masculino que estavam no trabalho (roça/mutirão) durante a realização das entrevistas, ou pelo fato de não aceitarem responder, pelo próprio processo cultural, a aspectos voltados à saúde, ou ainda pelo receio de sofrer alguma punição ao assumir o consumo de bebidas alcóolicas dentro da aldeia em que reside.

A recusa nas mulheres, quando acontecia, era algo imposto pelos parceiros, e não pela própria participante, por questão de ordem e obediência aos esposos/companheiros; elas acabavam por cumprir a vontade destes, o que pode ter contribuído para vieses nos resultados.

Houve ainda o viés de memória, quando se questionava sobre o consumo de álcool no último ano, e aí pode ter havido perda de respostas fidedignas por parte de alguns entrevistados.

Outra limitação significante foi a não autorização de todas as aldeias da etnia Karipuna para penetrar em seus territórios e realizar a pesquisa; a estimativa feita abrangeu as 12 aldeias participantes. Assim, foi utilizada uma amostra superior para não se perder a representatividade da população investigada.

A limitação mais significativa deste estudo foi a falta de instrumentos sensíveis e adequados para a população indígena a fim de minimizar os vieses ou de simplesmente não rotular os indígenas como pessoas doentes/alcoolistas. Foram levantados os aspectos socioculturais, o contexto de uso, e não apenas a quantidade ingerida, com o objetivo de garantir maior fidelidade nos dados encontrados, por isso se utilizaram os três instrumentos já informados para traçar um quadro comparativo do uso problemático de bebidas alcoólicas.

Em relação às demais drogas, também não existe um instrumento adaptado a este grupo populacional; portanto, foi aplicado o questionário a fim de investigar as demais substâncias psicoativas entre os indígenas Karipuna.

7.6 IMPLICAÇÕES DA PESQUISA PARA A PRÁTICA E O ENSINO

As implicações deste estudo para a prática assistencial ocorrem no sentido de contribuir para que órgãos e entidades que tratam da tutela indigenista, governamentais ou não, possam elaborar estratégias e políticas voltadas para o aprimoramento da saúde dessa população vulnerável, especificamente no que se refere ao uso de substâncias psicoativas, algo que proporcionará melhoria na qualidade de vida indígena e otimização do convívio coletivo nas aldeias investigadas pelo presente trabalho.

No que tange ao ensino, esta investigação científica serviu de instrumento educativo para a população das aldeias envolvidas na presente pesquisa, pois a quantificação do consumo de bebidas alcoólicas e tabaco obtida em tais nichos foi apresentada às comunidades pesquisadas por meio de ações cívico-sociais, palestras, ações educativas e reuniões com os caciques e lideranças indígenas na presença da própria comunidade aldeada, feitos elaborados de forma pública em escolas e centros comunitários (casa grande) com o objetivo de esclarecer e, acima de tudo, educar os indígenas quanto ao consumo e as consequências do uso abusivo de álcool e tabaco para o próprio indivíduo bem como para a coletividade em que se insere.

Para o ensino dos alunos do curso de enfermagem do Campus Binacional de Oiapoque-AP, principalmente os que participaram ativamente da coleta de dados, proporcionou-se claro aprendizado acerca da temática, além da possibilidade de execução de ações de enfermagem voltadas para a prevenção do uso de álcool e outras drogas junto a essa população; este foi um verdadeiro passo inicial para o debate e exploração de um tema que é pouco discutido nas grades curriculares dos cursos de graduação. Esta temática pode também ser estendida aos demais cursos de graduação em saúde, e não foi incluída neste âmbito devido à inexistência dessas áreas no Campus de Oiapoque.

Completando tudo isso, nosso estudo é associado ao projeto de extensão intitulado: Prevenção do Uso e Abuso de Álcool e Outras Drogas, executado no município de Oiapoque-AP, em que é permitida a participação direta dos discentes de enfermagem do citado Campus universitário em atividades que envolvam o importante tema, objeto do presente estudo.

7.7 CONTRIBUIÇÕES E AVANÇOS NO CONHECIMENTO

A partir dos dados encontrados, sobreleva-se a importância de aprimorar a área de adições dentro das comunidades indígenas, pois se trata de uma temática pouca explorada e que necessita de dados epidemiológicos para nortear ações e medidas futuras pautadas no contexto sociocultural vivenciado dentro de cada etnia indígena, tudo com vistas à prevenção ou mesmo à minimização dos danos causados pelo uso de álcool e outras drogas.

Este trabalho contribui para que novos instrumentos sejam criados, desenvolvidos e validados para o rastreio do consumo de substâncias psicoativas, de maneira sensível, para assim avançar em dados importantes e imperativos para uma melhoria na qualidade de vida dos povos indígenas e evitar ao máximo os possíveis danos advindos do uso problemático de drogas e bebidas alcóolicas.

Logo, a maior contribuição deste estudo foi a análise inicial dos padrões de consumo de substâncias psicoativas entre os Karipuna do município de Oiapoque-AP, e a partir dela se evidencia a demanda de investigação científica mais ampla direcionada às demais etnias deste município.

Visando a minimizar as limitações encontradas para o desenvolvimento desta pesquisa, sugere-se que em estudo futuros os entrevistadores, caciques e

lideranças indígenas realizem um trabalho maior de conscientização junto à população a ser investigada para que esta participe das entrevistas abordando a temática atrelada às questões culturais, de modo que os futuros participantes tenham melhor entendimento acerca da importância de pesquisas desta natureza.

Em relação aos homens, que tenham certeza de que não sofrerão punição em razão das respostas fornecidas, e para as mulheres, que haja um diálogo junto a seus respectivos esposos/companheiros de modo que possam se sentir seguras e responder aos questionamentos previstos nos instrumentos de rastreio.

Isso tudo implicará uma maior adesão dos indígenas, e os resultados obtidos serão mais fidedignos e eficazes, sempre tendo como pano de fundo o destaque da importância dos dados para a melhoria da qualidade de vida da comunidade indígena.

Por fim, em relação à falta de instrumentos, que pesquisas futuras sejam realizadas com a validação de instrumentos, por tratar-se de populações específicas com notórias diferenças culturais da população para a qual o questionário foi desenvolvido, sempre com a linguagem adaptada, bem como com a inclusão de questões sugeridas a partir desta experiência prévia.

CONCLUSÃO

8. CONCLUSÃO

Esta pesquisa buscou identificar os padrões de consumo de substâncias psicoativas e constatou que as drogas consumidas pela etnia Karipuna do município de Oiapoque-AP se limitaram ao álcool e tabaco, algo que ocorre pela própria concepção cultural dos indígenas, pois atestar o uso de substâncias ilícitas em qualquer indivíduo exige trabalho árduo, complexo e, principalmente, multidisciplinar, ainda mais quando existe toda essa problemática dentro das próprias aldeias indígenas, sendo isso um claro fator dificultador na obtenção de respostas fidedignas

Observa-se alta prevalência do consumo de álcool e tabaco, ainda que este último mostre um consumo menor quando comparado com a população em geral.

Os dados da amostra pesquisada são relevantes para a visibilidade da temática diante da escassez de estudos na área, bem como para incentivar e contribuir com o desenvolvimento de outras pesquisas junto aos indígenas Karipuna, o que proporcionaria o avanço de trabalhos científicos com as mais variadas etnias indígenas existentes, sendo esta a maior potencialidade do presente estudo.

Diante disso tudo se espera que os órgãos competentes para o assunto, juntamente com as equipes de saúde e as lideranças indígenas, deem maior visibilidade à área de saúde mental, com destaque para a problemática do uso de álcool e outras drogas, visando assim à tomada de medidas preventivas e de minimização dos danos causados por essas drogas e na busca por entender os fatores que contribuem para esse consumo, mesmo que na maioria das vezes ele ocorra em ocasiões pontuais, pois ainda nessas situações geram danos consideráveis à saúde do indígena, afetado diretamente, como também à própria aldeia na qual reside e mantém seus vínculos sociais e afetivos.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Anderson P, Chisholm D, Fuhr D. Effectiveness and cost-effectiness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. Lancet. 2009;373(9682):2234-46.

Andrade AG, Duarte PCVA, Barroso LP, Nishimura R, Alberghini DG, Oliveira LG. Use of alcohol and other drugs among Brazilian college students: effects of gender and age. Rev. Bras. Psiquiatr. 2012;34(3):294-305.

Armenta BE, Sittner Hartshorn KJ, Whitbeck LB, Crawford DM, Hoyt DR. A longitudinal examination of the measurement properties and predictive utility of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale among North American Indigenous adolescents. Psychol Assess. 2014;26(4):1347-55.

Associação dos Povos Indígenas do Oiapoque. Plano de vida dos índios e organizações indígenas do Oiapoque. Oiapoque: APIO; 2009.

Babor TH, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT, the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. 12.ed. Genebra: OMS; 2001.

Babor TF, Higgings-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool: roteiro para uso em atenção primária. Ribeirão Preto: Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade; 2003.

Babor TH, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT - Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool: Roteiro para Uso em Atenção Primária. Ribeirão Preto: PAI-PAD; 2008.

Bertoni N, Bastos FI, Mello MB, Makuch MY, Sousa MH, Osis MJ et al. Uso de álcool e drogas e sua influência sobre as práticas sexuais de adolescentes de Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Públ. 2009;25(6):1350-1360.

Bjerregaard P, Kue Young T, Dewailly E, Ebbesson SOB. Review Article: Indigenous health in the Arctic: an overview of the circumpolar Inuit population. Scandinavian journal of public health. Scand J Public Health. 2004;32(5):390-5.

Botti NCL, Castro NCL, Silva AK, Silva MF, Oliveira LC, Castro ACHOA, et al. Padrão de uso de álcool entre homens adultos em situação de rua de Belo Horizonte. SMAD, Rev. Eletr. Saúde Mental Álcool Drogas. 2010;6(n. esp.):536-55.

Brasil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 6.001 de dezenove de dezembro de 1973. Brasília: SAJ; 1973.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº304/00 de nove de agosto de 2000. Brasília: MS; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466 de doze de dezembro de 2012. Brasília: MS; 2012.

Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas. Brasília: SENAD; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

Cadena N. A vaidade das moças e os rituais do sexo entre os indígenas que residiam na Bahia. Available from: http://blogs.ibahia.com/a/blogs/memoriasdabahia/2013/04/18/semana-do-indio-a-vaidade-das-mocas-e-os-rituais-do-sexo-entre-os-indigenas-que-residiam-na-bahi.

Carvalho Júnior AD. Índios cristãos: a conversão dos gentios na Amazônia portuguesa [tese]. Universidade Estadual de Campinas; 2005.

