



MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS



MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

2021

Fundação Amazônia Sustentável (FAS)



FICHA TÉCNICA

Fundação Amazônia Sustentável (FAS)

Virgílio Viana - Superintendente Geral

Valcléia Solidade - Superintendente de Desenvolvimento Sustentável

Victor Salviati - Superintendente de Inovação e Desenvolvimento Institucional

Luiz Villares - Superintendente Administrativo-Financeiro

Michelle Costa - Superintendente de Gestão e Planejamento

Programa Saúde na Floresta:

Luiz Castro - Coordenador de Programa

Mickela Souza - Coordenadora Executiva

Projeto SUS na Floresta:

Nathalia Flores - Gestão do Projeto

André Baniwa - Articulação Indígena

Priscila Farias - Secretária Executiva

Guia de Saúde Ribeirinha - SUS na Floresta

1ª edição

Conteúdo: Juliana Souza Andrade Licio e Ari de Freitas Hidalgo

Revisão técnica - Comitê Orientador SUS na Floresta:

Adele Schwartz Benzaken

Bernardino Albuquerque

Gersem Baniwa

Heliana Feijó

Moacir Biondo

Revisão textual: Alessandra Marimon

Projeto editorial e gráfico: Up Comunicação Inteligente

SUMÁRIO

Apresentação	6
Parte 1 - Revisão Bibliográfica	7
Introdução	8
Resultados	11
Os sistemas alimentares locais da Amazônia	13
Projetos e políticas públicas relacionadas à medicina tradicional	19
Interculturalidade e diferentes concepções saúde-doença	22
Referências	31
Parte 2 - Experiências e práticas exitosas	34
Parte 3 - Estudo de caso, entrevistas e enquete: consulta popular	39
Estudo de Caso: RDS do Rio Negro e APA do Rio Negro	37
Entrevistas	52
Enquete: consulta popular do SUS na Floresta	59
Parte 4 - Recomendações para avanços na temática de medicina tradicional para indígenas e ribeirinhos	66
Anexo	74

Apresentação

Na Amazônia, as dificuldades de acesso e cobertura dos serviços de saúde são conhecidas, mas, em contrapartida, a pluralidade dos conhecimentos tradicionais ensinados e praticados pelos povos da floresta - ribeirinhos, quilombolas, indígenas e tantos outros, possibilitam a criação de práticas autônomas de atenção ao cuidado. A partir destes sistemas, representados pela medicina tradicional, as comunidades tratam e previnem doenças e buscam promover a saúde em locais de difícil acesso.

Além da valorização da medicina tradicional, uma vez que a mudança no perfil de adoecimento das populações amazônicas também é consequência de um processo de transição alimentar e nutricional que precisa ser compreendido, torna-se necessário valorizar práticas alimentares locais e regionais e, conseqüentemente, o conhecimento tradicional e a bioeconomia das comunidades amazônicas. No âmbito do trabalho desenvolvido pela Fundação Amazônia Sustentável – FAS, por meio da estratégia “SUS na Floresta”, insere-se este trabalho. O “SUS na Floresta” tem como terceiro eixo estratégico a realização de estudos e análises técnicas que evidenciem os problemas e apontem as soluções, entre elas as já existentes e exitosas realizadas na Amazônia (Viana, 2020).

De modo a evidenciar as potenciais estratégias e soluções, este estudo se divide em quatro partes. Na *primeira parte*, foi realizada uma revisão bibliográfica com o objetivo de reunir e discutir informações acerca do que já foi produzido e publicado até o momento sobre os temas da pesquisa. A revisão buscou tópicos referentes aos temas *Medicina Tradicional* e *Sistemas Alimentares* relacionados aos ribeirinhos e povos indígenas. A *segunda parte* deste estudo buscou apresentar o resumo de quatro iniciativas exitosas realizadas na região amazônica e que estão relacionadas aos temas. A *terceira parte* detalha e comenta os principais achados das visitas de campo, dos teleseminários, entrevistas e da consulta popular sobre o “SUS na Floresta”. Por último, a *quarta parte* apresenta caminhos e propostas para a solução dos desafios que possibilitem uma melhor discussão por parte das comunidades e povos amazônicos, no intuito de contribuir para um sistema de saúde que respeite as especificidades e a sociodiversidade existentes na Amazônia.

Esse estudo é produto do Projeto SUS na Floresta, realizado pela Fundação Amazônia Sustentável (FAS) e financiado pelo Todos pela Saúde.

PARTE 1
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Introdução

A primeira parte deste trabalho refere-se a uma revisão de escopo sobre os temas propostos. Foram selecionados estudos de observação participante, publicações e relatos de experiências. Os estudos descrevem as espécies e famílias botânicas de plantas medicinais usadas na Amazônia. Também são descritos dois relatos de experiências de sucesso como o projeto *Bahserikowi* - Centro de Medicina Indígena da Amazônia e o projeto “*Montagem da Paisagem do Conhecimento*”.

Cabe destacar que, devido às rígidas normas para pesquisas junto aos povos indígenas, são poucos os estudos publicados a respeito da medicina tradicional indígena, exceto pelos que investigam a interação entre os sistemas de saúde biomédico e o tradicional. No entanto, de 2020 até o momento, devido à pandemia da Covid-19, pode ser vista uma reemergência do tema, com destaque às práticas e tratamentos da medicina tradicional indígena e ribeirinha em diversas regiões da Amazônia¹.

Em relação às bases alimentares, foram identificados mais estudos sobre a alimentação e as práticas alimentares indígenas, compreendendo os ritos e restrições relacionados aos alimentos. Esses temas também são discutidos e relevantes para a valorização dos sistemas alimentares saudáveis amazônicos, principalmente no que se refere à segurança alimentar dos povos indígenas.

Os estudos selecionados oferecem um panorama e destacam que, tanto para as populações ribeirinhas quanto para os povos indígenas, há necessidade de se compreender as especificidades socioculturais de cada uma delas e prever a criação de estratégias locais para a sua articulação aos serviços de saúde prestados a essas comunidades.

A revisão bibliográfica incluiu publicações a respeito da medicina tradicional e dos sistemas alimentares locais utilizadas pelas populações indígenas e ribeirinhas (propriedades, usos frequentes, etc.) na Amazônia, destacando as intervenções locais, potenciais produtos da sociobiodiversidade utilizados, desafios e oportunidades, etc.

Por se tratarem de estudos sobre as evidências da medicina tradicional e dos sistemas alimentares, com ênfase nas informações sobre consumo, como práticas integrativas complementares à saúde, a metodologia foi pensada de modo a incluir o

¹ Considerando que este estudo tem sido realizado dentro do contexto da pandemia de Covid-19, o tema “Medicina Tradicional” emergiu principalmente entre os povos indígenas amazônicos, e seus sistemas de tratamento para a doença causada pelo novo coronavírus estão sendo muito importantes neste momento.

máximo de informações de acordo com os objetivos propostos.

Para isso, foi realizada uma revisão feita em três etapas (Quadro 1). A primeira etapa contou com uma seleção prévia de artigos e publicações. A segunda foi feita por meio de uma busca sistemática, metodologicamente comum às revisões de escopo. De acordo com os critérios de seleção pré-estabelecidos, por meio de descritores, foram realizadas buscas em três bases de dados com o objetivo de encontrar e selecionar artigos sobre os temas da revisão.

Para a terceira etapa, foram revisadas listas de referências dos artigos selecionados na *Etapa 2*, com o objetivo de identificar possíveis trabalhos relevantes, não encontrados na busca eletrônica, que pudessem contribuir com o objetivo geral deste plano de trabalho. Além disso, foram feitas buscas nos sites Google e Google Acadêmico com o propósito de incluir a literatura que fosse pertinente².

Quadro 1. Etapas metodológicas do processo de busca e seleção de publicações científicas, no âmbito do Projeto SUS na Floresta

Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3
Publicações pré-selecionadas e/ou recomendadas pelo <i>Comitê Orientador</i> antes e durante a apresentação preliminar do estudo.	Publicações encontradas por meio de busca sistemática em três bases de dados acadêmicas, realizadas em novembro e dezembro de 2020.	Publicações encontradas por meio de buscas nos sites Google e Google Acadêmico realizadas até janeiro de 2021.

Etapa 1 - Seleção prévia de trabalhos e artigos

Considerando a importância dos temas da pesquisa, na *Etapa 1* foram previamente selecionadas publicações notoriamente já conhecidas e/ou recomendadas pelo *Comitê Orientador do Projeto SUS na Floresta* durante o processo de elaboração deste estudo. A inclusão também se fez importante porque alguns dos trabalhos datam de período anterior a 2015 e, portanto, foi analisado um período maior em relação ao marco referencial, não se limitando apenas aos últimos cinco anos.

Na *Etapa 1* foram selecionadas, previamente, oito publicações, sendo elas cinco artigos, duas dissertações e um livro. Após a seleção, foi utilizado um

² Foram também incluídas publicações e referências recomendadas pelo Comitê Orientador, após apresentação prévia em janeiro de 2020.

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

formulário padronizado com os seguintes campos: autores, ano da publicação, tipo de publicação, idioma, localização geográfica e demais informações consideradas pertinentes e que estão resumidas abaixo no **Quadro 2**. Publicações previamente recomendadas e/ou selecionadas pelo Comitê Orientador do Projeto SUS na Floresta

Título	Autores	País de origem	Ano	Tipo de estudo	Local/ Região
Manual de Doenças Tradicionais Baniwa	RASI/ OIBI ¹	Brasil	2001	Etnográfico com pesquisa-ação (livro)	Alto Rio Negro (AM)
Controle das DST/Aids em área indígena: o mercado simbólico do Alto Rio Negro	Garnelo L., Wright R. et al.	Brasil	2001	Etnográfico com pesquisa-ação (artigo)	Alto Rio Negro (AM)
Cosmologia, ambiente e saúde: mitos e ritos alimentares Baniwa	Garnelo, L.	Brasil	2007	Etnográfico com pesquisa-ação (artigo)	Alto Rio Negro (AM)
Comidas tradicionais indígenas do Alto Rio Negro	Garnelo L., Baré GB.	Brasil	2009	Etnográfico com pesquisa-ação (artigo)	Alto Rio Negro (AM)
<i>Bahserikowi</i> - Centro de Medicina Indígena da Amazônia: Concepções e práticas de saúde indígena	Barreto JPL	Brasil	2017	Relato de caso/experiência (artigo)	Manaus (AM)
Montagem da paisagem do conhecimento: uma tecnologia social apropriada para comunidades ribeirinhas amazônicas	Ramos PRO	Brasil	2018	Etnográfico com pesquisa-ação (dissertação)	Caapiranga (AM)
Valorização dos produtos do sistema agrícola tradicional do médio Rio Negro no Amazonas: de circuitos invisíveis a novas alternativas de mercados	Neri I	Brasil	2018	Etnográfico com pesquisa-ação (dissertação)	Médio e Alto Rio Negro (AM)
Caderno indígenas na Amazônia: juventudes indígenas do baixo Rio Negro	FAS	Brasil	2020	Etnográfico com pesquisa-ação (texto)	Baixo Rio Negro

¹ Projeto RASI – Rede Autônoma de Saúde Indígena / Organização Indígena da Bacia do Içana. (Garnelo, 2004)

Etapa 2 - Busca sistemática de publicações nas bases de dados

Para a *Etapa 2* da busca e seleção de publicações, foram escolhidas três bases de dados: (1) *Biblioteca Virtual em Saúde – BVS* (BIREME/OPAS/OMS), (2) *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde – Lilacs* e (3) *Scientific Electronic Library Online – SciELO*.

Em relação aos critérios de buscas, não foram feitas restrições quanto ao idioma. No que diz respeito ao local de estudo, foram delimitados estudos realizados na Amazônia. As buscas priorizam o período de publicação nos últimos cinco anos, entre 2015 e 2020. Os descritores adotados foram os encontrados em CeCS/MeSH e Mesh Database (Quadro 3).

Quadro 3. Detalhamento da metodologia da busca eletrônica para a revisão sobre o escopo do tema *Medicina Tradicional e Sistemas Alimentares*, relacionado aos ribeirinhos e povos indígenas na Amazônia (*Etapa 2*)

BASE DE DADOS	DESCRITORES
Medicina Tradicional Ribeirinha	
BVS; Lilacs; SciELO	<i>medicina tradicional OR conhecimento tradicional OR plantas medicinais AND ribeirinhos OR comunidade ribeirinha OR populações tradicionais AND Amazônia</i>
Medicina Tradicional Indígena	
BVS; Lilacs; SciELO	<i>medicina tradicional OR conhecimento tradicional OR plantas medicinais AND indígenas OR povos indígenas</i>
Bases alimentares locais	
BVS; Lilacs; SciELO	<i>alimentação OR consumo alimentar OR comportamento alimentar OR práticas alimentares OR segurança alimentar e nutricional OR soberania alimentar OR cultura alimentar AND agrobiodiversidade OR produção indígena AND indígenas OR comunidade ribeirinha OR ribeirinhos AND Amazônia</i>

As buscas da *Etapa 2* foram realizadas nos meses de novembro e dezembro de 2020. As publicações foram pré-selecionadas a partir de seus resumos e as que atendiam os critérios de inclusão foram lidas de forma integral (Figura 1).

Os critérios de inclusão foram: (1) estudos realizados junto às comunidades ribeirinhas e povos indígenas relacionados a projetos e experiências exitosas; (2)

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

estudos cujas conclusões eram reflexões pertinentes sobre o uso de medicina tradicional e bases alimentares como práticas de autoatenção e integrativas à saúde; (3) estudos que descreveram as práticas alimentares e suas relações culturais com o cuidado à saúde dos ribeirinhos e indígenas; (4) estudos que detalharam a importância das culturas e bases alimentares das comunidades ribeirinhas e indígenas no tratamento de doenças.

Conforme destacado no plano de trabalho, devido ao tempo disponível para se realizar a revisão, foi necessário fazer um recorte de artigos e publicações priorizando as experiências exitosas no estado do Amazonas. Coincidentemente, a maior parte dos estudos localizados foram feitos neste estado. A decisão foi baseada considerando, também, o recorte dado pelo estudo da situação de saúde indígena e ribeirinha, e a área de atuação da Fundação Amazônia Sustentável (FAS). Assim, futuramente, projetos específicos e de implementação das propostas poderão ser direcionados às regiões de atuação da FAS.

Na íntegra, foram selecionadas e lidas as publicações, sendo que, grande parte delas, foram decorrentes de pesquisas voltadas para a valorização da medicina tradicional e/ou experiências de sucesso de projetos relacionados ao tema. Após a seleção das publicações, para extrair as informações foi utilizado um formulário padronizado com os seguintes campos: autores, ano da publicação, tipo de publicação, idioma, localização geográfica e demais informações consideradas pertinentes. Três artigos foram originalmente publicados em inglês e um em espanhol. A maior parte teve como metodologia a observação participante, com realização de pesquisa-ação e questionários semi estruturados de entrevistas. O Quadro 4 detalha os artigos recuperados e as informações das publicações.

Quadro 4. Artigos selecionados e analisados na *Etapa 2*, sobre o tema *Medicina Tradicional e Sistemas Alimentares* relacionados aos ribeirinhos e povos indígenas na Amazônia.

Título	Autores	País de origem	Ano	Tipo de estudo	Local/ Região
Medicina Tradicional Ribeirinha					

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

Reconhecimento e valorização de conhecimento de plantas medicinais em comunidade ribeirinha amazônica	Ramos PCO et al.	Brasil	2016	Pesquisa quanti-qualitativa, com observação participante e coletas de dados de uma etapa do projeto "Montagem da Paisagem do Conhecimento"	Comunidade São Lázaro (Caapiranga/AM)
Popular healing practices and medical plants use for riparian mothers in early childhood care	Lima RFS et al.	Brasil	2017	Pesquisa qualitativa, observação participante e questionário semiestruturado	Vila Nova Maringá (Maués/AM)
Etnobotânica e medicina popular no tratamento da malária e males associados na comunidade ribeirinha Julião - baixo Rio Negro (Amazônia Central)	Veiga JB, Scudeller; VV	Brasil	2015	Pesquisa qualitativa, observação participante e questionário semiestruturado	Comunidade Julião (RDS Tupé)
Ethno-knowledge of medicinal plants in a community in the eastern Amazon	Moraes LLC et al.	Brasil	2019	Pesquisa quanti-qualitativa, com observação participante e coletas de dados	Comunidade São Tomé (Ferreira Gomes/AP)
Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil.	Gama et al.	Brasil	2018	Estudo transversal de base populacional	Coari (Amazonas)
Ethnobotanical study of antimalarial plants in the middle region of the Negro River, Amazonas, Brasil	Tomchinsky et al.	Brasil	2017	Pesquisa quanti-qualitativa, com observação participante e coletas de dados	Barcelos (AM)
Medicina Tradicional Indígena					
O desenvolvimento participativo da área de medicina tradicional indígena, Projeto Vigisus II/Funasa	Ferreira LO	Brasil	2012	Relato de caso	-

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

Articulação entre serviços de salud y "medicina indígena": reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil	Langdon EJ, Garnelo L.	Brasil	2017	Artigo de revisão	-
A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas	Ferreira LO	Brasil	2013	Relato de caso	-
Bases alimentares locais					
Consumo alimentar e ecologia das populações ribeirinhas em dois ecossistemas amazônicos: um estudo comparativo	Murrieta et al. Ñ REF	Brasil	2008	Análise quali-quantitativa do consumo alimentar	Pará

Etapa 3 - Busca complementar de publicações

A *Etapa 3* foi adotada no decorrer da escrita desta revisão, após a apresentação da versão preliminar e discussão junto ao *Comitê Orientador* do projeto "*SUS na Floresta*". Considerou-se importante também incluir informações a respeito das políticas públicas existentes sobre o tema. Desta maneira, a revisão foi ampliada.

Resultados

Medicina tradicional ribeirinha

Os relatos de casos ou experiências encontrados nas bases de dados científicas sobre o uso da medicina tradicional por ribeirinhos na Amazônia reportaram informações em comunidades ribeirinhas sobre o uso de plantas medicinais, com a catalogação das espécies relatadas e informações sociodemográficas das comunidades. Apenas um estudo foi realizado sobre as práticas alimentares.

No entanto, para esta revisão, destaca-se o trabalho pioneiro de Moacir Tadeu Biondo. Moacir é um especialista em plantas medicinais e desenvolveu uma prática denominada “Montagem da Paisagem do Conhecimento” (MPC), que tem como objetivo reconhecer, valorizar e proteger os conhecimentos tradicionais sobre o uso de plantas medicinais no tratamento de problemas de saúde.

Em 2016, a MPC foi objeto de uma tese de doutorado (Ramos, 2016), que buscou analisar o projeto idealizado por Moacir e o reconheceu como uma Tecnologia Social apropriada a comunidades ribeirinhas amazônicas. Para tal reconhecimento, o autor considerou que a MPC incentivava localmente a transmissão dos saberes individuais e coletivos, com a aplicação de recursos locais, para solucionar problemas comunitários de forma criativa, simples e eficiente, promovendo sua reaplicação em diferentes ambientes e áreas, onde geralmente será readaptada aos novos contextos.

Seis estudos tiveram como objetivo analisar o uso das plantas medicinais para o tratamento de doenças. Lima (2017) investigou práticas populares de cura e o uso de plantas medicinais por mães ribeirinhas no cuidado infantil. A autora observou que os remédios caseiros feitos a partir de plantas medicinais têm diferentes formas de apresentação e administração, com o uso de chás, xaropes, emplastros, sucos, banho e garrafada preparada com sementes, caules, raízes, frutos, folhas e sucos.

Tomchinsky et al. (2017) investigaram o conhecimento tradicional sobre remédios antimaláricos na região do médio Rio Negro, em Barcelos (AM). Segundo os autores, Barcelos é um lugar propício para a pesquisa de novos remédios antimaláricos. A pesquisa foi realizada durante um ano e foram entrevistados 52 especialistas de oito comunidades de Barcelos. Os conhecedores tradicionais citaram 55 plantas antimaláricas e, destas, 16 nunca haviam sido citadas em outros trabalhos previamente publicados. Alguns fatores foram observados como

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

pré-indicativos para o uso das plantas: (1) o acesso às plantas; (2) sua eficiência e segurança, (3) o acesso a outros tratamentos médicos, (4) o amargor das plantas e (5) o gênero das pessoas entrevistadas. Os autores concluíram que há um alto nível de conhecimento da população de Barcelos a respeito das plantas antimaláricas e que isso pode contribuir para o desenvolvimento de novos medicamentos (Tomchinsky et al., 2017).