Carvalho NS, Cho R, Flores LP. DST em populações indígenas no Brasil – análise crítica e revisão de literatura. J Bras Doenç Sex Trans. 2011;23(3):142-5.

Chaves MBG, Cardoso AM, Ferreira SMB. Problemas relacionados ao uso de álcool entre indígenas Guarani no estado do Rio de Janeiro: uma experiência de abordagem terapêutica integrada In: Souza MLP. Processo de Alcoolização Indígena no Brasil: perspectivas plurais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 213-28.

Claro HG, Oliveira MAF, Almeida MM, Vargas D, Plaglione HB. Adaptação cultural de instrumentos de coleta de dados para mensuração em álcool e drogas. SMAD, Rev Elet Saúde Mental Álcool Drog. 2011;7(2):71-7.

Coimbra Júnior CEA. Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil. Documento de Trabalho. 2003;7.

Coimbra Júnior CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2000;5(1):125-32.

Coimbra Júnior CEA, Santos RV, Escobar AL. Epidemiologia e saúde dos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

Coimbra Júnior CEA, Santos RV, Escobar AL (orgs.). Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/ABRASCO; 2005.

Dias LF. Uso e abusos de bebidas alcóolicas segundo os povos indígenas do Uaçá. In: Labate BC, Goulart SL, Fiore M, MacRae M, Carneiro H. Drogas e cultura: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA; 2008. p. 199-217.

Dias LF. Consumo de bebidas alcóolicas entre os povos indígenas do Uaçá. In: Souza MLP. Processo de Alcoolização Indígena no Brasil: perspectivas plurais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p.107-24.

Ferreira AA, Souza Filho ZA, Gonçalves MJF, Santos J, Pierin AMG. Relationship between alcohol drinking and arterial hypertension in indigenous people of the Mura ethnics, Brazil. PLoS ONE. 2017;12(8):17p.

Ferri EK, Gomes AM. Doenças sexualmente transmissíveis e Aids entre indígenas do Distrito Sanitário Especial Indigena do Mato Grosso do Sul de 2001 a 2005. Saúde Coletiva. 2011;8(47):7-12.

Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Johnson K, London R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers: a randomized controlled trial in community-based primary care practices. JAMA. 1997;277(13):1039-45.

Fortes JR. Diagnóstico do alcoolismo. In: Fortes JR, Cardo WN. Alcoolismo: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Sarvier; 1991. p. 29

Galduróz JCF, Caetano R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. Rev Bras Psiquiatria. 2004;26(1):3-6.

Galduróz JCF. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil : estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas/UNIFESP; 2006.

Gallois DT. Terras ocupadas? Territórios? Territorialidades. In: Ricardo F (org.). Terras indígenas e unidades de conservação da natureza: o desafio das sobreposições. São Paulo: Instituto Socioambiental; 2004.p. 37-41

Ghiggi Júnior A, Langdon EJ. Reflections on intervention strategies with respect to the process of alcoholization and self-care practices among Kaingang indigenous people in Santa Catarina State, Brazil. Cad Saúde Pública. 2014;30(6):1250-58.

Governo do Estado do Amapá. [Internet] 2015 [citado 2015 ago 15]. Disponível em: http://www.amapa.gov.br/.

Guimarães LAM, Grubits S. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. Psicol Soc, 2007;19(1):45-51

Heckmann W, Silveira CM. Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. In: Andrade AG, Anthony JC, Silveira CM. Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. Barueri: Minha Editora; 2009. p. 67-87.

Henrique IFS, Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLOS. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). Rev Assoc Med Bras. 2004;50(2):199-206.

Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG. Delineando a pesquisa clínica. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília; 2010. [citado em 2016 fev 20]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília; 2017. [citado em 2017 nov 25]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/.

Instituto Iepé [Internet]. 2015 [citado 2015 nov 23]. Disponível em: http://www.institutoiepe.org.br/area-de-atuacao/povos-indigenas/.

Katz E. Alimentação indígena na américa latina: comida invisível, comida de pobres ou patrimônio culinário? Espaço Ameríndio. 2009;3(1):25-41.

King ALS, Nardi AE, Cruz MS. Risco de suicídio em paciente alcoolista com depressão. J Bras Psiquiatr. 2006;55(1):70-3.

Langdon EJ. O que beber, como beber e quando beber: o contexto sociocultural no alcoolismo entre as populações indígenas. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Anais do Seminário sobre Alcoolismo e Vulnerabilidade às DST/AIDS entre os Povos Indígenas da Macrorregião Sul, Sudeste e Mato Grosso do Sul; 2001. p. 83-97.

Langdon EJ. O abuso de álcool entre os povos indígenas no Brasil: uma avaliação comparativa. Tellus. 2005;8-9:103-24.

Laranjeira R (org.). II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas/UNIFESP; 2014.

Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R (orgs.). I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.

Laranjeira R, Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Caetano R. Padrão de uso de álcool em brasileiros adultos. Rev Bras Psiquiatr. 2010;32(3):231-41.

Lopes F, Cunha SM, Zibetti M, Bizarro L. Padrão de consumo e expectativas em relação ao cigarro entre universitários. Psic., Saúde & Doenças. 2014;15(2):439-53.

Maciel ME. Tradução, adaptação cultural e validação da questão-chave para rastreamento do uso de risco de álcool para o português [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2017.

Malta DC, Porto DL, Melo FCM, Monteiro RA, Sardinha LMV, Lessa BH. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. Rev Bras Epidemiol. 2011;14(supl. 1):166-77.

Marcena A. Cerveja, embriaguez e sociedade: tríade que reúne humano há séculos. Arq Bras Alim. 2015;1(1):65-84.

Marques RP. Um estudo de caso sobre o fumo, o uso dos cachimbos e as práticas de fumar entre os Mbyá-guarani (RS). Espaço Ameríndio. 2012;6(1):97-118.

Medeiros ACLV. O consumo de bebida alcoólica e o trabalho no povo indígena Xukuru do Ororubá [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2011.

Melo JRFD, Maciel SC, Oliveira RCC, Silva AO. Implicações do uso do álcool na comunidade indígena Potiguara. Physis. 2011;21(1):319-33.

Mendes LSA, Pontes FAR, Silva SSC, Bucher-Maluschke JSNF, Reis DC, Silva SDB. Inserção ecológica no contexto de uma comunidade ribeirinha amazônica. Interam J Psychol. 2008;42(1):1-10.

Mendonça S. A Saúde mental e os povos indígenas: reflexões e práticas no contexto do Programa de Saúde da Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP) no Parque Indígena do Xingu. 2010. [citaded 5 jul 2017]. Available from: file:///C:/Users/Diego/Downloads/indigenassofiamendonca.pdf.

Mitchell AJ, Brid V, Rizzo M, Hussain S, Meader N. Accuracy of one or two simple questions to identify alcohol-use disorder in primary care: a meta-analysis. Br J Gen Pract. 2014;64(624):408-8.

Moghaddam JF, Dickerson DL, Yoon G, Westermeyer J. Nicotine dependence and psychiatric and substance use disorder comorbidities among American Indians/Alaska Natives: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Drug Alcohol Depend. 2014;(144):127-33.

Mola R, Pitangui ACR, Barbosa SAM, Almeida LS, Sousa MRM, Pio WPL et al. Uso de preservativo e consumo de bebida alcoólica em adolescentes e jovens escolares. Einstein (São Paulo). 2016;14(2):143-51.

Oiapoque (Município). Fundação Nacional do Índio. População DSEI Amapá e Norte do Pará; 2015.

Oliveira M. Alcoolismo entre os Kaingáng: do sagrado e lúdico à dependência. In: Seminário sobre Alcoolismo e Vulnerabilidade às DST/Aids entre os Povos Indígenas da Macrorregião Sul, Sudeste e Mata Grosso do Sul. Brasília; 2001.

Oliveira CS, Lotufo Neto F. Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. Rev Psiquiatr Clín. 2003;30(1):4-10.

Oliveira RCC, Silva AO, Maciel SC, Melo JRF. Situação de vida, saúde e doença da população indígena Potiguara. Rev Min Enferm. 2012;16(1):81-90.

Organização Mundial da Saúde. Assist Working Group, Ali R, Awwad E, Babor T, Bradley F, Butau T, Farrell M, Formigoni MLOS, Isralowitz R, Lacerda RB, Marsden BM, Mcree B, Monteiro M, Pal H, RubioStipec M, Vendetti J: The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. Addiction. 2002;97:1183-94.

Pascal R, Chikritzhs T, Gray D. Estimating alcohol-attributable mortality among Indigenous Australians: Towards Indigenous-specific alcohol aetiologic fractions. Drug and alcohol review. 2009;28(2):196-200.

Pena JL. Os índios Maxakali: a propósito do consumo de bebidas de alto teor alcoólico. Rev Estud Pesq (Fundação Nacional do Índio). 2005;2(2):99-121.

Pereira PPS, Ott AMT. O processo de alcoolização entre os Tenharim das aldeias do rio Marmelos, AM, Brasil. Interface. 2012;16(43):957-66.

Pereira ÉR, Biruel EP, Oliveira LSS, Rodrigues DA. A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. Saude Soc. 2014;23(3):1077-90.

Peuker AC, Rosemberg R, Cunha SM, Araujo LB. Fatores associados ao abuso de drogas em uma população clínica. Paidéia. 2010;20(46):165-73.

Rocha CN, Silveira DB, Camargo RS, Fernandes S, Ferigolo M, Barros HMT. Risco de suicídio em dependentes de cocaína com episódio depressivo atual: sentimentos e vivências. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2015;11(2):78-84.

Roche AM, Duraisingam V, Trifonoff A, Tovell A.The health and well-being of Indigenous drug and alcohol workers: Results from a national Australian survey. Journal of substance abuse treatment, 2013;44(1):17-26

Rodrigues E. Oiapoque: conheça o Amapá. 2016. Available from: http://www.amapadigital.net/oiapoque.php.

Rogerson B, Copeland J, Buttner P, Cadet-James Y, Sarnya Z, Clough R. An exploratory study of cannabis withdrawal among Indigenous Australian prison inmates: study protocol. Bmj Open. 2013;3(5):9p.

Rinker DV, Neighbors C. Social influence on temptation: Perceived descriptive norms, temptation and restraint, and problem drinking among college students. Addictive Behaviors.2013;38(12):2918-23.

Ronzani TM, Formigoni MLOS, Magnabosco MB. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). Rev Bras Epidemiol. 2007;10(4):637-47.

Sanchez Z. A prática de binge drinking entre jovens e o papel das promoções de bebidas alcoólicas: uma questão de saúde pública. Epidemiol Serv Saude. 2017;26(1):195-8.