De acordo com Veiga e Scudeller (2015), o uso de plantas antimaláricas na Amazônia é importante principalmente porque as comunidades ribeirinhas têm dificuldades de acesso aos serviços de saúde. O trabalho publicado pelos pesquisadores estudou o conhecimento popular a respeito de plantas medicinais utilizadas no tratamento de malária e males associados pelos moradores da comunidade Julião, situada na Reserva de Desenvolvimento Sustentável (RDS) do Tupé, em Manaus (AM). Além de entrevistas e oficinas, a pesquisa utilizou a técnica da turnê guiada nos quintais e florestas adjacentes à comunidade. Foram registradas 62 espécies vegetais pertencentes a 53 gêneros e 34 famílias botânicas. Deste estudo, também é importante destacar que 16 espécies (25,8%) foram citadas para tratamento de malária e males associados, pela primeira vez, em estudos etnobotânicos realizados na América Latina.

Moraes e colaboradores (2015) documentaram as principais espécies de plantas medicinais utilizadas por uma comunidade ribeirinha na região do vale do rio Araguari, Amapá, Brasil. A metodologia do estudo foi a observação participante e foram identificados os especialistas locais que entendem sobre o uso de plantas medicinais, com aplicação de entrevistas semiestruturadas. Foram relatadas 45 espécies de plantas medicinais, distribuídas em 31 famílias botânicas, com indicativo de uso medicinal pelos informantes locais. A descrição das finalidades de uso feita pelos autores é extensa, mas as plantas medicinais citadas são, em geral, usadas para febre, malária, inflamações, gripe e complicações, problemas renais, vômitos, dor de estômago, etc. As principais partes utilizadas das plantas foram cascas e folhas. Neste artigo, também é mencionado que na região do Alto Rio Negro já foram notificadas mais de 229 plantas medicinais (Frausin, 2015)

Os cinco artigos que descreveram as espécies de plantas medicinais citaram o fato de que o conhecimento é maior quando o informante é do sexo masculino, mas é importante ressaltar que nestes estudos o maior número de informantes era do sexo masculino. Assim, os artigos afirmam que os homens têm mais conhecimento sobre plantas arbóreas, encontradas nas florestas, e as mulheres sobre plantas

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

medicinais cultivadas no entorno das casas e nas hortas.

MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA

Entre os trabalhos encontrados é importante destacar os projetos e experiências exitosas sobre a relevância da medicina tradicional dentro do campo da saúde pública, visto que o tema ainda aparece em poucos estudos. Uma das publicações mais importantes foi organizada por Dominique Buchillet, em 1991, e já mostrava as relações entre as medicinas tradicionais indígenas e os sistemas oficiais de saúde (Ferreira, 2013).

Em relação às experiências de fortalecimento e ‘revitalização’ das medicinas tradicionais indígenas, destacam-se dois projetos realizados na região do Alto Rio Negro (Amazonas): o *Projeto Medicina Tradicional Baniwa*, desenvolvido pelo povo Baniwa em parceria com a Universidade Federal do Amazonas (UFAM), a partir de 1987 (Garnelo et al., 2004), e o *Projeto Medicina Tradicional no Alto Rio Negro*, realizado pela Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN), em parceria com a ONG Associação Saúde sem Limites e com a Universidade de Pernambuco, entre 2001 e 2004 (Athias, 2007).

Sobre o Projeto Medicina Tradicional Baniwa, é importante destacar que em 2001 foi publicado o *Manual de Doenças Tradicionais Baniwa*, em parceria com a Universidade Federal do Amazonas. A publicação foi fruto de um trabalho de quase cinco anos, iniciado em 1997 por demanda das organizações indígenas Baniwa. Entre 1997 e 2000, graças aos esforços das lideranças indígenas, conhecedores de plantas medicinais, benzedores, pajés e agentes indígenas de saúde, foi possível realizar o registro das oficinas sobre os processos de tratamento para as doenças que ‘atacavam’ a humanidade.

Outro trabalho relevante sobre a importância da medicina tradicional para os povos indígenas é sobre o *Centro de Medicinas Indígenas Bahserikowi* (Barreto, 2017), fruto de uma experiência pessoal do autor, que reflete como o imaginário construído pelas sociedades sobre o “índio”, sobretudo a classe médica, tem uma visão equivocada sobre conhecimentos e práticas indígenas. O artigo mostra que as concepções de saúde dos povos indígenas consideram o processo saúde-doença para além do aspecto biológico, envolvendo também visões de mundo cosmopolíticas.

Recentemente, outro trabalho publicado pela FAS com jovens indígenas das comunidades Três Unidos, Nova Esperança e Terra Preta, localizadas na região do

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

Baixo Rio Negro, fez a catalogação, realizada pelos jovens indígenas, de 60 espécies, frutas, raízes e tubérculos mais usados nessas comunidades para o tratamento de doenças (FAS, 2020).

OS SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS DA AMAZÔNIA

Os sistemas alimentares representam diferentes hábitos alimentares, modelos de produção agrícola e níveis de transformação do consumo alimentar dos indivíduos. As análises qualitativas dos sistemas alimentares buscam identificar, além das vantagens dos sistemas, os desafios que possuem, tais como: a insustentabilidade do ponto de vista econômico, social, cultural e ambiental, com destaque para a insegurança alimentar.

Os parâmetros de sustentabilidade e insustentabilidade sobre os modelos agrícolas existentes contribuem para as possibilidades de construção de um sistema alimentar sustentável e das potencialidades da agricultura familiar como peça-chave para a construção deste sistema. Neste sentido, cabe destacar a importância ambiental e territorial dos espaços nos quais as populações tradicionais e indígenas amazônicas vivem para os planos de gestão ambiental e territorial das terras indígenas (PGTAs).

Além das plantas medicinais, Lima (2017) também discute acerca de alguns alimentos usados para o tratamento de doenças pelos ribeirinhos, como o açaí, utilizado para tratar anemia pois, segundo o conhecimento popular, é uma fruta rica em ferro. No entanto, em termos nutricionais, o açaí é notoriamente conhecido pela baixa biodisponibilidade de ferro, o que pode ser justificado pela presença de inibidores na absorção deste material, como tanino e fibra, razão pela qual são utilizadas as raízes novas, na forma de sumo ou chá, para suprir a deficiência de ferro e tratar, além da anemia, casos de hepatite. Portanto, sugere-se cautela no uso do fruto do açaí como uma fonte de ferro. A pupunha também é outro fruto nativo usado de maneira popular para o combate à anemia mas, embora seja uma fruta rica em vitamina A, não há evidências de sua eficácia para esta finalidade. Entre as plantas mencionadas, destacam-se chás feitos com hortelã para cólicas intestinais e a “grama sagrada” usada para o tratamento de diarreia. No caso dessas duas plantas medicinais, há comprovações científicas de uso para estes fins (Lima 2017).

Entre os ribeirinhos, Murrieta e colaboradores (2008) também investigaram o consumo alimentar de famílias situadas em duas regiões com ecossistemas diferentes, no Pará. No total, foram entrevistadas 11 famílias residentes em regiões

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

de várzea (Ilha de Ituqui, Município de Santarém) e 17 famílias de regiões de terra firme (Floresta Nacional de Caxiuanã, Municípios de Melgaço e Portel). Foi realizado um recordatório alimentar, de 24 horas, a respeito do consumo alimentar dos participantes. Em ambos os ecossistemas, os resultados confirmam a centralidade do pescado e da mandioca na dieta local. Porém, a contribuição de outros itens alimentares secundários, tais como açaí (em Caxiuanã) e leite *in natura* (em Ituqui), também foi significativa.

De maneira geral, para as populações amazônicas, o comportamento alimentar é muito semelhante. A dieta básica é, portanto, constituída pelo binômio peixe e farinha, além de ser modificada em função da estação diretamente ligada à sazonalidade climática por meio das cheias e secas dos cursos de água. No período da cheia, há o aumento do consumo de alimentos processados e ultraprocessados, principalmente devido à escassez de alimentos locais, como o pescado.

Em relação aos povos indígenas, destaca-se a importância de estudar os sistemas alimentares locais. É possível afirmar que os determinantes dos agravos nutricionais nos indígenas estão relacionados às inúmeras transformações de ordem demográfica, socioeconômica, cultural, ambiental e à transição epidemiológica. Além disso, as mudanças nos territórios são importantes para compreender este processo, conhecido como transição alimentar e nutricional.

TRANSIÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Como esperado, os estudos que investigam as mudanças nos hábitos alimentares dos povos tradicionais e indígenas na Amazônia já apontam para novos padrões de consumo alimentar. A dieta tem sido descrita como cada vez mais monótona, baseada em carboidratos, gorduras e sódio, porém pobre em proteínas, fibras e micronutrientes. Em diversas comunidades indígenas amazônicas, por exemplo, a subsistência deu lugar à aquisição comercial de alimentos. Observa-se também o acesso gradativo aos alimentos, em geral processados industrialmente, por meio de programas assistenciais, como a distribuição de cestas básicas e a alimentação escolar. Além dos novos padrões de consumo alimentar, é possível observar que muitos povos passaram a adotar um estilo de vida mais sedentário e com atividades laborais que exigem um menor gasto de energia (Licio, 2009; Licio et al., 2015). Como exemplo também pode ser citada a substituição da produção de proteína animal obtida com a criação de galinhas rústicas por ovos brancos e frangos congelados oriundos de granjas comerciais.

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

Os determinantes sociais citados acima possibilitam afirmar que está havendo um sensível processo de transição alimentar e nutricional dos povos amazônicos. A existência de uma economia de mercado, bem como a diminuição de limites territoriais, ameaças ambientais, invasões, desmatamento, queimadas, contaminação dos rios, falta de diversificação das roças, mecanização da produção agrícola, entre outros fatores, são potenciais determinantes do empobrecimento da dieta alimentar. Ademais, a chegada da energia elétrica e da televisão trouxe informações sobre alimentos antes desconhecidos, com o conseqüente desejo de aquisição e consumo.

Além da transição alimentar e nutricional, as mudanças alimentares também impactam na situação de segurança alimentar e nutricional (SAN) dos povos indígenas³. Realizado em 1995, o estudo “Mapa da Fome entre os Povos Indígenas no Brasil II”, o único de abrangência nacional sobre SAN de povos indígenas, apontou que, nas 297 terras indígenas para as quais foram obtidas informações (51% das terras existente à época do estudo), a insegurança alimentar e nutricional atingia quase um terço da população (Verdum, 1995).

Estudo realizado por Fávaro et al. (2007) junto aos Terena (MS) indicou que 20,4% das famílias apresentavam grau elevado de insegurança alimentar e nutricional, geralmente associada à menor escolaridade materna, à menor renda mensal *per capita* e ao número de filhos por grupo familiar. Entre os Bororo, foi possível constatar que, sazonalmente, a disponibilidade de alimentos, relacionada às atividades de subsistência, é reduzida e leva a comunidade indígena a referir 62,5% de algum grau de insegurança alimentar (Corrêa, 2005).

Até o momento não existem estudos que tenham investigado a segurança alimentar e nutricional dos povos indígenas e ribeirinhos amazônicos, baseados em questionários e escalas que medem a insegurança alimentar. No entanto, o processo de transição alimentar e nutricional enfrentado pelas comunidades é notório e desafiador. Ao mesmo tempo em que se tem observado a diminuição da diversificação dos produtos plantados nas roças, o acesso aos benefícios sociais aumentou significativamente nos últimos anos, o que permite e motiva o consumo

³ A 2ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional promovida pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, em 2004, definiu a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) como: “o direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social econômica e ambientalmente sustentáveis” (Consea, 2004).

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

de alimentos industrializados antes inacessíveis e que não faziam parte da dieta local.

Diante dos desafios, são crescentes os projetos liderados por organizações de base e movimentos sociais e/ou comunitários em busca de alternativas. Tratam-se de experiências exitosas que, além de disseminar os saberes tradicionais como alternativa de mitigação e adaptação às mudanças climáticas, visam promover a conservação dos recursos naturais, a produção de alimentos e a geração de renda por meio da implementação de atividades produtivas sustentáveis para a recuperação de áreas degradadas da Amazônia.

Nos últimos anos tem sido possível observar um aumento de iniciativas voltadas para a bioeconomia na Amazônia e que estão sendo desenvolvidas em diversas comunidades. Um exemplo são os projetos relacionados às cadeias de valor e ao manejo sustentável dos produtos da sociobiodiversidade, dentre os quais podem ser citados: açaí, castanha, andiroba, mandioca, pupunha, mel, babaçu, pimentas, cogumelos, pirarucu, entre outros (Quadro 5).

Quadro 5. Cadeias de valor de alimentos comercializados por povos tradicionais, ribeirinhos e indígenas na Amazônia.

Alimento	Povo	Região	Estado
Cogumelos	Sanõma (Yanomami)	Terra Indígena Yanomami	Amazonas
Pimentas	Baniwa	Içana - Alto Rio Negro	Amazonas
Mel	Indígenas do Xingu	Terra Indígena Xingu	Mato Grosso
Óleo de pequi	Kisedjê	Terra Indígena Xingu	Mato Grosso
Castanha-do-pará	Extrativistas	Reserva Extrativista do Rio Iriri	Pará
Óleo de castanha	Extrativistas	Reserva Extrativista do Rio Iriri	Pará
Farinha de castanha	Extrativistas	Reserva Extrativista do Rio Iriri	Pará
Farinha do mesocarpo de babaçu	Extrativistas	Reserva Extrativista do Rio Iriri	Pará
Óleo de babaçu	Extrativistas	Reserva Extrativista do Rio Iriri	Pará
Pirarucu	Extrativistas	Reserva de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá	Amazonas

Além dos estudos de cadeias de valor, outros tantos são realizados como forma de valorizar os modos tradicionais de produção e preparo de alimentos. Tais

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

práticas têm sido reunidas, publicadas e registradas como tecnologias sociais e bens imateriais das culturas locais.

Um exemplo delas é o livro *Comidas Tradicionais Indígenas do Alto Rio Negro*. A publicação foi elaborada a partir das demandas de mulheres de diversas etnias indígenas do Alto Rio Negro, situadas na cidade de São Gabriel da Cachoeira, no Amazonas. As autoras (Garnelo e Baré, 2009) demonstram as preocupações das mulheres indígenas com as mudanças das práticas alimentares nativas no contexto urbano, com o alto custo dos alimentos industrializados e com a transição alimentar que incorpora alimentos nocivos à alimentação. A publicação é dividida em três partes: (1) oficinas realizadas em São Gabriel da Cachoeira, (2) oficinas realizadas no Alto Içana com mulheres Baniwa, que busca descrever o sistema alimentar do grupo e (3) avaliação final do projeto, composta pelas falas de duas mulheres indígenas sobre o significado e as perspectivas do projeto.

A comensalidade e os ritos alimentares dos povos indígenas do Rio Negro complementam um engendrado sistema de conhecimento acerca da alimentação tradicional. Na Bacia do Rio Negro⁴, as roças e as práticas agrícolas tradicionais indígenas constituem o *Sistema Agrícola Tradicional (SAT) do Rio Negro*. A solicitação de registro do *SAT do Rio Negro* como Patrimônio Cultural do Brasil foi feita em 2007. Em novembro de 2010, esse sistema agrícola foi inscrito no Livro dos Saberes e Modos de Fazer do Instituto de Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (Iphan) e declarado Patrimônio Cultural do Brasil.

O *Sistema Agrícola Tradicional do Rio Negro* foi registrado como um bem imaterial da cultura porque se comprovou ser um conjunto estruturado, formado por elementos interdependentes: as plantas cultivadas, os espaços, as redes sociais, a cultura material, os sistemas alimentares, os saberes, as normas e os direitos, além da sustentabilidade do modo de produzir, que garante a conservação da floresta (van Velthen e Emperaire, 2016).

A base deste sistema agrícola é o cultivo da mandioca brava (*Manihot esculenta*), representada por dezenas de variedades de manivas. É entendida como a base social para cerca de 23 povos indígenas que vivem na região do Médio e Alto Rio Negro, representantes das famílias linguísticas Tukano Oriental, Aruak e Maku (não identificadas). O manejo das manivas e o processamento das mandiocas para

⁴ A bacia do Rio Negro é uma região formada por um mosaico de paisagens naturais muito diferentes e que se complementam, ao longo do rio Negro, nos municípios de Manaus, Novo Airão, Barcelos, Santa Isabel do Rio Negro e São Gabriel da Cachoeira, no Estado do Amazonas, até a fronteira do Brasil com a Colômbia e a Venezuela.

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

consumo envolve uma série de etapas específicas e o uso de artefatos, em geral de cestaria. Além disso, outras centenas de plantas são cultivadas nas roças, como as fruteiras e as medicinais. O sistema alimentar da região incorpora produções locais, resgatando práticas tradicionais de preparo, principalmente de pratos à base de mandioca (farinhas, beijus, caxiri, mingaus, etc.). Os povos indígenas resguardam variedades agrícolas e possuem uma rede de transmissão e circulação de saberes, práticas e produtos que são responsáveis pela rica sociobiodiversidade da região (van Velthen e Empeaire, 2016).

Outra iniciativa parecida tem sido realizada com o objetivo de fortalecer a agricultura e a medicina tradicional entre os povos indígenas pela Fundação Amazônia Sustentável (FAS), por meio do projeto Cunhã-Eta. Em 2020, além de capacitações, foram realizadas três oficinas sobre os temas nas regiões do Médio Rio Negro e Médio Solimões, no Amazonas, na comunidade Três Unidos, situada na Área de Proteção Ambiental (APA) do Rio Negro, na aldeia Vasques, zona rural do município de Tefé, e na aldeia Piloto, em Barcelos.

A ideia principal do projeto Cunhã-Eta, termo que pode ser traduzido como “rede de mulheres”, é promover o resgate da cultura agrícola, empoderando as mulheres indígenas do Amazonas. Além disso, como forma de avaliar a questão da segurança alimentar, os participantes preencheram questionários e fizeram a prática agrícola em campo para fortalecer o conhecimento adquirido. A FAS estima que o projeto colabore na melhoria e manejo de 15 hectares de sistemas agrícolas tradicionais nas localidades atendidas.

PROJETOS E POLÍTICAS PÚBLICAS: MEDICINA TRADICIONAL

PROJETO VIGISUS II/FUNASA - MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA

No âmbito das políticas públicas, o Projeto Vigisus II/Funasa, promovido pelo Ministério da Saúde e vigente no período de 2004 e 2008, foi a maior iniciativa realizada até hoje. O projeto teve como objetivo destacar o desenvolvimento participativo dos povos indígenas na área de medicina tradicional (Ferreira, 2013).

Neste contexto, é importante lembrar que se tratava de um momento favorável às políticas públicas relacionadas às práticas de medicina tradicional indígena, fato que influenciou a execução do projeto. Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o documento “Estratégia da OMS sobre a Medicina

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

Tradicional 2002-2005”, o qual incentivou a incorporação das medicinas tradicionais aos sistemas oficiais de saúde, por meio da criação de políticas nacionais específicas. O documento é importante, porque a OMS reconhece a medicina tradicional, inclusive a medicina tradicional indígena, como um conjunto de práticas e conhecimentos sobre saúde, utilizados para a manutenção do bem-estar, do cuidado em geral e dos cuidados relacionados à saúde (OMS, 2002);

No Brasil, também em 2002, foi aprovada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASI), a partir da qual ganharam relevância as medicinas tradicionais indígenas como práticas culturais e de saúde. Entre as suas diretrizes não integracionistas, a PNASI orienta a incorporação das medicinas tradicionais ao sistema nacional de saúde, para que os serviços de saúde possam atuar de forma articulada com os sistemas tradicionais indígenas de saúde, de forma a promover uma política de saúde indígena mais eficaz (Ferreira, 2013).

Em 2003, a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), que era a responsável pela execução das ações nos 34 distritos sanitários especiais indígenas (DSEIs), elaborou o Projeto Vigisus II/Funasa e nele estava incluído um plano de ação relacionado à Área de Intervenção Medicina Tradicional Indígena (AMTI)⁵. Esse plano de ação passou a ser executado em 2004, com foco na construção de um subsistema de saúde diferenciado em conformidade com as especificidades dos povos indígenas (Ferreira, 2012).

O Plano da AMTI tinha como objetivos: (1) elaborar estratégias para a articulação entre SUS e os sistemas de saúde praticados pelos povos; (2) valorizar o fortalecimento e atualização dos saberes e práticas tradicionais de cuidado com a saúde e (3) produzir conhecimentos que pudessem subsidiar as políticas públicas voltadas aos povos indígenas. Dessa maneira, a partir de um edital, o Projeto Vigisus II/Funasa financiou a execução de oito projetos: cinco deles foram realizados na área da saúde da mulher, sobre os sistemas de partos, três sobre o uso das plantas medicinais e três abordaram questões relativas ao xamanismo e à intermedicalidade. As iniciativas foram realizadas nos estados do Acre, Amazonas, Mato Grosso, Tocantins, Roraima, São Paulo, Maranhão e Alagoas (Ferreira, 2012).

Entre os projetos desenvolvidos, a autora destaca as oficinas realizadas com parteiras, pajés e agentes indígenas de saúde (AIS) na região do alto Juruá, estado do Acre, no decorrer de 2006. As oficinas tiveram o encontro de diversos atores

⁵ A partir da implementação da PNASI, criou-se a Área de Intervenção Medicina Tradicional Indígena (AMTI), no âmbito Subcomponente 2 – Ações Inovadoras em Saúde Indígena, do Projeto Vigisus II/Fundação Nacional de Saúde.

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

indígenas que atuavam em papéis diferentes dentro dos sistemas de saúde – oficial e tradicional. Ferreira (2012, 2013) também conclui que as medicinas tradicionais só serão integradas ao sistema oficial de saúde se submetidas a dois processos: (1) o de validação científica de seus conhecimentos e suas práticas; (2) e o da qualificação de seus praticantes.

PROGRAMA ARTICULAÇÃO DE SABERES EM SAÚDE INDÍGENA (PASSI) - SESAI

Em 2019, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) criou o Programa Articulação de Saberes em Saúde Indígena (PASSI)⁶, com ênfase na promoção da articulação entre os saberes e práticas indígenas ao sistema oficial de saúde no âmbito das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, buscando registrar os conhecimentos indígenas e valorizá-los.

As ações relativas ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos junto aos povos indígenas estão incluídas dentro do Eixo Programático 5 – Desenvolvimento de medicinas tradicionais indígenas e acesso às práticas integrativas e complementares disponibilizadas pelo SUS.

O PASSI visa a melhoria das condições e indicadores de saúde das comunidades/aldeias indígenas, como também o apoio ao processo de trabalho das equipes de saúde. As comunidades e/ou organizações indígenas podem submeter suas propostas ao modelo de *Projeto de Valorização das Práticas Tradicionais e Articulação de Saberes em Saúde Indígena*.

As propostas submetidas pelos povos indígenas ao PASSI/SESAI podem ser fruto de parcerias de rede intersetorial (assistência social, educação, cultura etc.) e/ou interinstitucional (universidades, organizações indígenas e indigenistas e outras instituições governamentais ou não governamentais, nacionais e internacionais).

POLÍTICA NACIONAL DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS (PNPMF)

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), publicada em 2006, contém as diretrizes que orientam a elaboração das cadeias produtivas de plantas medicinais e fitoterápicas, ou seja, extrapolam o setor Saúde.

Em 2008, foi aprovado o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Em 2009,

⁶ Maiores informações sobre o PASSI podem ser obtidas aqui: FALTA A INFORMAÇÃO

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

criou-se a Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS), com respaldo da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. A criação da RENISUS estabeleceu uma lista com espécies vegetais que já são utilizadas nos serviços de saúde estaduais e municipais, considerando o conhecimento tradicional e popular e os estudos químicos e farmacológicos disponíveis. Em 2014, foi publicada a RDC n.º 26/2014 que regulamenta o registro de fitoterápicos e o registro e a notificação de Produtos Tradicionais Fitoterápicos. A norma de registro refere-se tanto ao medicamento fitoterápico quanto ao produto tradicional fitoterápico.

As ações decorrentes desta política, manifestadas no Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, serão imprescindíveis para a melhoria do acesso da população aos medicamentos, à inclusão social e regional, ao desenvolvimento industrial e tecnológico, além do uso sustentável da biodiversidade brasileira e da valorização, valoração e preservação do conhecimento tradicional⁷ associado às comunidades tradicionais e indígenas.

Trata-se de uma iniciativa inovadora para a promoção do uso de plantas medicinais e fitoterápicos dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Como estratégia, foram incluídos 12 fitoterápicos na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) por meio da Portaria GM/MS nº 704 (2017).

De forma mais abrangente, a PNPMF objetiva garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional.

POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PNPIC)

A PNPIC, aprovada em 2006, visa ampliar o acesso da população aos serviços e produtos das Práticas Integrativas e Complementares (PICs), nas redes de atenção à saúde, de forma segura, eficaz e com atuação multiprofissional, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. Além das “Plantas Medicinais e Fitoterapia”, fazem parte da PNPIC a homeopatia, a medicina tradicional chinesa/acupuntura, a medicina antroposófica e o termalismo social/crenoterapia.

⁷*Conhecimento tradicional associado*: relaciona-se com a informação ou prática individual ou coletiva de comunidade indígena ou de comunidade local, com valor real ou potencial, associada ao patrimônio genético. *Conhecimento tradicional*: todo conhecimento, inovação ou prática de comunidade tradicional relacionado aos componentes da diversidade biológica

INTERCULTURALIDADE E DIFERENTES CONCEPÇÕES SAÚDE-DOENÇA

O adoecimento e a morte, em qualquer sociedade humana, são fortemente influenciados por questões de ordem social e cultural. No caso dos povos indígenas no Brasil, existem estudos que analisam a experiência de “enfermar”. Os processos de “adoecer”, “curar” e de “morrer” entre os indígenas são complexos e, por isso, é importante discutir como os serviços de atenção à saúde destinados aos povos indígenas se inserem nos espaços dessas vivências.

De acordo com Conklin (1994), o comportamento dos profissionais de saúde diante dos conceitos e práticas indígenas relacionados aos processos de “adoecer”, “curar” e de “morrer” é, muitas vezes, de rejeição e indiferença. Este fato torna-se compreensível uma vez que, para esses profissionais, a adoção da medicina ocidental é a solução para a melhoria das condições de vida e saúde das populações indígenas.

Porém, quando a medicina ocidental e doenças desconhecidas são introduzidas nas sociedades indígenas, são interpretadas e praticadas de acordo com o padrão cultural de seu sistema médico “tradicional”. Por isso, na maioria das vezes, o mero fornecimento de serviços médicos será insuficiente para garantir um sistema de saúde eficaz, caso não sejam equacionados os conflitos e equívocos existentes entre os conceitos ocidentais e indígenas. Este fato se repete agora, diante da pandemia da Covid-19.

Como afirma Buchillet (2002), a maioria das sociedades indígenas muitas vezes associa as devastadoras epidemias à tecnologia ocidental; ambas manifestam um tipo de poder “sobrenatural” ou “mágico” dos brancos. Segundo vários historiadores e antropólogos, tal concepção teria favorecido a penetração e expansão europeias e precipitado o processo de conversão dos índios ao cristianismo. Para os Desana, por exemplo, adoecer ou não tinha relação com o poder. Eles associavam tal poder manifesto na aparente imunidade dos brancos às doenças infectocontagiosas, na densidade demográfica, na grande habilidade técnica e também na sua opulência, na exorbitante capacidade de reprodução e disseminação dos brancos e de suas posses (objetos, doenças) (Garnelo, 2001; Buchillet, 2002).

É importante destacar também a discussão do tema quando inserido no campo da antropologia. Em 2001, Garnelo e Wright publicaram um artigo que utilizou uma perspectiva transdisciplinar, por meio do esforço articulado de várias instituições,

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

na região do Alto Rio Negro. A pesquisa pretendia incorporar atividades de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST/Aids) no conjunto dos cuidados primários de saúde que eram desenvolvidos pelos agentes indígenas de saúde (AIS) junto às comunidades indígenas. Dentre o conjunto de estratégias desenvolvidas, houve também a capacitação de profissionais não indígenas de saúde da rede de referência, para diagnóstico e tratamento de casos. No caso dos indígenas, o trabalho trouxe uma contribuição importante sobre a visão cosmológica e multidisciplinar, uma vez que mostrou o desafio de trabalhar as IST em um contexto interétnico, evidenciando a necessidade de compreensão dos conhecimentos sobre sexualidade inerentes a cada grupo indígena⁷ e de articulação dos sistemas de saúde indígena e não indígena.

A relação entre as práticas tradicionais de cuidado à saúde e o sistema biomédico foi o objeto do artigo escrito por Langdon & Garnelo (2017) que destacaram que as interações entre esses dois sistemas de conhecimentos relacionados à saúde exigem dos atores envolvidos (profissionais de saúde, cientistas e indígenas) um entendimento sobre a perspectiva do outro, para reconhecer que existem várias maneiras de autocuidado e práticas de cuidados à saúde.

A IMPORTÂNCIA DA INTERCULTURALIDADE NO ÂMBITO DA SAÚDE INDÍGENA

Para compreender o papel da interculturalidade, faz-se aqui uma comparação dos processos saúde-doença dos Desana, dos Baniwa e dos Wari.

Os Desana possuem quatro termos referentes à doença: *doreri*, *~pudidi*, *behari* e *birari*, sendo que o termo mais usado é *doreri*, que tem como sentido principal a patogenia endógena e caracteriza as doenças que os afetam tradicionalmente. Essas doenças resultam geralmente de um erro pessoal do doente: transgressão de proibições alimentares, de atividades e/ou uso abusivo de plantas mágicas para a caça ou a pesca. Deve-se assinalar, porém, que a relação entre transgressão e doença não é automática e que a imputação de uma doença a um erro pessoal do paciente não tem qualquer conotação moral de punição; a transgressão tem o efeito de colocar o indivíduo num estado específico de vulnerabilidade biológica durante o qual ele pode adoecer.

O segundo termo genérico desana, *~pudidi*, "dor", serve para qualificar as doenças "que vêm por elas mesmas", não podendo, pois, ser atribuídas a uma intenção maléfica externa. Essas doenças, denominadas "doenças do universo", pois existem desde o começo do mundo, podem ocorrer em certos períodos do ano e

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

afetar qualquer pessoa com vômitos, náuseas, diarreias, dores de cabeça, paralisia, malária etc.

O terceiro termo, *behari*, tem dois sentidos não excludentes: "transitório/passageiro" e "que passa de um para outro". É o termo apropriado para denominar as poucas doenças que os Desana associam aos brancos e cujas principais características epidemiológicas, além da virulência e da transitoriedade, são o alto poder de contágio: gripe, varíola e sarampo.

O quarto termo genérico, *birari*, designa as doenças que atingem, simultaneamente, todos os membros de uma comunidade, sendo, portanto, atribuídas à feitiçaria xamânica. Elas se distinguem entre si pela contiguidade espaço-temporal, pois atacam todos os membros de uma comunidade ao mesmo tempo. Além disso, embora ambos os termos *doreri* e *birari* caracterizam igualmente doenças atribuídas à feitiçaria xamânica, elas se diferenciam umas das outras pela dimensão do ataque, uma vez que as primeiras afetam um único indivíduo, enquanto as segundas atacam uma coletividade inteira.

Assim, das duas maiores características epidemiológicas das doenças associadas aos brancos - a virulência e o alto grau de contágio - a partir da análise dessas representações xamânicas, os Desana reconhecem de maneira seletiva a origem exógena dessas quatro doenças infecciosas: se o sarampo, a varíola e a gripe estão indissolivelmente ligados aos brancos e seus objetos manufaturados, a malária, tanto sob forma endêmica quanto epidêmica, é, ao contrário, considerada uma moléstia autóctone, podendo ser interpretada como doença natural ("doença do universo") ou resultado de feitiçaria xamânica.

Não existem dúvidas que os Desana chegaram a essa diferenciação etiológica porque identificam o alto grau de contágio como uma especificidade das doenças que atribuem aos efeitos do contato interétnico e porque reconhecem a maneira seletiva com que elas atacam índios e brancos. Portanto, claro que a relação entre representações xamânicas e dados biomédicos não é aleatória, mas se baseia numa observação minuciosa e exaustiva das características objetivas (epidemiológicas) dessas diversas patologias (Buchillet, 2002).

Da mesma forma, Garnelo (2001) relata que, para os Baniwa, as produções míticas e representações tradicionais de doenças operam como um sistema de acolhimento, onde os saberes biomédicos perpassam o mundo em que o pensamento mítico opera como núcleo central, ordenando e atribuindo significado às ideias e práticas referentes à saúde, doença e cura.

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

A memória coletiva reproduz certos níveis de consenso sobre o tema, apesar dos percalços do contato e das mudanças introduzidas pela modernidade no modo indígena de viver. Existe uma partilha de ideias a respeito dos diversos sistemas médicos que nela coexistem, variando conforme a posição que os sujeitos ocupam na cena social. Mulheres, agentes indígenas de saúde, xamãs, lideranças, etc., expressam, por meio dos elementos periféricos de seu cogito, diferentes formas possíveis de apropriação dos saberes tradicionais e daqueles decorrentes das relações de contato interétnico (Garnelo, 2001).

Para os Baniwa, quando uma enfermidade estranha atinge a comunidade, ocorrem desequilíbrios sociais e o aumento da mortalidade, o que pode até ocasionar acusações de feitiçaria e mortes por vingança. Os saberes, as concepções de doença e as práticas terapêuticas, realizadas por diversos agentes de cura, adquirem especial relevância para a resolução de seus problemas de saúde. Os principais agentes de cura são os xamãs, os conhecedores de plantas medicinais e os donos de cânticos, um tipo de especialista que trabalha com cânticos religiosos nos rituais de cura, de passagem etc. (Garnelo, 2001).

A eles devem somar-se hoje os agentes indígenas de saúde, os profissionais de biomedicina dos serviços de saúde do Brasil e a automedicação com remédios industrializados. Todos esses elementos formam um conjunto de estratégias terapêuticas acessíveis aos grupos indígenas (Buchillet, 2002).

Buchillet (2002) ainda afirma que, ao contrário dos Desana, para os Baniwa, as “doenças de branco” não constituem categoria diferenciada, mas se distribuem entre as diferentes categorias de doenças e, ao contrário das doenças tradicionais, costumam gerar epidemias. Para eles, a malária pertence simultaneamente ao domínio dos *lupinai* – que exercem o controle sobre sua disseminação no meio ambiente – e ao domínio das doenças provocadas por pajés – que podem liberá-las para causar dano a alguém por vingança.

Já a origem da diarreia com sangue aparece em uma variante do mito que explica a procedência da noite. Assim, os serviços de saúde só funcionam quando adquirem inteligibilidade plena e compreendem os processos cosmológicos descritos acima.

A interpretação das doenças infecciosas por parte dos grupos indígenas assume um papel tão importante que, no caso de outro grupo amazônico, os Wari, conceitos tradicionais de doenças por parte de sua etnomedicina contribuíram para a sua notável capacidade de se ajustar a epidemias. Além disso, os Wari

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

contemporâneos estabelecem a distinção entre “doença Wari” (comuns no período pré-contato) e “doença civilizada” (pós contato), onde as doenças civilizadas são frequentemente epidemias (gripes, tuberculose etc.) e as doenças Wari são as diarreias, febres e prostração súbita. Assim como para os Desana, a malária também é classificada de maneira peculiar. O sistema médico tradicional atribui a morte súbita à feitiçaria, e não às doenças. No caso dos Wari são oferecidas duas explicações: ataque de espíritos humanos ou invasão do corpo por elementos externos (Conklin, 1994).

Segundo Conklin (1994), a adoção pelos Wari da medicina ocidental foi parcial, os indígenas começaram a demonstrar um interesse todo especial por comprimidos, injeções e antibióticos. Porém, a resistência dos Wari ao assumir a função técnica de agente indígena de saúde destaca que os programas de saúde deveriam ser idealizados e implementados de acordo com a realidade sociocultural das populações beneficiadas.

Sobre as regras de comensalidade e ritos alimentares do povo Baniwa, é preciso primeiro compreender sua organização social. Os grupos de parentesco são formados por três grupos consanguíneos (fratrias), exogâmicos e patrilineares: Hohodene, Walipere e Dzawenai. De acordo com Garnelo et al. (2010), as fratrias são responsáveis pela manutenção da vida social: *“Cada fratria dispõe de territórios específicos distribuídos entre as diversas aldeias, onde seus membros podem fazer roças, caçar, pescar e coletar os diversos recursos necessários ao sustento de sua família”* (p. 25-26). Ao longo do tempo, a região conhecida como Baixo Içana e os trechos de lagos têm sido ocupados pela fratria Dzawenai, o Médio Içana pelos Walipere e o Alto Içana pelos Coripaco; a sub-região do Rio Aiari tem sido ocupada pela fratria Hohodene (Garnelo, 2003).

Para os Baniwa, a divisão geopolítica do território permeia as relações de afinidade e parentesco. A distribuição das aldeias é controlada pelas fratrias e o padrão de assentamento se dá por meio de micro ecossistemas, ou seja, terras com características ecológicas distintas e com disponibilidade desigual de recursos alimentares (Garnelo, 2003; Garnelo et al., 2010; Garnelo et al., 2003). Existem, por exemplo, as regiões dos lagos e igapós, as regiões de terras firmes e as regiões de caatinga. Cada fratria gerencia o controle socioespacial de seu respectivo micro ecossistema, de onde retiram os recursos necessários para subsistência, especialmente para a produção de alimentos. No entanto, essa divisão política e territorial não é igualitária, já que existem famílias que controlam mais terras

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

cultiváveis, ao passo que outras têm mais acesso aos lagos piscosos (Garnelo, 2003; Garnelo, 2011).

Como os demais povos indígenas rionegrinos, ao longo dos séculos, os Baniwa desenvolveram uma série de estratégias para lidar com os micro ecossistemas de solos pobres e a escassez de peixes e caça. As desigualdades de possibilidades de acesso ao alimento foram ancestralmente contornadas por estratégias culturais que fomentam a interdependência dos grupos familiares. A baixa densidade populacional das aldeias viabilizou uma complexa rede de trocas entre as comunidades, o que garantia a circulação dos meios de subsistência. Dessa forma, também eram evitados permanentes conflitos e, conseqüentemente, o aparecimento de doenças no território (Garnelo et al., 2010).

Segundo Garnelo (2003, 2007, 2009), para os Baniwa há uma conexão entre o sistema de saúde, de cuidados e de cura com a classificação e periculosidade dos alimentos. Assim, a relação com os alimentos é de muita sobriedade e cautela, pois eles podem ser compatíveis, incompatíveis, agonistas, antagonistas, fortes ou fracos ao estado de saúde. Por meio de procedimentos ritualísticos, os Baniwa asseguram e preparam os alimentos para consumo. Como exemplo, os peixes passam por uma série de procedimentos antes de serem consumidos, para que sejam prevenidos potenciais de agressões, principalmente as doenças. Existem também restrições alimentares em períodos pré-determinados da vida, como no pós-parto. Além das restrições alimentares, também é importante realizar o jejum.

Hoje em dia, as transformações decorrentes do contato com a sociedade não indígena influenciam negativamente a preservação das antigas formas de partilha de alimentos, aumentando a insegurança alimentar e nutricional no território Baniwa, especialmente pela escassez de peixes em algumas regiões da bacia do rio Içana. No entanto, o cumprimento às regras e restrições alimentares ainda é um ato fortemente praticado e transmitido pelos Baniwa (Garnelo, 2007; Garnelo, 2009; Garnelo, 2011).

Considerações finais

Este levantamento bibliográfico buscou trazer os pontos mais importantes para que tais temas, tão amplos e complexos, possam ser discutidos profundamente, principalmente pelos detentores dos conhecimentos tradicionais e interessados na proposição de um sistema de saúde diferenciado para as populações amazônicas.

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

Embora o conhecimento tradicional seja notório e popular, o que foi possível constatar foi a escassez de estudos publicados sobre os temas na região amazônica, principalmente sobre a perspectiva da interculturalidade e a participação dos povos tradicionais e indígenas.

É importante ressaltar que, de fato, a produção científica no país tem sofrido devido aos cortes nos investimentos. Para tais áreas de estudo, são necessários investimentos nas pesquisas científicas. O estudo da medicina tradicional na Amazônia ainda se mostra pautado nos estudos dos usos das espécies das plantas medicinais, etnobotânica e conhecimento popular das populações envolvidas.

Sobre os sistemas alimentares dos povos ribeirinhos e indígenas, é possível afirmar que existe bastante similaridade entre ambos, principalmente no que se refere à base alimentar, como peixes e derivados da mandioca/macaxeira, e a importância dos sistemas agrícolas e dos modos de produção tradicionais de alimentos. Tanto para os ribeirinhos quanto para os povos indígenas, apesar do progressivo incremento da visibilidade no cenário social, político, demográfico e epidemiológico nas últimas décadas, tal visibilidade se expressou de maneira desigual na área das pesquisas nacionais relacionadas à antropologia da alimentação e segurança alimentar, persistindo um desconhecimento em maior ou menor grau sobre esses temas e suas relações com o contexto amazônico.