Sanchez ZM, Locatelli DP, Noto AR, Martins SS. Binge drinking among Brazilian students: a gradient of association with socioeconomic status in five geo-economic regions. Drug Alcohol Depend. 2013;127(1-3):87-93.

Santiago A. Índios deixam costumes tradicionais e viram evangélicos em aldeia do Amapá. 2014. Available from: http://g1.globo.com/ap/amapa/noticia/2014/06/indios-deixam-costumes-tradicionais-e-viram-evangelicos-em-aldeia-no-ap.html.

Santos VL, Bermúdez XP, Toledo LM, Cruz MM, Moreira E. Reflexões sobre as políticas de controle das DST e Aids na população indígena. Rev Tempus. 2010;4(2):89-100.

Santos CCAA. Identificação da microbiota e caracterização físico-química da bebida fermentada caxiri produzida pelo povo Juruna (Yudjá), Mato Grosso, Brasil [dissertação]. Lavras: Micorbiologia Agrícola, Universidade Federal de Lavras; 2010.

Santos RV, Coimbra Júnior. CEA. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: Coimbra Júnior CEA, Santos RV, Escobar AL (orgs.). Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 13-47.

Seale JP, Shellenberger S, Rodriguez C, Seale JD, Alvarado M. Alcohol use and cultural change in an indigenous population: a case study from Venezuela. Alcohol and Alcoholism. 2002;37(6):603-08.

Seibel SD, Toscano Júnior A. Conceitos básicos de classificação geral das substâncias. In: Seibel SD, Toscanp Jr A.Dependência de drogas. São Paulo: Atheneu; 2001, p.1-6.

Simão MO. Mulheres e homens alcoolistas: um estudo comparativo de fatores sociais, familiares e de evolução. Interface. 2000;4(7):147-8.

Silva AC, Lucchese R, Vargas LS, Benício PR, Vera I. Aplicação do instrumento Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): uma revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(1):e52918.

Silva ÉC, Tucci AM. Padrão de consumo de álcool em estudantes universitários (calouros) e diferença entre os gêneros. Temas Psicol. 2016;24(1):313-23.

Souza JA, Aguiar JI. O alcoolismo em população Terena no Estado do Mato Grosso do Sul: impacto da sociedade envolvente. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Anais do Seminário sobre Alcoolismo e Vulnerabilidade às DST/AIDS entre os Povos Indígenas da Macrorregião Sul, Sudeste e Mato Grosso do Sul; 2001. p. 149-165.

Souza MLP, Deslandes SF, Garnelo L. Modos de vida e modos de beber de de jovens indígenas em um contexto de transformações. Cienc Saude Colet. 2010;15(3):709-16.

Souza MLP, Garnelo L. Quando, como e o que se bebe: o processo de alcoolização entre populações indígenas do alto Rio Negro, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2007;23(7):1640-48.

Souza JA, Oliveira M, Kohatsu M. O uso de bebidas alcóolicas nas sociedades indígenas: algumas reflexões sobre os Kaingáng da bacia do rio Tibagi, Paraná. In: Coimbra Júnior CEA, Santos RV, Escobar AL (orgs.). Epidemiologia e saúde dos povos indígenas do Brasil [on line]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: ABRASCO; 2005. 260 p.

Souza MLP, Schweickart JC, 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 Psiquiatr. Clín. 2007;34(2):90-6.

Taborda WC, Ferreira SC, Rodrigues D, Stévale JN, Baruzzi RG. Rastreamento do câncer de colo uterino em índias do Parque Indígena do Xingu, Brasil Central. Rev Panam Saúde Pública. 2000;7(2):92-6.

Tassanari A. Os Karipuna do Amapá. In: Vidal LB, Levinho JC, Grupioni LDB (orgs.). A presença do invisível: vida cotidiana e ritual entre os povos indígenas de Oiapoque. Rio de Janeiro: Iepé/Museu do Índio; 2016.

UNIFAP. Plano de desenvolvimento do campus binacional do Oiapoque. 2016**.** Campus binacional do Oiapoque da universidade Federal do Amapá. Oiapoque 2016.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. Viena: World Drug Report; 2017.

Vargas D, Bittencourt MN, Barroso LP. Padrões de consumo de álcool de usuários de serviços de atenção primária à saúde de um município brasileiro. Ciênc. Saúde Colet. 2014:19(1):17-25.

Viertler RB. Alcoolismo entre os Bororos. In: Canesqui AM (org.). Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 243-61.

Winhusen TM, Somoza EC, Lewis DF, Kropp FB, Horigian VE, Adinoffd B. Frontal Systems Deficits in Stimulant-Dependent Patients: Evidence of Pre-illness Dysfunction and Relationship to Treatment Response. Drug Alcohol Depend. 2013;127(1-3):94–100.

World Health Organization. Brief Intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care; 2001. (Department of Mental Health and Substance Dependence, 53).

World Health Organization. Global Report on Alcohol. Geneva: World Health Organization; 2014.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A: Questionário

QUESTIONÁRIO CARACTERIZAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS, COMPORTAMENTAIS E DE PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL EM POVOS INDÍGENAS DA ETNIA KARIPUNA DO MUNICÍPIO DO OIAPOQUE.

(1) Nº de ordem do entrevistado: | **(2) Aldeia:** | **(3) Nº do Domicilio:** | **(4) Nº de pessoas no domicilio:**

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

(5) Nome do entrevistado: | **(6) Data de nascimento:** _____/_____/_____ | **(7) Idade:** _____ anos | **(8) Sexo:** ☐ M ☐ F

(9) Estado civil:
☐ Solteiro ☐ União consensual/amigado(a) ☐ Casado(a) ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a) ☐ Não informado

(10) Religião:
☐ Católico ☐ Evangélico ☐ Espírita ☐ Umbanda
☐ Outra - especificar:

(11) Ocupação:
☐ Nenhuma ☐ Estudante ☐ Aposentado(a)
☐ Ativo – especificar:

(12) Escolaridade:
☐ Analfabeto ☐ Ensino fundamental incompleto ☐ Ensino fundamental completo ☐ Ensino médio incompleto ☐ Ensino médio completo
☐ Curso técnico ☐ Ensino superior incompleto ☐ Ensino superior completo ☐ Pós-graduação - especificar:

(13) Exerce atividade remunerada? ☐ Sim ☐ Não
Valor da renda: ☐ Até R$937,00 ☐ R$938,00 a R$ 1.874,00 ☐ R$1.875,00 a R$2.811,00 ☐ R$2.812,00 a R$ 3.748,00 ☐ Mais de R$3.749,00
Benefício

(14) Processo de migração – Mora no território indígena da etnia Karipuna desde que nasceu?
☐ Sim – Pular para 17 ☐ Não mora desde que nasceu - Quantos anos mora no território indígena? _____ ☐ Não informado

(15) Onde você morou antes de vir para o território indígena?
☐ Em outro território indígena no norte ☐ Em outro território indígena fora do norte ☐ No norte em área urbana
☐ No norte em área rural ☐ Fora do norte em área urbana ☐ Fora do norte em área rural

(16) Por que veio/voltou a morar em terra indígena da etnia Karipuna?
☐ Reconquista de território indígena ☐ Constituição de família ☐ Conflito interno da comunidade de residência anterior
☐ Transferência do trabalho ☐ Falta de alimentos ☐ Procura de trabalho
☐ Procura de melhores de condições de vida ☐ Acompanhar familiares ☐ Sem razão aparente
☐ Outra razão: _____

(17) Sempre morou nessa aldeia?
☐ Sim – Há quanto tempo?
☐ Não - Em qual (is) aldeia(s) já morou?
☐ Não informado

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E COMPORTAMENTAL

(18) Você tem alteração da pressão? ☐ Sim ☐ Não ☐ Desconhece

(19) Você tem diabetes? ☐ Sim ☐ Não ☐ Desconhece

(20) Você tem depressão? ☐ Sim ☐ Não ☐ Desconhece

(21) Pensou alguma vez em tirar a própria vida (suicídio)?
☐ Pensou uma vez ☐ Pensou até 3 vezes ☐ Pensou mais de 3 vezes ☐ Não

(22) Tentou alguma vez tirar a própria vida (suicídio)?
☐ Tentou uma vez ☐ Tentou mais de uma vez ☐ Não

(23) Você faz relações sexuais/amorosas com uma ou mais pessoas?
☐ Só com uma ☐ Com mais de uma ☐ Não informa

(24) Você usa camisinha na hora do sexo?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não informa

(25) Você já foi diagnosticado com alguma doença sexualmente transmissível: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não informa

(26) Você é portador de HIV/AIDS?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não informa

(27) Você já teve relações sexuais depois de consumir álcool ou outras drogas?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não informa

PADRÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL

(28) Você consome alguma bebida alcóolica? ☐ Sim ☐ Não – Pular para questão 41 (ADF)

(29) Qual (is) o (s) tipo (s) que você geralmente consome? Múltiplas escolhas – Marque com "x"
☐ Cerveja ☐ Pinga/cachaça ☐ Vinho ☐ Vodca ☐ Rum ☐ Conhaque ☐ Bebidas "ice" ☐ Uísque ☐ Caxixi
☐ Outro – Declarar: _____

(30) Qual das bebidas você consome em maior quantidade e/ou frequência? Escolha única
☐ Cerveja ☐ Pinga/cachaça ☐ Vinho ☐ Vodca ☐ Rum ☐ Conhaque ☐ Bebidas "ice" ☐ Uísque ☐ Caxixi
☐ Outro – Declarar: _____

(31) Quantos anos você tinha (aproximadamente) quando começou a consumir bebidas alcóolicas? (Não considerar às vezes em que o questionado experimentou 1 ou 2 goles)
Idade de início: _____ anos

(32) Qual foi o ambiente/local que teve acesso o primeiro contato com a bebida alcóolica?
☐ Em casa ☐ Casa de parentes ☐ Casa de amigos ☐ Escola ☐ Locais próximos à escola ☐ Bares ☐ Trabalho ☐ Praça/lugar público
☐ Festas sociais ☐ Festividades religiosas ☐ Outro: _____

(33) Este (local de primeiro contato com a bebida) fica aqui mesmo na aldeia?
☐Sim, foi aqui ☐Não, foi na cidade ☐Não, foi na BR/Rodovia

☐Não, foi em outra aldeia – Qual aldeia? _____ ☐Não, foi em outro lugar. Onde? _____

(34) Em qual local costuma consumir bebida alcóolica? – Múltipla escolha.
☐Em casa ☐Casa de parentes ☐Casa de amigos ☐Escola ☐Locais próximos à escola ☐Bares ☐Trabalho ☐Praça/lugar público

☐ Festas sociais ☐ Festividades religiosas ☐Outro:

(35) Qual o local onde você mais consome? – Escolha única.
☐Em casa ☐Casa de parentes ☐Casa de amigos ☐Escola ☐Locais próximos à escola ☐Bares ☐Trabalho ☐Praça/lugar público

☐ Festas sociais ☐ Festividades religiosas ☐Outro._____

(36) Este (local onde costuma beber com mais frequência) fica aqui mesmo na aldeia?
☐Sim, fica aqui ☐Não, fica na cidade ☐Não, fica na BR/Rodovia

☐Não, fica em outra aldeia – Qual aldeia? _____ ☐ Não, foi em outro lugar. Onde? _____

(37) Onde costuma comprar/adquirir a bebida alcóolica? - Múltiplas escolhas
☐Postos de gasolina ☐Rodovia ☐Bares ☐Casa de amigos ☐Casa de parentes ☐Locais próximos à escola ☐Trabalho
☐Festas ☐Mercados
☐Outros_____

(38) Quando você quer comprar/adquirir a bebida alcoólica, qual o local mais fácil para aquisição/compra? – Escolha única
☐Postos de gasolina ☐Rodovia ☐Bares ☐Casa de amigos ☐Casa de parentes ☐Locais próximos à escola ☐Trabalho
☐Festas ☐Mercados
☐Outros_____

(39) A bebida já causou ou cause a você problema (s) como: **Múltiplas escolhas**

☐Mudanças de comportamento e violência
☐Dificuldades de relacionamento na comunidade
☐Problemas familiares
☐Dificuldades no trabalho
☐Prejuízo nas atividades profissionais (baixo rendimento, faltas, demissões, brigas, irritações).
☐Acidentes de trabalho
☐Prejuízo nas atividades escolares (pouco rendimento, faltas, reprovações)
☐Falta de interesse em participar nos eventos e rituais religiosos
☐Acidentes (quedas, automóveis, motos, domésticos)
☐Problemas de saúde
☐A bebida nunca me causou problemas
☐Outros

(40) Qual (is) motivo (s) que você considera que o levou (aram) a beber? **Múltiplas escolhas**

☐Dificuldades financeiras
☐Problemas afetivos
☐Problemas/falecimento de familiares
☐Falta ou dificuldade de acesso á educação
☐Grupo de amizades
☐Falta ou dificuldade de arranjar trabalho
☐Condições de trabalho ruins/precárias/difíceis
☐Consumo de álcool por algum familiar
☐As influências culturais do homem branco
☐Desrespeito a cultura indígena pelos índios
☐Desigualdades de distribuição de recursos na etnia
☐Vontade própria
☐Provei e gostei (sinto prazer)
☐Os rituais festivos da aldeia
☐Outros

(41). Alguém da sua família consome ou já consumiu bebida alcóolica?
☐Sim ☐Não – Pular para questão 43 ☐Não informado - Pular para questão 43

(42) Qual (is) a (s) pessoa (s) da sua família que consome (m) ou consumiu (ram) bebida alcóolica? Múltipla escolha

☐Mãe
☐Pai
☐Avô/Avó
☐Filho (a)
☐Primo (a)
☐Tio (a)
☐Sobrinho (a)
☐Irmã (o)
☐Marido/esposa/companheiro (a)
☐Padrasto/Madrasta
☐Cunhado (a)
☐Genro/Nora
☐Representante legal ou não legal

(43) Você considera o uso de bebidas alcóolicas um problema na sua comunidade? ☐Sim ☐Não (Encerra o questionário)

(44) Na sua opinião qual (is) problema (s) que o consumo de bebida alcóolica pode causar? **Múltiplas escolhas**

☐Mudanças de comportamento
☐Dificuldades de relacionamento na comunidade
☐Problemas familiares
☐Dificuldades de conseguir emprego
☐Prejuízo nas atividades profissionais (baixo rendimento, faltas, demissões, brigas, irritações)
☐Acidentes de trabalho
☐Dificuldades de acesso à escola
☐Prejuízo nas atividades escolares (pouco rendimento, faltas, reprovações)
☐Falta de interesse em participar nos eventos e rituais religiosos
☐Acidentes (quedas, automóveis, motos, domésticos)
☐Problemas de saúde
☐Outros _____

SINGLE QUESTION

Quantas vezes o ano passado você bebeu (5 doses se for homem ou 4 doses se for mulher), ou mais de bebida alcoólica no mesmo dia? _____

Definição de dose: **Cerveja** = 1 lata de 350 mL; **Vinho** = 1 taça de 90 mL; **Destilado** = Xícara ou copinho de 30 mL; **Bebida** Ice = 1 lata de 200 a 300 mL.

Entrevistador:

Data: _____ / _____ / 2017

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos o Sr (a) para participar da pesquisa intitulada “Padrões do consumo de substâncias psicoativas em comunidades indígenas da etnia Karipuna do município do Oiapoque-AP”. Faz- se necessário buscar esses dados para que se permita conhecer a realidade dos padrões do consumo de álcool e outras drogas nas comunidades indígenas e assim contribuir para o fortalecimento da temática indígena nos órgãos responsáveis visando ações que promovam saúde e previnam agravos.

Será aplicado um questionário na própria aldeia (residência) com perguntas relacionadas a esta temática com duração de aproximadamente de 30 minutos. Vale lembrar que abordar a temática de álcool e outras drogas é algo que pode trazer desconforto, portanto será utilizada uma abordagem com maior privacidade e sigilo das respostas dadas e caso não se sinta à vontade de prosseguir com o estudo, o mesmo será interrompido. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Você é livre para expressar suas ideias e poderá fazer questionamentos acerca do estudo e sobre sua participação nele. Se tiver alguma dúvida procuraremos esclarecê-la em qualquer fase da pesquisa. A sua participação é voluntária, sendo assim você não é obrigado a participar do estudo. Você tem o direito de abandonar a pesquisa em qualquer etapa, e em momento algum isso lhe trará penalidades ou constrangimentos, portanto se você se negar a participar da pesquisa ou interrompê-la, não sofrerá nenhum prejuízo. Seu anonimato e privacidade serão garantidos em todas as fases da pesquisa.

Será garantido aos participantes o acesso aos resultados da pesquisa e na apresentação dos resultados será preservado o anonimato dos participantes, considerando que em comunidades pequenas, terá o cuidado para que a apresentação dos resultados não permita a identificação individual.

Os dados da pesquisa presente serão registrados; posteriormente, no momento em que forem publicados em alguma revista, seus nomes não constarão nos registros. Assim, a sua identidade não será revelada em nenhum momento, nem mesmo na fase de publicação do estudo. Você não terá nenhuma despesa neste estudo nem receberá algum benefício financeiro.

O Termo de Consentimento deve ser rubricado em todas as páginas e assinado em duas vias, pois uma via ficará em seu poder e a outra será arquivada pela pesquisadora deste estudo. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos pesquisadores responsáveis pela investigação para

esclarecimento de dúvidas. O principal pesquisador é o Sr. Divane de Vargas que pode ser encontrado no endereço: Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 419 – Cerqueira César – São Paulo/SP, CEP: 05403-000, no telefone (011) 3061-7615 ou e-mail: vargas@usp.br e a pesquisadora coparticipante é Fernanda Matos Fernandes Castelo Branco que pode ser encontrada na Universidade Federal do Amapá – Campus Binacional localizado na BR 156 3051, Bairro Universidade, Oiapoque-AP, CEP: 68980-000, no telefone (96) 981072155 ou e-mail: fmfernandescb@unifap.br. Caso tenha alguma consideração ética ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – que tem como missão " ser responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos", portanto salvaguardar os direitos e a dignidade dos sujeitos da pesquisa e fica situado no seguinte endereço: Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 419 – Cerqueira César – São Paulo/SP, CEP: 05403-000, Telefone- (011) 3061- 8858 e-mail – cepee@usp.br. Ou com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP – Endereço: SEPN 510 Norte, Bloco A, 3º Andar, Edifício Ex-INAN/ Unidade II – Ministério da Saúde – Brasília/DF, CEP: 70750-521, Telefone (61) 33155878, E-mail: conep.cep@saude.gov.br. Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprovas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Eu, _____, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Oiapoque, ____/____/2017

_____
Assinatura do (a) participante

_____
Assinatura do (a) pesquisador (a)

APÊNDICE C

TERMO DE ASSENTIMENTO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa que tem por título: “Padrões do consumo de substâncias psicoativas em comunidades indígenas da etnia Karipuna do município do Oiapoque-AP”. Faz- se necessário buscar esses dados para que se permita conhecer a realidade dos padrões do consumo de álcool e outras drogas nas comunidades indígenas e assim contribuir para o fortalecimento da temática indígena nos órgãos responsáveis visando ações que promovam saúde e previnam agravos.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou prejuízos. Será garantido seu anonimato, ou seja, você não será identificado em nenhuma publicação.

Será garantido aos participantes o acesso aos resultados da pesquisa e na apresentação dos resultados será preservado o anonimato dos participantes, considerando que em comunidades pequenas, terá o cuidado para que a apresentação dos resultados não permita a identificação individual.

Este estudo poderá trazer desconforto ao abordar o tema do uso de álcool e outras drogas e caso não se sinta à vontade de prosseguir com o estudo, o mesmo será interrompido. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Será aplicado um questionário na própria aldeia (residência) com perguntas relacionadas a esta temática com duração de aproximadamente de 30 minutos.

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos.

O principal pesquisador é o Sr. Divane de Vargas que pode ser encontrado no endereço: Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 419 – Cerqueira César – São Paulo/SP, CEP: 05403-000, no telefone (011) 3061-7615 ou e-mail: vargas@usp.br e a pesquisadora coparticipante é Fernanda Matos Fernandes Castelo Branco que pode ser encontrada na Universidade Federal do Amapá – Campus Binacional localizado na BR 156 3051, Bairro Universidade, Oiapoque-AP, CEP: 68980-000, no telefone (96) 981072155 ou e-mail: fmfernandescb@unifap.br.

Caso tenha alguma consideração ética ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – que tem como missão “ ser responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos”, portanto salvaguardar os direitos e a dignidade dos sujeitos da pesquisa e fica situado no seguinte Endereço: Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 419 – Cerqueira César – São Paulo/SP,

CEP: 05403-000, Telefone- (011) 3061- 8858 e-mail – cepee@usp.br. Ou com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP – Endereço: SEPN 510 Norte, Bloco A, 3º Andar, Edifício Ex-INAN/ Unidade II – Ministério da Saúde – Brasília/DF, CEP: 70750-521, Telefone (61) 33155878, E-mail: conep.cep@saude.gov.br. Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprovas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Eu, _____, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Oiapoque, ____/____/2017

_____
Assinatura do (a) menor participante

_____
Assinatura do (a) responsável

_____
Assinatura do (a) pesquisador (a)

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RESPONSÁVEL)

Convidamos o Sr (a) a autorizar a participação do (a) seu filho (a) na pesquisa intitulada "Padrões do consumo de substâncias psicoativas em comunidades indígenas da etnia Karipuna do município do Oiapoque-AP". Faz- se necessário buscar esses dados para que se permita conhecer a realidade dos padrões do consumo de álcool e outras drogas nas comunidades indígenas e assim contribuir para o fortalecimento da temática indígena nos órgãos responsáveis visando ações que promovam saúde e previnam agravos.