Essa breve revisão tem por objetivo demonstrar que, diante de toda a sociodiversidade existente, as políticas de atenção à saúde precisam respeitar as especificidades e as diferentes concepções dos processos de saúde e doença. Os profissionais da saúde devem considerar o modo de vida “tradicional” dos povos indígenas e ribeirinhos, isto é, as diferentes cosmologias e formas de organização (social, política e cultural). As percepções das comunidades, muito distintas daquelas construídas pelo conhecimento biomédico e etnocêntrico, exigem que os profissionais não indígenas conheçam a realidade sociocultural e o contexto no momento de interferir, e reorganizem os serviços de saúde para atender indígenas e ribeirinhos de forma efetiva.

Raramente a saúde indígena no Brasil é discutida à luz da experiência de outros países e vice-versa. Se no Brasil ainda são poucas as análises sobre saúde e desigualdade, em outros países das Américas, como México, EUA e Canadá, as pesquisas evidenciam a situação de marginalidade socioeconômica e epidemiológica dos povos indígenas. Os estudos apontam que, embora os perfis de saúde de povos indígenas na América do Norte sejam amplamente distintos, há um

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

elemento em comum que os une, qual seja a grande distância que separa a qualidade de vida e os perfis epidemiológicos dos povos indígenas de cada um desses países em relação aos não indígenas.

Ao analisarmos as pesquisas realizadas em outras partes do mundo, podemos constatar que a questão da saúde das populações indígenas no Brasil faz parte de um quadro que extrapola fronteiras nacionais específicas. É um tema que se insere e resulta no capítulo mais amplo das relações sociais e históricas entre os povos nativos e os colonizadores que, em diversas levas, chegaram às Américas ao longo dos últimos 520 anos.

Desde 1985, Wirsing já enfatizava que, após o contato interétnico, as populações indígenas tiveram a sua adaptação e a saúde prejudicadas por mudanças expressivas, como a ocupação geográfica, a instabilidade demográfica, a escassez de recursos naturais e as mudanças de hábitos alimentares. Ao fazer comparações entre populações autóctones de diversas partes do mundo (Amazônia, Ártico, Oceania, África), o autor relata que, após o contato destes grupos com a “sociedade”, surgiram novas epidemias (por contato com novos agentes infecciosos), além de diarreia e malária. Ele ainda ressalta que estas alterações seriam consequências de modificações de ordem biológica e cultural (adaptações, estilo de vida, sedentarismo, dieta, relação com o ambiente, instabilidade populacional). Ainda de acordo com o autor, o contato também levou ao surgimento de problemas de ordem alimentar e nutricional, uma vez que o declínio populacional causou um forte impacto sobre a produção de alimentos e fatores sócio-organizacionais, ocasionando a desnutrição em crianças e obesidade, hipertensão arterial, diabetes e alcoolismo em adultos.

De tal modo, Kunitz (1994) compara as condições de saúde das populações nativas da Austrália, Nova Zelândia, Canadá e Estados Unidos (países que são antigas colônias inglesas) e afirma que os processos de colonização nestes países, apesar de distintos, acarretaram modificações semelhantes na organização social dos povos nativos, reduzindo drasticamente as populações por meio de modificações ecológicas, introdução de novas doenças, guerras e extermínio. Conseqüentemente, as diferenças nos processos de formação dessas ex-colônias levaram os países a consolidarem sistemas de saúde indígenas diferentes. No caso dos Estados Unidos, apesar de não existir um sistema médico social, existe um sistema de atenção à saúde indígena.

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

Ao contrário, no Canadá, onde existem praticamente dois países em um, os sistemas de saúde aos indígenas são completamente diferentes, de modo que é na parte francesa que se concentra a maioria da população indígena por pressão da parte inglesa. Ainda de acordo com o Kunitz, já em 1990, as doenças crônicas não transmissíveis eram as maiores causas de morte entre os indígenas, atingindo-os de maneira semelhante a outras parcelas da população.

Como demonstra Young (1994), ao se comparar as causas de mortalidade entre indígenas e não indígenas canadenses, não foram observadas diferenças em ambos os segmentos da população, sendo que as doenças cardiovasculares já eram apontadas como a principal causa de morte nos dois grupos. Além disso, sob a ótica da transição epidemiológica, existia também uma diminuição de doenças infecciosas e da mortalidade infantil e aumento da morbidade por doenças crônicas não-transmissíveis, o que causou, de certa maneira, um impacto sobre as políticas públicas de saúde naquele país. Este fato torna-se preocupante no caso do Brasil porque, a partir dos estudos realizados, foram observados resultados bastante semelhantes aos encontrados em outros países.

A experiência de outros países em relação à saúde indígena, principalmente na elaboração de políticas públicas mais efetivas, nos faz compreender a necessidade de aprofundar a discussão sobre a Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas e as limitações do subsistema de saúde indígena, idealizado para um contexto de pessoas em áreas rurais. É necessário considerar as transições demográfica e epidemiológica como eventos dinâmicos, como também trazer à discussão os próprios interessados: as populações indígenas e ribeirinhas, não somente como atores do controle social, mas também como pesquisadores e profissionais de saúde. É necessário valorizar o protagonismo e autonomia das vozes locais, além do financiamento, para a superação dos desafios da saúde indígena. Neste sentido, o “SUS na Floresta” traz à discussão os problemas encontrados e contribui para as potenciais propostas.

REFERÊNCIAS

BARRETO JPL. Bahserikowi - Centro de Medicina Indígena da Amazônia: concepções e práticas de saúde. **Periódicos UFPA**. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>> Acesso em: 13 abr. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>> Acesso em: 13 abr. 2021.

BUCHILLET, D. Contas de vidro, enfeites de brancos e “potes de malária”. Epidemiologia e representações de doenças infecciosas entre os Desana do alto Rio Negro. In: **Pacificando o branco: cosmologias do contato no norte amazônico**. (B. Albert & A. R. Ramos, orgs), pp. 113-144. São Paulo: Editora UNESP e Imprensa Oficial do Estado, 2002.

COIMBRA JR., CEA. O sarampo entre as sociedades indígenas brasileiras e algumas considerações sobre a prática de saúde pública entre estas populações. **Cad. Saúde Pública**, 3:22-37,1987. NÃO CITADO NO TEXTO

CONKLIN B.A. O Sistema Médico Wari' (Pakaanóva). In: **Saúde dos Povos Indígenas** (R. V. Santos & C. E. A. Coimbra Jr., orgs.), pp.161-186. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

CORREA MLM. Situação de alimentação e nutrição dos Bororo da Terra Indígena Perigara: perspectivas de segurança alimentar. [Dissertação]. Campo Grande: Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, 2005.

FAS – FUNDAÇÃO AMAZÔNIA SUSTENTÁVEL. **Caderno indígenas na Amazônia** [livro eletrônico] : juventudes indígenas do baixo Rio Negro / [organização Virgílio Viana]. -- 1. ed. -- Manaus, AM: Fundação Amazonas Sustentável, 2020.

FÁVARO T; Ribas DLB; ZORZATTO JB, CORRÊA MAS; PANIGASSI G. Segurança alimentar em famílias indígenas Terena, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2007; 23(4): 785-793.

FERREIRA, Luciane Ouriques. O desenvolvimento participativo da área de medicina tradicional indígena, Projeto Vigisus II/Funasa. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 265-277, May 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500023&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Dec. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500023>.

GAMA, Abel Santiago Muri et al . Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 2, e00002817, 2018 . Available from

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000205007&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Dec. 2020. Epub Feb 19, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00002817>.

GARNELO L., WRIGHT R. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa. Cad. Saúde Pública, 17:273-284,2001.

GARNELO, Luiza. et al. Controle das DST/Aids em área indígena: o mercado simbólico do Alto Rio Negro. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, v. 13, n. 2, p. 23-26, 2001.

GARNELO L. **Poder, hierarquia e reciprocidade**: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2003.

GARNELO L. Cosmologia, ambiente e saúde: mitos e ritos alimentares Baniwa. **História, Ciência e Saúde** - Manguinhos. 2007; 14 (Supl): 191-212.

GARNELO L. Comendo e bebendo entre os Baniwa. In: Garnelo L, Baré GB, organizadores. **Comidas tradicionais**. Manaus: EDUA; 2009. 67-79.

KUNITZ, S.J. **Disease and Social Diversity**: The European Impact on the Health of Non-European. Oxford: Oxford University Press, 1994 (capítulo 2).

LANGDON, Esther Jean and Garnelo, LUIZA. Articulación entre servicios de salud y “medicina indígena”: reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil. **Salud Colectiva** [online]. 2017, v. 13, n. 3 [Accessed 02 December 2020] , pp. 457-470. Available from: <<https://doi.org/10.18294/sc.2017.1117>>. ISSN 1851-8265. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1117>. FORA DE SEQUÊNCIA

LICIO, JSA. **Estado nutricional de crianças indígenas no Brasil: uma revisão sistemática da literatura científica**. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz- Escola Nacional de Saúde Pública; 2009.

LICIO et al. Anemia em crianças e mulheres indígenas no Brasil: revisão sistemática. **Cien. Saúde Colet.** [periódico na internet] (2015/Ago). [Citado em 02/02/2021]. Está disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/anemia-em-criancas-e-mulheres-indigenas-no-brasil-revisao-sistemica/15240?id=15240>>.

LIMA RFS, Turrini RNT, Silva LR, Melo LDS, Augusto SI. Popular healing practices and medical plants use for riparian mothers in early childhood care. **Rev. Fund. Care Online**. 2017 out/dez; 9(4): 1154-1163. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1154-1163>

MORAES, Luiz L. C. et al. Ethno-knowledge of medicinal plants in a community in the eastern Amazon. **Rev. de Ciências Agrárias**, Lisboa, v. 42, n. 2, p. 291-300, June 2019 . Available from <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-018X2019000200030&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Dec. 2020. <http://dx.doi.org/10.19084/rca.15625>

NERI, Ilma Fernandes. **Valorização dos produtos do sistema agrícola tradicional do médio Rio Negro no Amazonas**: de circuitos invisíveis a novas alternativas de

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

mercados. 2018. 99 f., il. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Sustentável) - Universidade de Brasília, 2018.

RAMOS, PRO. **Montagem da paisagem do conhecimento: uma tecnologia social apropriada para comunidades ribeirinhas amazônicas.** 2018. 138 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2018.

VEIGA JB; SCUDELLER, V.V. **Rev. Bras. Pl. Med.**, Campinas, v.17, n.4, supl. I, p.737-747, 2015.

TOMCHINSKY, Bernardo et al. Ethnobotanical study of antimalarial plants in the middle region of the Negro River, Amazonas, Brazil. **Acta Amaz.**, Manaus, v. 47, n. 3, p. 203-212, July 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0044-59672017000300203&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Dec. 2020. <https://doi.org/10.1590/1809-4392201701191>

VEIGA, J.B.; SCUDELLER, V.V. Etnobotânica e medicina popular no tratamento de malária e males associados na comunidade ribeirinha Julião – baixo Rio Negro (Amazônia Central). **Rev. bras. plantas med.**, Botucatu, v. 17, n. 4, supl. 1, p. 737-747, 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-05722015000500737&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Dec. 2020. https://doi.org/10.1590/1983-084X/14_039.

VAN VELTHEM, LH; EMPERAIRE, L. **Manivas, aturás, beijus:** o sistema agrícola tradicional do rio Negro. Santa Isabel do Rio Negro: ACIMRN, 2016.

VERDUN R. **Mapa da fome entre os povos indígenas no Brasil (I):** uma contribuição à formulação de políticas de segurança alimentar. Brasília: INESC, 1995.

VERDUN R. **Mapa da fome entre os povos indígenas no Brasil (II):** uma contribuição à formulação de políticas de segurança alimentar sustentáveis. Brasília: INESC/ Ação da INCOMPLETO E NÃO CITADO NO TEXTO

YOUNG. K. T. **The Health of Native Americans:** Toward a Biocultural Epidemiology. Oxford: oxford University Press, 1994. (capítulo 2).

WIRSING, R. The health of traditional societies and the effects of acculturation. **Current Anthropology**, 26:3003-322,1985.

PARTE 2

EXPERIÊNCIAS E PRÁTICAS EXITOSAS

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

Diante dos desafios, considerou-se importante apresentar algumas iniciativas em desenvolvimento e que estão relacionadas com os temas de medicina tradicional e sistemas alimentares. É também importante lembrar que, nos últimos anos, a Amazônia tem sido vista pelos grandes laboratórios farmacêuticos internacionais como a “farmácia do mundo”, porque possui um enorme potencial de recursos a serem explorados medicinalmente.

Foram selecionadas quatro iniciativas consideradas como exitosas e que podem ser replicadas ou discutidas, de modo também a se fazer valer a implementação das políticas públicas.

Experiência/ prática	Responsável	Ano de início/atividade	Público atendido	Local
Farmácia Verde de Manicoré	Irmãs Franciscanas	2012	Geral	Manicoré (AM)
Cartilha de remédios contra a Covid-19	Associação dos Artesãos Indígenas de São Gabriel da Cachoeira (Assai)	2021	Indígenas	São Gabriel da Cachoeira (AM)
Centro de Medicina Bahserikowi	Lideranças indígenas, kumu, benzedores	2017	Geral	Manaus (AM)
Catrapoa	6ª Câmara - MPF, organizações indígenas, ONGs e parceiros	2016	Crianças indígenas	Manaus (AM)

INICIATIVA 1 - FARMÁCIA VERDE DE MANICORÉ (AM)

Entrevista com Irmã Marinete - Responsável pela Farmácia

A Farmácia Verde, hoje coordenada pelas irmãs franciscanas da Paróquia da Igreja Nossa Senhora das Dores, em Manicoré (AM), surgiu por necessidade, uma vez que os ribeirinhos vinham para a cidade e não encontravam atendimento médico na rede oficial de saúde do município.

No ano de 1995, o então pároco Vitor Lobo teve a iniciativa de começar a trabalhar com plantas medicinais, de maneira preventiva, para atender os

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

ribeirinhos. Em pouco tempo, o trabalho da igreja foi transformado em Pastoral da Saúde, mas ainda não existia um espaço físico. Foi somente em 2012 que o trabalho da Pastoral da Saúde converteu-se na Farmácia Verde e o Padre Antônio de Assis Ribeiro ficou responsável por liderar a campanha para a construção da sede, inaugurada em 24 de agosto daquele ano. Atualmente, a Farmácia Verde de Manicoré atende gratuitamente ao público em geral e recebe doações que são utilizadas para adquirir os preparados. O projeto “Farmácia Verde” promove uma fonte alternativa de recursos medicinais e ações terapêuticas de baixo custo, eficientes e sem efeitos colaterais. Além disso, são feitas orientações básicas para a promoção da saúde, palestras e informações sobre o uso e o valor das hortas medicinais e não medicinais e o uso de alimentação saudável. A iniciativa atua em parceria com outras pastorais e as demais entidades públicas e privadas do município. O “Farmácia Verde” também trabalha em conjunto com a comunidade, por meio de parcerias, dialogando e avaliando sempre suas metas, buscando melhorias nos estudos junto às comunidades locais, além de mais conhecimentos para desenvolver, de maneira adequada, esse trabalho social.

A metodologia de trabalho do projeto prioriza o método bioenergético, orientando o uso de chás com o uso das ervas testadas. Também são produzidas as garrafadas, tinturas e lambedores. De acordo com o método bioenergético, as pessoas podem receber misturas de plantas medicinais (três, sete ou nove plantas) para serem usadas combinadas em forma de chá. O tratamento não é padrão e o atendimento é exclusivo e pessoal.

Devido à pandemia da Covid-19, as atividades do projeto foram paralisadas durante alguns meses de 2020 e o quadro de voluntários também diminuiu - a farmácia conta hoje com apenas três colaboradores. O atendimento na Farmácia Verde, que costumava atender cerca de 200 pessoas por ano, segundo as informações repassadas pelos responsáveis, cresceu em mais de 500% durante a pandemia, com um total de 1023 pessoas atendidas gratuitamente pelo método bioenergético, entre maio e dezembro de 2020. No mesmo período, foram doados 1172 preparados de plantas medicinais e 2125 garrafadas. Grande parte das pessoas que procuram atendimento na Farmácia Verde estão em busca de tratamento complementar para ser usado junto com o tratamento biomédico (medicamentos alopáticos). Além disso, a maioria dos usuários é do sexo feminino e possui baixa renda familiar. De modo geral, a Farmácia Verde é muito valorizada pela população da região de Manicoré, já teve convênio com a prefeitura do município e foi cadastrada no CNES.

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

INICIATIVA 2 - CARTILHA DE REMÉDIOS CONTRA A COVID-19

A iniciativa “Cartilha de remédios contra a Covid-19” é realizada em São Gabriel da Cachoeira (AM) pelos povos indígenas que, durante a pandemia da Covid-19, se reuniram nas redes sociais para compartilharem receitas de remédios caseiros utilizados no tratamento da doença. Durante a realização do levantamento, considerou-se importante também descrever sobre as concepções de saúde e doença e as memórias dos antepassados sobre outras pandemias que antecederam a da Covid-19. Logo que a doença se espalhou pelo estado do Amazonas e depois pelos demais estados da região Norte, uma grande rede de compartilhamento de receitas e remédios caseiros foi estabelecida. A busca pela medicina tradicional, pelos benzedeiros, pajés e conhecedores de plantas medicinais se intensificou, e um novo sistema de tratamento se fortaleceu, principalmente nas cidades do interior e nas comunidades indígenas.

No município de São Gabriel da Cachoeira, diversos movimentos surgiram por parte das mulheres indígenas e foram apoiados pela Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN). Em março de 2021, a Associação dos Artesãos Indígenas de São Gabriel da Cachoeira (ASSAI) e o Instituto Socioambiental (ISA) lançaram a *Cartilha Conhecimento Indígena: Plantas medicinais e receitas usadas contra a Covid-19 no Rio Negro*.

A iniciativa é fruto do trabalho das mulheres indígenas a partir de uma oficina realizada em setembro de 2020 e idealizada pela indígena Cecília Albuquerque, da etnia Piratapuia, uma das fundadoras da ASSAI. Além de receitas, a obra compartilha depoimentos de conhecedores tradicionais sobre o uso da medicina tradicional na pandemia. As mulheres indígenas têm tido um papel muito importante na troca e compartilhamento dos saberes tradicionais, de maneira consciente e responsável, pois reforçam que a medicina tradicional não substitui os cuidados de prevenção e a vacinação. Os povos indígenas rionegrinos buscam dar visibilidade e valorizar esses conhecimentos indígenas e levar saberes tradicionais a todos, inclusive a alguns indígenas que já não fazem mais uso dos remédios tradicionais.

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

INICIATIVA 3 - CENTRO DE MEDICINA BAHSERIKOWI

O Centro de Medicina Indígena, localizado no Centro de Manaus, atende o público geral desde 2017. Mais de duas mil pessoas já procuraram os Kumuã (pajés) para diversos tipos de tratamento.

INICIATIVA 4 – CATRAPOA

A estratégia da alimentação escolar indígena e tradicional no Amazonas foi desenvolvida pela Catrapoa (Comissão de Alimentos Tradicionais dos Povos no Amazonas) com o objetivo de viabilizar o cumprimento da compra de, no mínimo, 30% de produtos alimentícios da agricultura familiar e o direito dos povos indígenas e comunidades tradicionais à alimentação escolar adequada aos seus processos próprios de produção e à sua cultura alimentar. Essa é uma modalidade de compra direta, com aval das agências reguladoras, respeitando as normas sanitárias, de acordo com o previsto no Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE).

A Catrapoa é uma articulação entre instituições dos governos federal, estadual e municipal, movimentos e lideranças indígenas, de comunidades tradicionais e organizações da sociedade civil, que se reúne desde 2016. O guia sobre a boa prática de comercialização “Alimentação escolar indígena e de comunidades tradicionais no Amazonas” aborda a estratégia da alimentação escolar indígena e tradicional, os atores que fazem parte e os passos para a sua implementação, os resultados, os fatores de sucesso, as dificuldades, os riscos associados e o passo a passo para a replicação desta boa prática.

PARTE 3

**ESTUDO DE CASO
ENTREVISTAS
ENQUETE - CONSULTA POPULAR**

RDS DO RIO NEGRO & APA DO RIO NEGRO

Este estudo de caso foi elaborado a partir de duas visitas de campo realizadas no estado do Amazonas, em novembro de 2020. Foi feita uma análise descritiva do perfil sociodemográfico dos agentes comunitários de saúde (ACS) de nove comunidades localizadas na Reserva de Desenvolvimento Sustentável (RDS) do Rio Negro, no município de Iranduba (AM). Também foram realizadas entrevistas com o agente indígena de saúde e com o técnico de enfermagem responsáveis por atender a comunidade indígena Três Unidos, dos povos Kambeba e Apurinã, localizada na Área de Preservação Permanente APA Rio Negro, município de Manaus (AM).⁸

O objetivo deste estudo de caso é conhecer, de maneira pontual, problemas e desafios enfrentados pelas comunidades ribeirinhas e indígenas em seu cotidiano, sob a perspectiva de quem depende de um sistema de saúde no interior da Amazônia. Por meio das entrevistas, foi possível traçar o perfil dos profissionais que atuam diretamente nas comunidades que fazem parte deste estudo, mapeando as principais dificuldades e os desafios relacionados à execução do trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) em suas atividades diárias e na rotina dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Buscou-se compreender também a situação do subsistema de saúde indígena sob o olhar do usuário, em um determinado local. Para que fosse possível realizar um panorama das comunidades envolvidas, foi elaborado um caderno de perguntas sobre a produção de alimentos e temas relacionados à segurança alimentar e foram realizadas entrevistas com as lideranças das comunidades.

Os resultados encontrados, ainda que sejam pontuais e até limitantes se considerarmos o tempo para a pesquisa de campo, contribuem para o entendimento de dois modos operacionais muito diferentes de prover acesso aos serviços de saúde, ainda que na mesma região do Rio Negro. Destaca-se, principalmente, o caráter de acompanhante que o ACS desempenha, focado em uma ação curativa, quase sempre com falta de materiais e dificuldades logísticas para desenvolver o trabalho de promoção e prevenção à saúde.

Os tratamentos biomédicos, cada vez mais predominantes, têm ocupado o espaço da medicina tradicional, permeada por uma série de saberes e práticas que, quando não repassadas, são esquecidas pelas gerações mais jovens. Nesta mesma

⁸ Para informações complementares, consultar o estudo de caso (Anexo v) do Estudo Diagnóstico realizado pela consultora Roberta Cerri (2020).

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

perspectiva, também é preocupante o processo de transição epidemiológica e nutricional dos povos ribeirinhos e indígenas. As mudanças no padrão do consumo alimentar, cada vez mais influenciadas pela aquisição dos produtos ultraprocessados, são responsáveis pela diminuição da diversidade de espécies, desvalorizando a comida tradicional e os produtos das roças e da floresta. O elevado consumo de alimentos ultraprocessados também tem sido responsável pelos danos ambientais às comunidades, uma vez que o acúmulo de produtos embalados e enlatados elevam a produção de lixo dentro e nos entornos das comunidades.

Assim, espera-se contribuir para que a proposta do SUS na Floresta possa ser factível e criativa, para que os desafios sejam superados, por meio de soluções inovadoras, considerando as especificidades e a sociobiodiversidade amazônica.

METODOLOGIA

Coleta de dados

Este estudo de caso é baseado na observação participante e na aplicação de questionários semi estruturados sobre a medicina tradicional e bases alimentares em comunidades ribeirinhas e indígena pré-selecionadas. Foram elaborados dois tipos de questionários, o *Caderno 1* para as entrevistas com os agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes indígenas de saúde (AIS), e o *Caderno 2* para as lideranças das comunidades. No quadro 1, são detalhadas as seções dos questionários, cujas versões finais constam no Anexo 1.

Após as entrevistas, os dados foram digitados e criada uma base de dados. Um dicionário de variáveis foi criado para que as análises pudessem ser feitas. A observação participante possibilitou uma análise quali-quantitativa. Foram analisados o perfil do profissional de saúde entrevistado, as informações sobre a população atendida e a qualidade de acesso da comunidade aos serviços de saúde. Também foram coletadas informações sobre a medicina tradicional e bases alimentares.

Quadro 1. Detalhamento dos questionários utilizados na pesquisa sobre medicina tradicional e bases alimentares em comunidades ribeirinhas e indígenas na Amazônia.

Questionário	Público-alvo	Questões
--------------	--------------	----------

<i>Caderno 1</i>	Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	Informações pessoais dos entrevistados, sexo, data de nascimento, escolaridade e ocupação relacionadas ao trabalho/atribuição.
	Agentes Indígenas de Saúde (AIS)	Percepção sobre as práticas de medicina tradicional: incentivo por parte do profissional e da equipe de saúde, realização de partos na comunidade, tratamentos tradicionais usados nas comunidades.
<i>Caderno 2</i>	Lideranças comunitárias	Informações sobre os sistemas alimentares: caracterização da produção e fontes de alimentos (principais grupos de alimentos consumidos, se comprados, cultivados, trocados, recebidos, caçados, coletados ou pescados).
	Lideranças indígenas	

RESULTADOS

RDS do Rio Negro – Caderno 1

Nos dias 17 e 18 de novembro de 2020, foram entrevistados 10 agentes comunitários de saúde (ACS) de nove comunidades ribeirinhas e rurais que fazem parte da RDS do Rio Negro, no município de Iranduba (AM). As comunidades entrevistadas foram: XV de Setembro, Cachoeira do Castanho (Km 24), Km 26, Novo Teste (Km 7), Nossa Senhora do Perpétuo Socorro / N. Sra. de Fátima, Santa Helena do Inglês, São Thomé, Saracá e Tumbira. Dessas, três (33,35%) estão localizadas às margens da Rodovia Manoel Urbano (AM 070) e seis (66,65%) estão localizadas na região no Rio Negro, incluindo o Lago do Acajatuba e o Igarapé Tumbira (Quadro 2).

Quadro 2. Localização das comunidades analisadas (Iranduba-AM) na pesquisa sobre medicina tradicional e bases alimentares em comunidades ribeirinhas e indígenas na Amazônia.

Comunidade	Localização
XV de Setembro	Igarapé do Acajatuba
Cachoeira do Castanho (Km 24)	Rodovia Manoel Urbano (AM 070)
Km 26	Rodovia Manoel Urbano (AM 070)
Novo Teste (Km 7)	Rodovia Manoel Urbano (AM 070)
N. Sra. Perpétuo Socorro / N. Sra. de Fátima	Lago do Acajatuba
Santa Helena do Inglês	Rio Negro
São Thomé	Rio Negro
Saracá	Rio Negro
Tumbira	Igarapé Tumbira

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

De acordo com as informações sociodemográficas coletadas, as médias de famílias e pessoas atendidas pelos ACS nesta região são 100 e 235, respectivamente. Em relação à população, a comunidade de Cachoeira do Castanho tem o maior número de habitantes (386) e a menor está em Saracá (101). A comunidade de Tumbira possui o menor número de famílias (24).

A análise sociodemográfica dos entrevistados (Tabela 1) mostra que 70% são do sexo feminino e 30% do sexo masculino. A idade média dos entrevistados é de 34,2 anos e apenas 30% são naturais do município de Iranduba; os demais (70%) migraram para as comunidades, onde atualmente residem e trabalham, e o tempo médio atuando como ACS é de 8,75 anos.

A maioria dos agentes (80%) relatou que atua na área onde reside. Essa informação é importante, porque está relacionada com o sentimento de confiança e cumplicidade entre eles e a comunidade. Outro ponto a se considerar é sobre a importância de se trabalhar onde reside, pois o ACS compartilha dos mesmos problemas, da mesma cultura e da mesma realidade dos moradores da comunidade (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos entrevistados na pesquisa sobre medicina tradicional e bases alimentares em comunidades ribeirinhas e indígenas na Amazônia.

Comunidade	Sexo	Idade	Naturalidade (AM)	Migrou	Trabalha onde vive
Km 26	Masculino	29	Manaus	Sim	Sim
Saracá	Feminino	60	Iranduba	Sim	Sim
Novo Teste (Km 7)	Feminino	38	Manaus	Sim	Sim
Cachoeira do Castanho (Km 24)	Masculino	34	Iranduba	Sim	Sim
Santa Helena do Inglês	Feminino	20	Novo Airão	Não	Não
N. Sra. Perpétuo Socorro / N. Sra. de Fátima	Feminino	32	Iranduba	Sim	Sim
São Thomé	Masculino	36	São Thomé	Não	Sim
Tumbira	Feminino	19	Novo Airão	Não	Não
XV de Setembro	Feminino	36	Novo Airão	Sim	Sim
Santa Helena do Inglês	Feminino	38	Manaus	Sim	Sim

Em relação à escolaridade, 70% dos agentes possuem o ensino médio completo; 20% ensino superior incompleto e, 10%, o ensino superior completo. A identificação de 70% dos agentes possuírem ensino médio é uma informação interessante quando observamos o tempo de trabalho.

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

Os percentuais de escolaridade encontrados no presente estudo são importantes para planejar o processo de formação e de qualificação profissional. Sobre a realização de cursos e capacitações, 50% mencionou ter realizado o curso Primeira Infância Ribeirinha (PIR). Com exceção de uma ACS concursada e outra que é microscopista, mas atua como ACS voluntária, os demais são contratados pela Secretaria Municipal de Saúde de Iranduba.

Tabela 2. Escolaridade, capacitação e vínculo empregatício dos agentes de saúde das nove comunidades estudadas na pesquisa sobre medicina tradicional e bases alimentares em comunidades ribeirinhas e indígenas na Amazônia.

Comunidade	Escolaridade	Curso específico para saúde ribeirinha	Vínculo empregatício
Km 26	Ensino médio completo	Não	Contrato
Saracá	Ensino médio completo	Sim	Concurso
Novo Teste (Km 7)	Ensino médio completo	Não	Contrato
Cachoeira do Castanho (Km 24)	Ensino médio completo	Sim	Contrato
Santa Helena do Inglês	Superior incompleto	Não	Contrato
NS Perpétuo Socorro / NS de Fátima	Superior completo	Não	Contrato
São Thomé	Ensino médio completo	Sim	Contrato
Tumbira	Superior incompleto	Sim	Contrato
XV de Setembro	Ensino médio completo	Sim	Contrato
Santa Helena do Inglês	Ensino médio e técnico completo	Não	Concurso/voluntária

Em relação à rotina de trabalho, perguntou-se a respeito dos principais desafios enfrentados e dos problemas ambientais presentes nas comunidades. A rotina de trabalho relatada pelos agentes foi muito parecida com: (1) ações de prevenção e orientações gerais sobre a saúde; (2) acompanhamento da vigilância alimentar (SISVAN) e nutricional por meio da pesagem das crianças menores de cinco anos; (3) acompanhamento dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos (HIPERDIA) em suas comunidades, relatado como atividade de rotina em 100% das comunidades.

Foi possível observar que muitas ações realizadas pelos agentes comunitários de saúde estão centradas no caráter de tratamento e/ou curativo, com orientações e acompanhamento dos doentes às consultas. Além disso, é evidente a importância que os agentes atribuem ao trabalho que realizam. Quando não conseguem resolver

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

os problemas, entram em contato com o técnico de enfermagem do posto da comunidade ou enfermeiro da unidade básica de saúde mais próxima.

Entre os maiores desafios, 66% dos entrevistados relataram que a principal dificuldade é a falta de medicamentos, em especial os de uso contínuo no tratamento de hipertensão arterial e diabetes, o que, inclusive, angustia os profissionais de saúde. A dificuldade de locomoção/acesso durante o período chuvoso também foi um fator relatado por 33% dos ACS. De maneira recorrente, houve queixas sobre a ausência de médicos, que passam rapidamente e, no máximo, uma vez por mês nas comunidades.

Quando questionados sobre os principais problemas ambientais existentes em suas comunidades, 66% dos entrevistados comentaram que o destino dado ao lixo é incorreto, visto que fica espalhado pelas comunidades, é jogado ao rio ou é queimado de maneira errada e a céu aberto nos quintais (Tabela 3).

Tabela 3. Principais atividades, iniciativas e problemas enfrentados pelos agentes de saúde das nove comunidades estudadas na pesquisa sobre medicina tradicional e bases alimentares em comunidades ribeirinhas e indígenas na Amazônia.

Comunidade	Principais atividades	Quando não consegue resolver	Maiores desafios	Principais problemas ambientais relacionados à saúde
Km 26	Prevenção da malária/ HIPERDIA/ acompanhar na consulta	Pede ajuda ao enfermeiro	Encaminhar à UBS	Desmatamento
Saracá	Orientar sobre o tratamento de água / HIPERDIA/ orientações sobre alimentação e medicação	Pede ajuda à enfermeira da UBS de Acajatuba	Falta de medicamentos / Uso de bebidas alcoólicas/falta de equipamentos	Resíduos sólidos
Novo Teste (Km 7)	Orientar sobre HIPERDIA/ orientações sobre alimentação e medicação	Presidente da comunidade	Falta de medicamentos HIPERDIA/ falta de equipamentos	Resíduos sólidos
Cachoeira do Castanho (Km 24)	Orientar sobre HIPERDIA/ orientações sobre alimentação e medicação/ acompanhar na consulta	Enfermeira da UBS de Paricatuba	Deslocamento no inverno/ falta de medicamentos HIPERDIA/ falta de equipamentos	Resíduos sólidos

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

Santa Helena do Inglês	Orientar sobre HIPERDIA/ SISVAN/ orientações gerais/ acompanhar na consulta	Encaminhar à UBS de Acajatuba	Falta de medicamentos	Não
N. Sra. Perpétuo Socorro / N. Sra. de Fátima	Orientar sobre HIPERDIA/ SISVAN	Encaminha para o posto	Falta de medicamentos e falta de transporte	Resíduos sólidos
São Thomé	Orientar sobre HIPERDIA/ SISVAN/ orientações gerais/ acompanhar na consulta	Pede ajuda ao enfermeiro da UBS de Acajatuba	Falta de medicamentos, resistência das pessoas a procurarem a UBS	Não
Tumbira	Orientar sobre HIPERDIA/ SISVAN/ orientações gerais/ Prevenção da Covid-19/ Distribuir preservativos aos adolescentes	Pede ajuda à técnica (posto) e/ou ao enfermeiro da UBS Acajatuba	Deslocamento quando chove	Resíduos sólidos
XV de Setembro	Orientar sobre HIPERDIA/ SISVAN/ orientações gerais	Pede ajuda à comunidade e/ou ao enfermeiro da UBS de Acajatuba	Deslocamento quando chove	Resíduos sólidos

Em relação à medicina tradicional ribeirinha, observou-se, por parte dos agentes comunitários, motivações diferentes para responder as perguntas. Os ACS das comunidades localizadas na área ribeirinha do Rio Negro contribuíram com informações mais aprofundadas quando perguntados sobre as práticas tradicionais de saúde e remédios caseiros. Os agentes comunitários das comunidades localizadas na rodovia Manoel Urbano deram respostas mais gerais, sem maiores detalhamentos. As informações estão descritas na Tabela 4.

De toda maneira, 66% dos agentes comunitários recorrem aos tratamentos tradicionais, principalmente quando são casos infantis (vento caído), orientando a mãe a buscar benzimentos. Em 100% das comunidades, as pessoas fazem uso de remédios caseiros, que são plantados nos entornos das casas ou nas hortas. As principais doenças tratadas são as dores de cabeça e estômago, gripe, infecção urinária, infecções sexualmente transmissíveis, diabetes e hipertensão arterial. No caso da diabetes e da hipertensão arterial, o tratamento é feito de maneira concomitante ao tratamento biomédico, geralmente com o remédio da farmácia,

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

sendo os chás muito utilizados como remédios caseiros na complementação ao tratamento.

Segundo as informações dos ACS, em apenas duas comunidades já foram promovidas oficinas sobre o uso de plantas medicinais e/ou da medicina tradicional pelos profissionais de saúde e parceiros. Os agentes comunitários de saúde ainda relataram que em 90% das comunidades as pessoas fizeram uso das plantas medicinais para o tratamento da Covid-19. Sobre esse ponto, ressalta-se que a busca por tratamentos tradicionais e remédios caseiros (chás, banhos, garrafadas) foi recorrente por todo interior da Amazônia. Seja preventivamente ou como recurso de tratamento, as populações amazônicas tradicionais, quilombolas e indígenas desenvolveram uma rede de troca de receitas, compartilhamento de informações e preparações. Por ser um fato recente, ainda são escassas as publicações sobre o tema.

Sobre os partos, em 100% das comunidades entrevistadas, os agentes afirmaram que as gestantes solicitam atendimento ou são encaminhadas aos municípios próximos (Iranduba, Manacapuru ou Manaus). São raras as parteiras nas comunidades e as que ainda existem estão idosas. Além disso, o parto na comunidade é visto como uma atividade realizada no âmbito do núcleo familiar. A falta de realização do pré-natal e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e de incentivo ao parto humanizado, corroboram para que exista uma maior procura pelos centros urbanos e encaminhamento por parte dos médicos.

Quando questionados se os demais colegas das equipes de saúde incentivam o uso de remédios caseiros e plantas medicinais, bem como práticas tradicionais de tratamento (benzimentos, banhos, rezas), 66% dos agentes responderam que sim. Em raras situações, foi relatado que os demais colegas orientam o uso dos tratamentos biomédico e tradicional de maneira concomitante.

Tabela 4. A percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre as práticas de cuidado e de saúde tradicionais nas nove comunidades estudadas na pesquisa sobre medicina tradicional e bases alimentares em comunidades ribeirinhas e indígenas na Amazônia.

Comunidade	Pede ajuda sobre tratamentos tradicionais	As pessoas da comunidade fazem uso de remédios caseiros	Principais doenças tratadas com a medicina tradicional	Tratamento de casos da Covid-19	Oficina de plantas medicinais na comunidade	Onde são feitos os partos da comunidade	Incentivo tratamentos tradicionais pela ESF
Km 26	Não	Sim	Infecção urinária (IU)	Sim	Não	Manaus	Não
Saracá	Sim	Sim	Infecções sexualmente transmissíveis (IST)	Sim	Não	Manaus	Sim
Novo Teste (Km 7)	Sim	Sim	Gripe, diarreia, hipertensão arterial	Sim	Não	Manaus	Não
Cachoeira do Castanho (Km 24)	Sim	Sim	Febre, dor de estômago, diabetes, hipertensão arterial	Sim	Não	Irاندuba	Sim
Santa Helena	Sim	Sim	Diarreia, dor de estômago, diabetes, hipertensão arterial	Sim	Sim	Manaus/ Manacapuru	Sim
NS Perpétuo Socorro / NS de Fátima	Não	Sim	Gripe, diarreia, diabetes, hipertensão arterial	Sim	Não	Manaus/ Manacapuru	Depende
São Thomé	Sim	Sim	IU, inflamação, dor na coluna, diabetes, hipertensão arterial	Não	Não	Manacapuru	Sim
Tumbira	Sim	Sim	Gripe, dor de estômago, Covid-19	Sim	Sim	Manaus	Sim
XV de Setembro	Não	Não	Dor de cabeça, dor de estômago, diarreia	Sim	Não	Manacapuru	Sim

O *Caderno 1* também abordou a percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a alimentação das famílias da comunidade, assim como permitiu que fossem registrados os alimentos e as preparações comumente usados na recuperação e no tratamento de doenças e os alimentos a serem evitados durante o processo.

Em relação à questão que aborda a qualidade dos alimentos consumidos pelas famílias das comunidades, a partir das respostas dos ACS é possível afirmar que: (1) quando se compreende que para ter uma boa alimentação é importante ter recursos para comprá-la, a resposta está condicionada ao tipo de família. Portanto, famílias com melhores rendas conseguem comprar mais e melhores alimentos; (2) a percepção de alimentação boa e alimentação ruim é muito ampla; (3) no caso do elevado consumo de alimentos ultraprocessados, o entrevistado associa a determinação de doenças às más escolhas alimentares.

Os resultados, ainda que sejam de um universo restrito, sinalizam para a necessidade de oficinas e capacitações na área da nutrição que valorizem os hábitos alimentares e as tradições alimentares, incentivando as escolhas alimentares regionais. É cada vez mais urgente a discussão desse tema, por meio da construção de um processo de redescoberta de sabores, receitas e da diversidade alimentar na região e da utilização de ferramentas de inteligência coletiva.

Para tratamento de doenças, a preparação mais citada foi o *caldo de caridade* (88,9%). O caldo da caridade é bastante usado para curar gripes, gastrites, fraquezas no corpo e dor de cabeça. De origem nordestina, foi incorporado à cultura amazônica. Já a carne de caça, peixes lisos e reimosos e alimentos alergênicos, como o camarão e o ovo, também foram citados na lista de alimentos a serem evitados quando a pessoa está doente.

Tabela 5. A percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre as questões alimentares nas nove comunidades estudadas na pesquisa sobre medicina tradicional e bases alimentares em comunidades ribeirinhas e indígenas na Amazônia.