Será aplicado um questionário na própria aldeia (residência) com perguntas relacionadas a esta temática com duração de aproximadamente de 30 minutos. Vale lembrar que abordar a temática de álcool e outras drogas é algo que pode trazer desconforto, portanto será utilizada uma abordagem com maior privacidade e sigilo das respostas dadas e caso seu filho (a) não se sinta à vontade de prosseguir com o estudo, o mesmo será interrompido. Apesar disso, o menor tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Seu filho (a) é livre para expressar as ideias dele (a) e poderá fazer questionamentos acerca do estudo e sobre a participação nele. Se tiver alguma dúvida procuraremos esclarecê-la em qualquer fase da pesquisa. A participação é voluntária, sendo assim o entrevistado não é obrigado a participar do estudo. Terá o direito de abandonar a pesquisa em qualquer etapa, e em momento algum isso lhe trará penalidades ou constrangimentos, portanto se seu filho (a) se negar a participar da pesquisa ou interrompê-la, não sofrerá nenhum prejuízo. O anonimato e privacidade serão garantidos em todas as fases da pesquisa.

Será garantido aos participantes o acesso aos resultados da pesquisa e na apresentação dos resultados será preservado o anonimato dos participantes, considerando que em comunidades pequenas, terá o cuidado para que a apresentação dos resultados não permita a identificação individual.

Os dados da pesquisa presente serão registrados; posteriormente, no momento em que forem publicados em alguma revista, os nomes não constarão nos registros. Assim, a identidade não será revelada em nenhum momento, nem mesmo na fase de publicação do estudo. Seu filho (a) não terá nenhuma despesa neste estudo nem receberá algum benefício financeiro.

O Termo de Consentimento deve ser rubricado em todas as páginas e assinado em duas vias, pois uma via ficará em seu poder e a outra será arquivada pela pesquisadora deste estudo. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos pesquisadores responsáveis pela investigação para esclarecimento de dúvidas. O principal pesquisador é o Sr. Divane de Vargas que pode ser encontrado no endereço: Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 419 – Cerqueira César – São Paulo/SP, CEP: 05403-000, no telefone (011) 3061-7615 ou e-mail: vargas@usp.br e a pesquisadora coparticipante é Fernanda Matos Fernandes Castelo Branco que pode ser encontrada na Universidade Federal do Amapá – Campus Binacional localizado na BR 156 3051, Bairro Universidade, Oiapoque-AP, CEP: 68980-000, no telefone (96) 981072155 ou e-mail: fmfernandescb@unifap.br.

Caso tenha alguma consideração ética ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – que tem como missão " ser responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos", portanto salvaguardar os direitos e a dignidade dos sujeitos da pesquisa e fica situado no seguinte – Endereço: Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 419 – Cerqueira César – São Paulo/SP, CEP: 05403-000, Telefone- (011) 3061- 8858 e-mail – cepee@usp.br. Ou com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP – Endereço: SEPN 510 Norte, Bloco A, 3º Andar, Edifício Ex-INAN/ Unidade II – Ministério da Saúde –

Brasília/DF, CEP: 70750-521, Telefone (61) 33155878, E-mail: conep.cep@saude.gov.br. Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprovas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Eu, _____, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Oiapoque, ____/____/2017

_____
Assinatura do (a) responsável participante

_____
Assinatura do (a) pesquisador (a)

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO AUDIT - (*Alcohol Use Disorders Indentification Test*)

Nome do entrevistado: _____ **Nº** _____ **Sexo:** ☐M ☐F

PARÂMETROS PARA A IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL	Nº da Opção
(1). Com que frequência toma bebidas alcoólicas? 0 – Nunca 1 – Uma vez por mês ou menos 2 – Duas a quatro vezes por mês 3 – Duas a três vezes por semana 4 – Quatro ou mais vezes por semana (Quase diariamente)	
(2). Quando você bebe, quantas doses você costuma tomar? 0 – De uma a duas doses 1 – Três ou quatro doses 2 – Cinco ou seis doses 3 – Sete a nove doses 4 – Dez ou mais doses	
(3). Com que frequência você toma seis ou mais doses numa única ocasião? 0 – Nunca 1 – Uma vez por mês ou menos 2 – Duas a quatro vezes por mês Se a soma desta pergunta 3 com a número 2 for igual a 0 pule à **9 e 10.** 3 – Duas a três vezes por semana 4 – Quatro ou mais vezes por semana (Quase diariamente)	
(4). Com que frequência, durante o último ano, você achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar a beber? 0 – Nunca 1 – Uma vez por mês ou menos 2 – Duas a quatro vezes por mês 3 – Duas a três vezes por semana 4 – Quatro ou mais vezes por semana (Quase diariamente)	
(5). Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida? 0 – Nunca 1 – Uma vez por mês ou menos 2 – Duas a quatro vezes por mês 3 – Duas a três vezes por semana 4 – Quatro ou mais vezes por semana (Quase diariamente)	
(6). Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor? 0 – Nunca 1 – Uma vez por mês ou menos 2 – Duas a quatro vezes por mês 3 – Duas a três vezes por semana 4 – Quatro ou mais vezes por semana (Quase diariamente)	
(7). Com que frequência, durante o último ano, você sentiu culpa ou remorso depois de beber? 0 – Nunca 1 – Uma vez por mês ou menos 2 – Duas a quatro vezes por mês 3 – Duas a três vezes por semana 4 – Quatro ou mais vezes por semana (Quase diariamente)	
(8). Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida? 0 – Nunca 1 – Uma vez por mês ou menos 2 – Duas a quatro vezes por mês 3 – Duas a três vezes por semana 4 – Quatro ou mais vezes por semana (Quase diariamente)	

(9). Teve alguma vez que você se machucou ou alguém se machucou por conta de você ter bebido? 0 – Não 2 – Sim, mas não no último ano 4 – Sim, durante o último ano	
(10). Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou algum outro profissional de saúde já se preocupou com você por causa de bebida ou lhe diz para parar de beber? 0 – Não 2 – Sim, mas não no último ano 4 – Sim, durante o último ano	
Resultado do teste: **De 0 a 7 pontos: Consumo de baixo risco ou abstinência – Informação e *Educação*** **De 8 a 15 pontos: Consumo de risco - Orientação** **De 16 a 19 pontos: Uso nocivo ou consumo de alto risco – Orientação, Intervenção Breve e Monitorização** **De 20 a 40 pontos: Provável dependência – Encaminhamento para cuidado de Saúde Especializado**	

Entrevistador (a): _____Data: _____ / _____ / _____

ANEXO 2

Questão Chave:

“Quantas vezes o ano passado você beber (5) doses, se for homem e (4) doses se for mulher ou mais de bebida alcóolica, no mesmo dia?

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening*)

Nome do entrevistado: _____ **Nº** _____

Sexo: ☐M ☐

(1). Na sua vida qual (is) destas substâncias você já usou?

SUBSTÂNCIAS	NÃO [0]	SIM [3]
a. Derivados do tabaco		
b. Bebidas alcoólicas		
c. Maconha		
d. Cocaína, crack		
e. Anfetaminas ou êxtase		
f. Inalantes		
g. Hipnóticos/sedativos		
h. Alucinógenos		
i. Opioides		
j. Outras:		

Se for NÃO em todos os itens investigue: Nem mesmo na escola?
Se for NÃO em todos os itens, pare a entrevista.
Se for SIM para alguma droga, continue com as demais questões.

Se na questão 2, for NUNCA em todos os itens, pule para a questão 6.

(2). Durantes os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou?

SUBSTÂNCIAS	Nunca 0	1 ou 2 vezes 2	Mensalmente 3	Semanalmente 4	Diariamente ou quase 6
a. Derivados do tabaco					
b. Bebidas alcoólicas					
c. Maconha					
d. Cocaína, crack					
e. Anfetaminas ou êxtase					
f. Inalantes					
g. Hipnóticos/sedativos					
h. Alucinógenos					
i. Opioides					
j. Outras:					

(3). Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte

(5). Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa de seu uso dessas substâncias mencionadas, você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?

SUBSTÂNCIAS	Nunca 0	1 ou 2 vezes 5	Mensalmente 6	Semanalmente 7	Diariamente ou quase 8
a. Derivados do tabaco					
b. Bebidas alcoólicas					
c. Maconha					
d. Cocaína, crack					
e. Anfetaminas ou êxtase					
f. Inalantes					
g. Hipnóticos/sedativos					
h. Alucinógenos					
i. Opioides					
j. Outras:					

(6). Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso dessas substâncias que você mencionou?

SUBSTÂNCIAS	Não, nunca 0	Sim, nos últimos 3 meses 6	Sim, mas não nos últimos 3 meses 3
a. Derivados do tabaco			
b. Bebidas alcoólicas			
c. Maconha			
d. Cocaína, crack			
e. Anfetaminas ou êxtase			
f. Inalantes			
g. Hipnóticos/sedativos			
h. Alucinógenos			
i. Opioides			
j. Outras:			

(7). Alguma vez já você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso dessas

desejo ou urgência de consumir as drogas mencionadas?

SUBSTÂNCIAS	Nunca 0	1 ou 2 vezes 2	Mensalmente 3	Semanalmente 4	Diariamente ou quase 6
a. Derivados do tabaco					
b. Bebidas alcoólicas					
c. Maconha					
d. Cocaína, crack					
e. Anfetaminas ou êxtase					
f. Inalantes					
g. Hipnóticos/sedativos					
h. Alucinógenos					
i. Opioides					
j. Outras:					

substâncias mencionadas e não conseguiu?

SUBSTÂNCIAS	Não, nunca 0	Sim, nos últimos 3 meses 6	Sim, mas não nos últimos 3 meses 3
a. Derivados do tabaco			
b. Bebidas alcoólicas			
c. Maconha			
d. Cocaína, crack			
e. Anfetaminas ou êxtase			
f. Inalantes			
g. Hipnóticos/sedativos			
h. Alucinógenos			
i. Opioides			
j. Outras:			

(4). Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo destas substâncias resultou em um problema de saúde, social, legal ou financeiro?