Comunidade	Qualidade da alimentação	Alimentos usados no tratamento de doentes	Alimentos evitados quando as pessoas estão doentes
Km 26	Depende da família	Caldo da caridade	Carne de caça
Saracá	Depende da família	Caldo da caridade	Carne de caça, peixes reimosos (pirarucu), camarão
Novo Teste (Km 7)	Consumo elevado de ultraprocessados	Caldo da caridade	Peixes reimosos (peixe liso), ovo

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

Cachoeira do Castanho (Km 24)	Boa	Não conhece	Não conhece
Santa Helena	Consumo elevado de ultraprocessados	Caldo da caridade	Peixes reimosos (tucunaré, pirarucu), carne de porco
NS Perpétuo Socorro / NS de Fátima	Consumo elevado de ultraprocessados	Caldo da caridade, mingau de aveia	Alimentos reimosos, sal
São Thomé	Ruim	Caldo da caridade, mingau	Alimentos reimosos, comida salgada, farinha
Tumbira	Depende da família	Caldo da caridade, canja	Alimentos reimosos, enlatados, farinha
XV de Setembro	Depende da família	Caldo da caridade	Alimentos reimosos, peixe liso

Comunidade Indígena Três Unidos – Caderno 1

No dia 18 de novembro de 2020, após a visita de campo à comunidade Tumbira, retornamos em direção à Manaus e fizemos uma breve visita à comunidade Três Unidos, localizada na APA (Área de Proteção Ambiental) do Rio Negro. A comunidade Três Unidos tem 36 famílias e 111 pessoas, das etnias Kambeba e Apurinã e nela está localizado o polo base Três Unidos, que faz parte do DSEI Manaus, e atende seis comunidades indígenas da região. No polo base (PB), diariamente, só ficam presentes os profissionais de saúde da própria comunidade. O médico e o enfermeiro do DSEI alternam 10 dias em cada polo base, somando 20 dias em área.

O Sr. Waldemir, liderança da comunidade, é o tuxaua e o agente indígena de saúde da comunidade há quase 40 anos. Ele é natural da região do Alto Solimões (AM, da etnia Tikuna, mas por relação de matrimônio, ele e todos de sua comunidade são Kambebas. Durante nossa entrevista, foram muitas as queixas relatadas: falta de material para fazer curativo, falta de balança para a pesagem do SISVAN, falta de aparelho de medir pressão e glicosímetro. A comunidade dispõe de uma parteira, mas os partos não são realizados em Três Unidos, sendo encaminhados para Manaus.

O relato dos indígenas sobre o enfrentamento da pandemia de Covid-19 é emocionante. Alguns adoeceram, mas houve uma organização da comunidade, com medidas de isolamento e cuidados uns com os outros, por meio do preparo de grandes quantidades de chás, monitoramento da temperatura do ambiente e do

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

repouso dos doentes, por exemplo. Até o dia 18 de novembro de 2020, havia tido apenas um óbito em Três Unidos.

Waldemir, junto com os filhos Divino e Neurilene, que são técnicos de enfermagem do Polo Base Três Unidos, chamaram atenção para as dificuldades que as mulheres enfrentam para fazer os exames, como preventivo e mamografia. Neurilene comentou sobre a necessidade de mais tempo de permanência dos demais profissionais de saúde da equipe no polo base, que fica na aldeia.

CONCLUSÃO

O estudo de caso teve algumas limitações, entre elas destacam-se: (1) as visitas de campo foram feitas durante a pandemia; (2) pouco tempo em campo; (3) somente duas comunidades visitadas e (4) poucas pessoas entrevistadas. No entanto, o estudo não deixa de apresentar um recorte relevante sobre o panorama dos serviços da atenção primária no interior do estado do Amazonas.

Considerando a extensão territorial da Amazônia e a sociobiodiversidade existente, mesmo que os resultados apresentados sejam pontuais e locais, as informações apresentadas neste estudo de caso destacam pontos importantes relacionados às práticas da medicina tradicional, à atuação dos agentes comunitários e indígenas de saúde e corroboram para a elaboração de propostas que podem melhorar a atenção à saúde nas regiões visitadas. O estudo também pode ter continuidade e ser realizado em outras regiões, com a aplicação dos cadernos elaborados, buscando a obtenção de resultados mais robustos para análises em maior escala e com mais profundidade.

ENTREVISTAS

Além da pesquisa de campo e elaboração do estudo de caso, para este produto também foram elaborados formulários online direcionados aos nutricionistas atuantes na atenção básica dos municípios e dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), no estado do Amazonas.

As entrevistas estruturadas tiveram por objetivo conhecer um pouco mais do perfil dos profissionais atuantes na atenção básica, assim como possíveis atividades realizadas que poderiam estar relacionados aos temas investigados no estudo diagnóstico.

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

ENTREVISTAS – NUTRICIONISTAS DA ATENÇÃO BÁSICA

No dia 09 de dezembro de 2020, os questionários foram encaminhados às secretarias municipais de saúde e aos DSEI por e-mail. Diante da baixa participação, foram realizados contatos por telefone, onde a consultora explicou a relevância do estudo e solicitou que pelo menos um nutricionista do município pudesse participar. Os questionários ficaram disponíveis para preenchimento até maio de 2021.

As informações dadas pelos nutricionistas da atenção básica das secretarias municipais de saúde do Amazonas estão descritas no Quadro 03. O formulário para nutricionistas de atenção básica foi respondido por apenas nove profissionais, de seis municípios diferentes. Destaca-se que a maioria dos profissionais atua há pouco tempo na função, visto que apenas dois nutricionistas atuam há mais de cinco anos. Apenas um profissional respondeu que não atua em programas específicos voltados para a saúde e nutrição de ribeirinhos. Dos municípios, cinco já foram realizadas oficinas sobre alimentação saudável e regional com a população.

Quadro 3. Dados sobre a atuação de nutricionistas da atenção básica a ribeirinhos de seis municípios do estado do Amazonas, na pesquisa sobre medicina tradicional e bases alimentares em comunidades ribeirinhas e indígenas na Amazônia.

Data da entrevista	Quanto tempo neste cargo?	Município em que atua?	Realiza programa específico voltado à saúde e nutrição dos ribeirinhos?	Realiza oficinas sobre alimentação saudável e regional nas comunidades ribeirinhas existentes em seu município de atuação?
15/12/2020	5 anos	Manacapuru	Sim. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)	Sim
16/12/2020	4 a Nos	Fonte Boa	Não	Sim
18/12/2020	1 ano e 2 meses	Tefé	Projeto Leite Legal	Não
19/12/2020	2 anos e 4 meses	Irlanduba	Sim, programa Crescer Saudável	Sim, mas a nutricionista que atua na área ribeirinha é quem cuida disso
22/12/2020	4 meses	Irlanduba	UBS Fluvial	Sim. Oficina sobre alimentação saudável com ênfase na educação alimentar e nutricional com crianças (utilizando a horta como instrumento) e oficina em plantas alimentícias não convencionais para incluí-las na

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

				alimentação e no resgate alimentar, já que muitas dessas plantas fizeram parte da alimentação dos nossos ancestrais
18/03/2021	1 ano	Tefé	Sim	Sim
23/03/2021	1 ano	Irاندوبا	Sim	Sim
24/03/2021	4 meses	Borba	Sim. Alimentação e nutrição. Crescer saudável. Nutrisus	Sim
25/03/2021	7 anos	Eirunepé	Sim. Pelo programa do Bolsa Família é realizado o acompanhamento nutricional	Não. Foram realizadas oficinas somente para os agentes comunitários de saúde, quando retornam ao município para reunião mensal

ENTREVISTAS – NUTRICIONISTAS DOS DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS

As informações dadas pelos nutricionistas dos distritos sanitários especiais indígenas que responderam o formulário estão no Quadro 04. O formulário foi respondido por três profissionais dos DSEIs do Alto e Médio Solimões e Médio Rio Purus.

De acordo com as respostas, nas CASAs (Casa de Saúde Indígena) dos DSEIs Médio Rio Solimões e Alto Rio Solimões, é autorizada a entrada de preparações alimentares tradicionais feitas pelos familiares dos doentes, já a outra (DSEI Médio Rio Purus) autoriza desde que as preparações sejam elaboradas no próprio local. Em duas delas, existem espaços destinados às práticas de medicina tradicional indígena para os tratamentos das doenças. Além disso, as nutricionistas consideram importante a troca de conhecimentos, as práticas de medicina tradicional e ressaltaram a necessidade de respeitá-las.

Quadro 4. Dados sobre a atuação de nutricionistas dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) a indígenas de três regiões do estado do Amazonas, na pesquisa sobre medicina tradicional e bases alimentares em comunidades ribeirinhas e indígenas na Amazônia.

Data da entrevista	Qual o DSEI e o município em que atua?	A CASAI oferece algum tipo de alimentação/dieta diferenciada, em respeito às restrições alimentares, caso os indígenas solicitem? Se possível, justifique a resposta.	A CASAI autoriza a entrada de alimentos, chás, caldos, preparados pelos familiares aos pacientes? Se possível, justifique a sua resposta.	Existe na CASAI algum espaço destinado às práticas de medicina tradicional indígena para os tratamentos das doenças?	Como profissional de saúde, qual a sua opinião sobre as práticas de cuidado com a saúde tradicionais dos povos indígenas?
14/12/2020	DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes (Tefé)	Sim. Sempre respeitando a alimentação tradicional de cada etnia.	Não. Procuramos sempre se informar sobre quais preparos serão feitos e preparamos na CASAI.	Não	É de extrema importância essa troca de experiência e respeito mútuo para que o tratamento do paciente seja efetivo.
15/12/2020	DSEI Alto Rio Solimões	Sim. A equipe de nutrição da CASAI ARS se preocupa em ofertar uma alimentação diferenciada mediante restrições alimentares, caso seja solicitado.	Sim. Para pacientes em dieta livre, na maioria dos casos, no entanto, a autorização é realizada mediante avaliação do nutricionista.	Sim	Como profissional de saúde, em específico de saúde indígena, vejo como de extrema importância o alinhamento da medicina tradicional com a medicina ocidental.
21/12/2020	DSEI Médio Rio Purus, (Lábrea)	Sim. No contrato, servimos a dieta especial de acordo com a doença e o hábito alimentar do paciente.	Sim, em respeito à medicina tradicional.	Sim	A prática da medicina tradicional faz parte do cuidado do paciente indígena e deve ser respeitada em todos os locais que prestam serviço de saúde, mas encontramos muita resistência nos municípios que têm abrangência do DSEI e que não querem fazer valer a legislação que os ampara.

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

ENTREVISTAS COM ESPECIALISTAS - MEDICINA TRADICIONAL RIBEIRINHA

Entrevista – Professor Moacir Biondo

Data: 04/02/2021

1. Quais os principais ensinamentos e lições aprendidos com o projeto "Paisagens do Conhecimento" quando pensamos em melhorar a saúde dos povos tradicionais, ribeirinhos e indígenas?

Por ser considerada uma “medicina simples e elementar”, muitas vezes, a própria comunidade (ribeirinhos e mesmo indígenas) entende que a medicina oficial, com médicos e remédios, é mais importante que os seus conhecimentos tradicionais. Por isso, o maior desafio é mostrar a eles que os conhecimentos dos antepassados que ainda existem são de grande valia e o estímulo ao empoderamento do próprio saber é a chave que tem conseguido alterar a percepção acima citada e, assim valorizar os saberes tradicionais e aplicá-los nos dias de hoje, mesmo que associados à medicina moderna, às vezes longínqua e precária.

2. Como o projeto “Paisagens do Conhecimento” pode nos ajudar a pensar o “SUS na Floresta”?

*Penso que o Modelo Paisagens do Conhecimento pode ser o cerne deste novo “SUS na Floresta”, pois se você somar os conhecimentos tradicionais associados à maior biodiversidade do mundo, você **terá muitas soluções locais e a atenção básica poderá ser praticada na ponta, nas comunidades** mais distantes depois de uma orientação/capacitação sobre boas práticas na elaboração dos remédios caseiros. Claro que a medicina oficial continua importante para atender outros níveis de necessidade além da básica.*

3. Compreendendo na proposta do “SUS na Floresta” uma mudança na legislação do SUS, como o senhor acredita que o conhecimento tradicional pode ser incluído/trabalhado como política pública?

Este desafio poderá ser superado quando houver uma real valorização do conhecimento ancestral/tradicional, como já é fato em países vizinhos como Peru e Bolívia por exemplo. Mas creio que não será nada fácil pelo modelo reinante onde o “sistema/medicina” é um grande negócio que sufoca outras

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

iniciativas que poderiam construir um outro sistema menos dependente do atual.

4. Na sua opinião, é possível vislumbrarmos um cenário onde os sábios/conhecedores da medicina tradicional sejam reconhecidos/incluídos nas equipes de atenção básica dos municípios ou nas equipes multiprofissionais de saúde indígena?

Este é um tema importante e o aproveitamento de pessoas da comunidade com notório saber, como parteiras tradicionais (em extinção), mateiros, erveiros, rezadores e outros, depende de vontade política e de uma visão mais ampla sobre saúde [por parte] de toda a sociedade. Creio que, oficialmente, poderiam fazer projetos pilotos em pontos estratégicos e pensar em inserir, como política pública, a inclusão remunerada dessas pessoas da comunidade.

5. Quando pensamos no conhecimento tradicional, no uso das plantas medicinais, foi possível observar que, em algumas comunidades, cada vez mais as práticas tradicionais têm dado lugar à biomedicina. Quais são as suas sugestões para que esses conhecimentos sejam também sustentáveis e passados às gerações futuras?

Sim, em muitos lugares os saberes tradicionais estavam (quase) esquecidos e desvalorizados. Por isso, a ideia de criar a Paisagem do Conhecimento que, por meio da valorização desses saberes, os indígenas e ribeirinhos descubrem que podem, sim, cuidar melhor da saúde com seus próprios conhecimentos sobre as plantas do seu ambiente.

6. O senhor ainda ministra cursos e oficinas pelo interior da Amazônia, pode me dizer três desafios e três resultados positivos relacionados aos seus últimos trabalhos?

Desafios	Pontos positivos
<i>SisGen (Lei da Biodiversidade)</i>	<i>Empoderamento dos participantes</i>
<i>Distâncias das comunidades</i>	<i>Autossuficiência em alguns aspectos em atenção básica, com resoluções de algumas das doenças mais comuns.</i>

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

Comunicação entre as comunidades

Valorização das plantas e, conseqüentemente, da floresta e das pessoas da floresta que possuem conhecimentos tradicionais

7. O senhor acredita que farmácias vivas e produtos como óleos, pomadas e garrafadas poderiam ser incentivados a ser comercializados nas comunidades ribeirinhas e indígenas?

Sim, acredito. Depois de capacitados dentro das Boas Práticas de Produção, que poderia ser ensinada em cursos sobre a coleta, secagem e elaboração dos remédios caseiros e da cosmética com produtos naturais.

MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA

Entrevista – André Baniwa

Data: 16/02/2021

1. Quais os principais ensinamentos e lições aprendidos com o projeto "Medicina Tradicional Baniwa" quando pensamos em melhorar a saúde dos povos tradicionais, ribeirinhos e indígenas?

Aprendizados: 1) fazer trabalho de (re)conscientização sobre a importância do conhecimento é muito trabalhoso e custoso depois da sua desvalorização pelo Estado Nacional Brasileiro, por meio de diversos agentes – Escola, capitalismo e religiões; 2) a (re)conscientização deve ter protagonismo por um dos escolhidos membro das comunidades ou do povo e contar com parceria técnica; 3) os conhecimentos indígenas, em muitos casos, não precisam de resgate, mas de (re)valorização; 4) para se colocar em ação este tipo de atividade deve se ter em plano a mobilização de pesquisas, além de eventos e oficinas; 5) as origens de medicamentos alopáticos ameaçadores de conhecimentos tradicionais na área de medicina tradicional indígena tem todas as suas origens que temos em nosso territórios, nas terras indígenas; 6) é possível trabalhar a revalorização cultural da medicina tradicional indígena, mas precisa-se de apoio e investimentos em longo prazo.

2. Como o projeto "Medicina Tradicional Baniwa" pode nos ajudar a pensar o "SUS na Floresta"?

O "SUS na Floresta" deve propor ou ter recursos para investimentos e promoção dos casos, para promover bem forte a questão da medicina

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

tradicional indígena. Sem investimentos em longo prazo para sua promoção, será mais difícil, pois não tem esse tipo de apoio aos povos indígenas que têm iniciativas como essas na atualidade.

3. Compreendendo na proposta do “SUS na Floresta” uma mudança na legislação do SUS, como o senhor acredita que o conhecimento tradicional pode ser incluído/trabalhado como política pública?

Conhecimento tradicional indígena ou medicina tradicional indígena é um sistema, tem método próprio e por isso deve-se garantir a construção da estrutura e infraestrutura própria, a fim de promover a gestão e promoção de serviço de saúde por meio dela aos indígenas e aos não indígenas.

4. Na sua opinião, é possível vislumbrarmos um cenário onde os sábios/conhecedores/pajés, ou seja, os conhecedores da medicina tradicional indígena, sejam reconhecidos/incluídos nas equipes multiprofissionais de saúde indígena dos DSEIs? Quais os possíveis desafios?

Conhecendo um pouco o sistema não indígena, isto seria impossível. Por esse motivo, recomendaria que se criasse um sistema próprio.

5. Quando pensamos no conhecimento tradicional, no uso das plantas medicinais, foi possível observar que, em algumas comunidades indígenas, cada vez mais as práticas tradicionais têm dado lugar à biomedicina – principalmente no uso de remédios da farmácia. Quais são as suas sugestões para que esses conhecimentos sejam também sustentáveis e passados às gerações futuras?

Promover a valorização destes conhecimentos associados às plantas medicinais é muito importante, neste sentido, para a sustentabilidade das comunidades e dos povos indígenas.

6. O senhor acredita que farmácias vivas e produtos como óleos, pomadas e garrafadas poderiam ser produzidos e comercializados nas/pelas comunidades indígenas, de modo a contribuir para o tratamento tradicional de doenças?

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

Não entendo bem o que é “farmácia viva”, uma vez que para mim, ela só é viva quando as plantas estão em seu *habitat* natural. Quanto aos produtos manipulados para geração de renda e ao mesmo tempo para tratamento, a prevenção das doenças é muito importante. Para que isso ocorra nas comunidades, atividades de ganhos coletivos precisam de apoio e incentivos, com apoio de investimentos financeiros e acompanhamentos técnicos.

7. Sobre a medicina tradicional indígena, o que o senhor acha importante que esteja contido em um Guia de Saúde Indígena?

Quando se fala em medicina tradicional indígena é um termo genérico. Cada povo tem seus métodos de manejar, usar a medicina tradicional, por isso peço o cuidado de sempre abrir a questão e reconhecer que cada povo indígena é um caso.

ENQUETE – CONSULTA POPULAR SUS NA FLORESTA

Entre os meses de abril a maio de 2021, a Fundação Amazônia Sustentável (FAS) disponibilizou uma consulta popular sobre o SUS na Floresta. As duas enquetes disponibilizadas puderam ser preenchidas por membros da sociedade em geral, agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes indígenas de saúde (AIS), e tiveram como objetivo auxiliar na construção de propostas que visam melhorias no atendimento da saúde ribeirinha e da saúde indígena na Amazônia.

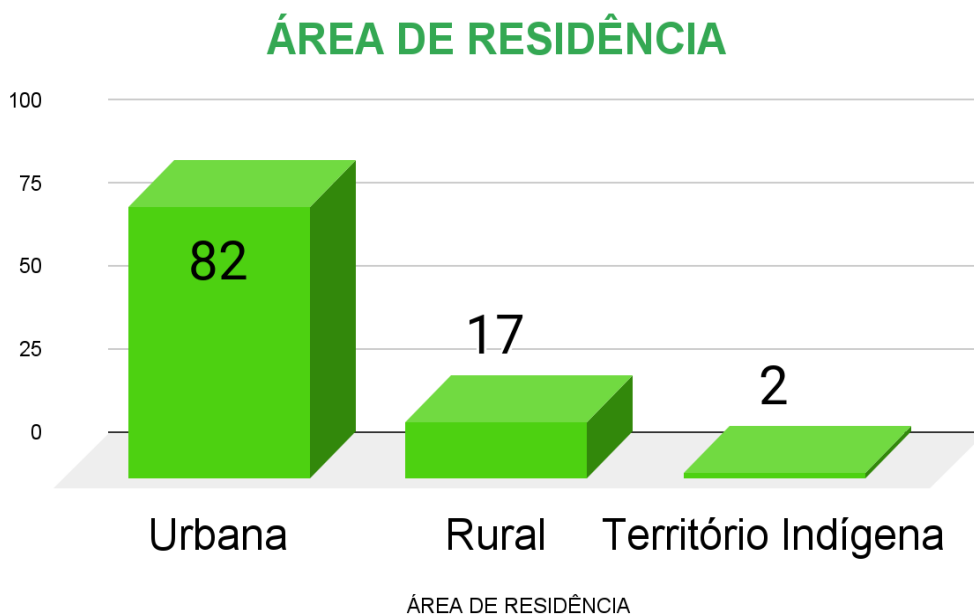
Os gráficos a seguir apresentam resultados que se relacionam com os temas da medicina tradicional indígena e ribeirinha e alimentação.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES

A maioria dos participantes (80%) da consulta pública informou morar no estado do Amazonas, na área urbana do município de Manaus (82%). A faixa etária variou entre os 15 e 73 anos, sendo a maior parte do gênero feminino. Cerca de

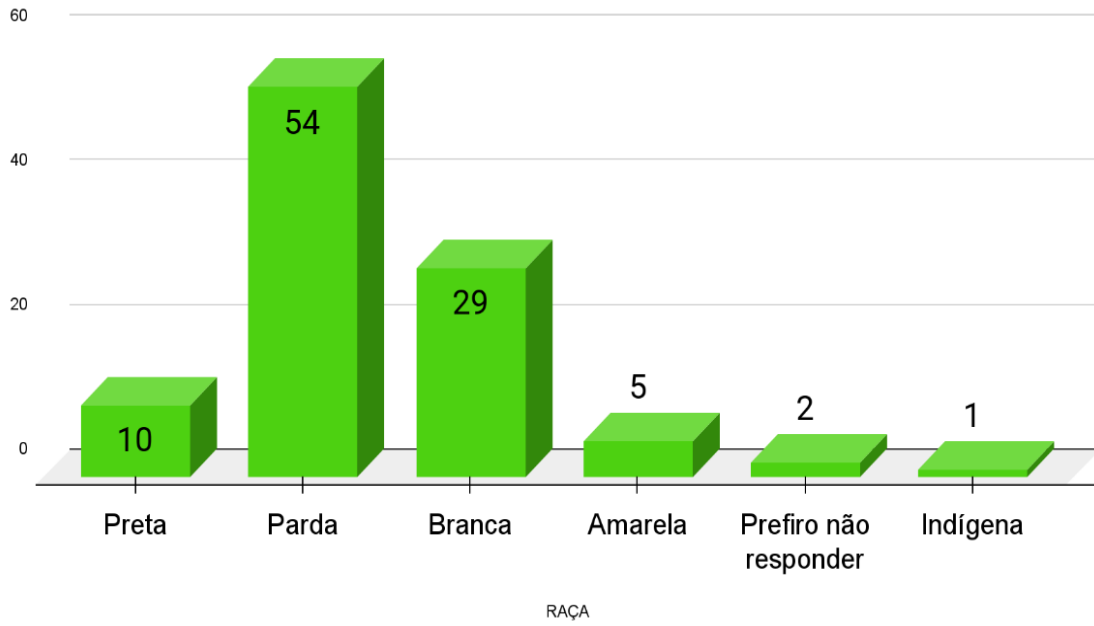
MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

54,5% dos participantes afirmaram ser pardos e 35,6% possuem graduação de nível superior.

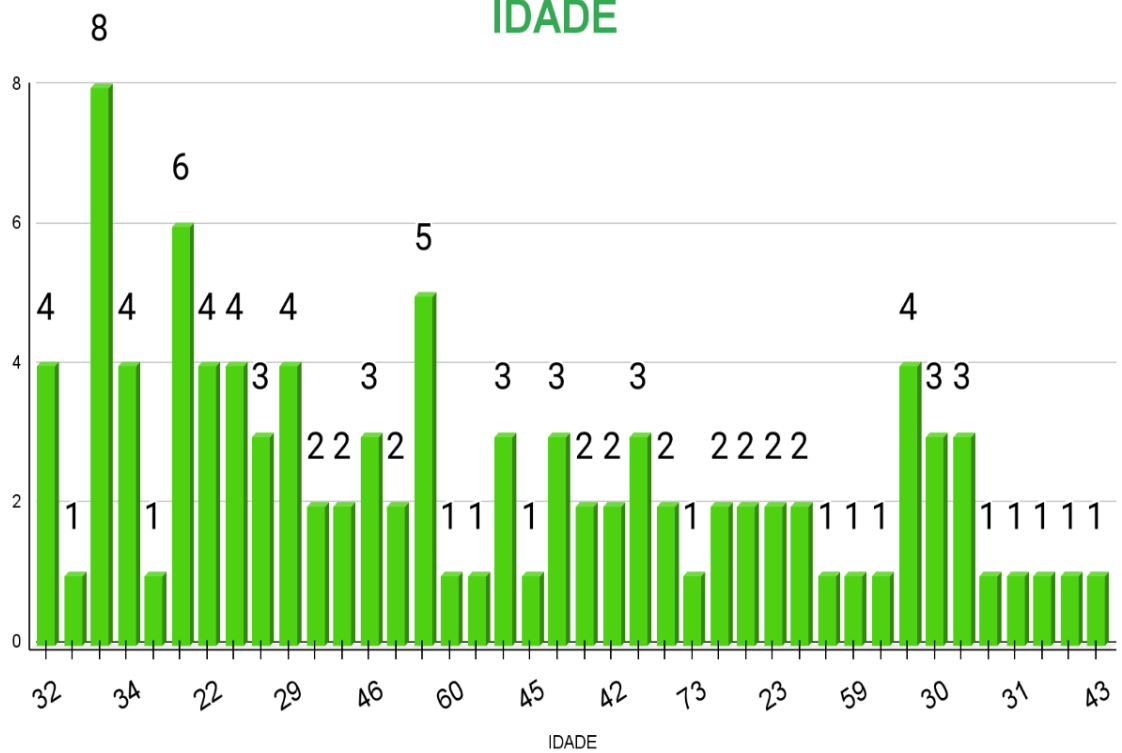


MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

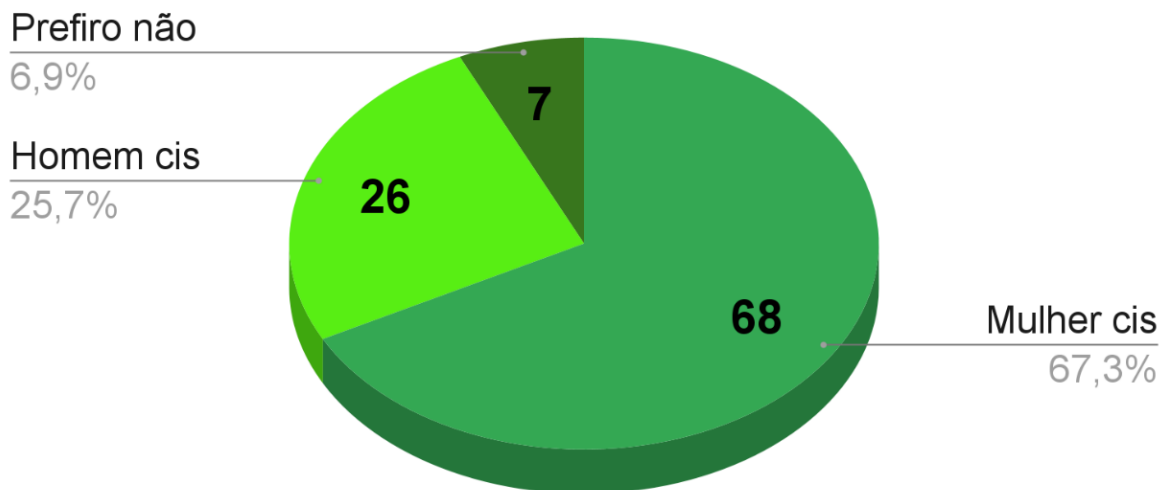
RAÇA



IDADE



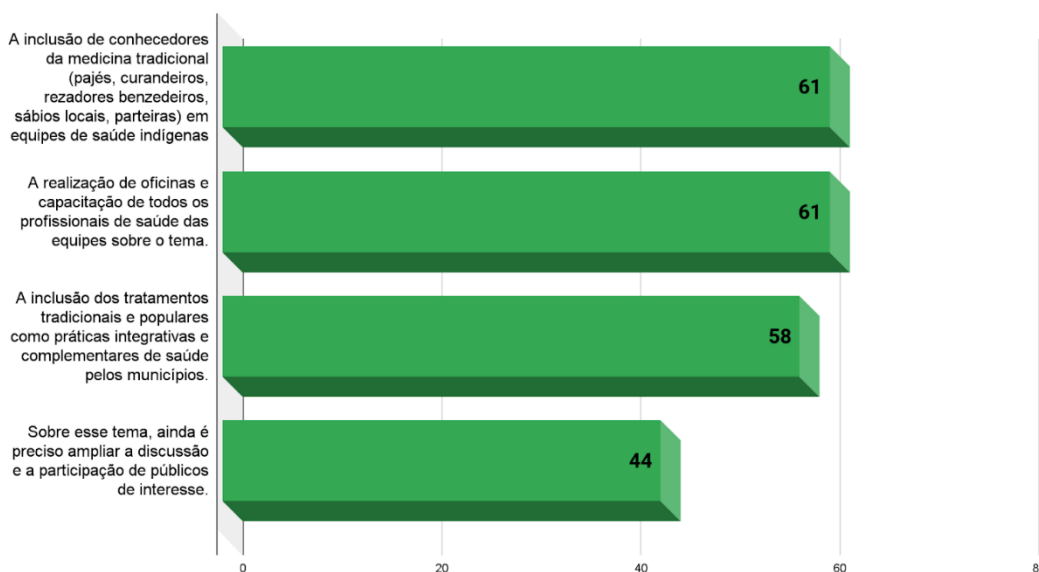
IDENTIDADE DE GÊNERO



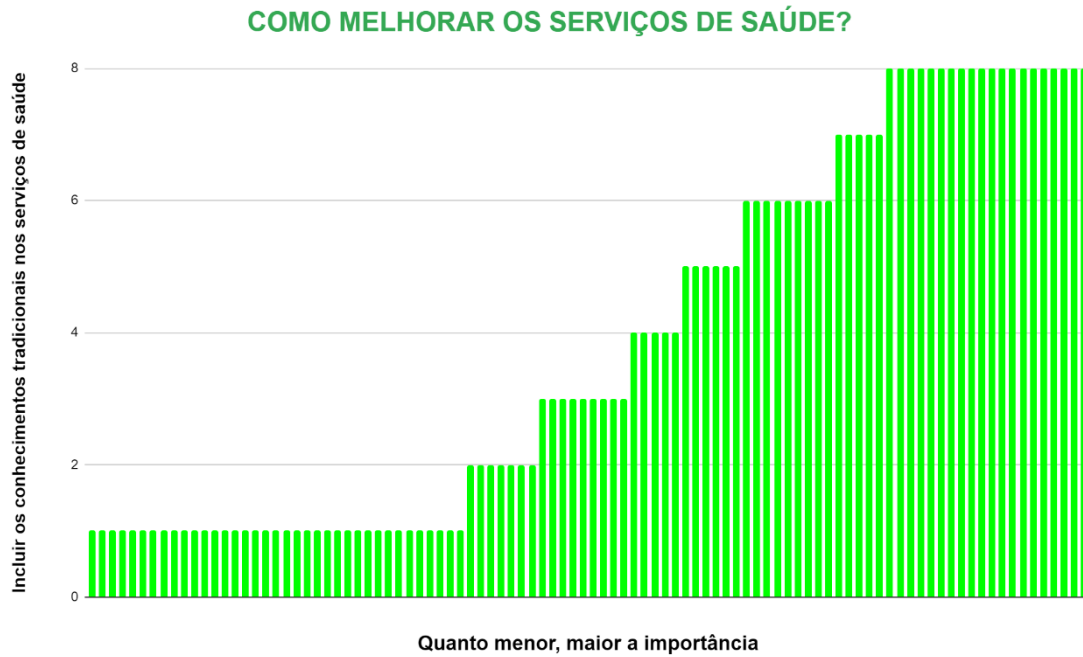
CONHECIMENTOS TRADICIONAIS DENTRO DAS AÇÕES DE SAÚDE

Sobre a inclusão da medicina tradicional dentro das ações do SUS, seguem abaixo as respostas.

PROPOSTAS PARA O APRIMORAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE



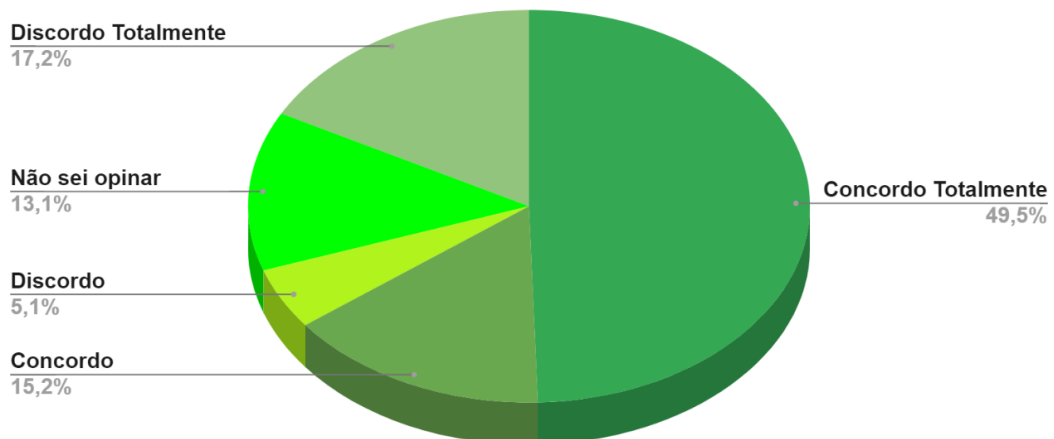
MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS



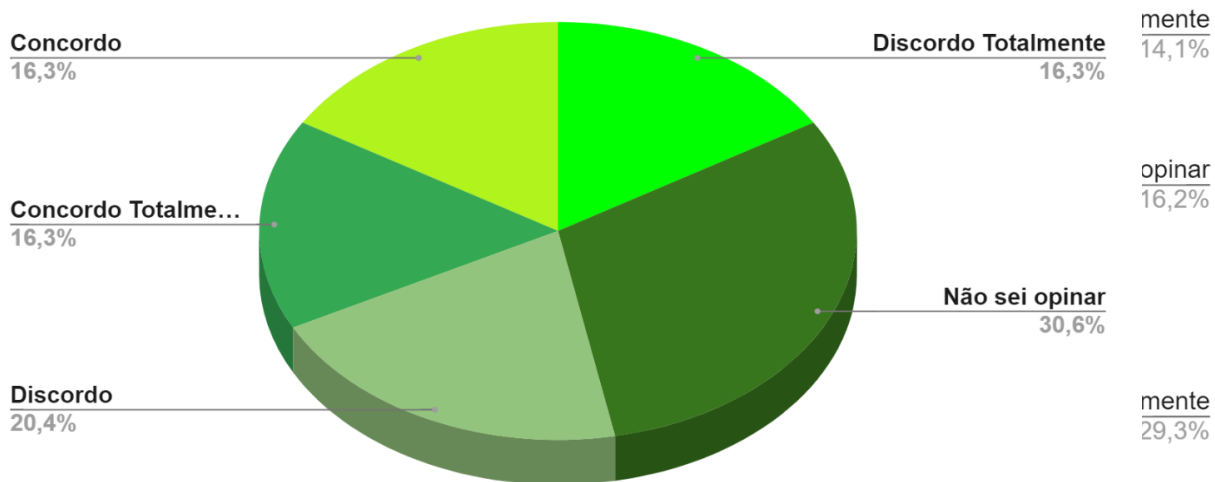
PERCEPÇÕES SOBRE A TRANSIÇÃO ALIMENTAR NA AMAZÔNIA

Foram feitas perguntas para conhecer a percepção dos participantes a respeito da transição alimentar e nutricional dos povos tradicionais e indígenas na Amazônia.

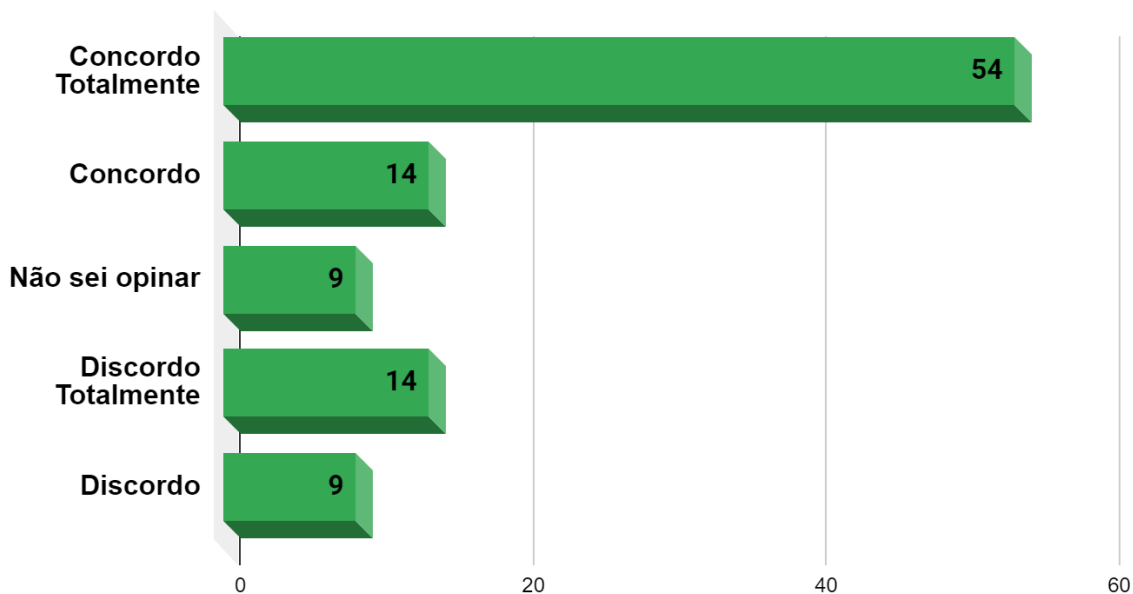
FALTA DE CAÇA, DE PEIXES E POUCAS TERRAS CULTIVÁVEIS



DIMINUIÇÃO DO TEMPO DEDICADA AO TRABALHO NAS ROÇAS

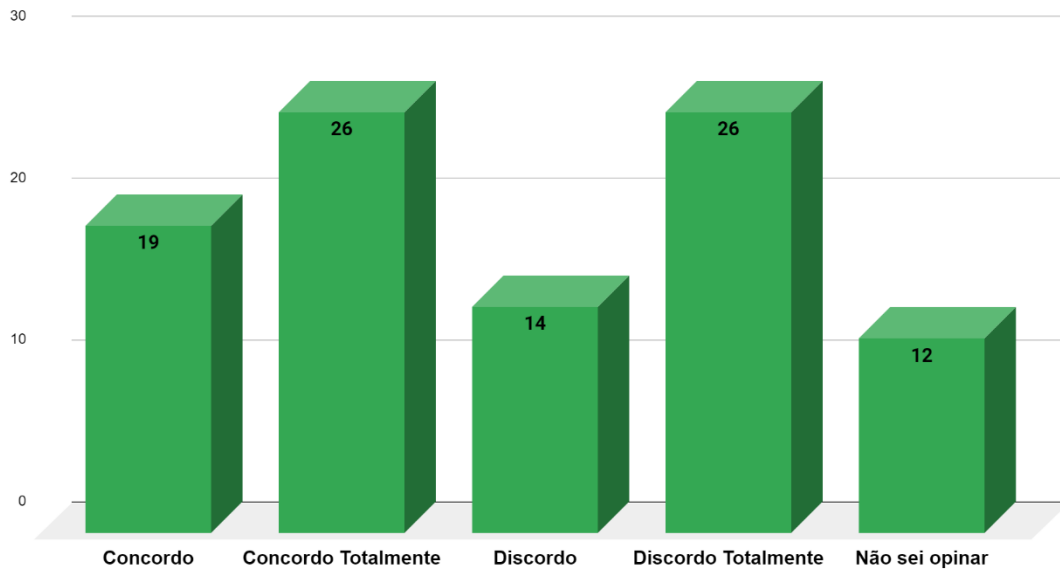


AS MUDANÇAS DE HÁBITOS CULTURAIS E PERDA DAS TRADIÇÕES

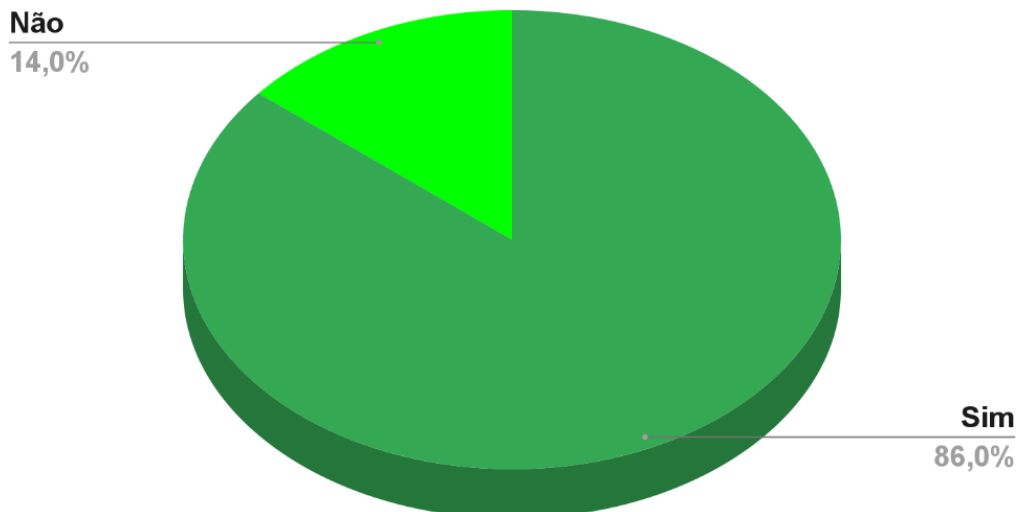


MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

RECEBIMENTO DE BENEFÍCIOS SOCIAIS E SALÁRIOS QUE POSSIBILITAM COMPRAR MAIS ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS



A MUDANÇA NA ALIMENTAÇÃO TEM FEITO AS PESSOAS ADOECEREM?