SUBSTÂNCIAS	Nunca 0	1 ou 2 vezes 4	Mensalmente 5	Semanalmente 6	Diariamente ou quase 7
a. Derivados do tabaco					
b. Bebidas alcoólicas					
c. Maconha					
d. Cocaína, crack					
e. Anfetaminas ou êxtase					
f. Inalantes					
g. Hipnóticos/sedativos					
h. Alucinógenos					
i. Opioides					
j. Outras:					

(8). Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Uso não médico).

☐ **Não, nunca**

☐ Sim, nos últimos 3 meses ☐ Sim, mas não nos últimos 3 meses.

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA PARA ESTE ENTREVISTADO

SUBSTÂNCIA	PONTUAÇÃO
a. Derivados do tabaco	
b. Bebidas alcoólicas	
c. Maconha	
d. Cocaína, crack	
e. Anfetaminas ou êxtase	
f. Inalantes	
g. Hipnóticos/sedativos	
h. Alucinógenos	
i. Opioides	
j. Outras:	

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

a. derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champanhe, licor, pinga, uísque, vodca, vermutes, caninha, rum, tequila, gim)
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank etc.)
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)
e. estimulantes, como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tíner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança-perfume, cheirinho da loló)
g. hipnóticos/sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
h. alucinógenos (LSD, chá de lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
i. opioides/opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona, meperidina, propoxifeno)
j. outras – especificar:

ANEXO 4

MINISTERIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ – UNIFAP
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
CAMPUS BINACIONAL DE OIAPOQUE

26 anos UNIFAP

TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO

Eu, ISAN DA COSTA OLIVEIRA JUNIOR, Diretor do Campus Binacional da Universidade Federal do Amapá (Portaria nº 1753/2016 – UNIFAP), declaro que a Professora FERNANDA MATOS FERNANDES CASTELO BRANCO está AUTORIZADA a realizar nesta instituição, o projeto piloto referente a sua pesquisa de doutorado intitulada: **PADRÕES DO CONSUMO DE ÁLCOOL DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM COMUNIDADE INDÍGENAS DA ETNIA KARIPUNA DO MUNICIPIO DE OIAPOQUE-AP.**

Os custos financeiros para o desenvolvimento da pesquisa serão de responsabilidade dos pesquisadores. Trata-se de uma pesquisa vinculada a Universidade de São Paulo (USP) sob orientação do Prof. Dr. Divane de Vargas, no qual será aplicado nesta instituição em média 40 questionários (em anexo) para validação semântica do instrumento a ser aplicado com indígenas nas aldeias da etnia Karipuna.

Vale ressaltar que já tal pesquisa já possui autorização da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da USP com orientações dadas pelo Conselho Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP).

Atenciosamente,

ISAN DA COSTA OLIVEIRA JUNIOR
Diretor Geral do Campus Binacional, em substituição
Portaria nº 1753/2016 – UNIFAP

Direção Geral
Email: oiapoque@unifap.br
Contato: (96) 3312-1735 Ramal: 1046-1212

CAMPUS BINACIONAL – Oiapoque
Rodovia BR-156, nº 3051 – km 01
CEP 68980-000 www.unifap.br

ANEXO 5

Ministério da Justiça – MJ
Fundação Nacional do Índio – FUNAI
Coordenação Técnica Local de Oiapoque - CTLO

AUTORIZAÇÃO PARA INGRESSO EM TERRA INDÍGENA	Nº. 005/CTLOIII/2015

IDENTIFICAÇÃO		
Nome: Fernanda Matos Fernandes Castelo Branco (professora)(Responsável pela Pesquisa)		Processo:
Nacionalidade: **Brasileira**	Passaporte:	
Instituição/Entidade: UNIFAP (Universidade Federal do Amapá)		
Patrocinador:		

OBJETIVO DO INGRESSO

Justificativa: Autorização concedida pela equipe responsável pelo ingresso ou outra atividade em área indígena. A pesquisa se desenvolverá junto a Comunidade das Terras Indígenas Uaçá, Juminã e Galiby

EQUIPE DE TRABALHO		

LOCALIZAÇÃO

Tres Terras Indígenas Uaçá, Juminã e Galiby

Etnia: Karipuna, Galiby-Marworno, Palikur e Galiby de Oiapoque

VIGÊNCIA DA AUTORIZAÇÃO

Inicio: a definir	Término: **a definir**

OBSERVAÇÕES

I - Constituem crime contra os índios e a cultura indígena: utilizar o índio ou comunidade indígena como objeto de propaganda turística ou de exibição para fins lucrativos; escarnecer de cerimônia, rito, uso, costume ou tradição cultural indígenas, vilipendiá-los ou perturbar, de qualquer modo, sua pratica. (Lei Federal Nº.001 de 19 de dezembro de 1.973. ESTATUTO DO ÍNDIO Capitulo I, II, Artigo 58);

II – Esta autorização não inclui cessão de uso de imagem e som de vozes dos índios, nem de acesso a recursos genéticos e conhecimentos tradicionais.

III - É proibido ingressar nas aldeias conduzindo armas de fogo e bebidas alcoólicas.

Autorizado: FUNAI - OIAPOQUE

Oiapoque-AP, 19 de outubro de 2015.

Eltom Anicá dos Santo
Chefe CTLO - III
Portaria nº 377/PRES/2015

ANEXO 6

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA AMAPÁ E NORTE DO PARÁ
Avenida: Pedro Baião, nº 1071, Bairro: Centro. CEP: 68.900-116 - fone 96-3225 4166

Ofício nº. 010/2015 – DSEI-AP/SESAI/MS

Macapá/AP, 11 de Janeiro de 2016

A Sua Senhoria a Senhora,
FERNANDA MATOS FERNANDES CASTELO BRANCO

Prezada Senhora,

Após análise, restituo minuta de seu projeto intitulado **Padrões do consumo de álcool e outras drogas e transtornos mentais comuns em comunidades indígenas.** Com termo de autorização devidamente assinado.

Ressalto que, tal autorização está condicionada ao compartilhamento dos resultados e conhecimentos adquiridos nesse estudo.

Na oportunidade, coloco nossa equipe técnica da DIASI, CASAI's e Sistema de Informação (SIASI) para disponibilizar outras informações necessárias.

Atenciosamente,

NILMA DA SILVA PUREZA
Coordenadora Distrital de Saúde Indígena
DSEI Amapá e Norte do Pará
SESAI/MS

SAÚDE INDÍGENA

ANEXO 7

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, LUIZ YERMOLLAY OLIVEIRA DOS SANTOS, Coordenador da Associação do Povo Indígena Karipuna (AIKA), autorizo a pesquisadora Fernanda Matos Fernandes Castelo Branco, portadora do RG: 1.954.365-SSP/PI e CPF: 655.864.843-15 professora da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), matrícula SIAPE 2166047 e Estudante de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) matrícula 8674601 a realizar a pesquisa nas aldeias da Etnia Karipuna intitulada: **"PADRÕES DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM COMUNIDADES INDÍGENAS DA ETNIA KARIPUNA NO MUNICÍPIO DE OIAPOQUE-AP".**

A pesquisadora acima qualificada se compromete a:

1- Iniciar a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
2- Obedecerem às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
3- Assegurarem a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Oiapoque, 20 de junho de 2016.

Luiz Yermollay Oliveira dos Santos
Coordenador A.I.K.A
CPF.: 623.388.542-68

LUIZ YERMOLLAY OLIVEIRA DOS SANTOS

ANEXO 8

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, Felipe Aniká, Cacique da Aldeia Paxiubal, declaro que Fernanda Matos Fernandes Castelo Branco está autorizada a realizar na Aldeia Paxiubal, o projeto de pesquisa: **"PADRÕES DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM COMUNIDADES INDÍGENAS DA ETNIA KARIPUNA NO MUNICÍPIO DE OIAPOQUE-AP".**

Os custos financeiros para o desenvolvimento da pesquisa serão de responsabilidade da pesquisadora.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde de: garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros, que não haverá riscos para os sujeitos, emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa e retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e da Fundação Nacional do Índio.

Oiapoque, 14 de agosto de 2016.

Atenciosamente,

Felipe Aniká

FELIPE ANIKÁ

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, Jackson da Paixão, Cacique da Aldeia Santa Isabel, declaro que Fernanda Matos Fernandes Castelo Branco está autorizada a realizar na Aldeia Santa Isabel, o projeto de pesquisa: **"PADRÕES DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM COMUNIDADES INDÍGENAS DA ETNIA KARIPUNA NO MUNICÍPIO DE OIAPOQUE-AP".**

Os custos financeiros para o desenvolvimento da pesquisa serão de responsabilidade da pesquisadora.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde de: garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros, que não haverá riscos para os sujeitos, emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa e retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e da Fundação Nacional do Índio.

Oiapoque, 20 de junho de 2016.

Atenciosamente,

Jackson da Paixão Santos

JACKSON DA PAIXÃO

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, Verônica dos Santos Oliveira, Cacica da Aldeia Kuripi, declaro que Fernanda Matos Fernandes Castelo Branco está autorizada a realizar na Aldeia Kuripi, o projeto de pesquisa: **"PADRÕES DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM COMUNIDADES INDÍGENAS DA ETNIA KARIPUNA NO MUNICÍPIO DE OIAPOQUE-AP".**

Os custos financeiros para o desenvolvimento da pesquisa serão de responsabilidade da pesquisadora.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde de: garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros, que não haverá riscos para os sujeitos, emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa e retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e da Fundação Nacional do Índio.

Oiapoque, 20 de junho de 2016.

Atenciosamente,

Verônica dos Santos

VERÔNICA DOS SANTOS OLIVEIRA

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, Luciano dos Santos, Cacique da Aldeia Manga, declaro que Fernanda Matos Fernandes Castelo Branco está autorizada a realizar na Aldeia Manga, o projeto de pesquisa: **"PADRÕES DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM COMUNIDADES INDÍGENAS DA ETNIA KARIPUNA NO MUNICÍPIO DE OIAPOQUE-AP".**

Os custos financeiros para o desenvolvimento da pesquisa serão de responsabilidade da pesquisadora.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde de: garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros, que não haverá riscos para os sujeitos, emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa e retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e da Fundação Nacional do Índio.

Oiapoque, 20 de junho de 2016.

Atenciosamente,

Luciano dos Santos

LUCIANO DOS SANTOS

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, Josefa dos Santos, Cacica da Aldeia Pacapuwa, declaro que Fernanda Matos Fernandes Castelo Branco está autorizada a realizar na Aldeia Pacapuwa, o projeto de pesquisa: **"PADRÕES DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM COMUNIDADES INDÍGENAS DA ETNIA KARIPUNA NO MUNICÍPIO DE OIAPOQUE-AP".**

Os custos financeiros para o desenvolvimento da pesquisa serão de responsabilidade da pesquisadora.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde de: garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros, que não haverá riscos para os sujeitos, emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa e retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e da Fundação Nacional do Índio.

Oiapoque, 14 de agosto de 2016.

Atenciosamente,

Josefa dos santos

JOSEFA DOS SANTOS

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, Nilson dos Santos, Cacique da Aldeia Kariá, declaro que Fernanda Matos Fernandes Castelo Branco está autorizada a realizar na Aldeia Kariá, o projeto de pesquisa: **"PADRÕES DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM COMUNIDADES INDÍGENAS DA ETNIA KARIPUNA NO MUNICÍPIO DE OIAPOQUE-AP".**

Os custos financeiros para o desenvolvimento da pesquisa serão de responsabilidade da pesquisadora.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde de: garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros, que não haverá riscos para os sujeitos, emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa e retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e da Fundação Nacional do Índio.

Oiapoque, 20 de junho de 2016.

Atenciosamente,

Nilson dos Santos

NILSON DOS SANTOS

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, Julio dos Santos Batista, Cacique da Aldeia Estrela, declaro que Fernanda Matos Fernandes Castelo Branco está autorizada a realizar na Aldeia Estrela, o projeto de pesquisa: **"PADRÕES DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM COMUNIDADES INDÍGENAS DA ETNIA KARIPUNA NO MUNICÍPIO DE OIAPOQUE-AP".**

Os custos financeiros para o desenvolvimento da pesquisa serão de responsabilidade da pesquisadora.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde de: garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros, que não haverá riscos para os sujeitos, emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa e retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e da Fundação Nacional do Índio.

Oiapoque, 20 de junho de 2016.

Atenciosamente,

Julio dos Santos Batista

JULIO DOS SANTOS BATISTA

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, EDINHO DAMASCENO, Cacique da Aldeia ESPIRITO SANTO, declaro que Fernanda Matos Fernandes Castelo Branco está autorizada a realizar na Aldeia ESPIRITO SANTO, o projeto de pesquisa: **"PADRÕES DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM COMUNIDADES INDÍGENAS DA ETNIA KARIPUNA NO MUNICÍPIO DE OIAPOQUE-AP".**

Os custos financeiros para o desenvolvimento da pesquisa serão de responsabilidade da pesquisadora.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde de: garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros, que não haverá riscos para os sujeitos, emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa e retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e da Fundação Nacional do Índio.

Oiapoque, 14 de agosto de 2016.

Atenciosamente,

Edinho D. Forte Karipuna

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, Creuza Maria dos Santos, Cacica da Aldeia Ahumã, declaro que Fernanda Matos Fernandes Castelo Branco está autorizada a realizar na Aldeia Ahumã, o projeto de pesquisa: **"PADRÕES DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM COMUNIDADES INDÍGENAS DA ETNIA KARIPUNA NO MUNICÍPIO DE OIAPOQUE-AP".**

Os custos financeiros para o desenvolvimento da pesquisa serão de responsabilidade da pesquisadora.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde de: garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros, que não haverá riscos para os sujeitos, emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa e retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e da Fundação Nacional do Índio.

Oiapoque, 20 de junho de 2016.

Atenciosamente,

Creuza Maria dos Santos

CREUZA MARIA DOS SANTOS

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, Rosinaldo dos Santos Batista, Cacique da Aldeia Taminã, declaro que Fernanda Matos Fernandes Castelo Branco está autorizada a realizar na Aldeia Taminã, o projeto de pesquisa: **"PADRÕES DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM COMUNIDADES INDÍGENAS DA ETNIA KARIPUNA NO MUNICÍPIO DE OIAPOQUE-AP".**

Os custos financeiros para o desenvolvimento da pesquisa serão de responsabilidade da pesquisadora.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde de: garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros, que não haverá riscos para os sujeitos, emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa e retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ètica em Pesquisa e da Fundação Nacional do Índio.

Oiapoque, 14 de agosto de 2016.

Atenciosamente,

Rosinaldo dos Santos Batista

ROSINALDO DOS SANTOS BATISTA

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, Elclides Eneias, Cacique da Aldeia Benoá, declaro que Fernanda Matos Fernandes Castelo Branco está autorizada a realizar na Aldeia Benoá, o projeto de pesquisa: **"PADRÕES DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM COMUNIDADES INDÍGENAS DA ETNIA KARIPUNA NO MUNICÍPIO DE OIAPOQUE-AP"**.

Os custos financeiros para o desenvolvimento da pesquisa serão de responsabilidade da pesquisadora.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde de: garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros, que não haverá riscos para os sujeitos, emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa e retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e da Fundação Nacional do Índio.

Oiapoque, 14 de agosto de 2016.

Atenciosamente,

Elclides Eneias

ELCLIDES ENEIAS

ANEXO 9

2017 5 16 :: SEI / FUNAI 0187943 Ofício ::

0187943 08620.159907/2015-83

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO
SBS Quadra 02 Lote 14 Edifício Cleto Meireles, - Bairro Asa Sul
CEP 70070-120 Brasília - DF
61 3247 6546 - http://www.funai.gov.br

Ofício nº 105/2017/AAEP-FUNAI

A Sua Senhoria a Senhora
FERNANDA MATOS FERNANDES CASTELO BRANCO

Universidade Federal do Amapá:-UNIFAP
Campus Binacional de Oiapoque
BR 156, 3051 - Avenida Barão do Rio Branco
68.980-000 - Oiapoque- Amapá/AP

Assunto: Ingresso em Terra Indígena.
Referência: **Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 08620.159907/2015-83.**

Senhora Fernanda Castelo Branco,

1. Envio a Autorização de Ingresso em Terra Indígena nº 29/AAEP/PRES/2017, para ingresso na Terra Indígena Uaçá, povo Karipuna, com o objetivo de desenvolver o projeto de pesquisa intitulado "Padrões do consumo de substâncias psicoativas em comunidades indígenas da etnia karipuna no município de Oiapoque-AP".

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

Atenciosamente,

sei! assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por **CRISTINE APARECIDA MUNIZ MENEZES**, **Chefe de Gabinete da Presidência**, em 10/05/2017, às 17:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: http://sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0187943** e o código CRC **96D1D9C4**.

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 08620.159907/2015-83 SEI nº 0187943

file:///C:/Users/FERNANDA%20CASTELO%20BRA/Downloads/Oficio_0187943.html 1/1

0187235 08620.159907/2015-83

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO

Autorização de Ingresso em Terra Indígena nº 29/AAEP/PRES/2017

IDENTIFICAÇÃO			
NOME:	Fernanda Matos Fernandes Castelo Branco	PROCESSO Nº:	08620.159907/2015-83
NACIONALIDADE:	Brasileira	IDENTIDADE:	1954365 SSP/SP
INSTITUIÇÃO/ENTIDADE:	Universidade de São Paulo		
PATROCINADOR:			

OBJETIVO DO INGRESSO
Desenvolver a pesquisa científica intitulada "Padrões do consumo de substâncias psicoativas em comunidades indígenas da etnia karipuna no município de Oiapoque-AP".

EQUIPE DE TRABALHO		
NOME	NACIONALIDADE	DOCUMENTO

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

VIGÊNCIA DA AUTORIZAÇÃO			
INÍCIO:	15/05/2017	TERMINO: 28/02/2018	

Autorizo.

Brasília-DF, 09 de maio de 2017.

RESSALVAS:

- Esta autorização não inclui licença para uso de imagem, som e som de voz dos indígenas, para além do objeto desta autorização;
- Esta autorização não inclui acesso ao conhecimento tradicional associado à biodiversidade;
- Esta autorização não inclui acesso ao patrimônio genético;
- Remeter à Assessoria de Acompanhamento aos Estudos e Pesquisas – AAEP/Presidência/Funai, mídia digital contendo: relatórios, artigos, livros, gravações

audiovisuais, imagens, sons, outras produções oriundas do trabalho realizado e informações sobre o acesso na internet.

Documento assinado eletronicamente por **Franklimberg Ribeiro de Freitas**, **Presidente Interino**, em 12/05/2017, às 19:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: http://sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0187235** e o código CRC **6DE24089**.

Referência: Processo nº 08620.159907/2015-83 SEI nº 0187235

ANEXO 10

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PADRÕES DE CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM COMUNIDADES INDÍGENAS DA ETNIA KARIPUNA DO MUNICÍPIO DO OIAPOQUE-AP

Pesquisador: DIVANE DE VARGAS

Área Temática: Estudos com populações Indígenas;

Versão: 4

CAAE: 57851916.3.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.872.185

Apresentação do Projeto:

Consta no projeto que :

"O uso de substâncias psicoativas não se caracteriza como uma prática nova, pois existe desde os tempos mais longínquos, muitas vezes associados a rituais místicos e religiosos. Há evidências do uso de bebidas alcóolicas entre os sumérios por volta de 3.200 a.C. sendo a cerveja tida como um alimento importante e o consumo era associado à mitologia, economia e rituais religiosos. O álcool não é único entre as drogas com papel de aliviar o controle social, entretanto é o mais divulgado e existe forte relação do consumo de bebidas de teor alcóolico com as festividades e celebrações, servindo como potencializador do alívio das tensões sociais sobre comportamentos, bem como permissor de experimentar situações potencialmente perigosas. As bebidas alcoólicas merecem destaque por terem sido importantes, apesar das variações, na vida humana. Na Antiguidade foi utilizado como meio de se livrar das enfermidades e das impurezas até como objeto e oferenda aos deuses, bem como forma de obter prazer e o relaxamento. Entretanto sob a influência greco-romana, novas concepções começam a surgir vindo a se firmar com o advento do Cristianismo, onde o uso de substância é tido como pecaminosa quando usada fora dos rituais religiosos. Iniciando-se assim uma nova concepção cultural acerca do alcool e mais tarde de outras drogas que se