PARTE 4

RECOMENDAÇÕES PARA AVANÇOS NA TEMÁTICA DE MEDICINA TRADICIONAL PARA INDÍGENAS E RIBEIRINHOS

PROPOSTAS PARA O RECONHECIMENTO E VALORIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA E RIBEIRINHA

MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA

Para este estudo, não foi possível levantar e trabalhar propostas advindas das comunidades indígenas⁹ sobre a Medicina Tradicional Indígena, suas práticas e usos, porque, devido à pandemia, as oficinas e pesquisas de campo ficaram comprometidas. No entanto, foi elaborado um roteiro que elucida os caminhos que deveriam ser seguidos numa discussão ampla com diversos atores sobre este tema.

O roteiro apresentado (Figura 1) segue as sugestões feitas por André Baniwa e destaca as etapas importantes que deveriam ser pensadas e incorporadas antes da elaboração de propostas fechadas sobre a inserção do tema *Medicina Tradicional Indígena* no projeto SUS na Floresta. As propostas deveriam partir de dois eixos diferentes de atuação (Quadro 1 e Figura 1).

Quadro 1. Caminhos para elaboração de propostas para a Medicina Tradicional Indígena do projeto SUS na Floresta.

Linha de atuação	Caminhos norteadores
Subsistema de Saúde Indígena	Fortalecer o controle social e discutir a pauta dentro das conferências distritais de saúde indígena; Incentivar a cooperação entre os setores e financiamento para pesquisas científicas; Fortalecer a atuação dentro das políticas públicas existentes; Trabalhar internamente o tema da medicina tradicional com as comunidades indígenas; Promover o fortalecimento das organizações indígenas;
Povos Indígenas	Apoiar a formação de profissionais e pesquisadores indígenas para que atuem nas pesquisas sobre o tema; Garantir financiamento para pesquisas e projetos.

⁹ No dia 13 de maio de 2021, foi realizada uma reunião com o pesquisador e liderança indígena André Baniwa, que faz parte do Comitê Orientador SUS na Floresta.

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

Figura 1. Caminhos para o reconhecimento de práticas da medicina tradicional indígena sugeridos por André Baniwa (2021).



QUADRO DE PROPOSTAS – DESAFIOS SUS NA FLORESTA

ORD.	TÓPICO	DESAFIOS / JUSTIFICATIVAS / PROBLEMAS	NECESSIDADES	RECOMENDAÇÕES
1	Medicina tradicional	Incorporar a medicina tradicional indígena no SUS	(1) Promover a articulação entre os saberes e práticas de saúde dos povos indígenas e o sistema oficial de saúde, como estratégia de efetivação do direito desses povos à atenção integral e diferenciada à sua saúde, observando suas especificidades étnicas, culturais e epidemiológicas; (2) fortalecer as capacidades críticas dos povos indígenas e tradicionais para atuações em espaços políticos em saúde; (3) fortalecer os projetos em saúde considerados exitosos pelos povos indígenas; (4) financiamento para o PASSI; (5) financiamento para as organizações indígenas desenvolverem projetos	Capacitação das Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI) e qualificação dos AIS para o uso da medicina tradicional na rotina de trabalho
		Incentivar o uso da medicina tradicional pelos povos indígenas		Reconhecimento profissional e contratação dos diferentes atores ligados à medicina tradicional e às EMSI Espaços de valorização das práticas tradicionais nos polos bases e CASAls Oficinas sobre plantas e remédios caseiros nas EMSI Incentivo à criação de centros de medicina tradicional referências nas cidades Avançar na discussão das políticas nacionais sobre medicina tradicional/ medicina complementar e alternativa Implementação das PICs dentro do subsistema de saúde indígena Trabalhar juntos com as lideranças das comunidades

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

				Incentivo à formação de profissionais de saúde indígenas
				Apoiar as expedições de vigilância territorial e ambiental e assegurar a demarcação das TIs/ PGTAs
				Identificar atores responsáveis pelas práticas tradicionais para não gerar expectativas e construir um "padrão e/ou categorização de conhecedores tradicionais"
				Repartição de benefícios sobre os conhecimentos tradicionais coletivos (por território ou região)
				Realizar processos de consulta relacionados ao tema
				Oficinas sobre plantas e remédios caseiros que envolvam todos
				Oficinas sobre as cadeias de valor das plantas medicinais
				Comercialização interna e externa dos produtos preparados (chás, garrafadas, óleos, sabonetes, etc)
				Produção de cartilhas e divulgação dos conhecimentos tradicionais

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

2	Atenção diferenciada na saúde indígena	A questão do atendimento diferenciado foi, ao longo do estudo, considerada uma das maiores debilidades na execução da Política Nacional de Atenção à Saúde aos Povos Indígenas. O sistema de saúde indígena é “especial” principalmente porque espera-se que os fatores sociais e culturais sejam abordados no cotidiano da saúde, norteados planejamento e avaliação de saúde, além de ser característica fundamental na abordagem com a população indígena.		Apoio e fomento à elaboração e implantação de estratégias e projetos de valorização e articulação com as práticas e saberes tradicionais indígenas, em colaboração com os DSEI (devem ser elaborados de forma participativa junto às comunidades, cuidadores e conselheiros da saúde indígena)
				Adesão dos municípios, em especial Manaus, ao Incentivo de Atenção Especializada à Saúde Indígena (IAE-PI) para adequar seus serviços às especificidades indígenas.
				Influenciar a criação de projetos de adequação de espaço físico e de processos de trabalho nas CASAIS de forma a respeitar as especificidades regionais dos povos indígenas.
3	Práticas integrativas	Baixa adesão dos municípios	Que os municípios conheçam as políticas existentes e possam utilizar os recursos da atenção primária para implementar projetos	Criação de política municipal
		Impossibilidade de utilização de recursos repassados pelo Governo Federal para sua aquisição		Inclusão no RENAME, inclusão de farmácias fitoterápicas no CNES
SISTEMAS ALIMENTARES				
4	Sistemas alimentares sustentáveis e saudáveis	Valorizar a sociobiodiversidade alimentar nos territórios	(1) Valorizar os sistemas agrícolas tradicionais de produção de alimentos; (2) financiar projetos de estudo de cadeia de valores dos alimentos e projetos de bioeconomia; (3) registrar as	Estudos sobre a cadeia de valor dos alimentos tradicionais

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

			tecnologias sociais relacionadas aos alimentos; (4) apoiar as políticas públicas de compras institucionais (PAA e PNAE)	Incentivo à comercialização (feiras de produtos indígenas nas cidades) e compras institucionais pelas organizações indígenas e agricultores familiares indígenas
		Patrimoniar os sistemas agrícolas tradicionais indígenas		Formação de jovens comunicadores para o ativismo em saúde
				Oficinas de valorização junto às mulheres e jovens
				Colaborar para o reconhecimento como patrimônios imateriais junto ao IPHAN
				Respeitar os processos de consulta
		Desacelerar os impactos da transição alimentar		Divulgação dos conhecimentos com repartição de benefícios
		Apoiar a vigilância territorial e ambiental		Trabalho junto ao subsistema de saúde indígena com mapeamento das causas de adoecimento
				Assegurar a vigilância dos territórios
		Financiar projetos e pesquisas		Apoiar a elaboração de projetos de manejo sustentável dos recursos alimentares
				Mapeamento dos recursos alimentares
				Incentivo à formação de pesquisadores indígenas

PARA PENSAR

Os saberes tradicionais indígenas e ribeirinhos relacionados à medicina tradicional amazônica trazem grandes potenciais para a produção de remédios e medicamentos fitoterápicos que atendem a necessidade de saúde da população indígena e brasileira.

Para que esses saberes possam ser desenvolvidos, se faz necessário observar as legislações de proteção aos conhecimentos tradicionais indígenas e as normativas sanitárias existentes, bem como elaborar novos marcos regulatórios para orientar a articulação entre os serviços de saúde e as medicinas e alimentos tradicionais.

Ações e projetos que visam fortalecer os saberes e práticas tradicionais, desenvolver saberes das medicinas e alimentos tradicionais em práticas integrativas e complementares e garantir que eles tenham acesso às PICs já reconhecidas no âmbito do SUS.

ANEXO

Na elaboração deste trabalho, tendo como base o estudo referenciado¹⁰, foi elaborada uma lista com algumas plantas medicinais usadas na Amazônia e validada:

NOME POPULAR	NOME CIENTÍFICO	INDICAÇÕES
Abacateiro	<i>Persea americana</i> Mill. Lauraceae	Problemas renais e urinários, anemia, hepatite, inflamação no útero, inchaço pós-parto, reumatismo e ácido úrico.
Algodão-roxo	<i>Gossypium cf. herbaceum</i> L. Malvaceae	Distúrbios menstruais, inflamação, câncer de útero, corrimento vaginal, hemorragia, gastrite, pneumonia.
Amapazeiro	<i>Brosimum parinarioides</i> Moraceae	Câncer, pneumonia, asma, bronquite.
Andiroba	<i>Carapa</i> sp. Meliaceae	Inflamação, congestão das vias aéreas, tosse, gripe, dor de garganta, caxumba, feridas, coceira, reumatismo. Também é repelente e hidratante da pele.
Boldo	<i>Plectranthus</i> sp. Lamiaceae	Má digestão. Melhora as funções do fígado e da vesícula.
Cajueiro	<i>Anacardium occidentale</i> L. Anacardiaceae	Inflamações, principalmente do aparelho reprodutor feminino (corrimentos); diarreia, golpes, feridas e também para inflamação da garganta.
Caieba	<i>Piper peltatum</i> L. Piperaceae	Inchaço pós-parto, inflamações do fígado e baço, distúrbios menstruais, erisipela.
Carapanaúba	<i>Aspidosperma</i> spp. Apocynaceae	Inflamação feminina (corrimentos), gastrite, úlcera, anticoncepcional, problemas no fígado e malária.
Castanheira	<i>Bertholletia excelsa</i> Lecythidaceae	Inflamação, problemas no fígado, albuminúria e inchaço em grávidas, anemia, infecção urinária, prevenção do derrame.
Chicória	<i>Eryngium foetidum</i> L. Apiaceae	Picada de cobra, arraia e inseto, gripe, hemorragia, vermes, inflamação, febre, gripe, diarreia, quebranto, tosse, facilita o parto e ajuda a liberar a placenta.
Cipó-alho	<i>Mansoa alliacea</i> Bignoniaceae	Gripe, derrame, enjoo de criança, dor de cabeça, feridas.
Cipó-tuíra	<i>Bonamia ferruginea</i> Convolvulaceae	Anemia, hepatite, dor no estômago.
Cipó-unha-de-gato	<i>Uncaria guianensis</i> Rubiaceae	Câncer, problemas de próstata, reumatismo, alergias e inflamações do aparelho reprodutor feminino.

¹⁰ Esta lista final foi elaborada a partir do trabalho de Estudo etnobotânico de plantas medicinais em comunidades de várzea do rio Solimões, Amazonas e aspectos farmacognósticos de *Justicia pectoralis* Jacq. forma *mutuquinha* (Acanthaceae)/ Mariana Franco Cassino. --- Manaus: [s.n.], 2010 ; complementada e validada por Moacir Biondo (Paisagens do Conhecimento).

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

Copaíba	<i>Copaifera</i> sp. Caesalpinaceae	Inflamação, câncer, acne, cistos no útero, derrame, doença do ar, dor de ouvido, feridas, congestão das vias aéreas, tosse, bronquite e dor de garganta.
Corama	<i>Bryophyllum pinnatum</i> (Lam.) Crassulaceae	Inflamação, câncer, furúnculos, pneumonia, gastrite, gripe, caspa, queda de cabelo, carne crescida no olho, feridas, dor de ouvido, erisipela.
Crajiru	<i>Fridericia chica</i> Bignoniaceae	Corrimentos, cicatrizante, anemia, infecção urinária e renal, inflamação da garganta.
Hortelã, hortelazinho	<i>Mentha</i> spp. Lamiaceae	Verme, ameba, enjoo de criança, cólica em crianças, gripe, quebrante, vento caído, febre, diarreia, pós-parto, regular fluxo menstrual, e derrame.
Japana-roxa, Japana-branca	<i>Eupatorium triplinerve</i> Asteraceae	Dor de cabeça, enjoo de criança, febre, inflamação no útero, sinusite, derrame, gripe, mau-olhado.
Jatobá	<i>Hymenaea courbaril</i> L. Caesalpinaceae	Problemas de coluna infecção urinária, anemia, regular fluxo menstrual, gripe, tosse, bronquite, asma e inflamação da próstata.
Jucá	<i>Caesalpinia ferrea</i> Mart. Caesalpinaceae	Inflamação, especialmente dos rins e aparelho reprodutor feminino, pneumonia, constipação, anemia, tosse, gripe e contusão.
Malvarisco, hortelã-grande	<i>Plectranthus amboinicus</i> Lamiaceae	Gripe, tosse, bronquite, asma. inflamação da garganta.
Mangarataia	<i>Zingiber officinale</i> Roscoe Zingiberaceae	Reumatismo, dores no corpo, gripe, tosse, congestão das vias aéreas, inflamação da garganta, enjoo de adultos (gestantes) e de criança.
Marupazinho	<i>Eleutherine bulbosa</i> Iridaceae	Diarreia, ameba, giárdia, inflamação da garganta.
Mastruz	<i>Dysphania ambrosioides</i> Chenopodiaceae	Vermes, gripe, bronquite, pneumonia, congestão das vias aéreas, gastrite e fraturas ósseas.
Melão- caetano	<i>Momordica charantia</i> L. Cucurbitaceae	Pneumonia, vermes (lombrigas), ameba e giárdia, coceira (sarna), diabetes, malária.
Mucura-caá	<i>Petiveria alliacea</i> L. Phytolacaceae	Dor de cabeça, febre, constipação das vias aéreas, enjoo de criança, gripe, derrame, ameba e giárdia, dor no estômago, reumatismo.
Mutuquinha	<i>Justicia pectoralis</i> Jacq. Acanthaceae	Cólicas menstruais e intestinais, hemorragias, despedir a placenta.
Pau-d'arco-roxo	<i>Handroanthus</i> sp. Bignoniaceae	Câncer, gastrite, aftas e anemia.
Pobre-velho, canafiche, canarana-roxa	<i>Costus</i> cf. <i>spiralis</i> Costaceae	Infecção urinária, eliminação de pequenas pedras e areias, problemas de coluna.
Quebra-pedra	<i>Phyllanthus</i> spp. L. Phyllanthaceae	Diurético, melhora a função renal e a eliminação de pequenas pedras e areias; usada na infecção urinária.

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

Sucuba	<i>Himatanthus</i> sp. Apocynaceae	Inflamação, câncer, regulariza o ciclo menstrual, inflamação do útero, miomas e inflamação da próstata, hérnias, contusão.
Urubu-caá	<i>Aristolochia trilobata</i> L. Aristolochiaceae	Diarreia, dor no estômago e fígado.
Urucum	<i>Bixa orellana</i> L. Bixaceae	Gripe, tosse, derrame, malária.
Uxi	<i>Endopleura uchi</i> Humiriaceae	Doenças do útero e regular ciclo menstrual.
Vassourinha	<i>Scoparia dulcis</i> L. Scrophulariaceae	Infecção urinária (dor de urina), reumatismo, erisipela.

A Fundação Amazônia Sustentável (FAS)

Criada em 2008, a Fundação Amazônia Sustentável (FAS) é uma organização não governamental e sem fins lucrativos que promove o desenvolvimento sustentável na Amazônia. Reconhecida como uma entidade de assistência social, a FAS trabalha para garantir direitos de populações tradicionais por meio de projetos produtivos de base sustentável e de ações de pesquisa, desenvolvimento e inovação.

A Fundação foi criada a partir de uma parceria entre diversas instituições, entre elas a Petrobras. Vinculadas aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), as ações abrangem as escalas global, amazônica e local, focando nos seguintes eixos: saúde, educação e cidadania, empoderamento comunitário, geração de renda, infraestrutura comunitária, conservação ambiental, gestão e transparência, pesquisa, desenvolvimento e inovação.

A missão da FAS é contribuir para a conservação ambiental da Amazônia, valorizando a floresta em pé e o bem-estar de comunidades ribeirinhas, com implementação e disseminação de conhecimentos que visem o desenvolvimento sustentável. A Fundação Amazônia Sustentável tem o objetivo de se transformar em uma referência mundial em soluções para o desenvolvimento sustentável na Amazônia, por meio da valorização da floresta em pé, do empoderamento comunitário e do fortalecimento de parcerias.

Missão

Contribuir para a conservação ambiental da Amazônia através da valorização da floresta em pé e sua biodiversidade e da melhoria da qualidade de vida das comunidades ribeirinhas associada à implementação e disseminação do conhecimento sobre desenvolvimento sustentável.

Visão

Ser referência mundial em soluções para o desenvolvimento sustentável na Amazônia, por meio da valorização da floresta em pé e sua biodiversidade, do empoderamento comunitário e da ampliação e do fortalecimento de parcerias.

MEDICINA TRADICIONAL E SISTEMAS ALIMENTARES LOCAIS

Confira os programas da FAS:

Programa de Gestão e Transparência (PGT)	Por meio de mecanismos e instâncias de gestão, o PGT atua junto à comunidade interna, com planejamento e avaliação de resultados de programas e projetos.
Programa Floresta em Pé (PFP)	O PFP está focado em quatro ações estratégicas: geração de renda, empreendedorismo, infraestrutura e empoderamento comunitário.
Programa Saúde na Floresta (PSF)	Resultado de ações da Aliança Covid Amazônia, o PSF qualifica o acesso à saúde, com políticas públicas e capacitações de profissionais da área.
Programa de Educação para a Sustentabilidade (PES)	Os trabalhos do PES são voltados à formação de crianças e adolescentes, garantindo oportunidades para uma educação mais inclusiva e de qualidade.
Programa de Soluções Inovadoras (PSI)	Com base em tecnologias sociais e soluções para a sustentabilidade desenvolve-se o PSI, cujos trabalhos focam em parcerias técnicas em PD&I.
Programa de Empreendedorismo e Negócios Sustentáveis (PENSA)	O PENSA auxilia empreendedores de comunidades ribeirinhas e indígenas com incubadora, cursos, oficinas e consultorias para gerir negócios inovadores e acessar créditos.



Contato:

Manaus / Amazonas
Rua Álvaro Braga, 351 Parque 10 | CEP 69054-595 |
(92) 4009-8900 / 0800 722-6459

fas@fas-amazonas.org | fas-amazonia.org

[Facebook](#) | [Instagram](#) | [Linkedin](#) | [Twitter](#) | [YouTube](#) | [TikTok](#)