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8050 **E-mail:** cepee@usp.br

desenvolve até os dias atuais. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o álcool é consumido por grande parte das pessoas na maioria dos países do mundo e que a cada ano, cerca de dois bilhões de pessoas consomem bebida alcóolica, correspondendo a 40% da população mundial acima de 15 anos de idade. Em nível mundial, a pesquisa realizada em 2012 mostrou que aproximadamente 243 milhões de pessoas, correspondendo a 5% da população entre 15 e 64 anos, já usaram drogas ilícitas, destacando a cannabis, opláceos, cocaína ou anfetaminas do tipo estimulante. No Brasil, conforme o I e II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas e Psicotrópicos (LENAD) não se observaram mudanças significativas nos dois estudos realizados nos anos de 2006 e 2012, mas foi possível constatar mudanças consideráveis nas quantidades de consumo e rotina; houve aumento importante na proporção populacional relacionado ao consumo de doses, pois costumam beber 5 doses ou mais. No ano de 2006, 71% declararam beber até 4 doses na mesma ocasião e 29% afirmaram beber 5 doses ou mais. No ano de 2012, a porcentagem de pessoas que bebem 5 doses ou mais cresceu para 39%, sendo que isso
acontece tanto para o sexo masculino quanto do feminino. A frequência de consumo também aumentou passando de 42% para 53% a percentagem populacional das pessoas que bebem pelo menos 1 vez por semana, destacando crescimento nas mulheres que passou de 27% para 38%. Em se tratando das drogas ilícitas foram utilizados métodos diferentes na captação dos dados não sendo possível fazer a comparação, apresentando apenas os dados de prevalência, sendo eles: a maconha se destaca como a droga ilícita mais consumida (8,8%) seguida de solventes (6,1%), orexígenos (4,1%), cocaína (2,9%), crack (0,7%) e merla (0,2%). O uso indiscriminado de benzodiazepínico corresponde a 0,5% dos entrevistados e uso de heroína alcança 0,09%. A luz desses dados pode-se evidenciar a problemática do consumo de substâncias psicoativas na população não indígena, entretanto, quando se trata dos povos indígenas, tal situação torna se problemática e agravante pelo processo de vulnerabilidade.Apesar de poucas pesquisas relacionadas a esta temática, alguns estudos mostram a existência de dados que apontam que a prevalência de bebidas alcoólicas em indígenas é maior do que nas populações não indígenas. Dentro das terras indígenas o processo de civilização vem se modificando e aumentando o que tem sido nomeado como "doença social". Dentre as doenças consideradas o abuso de álcool e a depressão representam uma taxa de mortalidade quatro vezes maior que a média nacional, dependendo do Estado da Federação. No Levantamento sobre os Padrões do Consumo de Álcool e outras Drogas por Povos Indígenas, na qual foram pesquisadas onze comunidades indígenas, de sete etnias diferentes correspondendo a

1.455 indígenas de ambos os sexos, moradores nas aldeias com faixa etária entre 18 e 64 anos, foi evidenciado que a proporção dos bebedores é maior em homens (52,7%) do que as mulheres (24,6%). Pessoas do sexo feminino apresentam maior proporção do uso abusivo e o sexo masculino da dependência. A distribuição por faixa de idade mostrou que as pessoas que mais consomem bebidas alcoólicas estão entre 18 a 34 anos correspondendo a 43%. Em relação ao grau de dependência está na faixa etária dos 18 a 24 anos. O principal motivo de incentivo para o início do consumo de bebidas foi à influência dos amigos, correspondendo a 51% da amostra estudada. Dentre os que param de beber, 20,4% relatam que o motivo foi saúde, 17,2% a religião, 5,9% a família, 5,4% a própria decisão, 5,4% relatam outros motivos e 45,7% não declararam o motivo. Dado importante é que 73,7% dos homens preferem beber com amigos e as mulheres representam um total de 45,7%. Em relação ao local 35,6% prefere beber nas aldeias e 18,2% fora das terras indígenas, apesar de ser proibida a venda de bebidas alcoólicas para esta população, motivo este que explica o fato de que quase a metade dos participantes não respondesse o local onde são consumidas as bebidas. Em ser tratando do tabaco 37,6% da população indígena fuma entre os homens e 21,6% nas mulheres, sendo uma média maior que a população geral. Em relação às demais substâncias psicoativas, as proporções de uso de maconha, cocaína e outras drogas são menores do que a média encontrada na população geral brasileira (Brasil, 2009)Atualmente a população indígena brasileira compreende em torno de 896,9 mil pessoas distribuídas em 305 etnias e falantes de 274 línguas. Os indígenas se distribuem nas cinco regiões do país tendo maior concentração na região Norte com aproximadamente 342,8 mil e a menor no Sul com 78,8 mil. Do total de indígenas no País, 502.783 vivem na zona rural e 315.180 habitam as zonas urbanas brasileiras. De acordo com o censo, 36,2% dos indígenas vivem em área urbana e 63,8% na área rural. O censo também menciona que 505 terras indígenas foram demarcadas no território brasileiro sendo que processo de identificação teve parceria da Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Portanto as comunidades indígenas representam 12,5% do Brasil. No Estado do Amapá existem aproximadamente 7408 indígenas distribuídos nos 16 municípios existentes – Oiapoque (5.569), Pedra Branca do Amapari (883), Calçoene (16), Amapá (3), Pracuúba (5), Tartarugalzinho (2), Cutias (4), Macapá (723), Itaubal (4), Ferreira Gomes (9), Santana (49), Serra do Navio (1), Laranjal do Jari (75), Mazagão (36), Porto Grande (29) e Vitória do Jari (0) (Ibge, 2010).

Considerando se a alta prevalência de uso de substâncias psicoativas entre a população indígena frente à "população branca", e tendo em vista a escassez de estudos que permita entender a realidade desses povos, evidencia-se uma necessidade de estudos que se ocupem de identificar os padrões de consumo de substâncias psicoativas em comunidades indígenas, visando à construção simultânea de instrumentos que avaliam os fatores associados a este consumo que sejam adaptados à realidade dos povos indígenas. Pretende-se assim investigar nesta pesquisa os padrões do consumo de álcool e outras drogas na etnia Karipuna da cidade de Oiapoque -AP bem como verificar a associação entre as caracteristicas clinicas, sociodemográficas e comportamentais e os padrões de consumo de substâncias psicoativas, buscando sempre a compreensão do processo de aculturação que os indígenas vêm sofrendo, e contribuir para a investigação e fortalecimento da temática indígena nos órgãos responsáveis para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde conforme a necessidade desses povos, visando ações intervencionistas pautadas na promoção de saúde e prevenção de agravos. Pensa-se junto a isso que este seja um estudo piloto para posteriormente captar esse levantamento epidemiológico nas demais aldeias em diferentes etnias, ou seja, realizar um censo na população indígena do município do Oiapoque e possivelmente construir e validar um instrumento para coleta desses dados relacionados aos padrões do consumo de álcool e outras drogas. Diante desse contexto, a pergunta norteadora deste estudo será: Quais os padrões do consumo de substâncias psicoativas na etnia Karipuna no municipio de Oiapoque-AP?

Hipótese:

O consumo de substâncias psicoativas nas comunidades indígenas na etnia Karipuna é significativo.

Metodologia:

Tratar-se-á de um estudo exploratório transversal. Para compor a amostra deste estudo será considerada a população indígena da etnia Karipuna pertencente ao municipio do Oiapoque-AP.

Desfecho Primário:

A partir da identificação dos padrões do consumo de álcool e outras drogas na etnia Karipuna do

município do Oiapoque-AP visa promover ações que promovam saúde e previnam agravos.

Critérios de Inclusão/ Exclusão:

Critério de inclusão:

Será utilizado como critério de inclusão: indígenas que vivem aldeados, com idade igual ou superior a 15 anos (devido ao significado cultura – rituais de iniciação masculina), que compreenda a língua portuguesa de ambos os sexos.

Critério de Exclusão:

Indivíduos que no dia da entrevista estiverem intoxicados, que se recusem a responder os questionários; os que estiverem ausentes durante a visita e após três tentativas não tiverem êxito, ou aqueles com alguma impossibilidade temporaria (hospitalizado ou doente) ou permanente (deficiência auditiva ou mental) e aqueles que não compreenderem a língua portuguesa de maneira alguma."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar os padrões do consumo de álcool e outras drogas na etnia Karipuna do município do Oiapoque-AP

Objetivo Secundário:

Verificar a associação entre as características clínicas, sociodemográficas e comportamentais e os padrões do consumo de substâncias psicoativas

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o (a) pesquisador (a),

Riscos:

A temática de álcool e outras drogas é algo que pode trazer desconforto, portanto será utilizada uma abordagem que maior privacidade e sigilo das respostas dadas e caso não se sinta à vontade de prosseguir com o estudo, o mesmo será interrompido. Apesar disso, será assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Benefícios:
Faz- se necessário buscar esses dados para que se permita conhecer a realidade dos padrões do consumo de álcool e outras drogas nas comunidades indígenas e assim contribuir para o fortalecimento da temática indígena nos órgãos responsáveis visando ações que promovam saúde e previnam agravos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Não ha.

Recomendações:
Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
As solicitações abaixo descritas foram adequadas para atender a solicitação da CONEP.

1. Quanto aos "TCLE.doc", "TCLE_responsavel.doc", "termo_assentimento.doc":

1.1 Solicita-se incluir a garantia aos participantes do acesso aos resultados da pesquisa (Resolução CNS nº 510 de 2016, Art. 17, item VI). Ao apresentar os resultados é preciso cuidado para preservar o anonimato dos participantes. Numa comunidade pequena, é importante cuidar para que a apresentação dos resultados não permita a identificação individual.

1.2. Solicita-se inserir um campo para preenchimento de local e data.

1.3. Solicita-se informar a missão dos Comitês de Ética em Pesquisa

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 1.872.185

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil.

Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_756495.pdf	27/11/2016 21:43:48		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_assentimento.doc	27/11/2016 21:41:08	DIVANE DE VARGAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_responsavel.doc	27/11/2016 21:40:27	DIVANE DE VARGAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	27/11/2016 21:39:56	DIVANE DE VARGAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Tese.doc	19/09/2016 16:04:52	DIVANE DE VARGAS	Aceito
Outros	termo_sesai.pdf	13/07/2016 12:41:29	DIVANE DE VARGAS	Aceito
Outros	Termo_Alka.PDF	13/07/2016 12:36:48	DIVANE DE VARGAS	Aceito
Outros	termo_funai.pdf	13/07/2016 12:36:12	DIVANE DE VARGAS	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	13/07/2016 12:32:03	DIVANE DE VARGAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-6858 **E-mail:** cepee@usp.br

SAO PAULO, 16 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05 403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8050 **E-mail:** cepsc@usp.br

ANEXO 11

DOSE PADRÃO

*Uma dose padrão de álcool equivale a:

	40 ml	85 ml	140 ml	340 ml	600 ml
Volume e tipo de bebida	de pinga, Uísque ou vodka	de vinho do Porto, vermute ou licores	de vinho de mesa	(1 lata) de cerveja ou chope	(1 garrafa) de cerveja contém quase 2 doses
Com gradação alcoólica de cerca de:	40%	20%	12%	(com gradação alcoólica de cerca de 5%)	