



ASPECTOS DA SAÚDE INDÍGENA EM COMUNIDADES E ALDEIAS INDÍGENAS NO AMAZONAS: **DIAGNÓSTICO A PARTIR DO PROJETO CUNHÃ-ETA**





Foto de Giulia Aguiar

FUNDAÇÃO AMAZÔNIA SUSTENTÁVEL (FAS)

Superintendente Geral:
Virgílio Viana

Superintendente de Desenvolvimento Sustentável de Comunidades:
Valcléia Solidade

Superintendente de Inovação e Desenvolvimento Institucional:
Victor Salviati

Superintendente Administrativo-Financeiro:
Luiz Villares

ASPECTOS DA SAÚDE INDÍGENA EM ALDEIAS E COMUNIDADES INDÍGENAS NO AMAZONAS: DIAGNÓSTICO A PARTIR DO PROJETO CUNHÃ-ETA

Coordenação executiva
Gabriela Sampaio, Rosa dos Anjos e Lucas Sarraff

Autor
Otávio Giatti

Co-autores
Sara Gomes e Carlos Demeterco

Fotos
Thiago Looney e Otávio Giatti

Projeto gráfico e direção de arte
Up Comunicação Inteligente

Revisão
Gabriela Sampaio e Alessandra Marimon

Financiador
Foro Internacional de Mujeres Indígenas (FIMI)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Aspectos da saúde indígena em comunidades e aldeias indígenas no Amazonas [livro eletrônico] : diagnóstico a partir do Projeto Cunha-Eta / Fundação Amazonas Sustentável ; [fotos Thiago Looney e Otávio Giatti]. -- 1. ed. -- Manaus, AM : Fundação Amazonas Sustentável, 2021.
PDF

ISBN 978-65-89242-17-8

1. Comunidades - Serviços de saúde 2. Indígenas da América do Sul - Saúde e higiene - Amazônia 3. Índios - América do Sul - Brasil 4. Projeto Cunha-Eta I. Fundação Amazonas Sustentável. II. Looney, Thiago. III. Giatti, Otávio.

21-56936

CDD-306.461

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde indígena : Comunidades e aldeias : Amazonas : Aspectos da saúde 306.461

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

Sumário

1	Apresentação	07
2	Dados sobre doenças ocorrentes nos últimos cinco anos em três localidades indígenas do Estado do Amazonas, Brasil	08
3	Dados sobre soberania alimentar em três localidades indígenas do Estado do Amazonas, Brasil	21
4	Dados sobre segurança alimentar em três localidades indígenas do estado do Amazonas, Brasil	29
5	Agradecimentos	37



Foto de Robert Coelho

Apresentação

Nos últimos anos, as mulheres indígenas da Amazônia têm enfrentado vários desafios e obstáculos em suas organizações e comunidades. No caso do Amazonas, o retrocesso dos direitos indígenas conquistados com muita luta foram os motivos que incentivaram as mulheres indígenas amazonenses a se mobilizarem. Elas tomaram para si o desejo de se fortalecerem e uniram forças para lutar por uma vida plena e a favor do bem viver dos povos indígenas. A prova disso está na Rede de Mulheres Indígenas do Estado do Amazonas (Makira-Ëta), criada em dezembro de 2017, na cidade de Manaus (AM). O encontro reuniu 40 mulheres indígenas de diversas organizações do Amazonas, como a União de Mulheres Indígenas da Amazônia Brasileira (Umiab) e a Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (Coiab).

A Fundação Amazônia Sustentável (FAS) não poderia deixar de incentivar o trabalho de resistência desenvolvido pela rede Makira-Ëta. Por isso, em 2020, a FAS executou com o grupo o projeto "Cunhã-Eta: mulheres indígenas disseminando os saberes tradicionais como alternativa de mitigação e adaptação às mudanças climáticas". O objetivo da iniciativa foi promover práticas de conservação dos recursos naturais, além da produção de alimentos e da geração de renda, com atividades produtivas sustentáveis que recuperem áreas degradadas em comunidades indígenas do Amazonas.

O projeto foi apoiado pelo Programa Liderando do Sul (LFS na sigla em inglês), gerido pelo Fundo AYNI, braço filantrópico do Fórum Internacional de Mulheres Indígenas (FIMI) e financiado pelo Ministério de Relações Exteriores da Holanda. O FIMI procura co-investir em projetos liderados por grupos, redes e organizações de mulheres indígenas na Ásia, África, América Latina e no Pacífico. Os temas abordados pelos projetos apoiados são: incidência política; fortalecimento institucional; Terra, território e recursos; mitigação e adaptação às mudanças climáticas e acesso aos serviços públicos.

Este relatório é fruto do projeto Cunhã-Eta e tem como objetivo divulgar dados sobre a ocorrência de doenças em localidades indígenas do Amazonas, além de pesquisas que envolvem questões relacionadas à soberania e segurança alimentar. As informações tomaram como base as experiências realizadas em três locais contemplados pelo projeto: comunidade Três Unidos, localizada na Área de Proteção Ambiental (APA) do Rio Negro, na zona rural de Manaus (AM); Aldeia Vasques, situada no município de Tefé (AM), no Médio Solimões; e Aldeia Piloto, que se encontra no Médio Rio Negro, em Barcelos (AM).

Dados sobre doenças ocorrentes nos últimos cinco anos em três localidades indígenas do estado do Amazonas, Brasil

A atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil é constitucionalmente distinta, o que gera a necessidade de se estabelecer instrumentos e estratégias de ação específicos para o atendimento a essa população. Mas, infelizmente, a prática acaba por revelar as dificuldades e as deficiências na operacionalização de todo o aparato estatal existente para se promover um atendimento de saúde digno às nações indígenas do país. No decorrer da nossa história, desde a invasão europeia até os dias atuais, os povos indígenas têm sido duramente afetados por diferentes tipos de doenças (Basta et al., 2012; Garnelo, 2012). É sabido que povos inteiros foram dizimados logo na chegada dos europeus, ao entrarem em contato com patógenos contra os quais não possuíam defesa natural, tais como os vírus da gripe, do sarampo, da varíola e da tuberculose (Basta et al., 2012; Teixeira, 2014).

A história mais recente do Brasil registra ondas epidêmicas devastadoras a partir do momento em que grandes projetos desenvolvimentistas passam a ser implementados, como a abertura de estradas, o início da mineração e a construção de grandes hidrelétricas na Amazônia (Basta et al., 2012; Garnelo, 2012; Teixeira, 2014; Ramos, 2020). Esses empreendimentos provocaram – e ainda hoje provocam – impactos ambientais muitas vezes irreversíveis, a partir da derrubada de grandes trechos de floresta nativa, causando um desequilíbrio muito significativo na região. Decorrente disso, o país assistiu, nas décadas de 70 e 80, a um aumento catastrófico dos casos de malária na Amazônia, uma vez que a alteração dos ambientes naturais expõe as populações humanas ao mosquito vetor dessa doença tão agressiva (Basta et al., 2012; Teixeira, 2014).

Diante de todo esse histórico delicado e da maior vulnerabilidade dos povos indígenas a doenças que se revelam muitas vezes mais letais a essa população, o movimento indígena pressionou e demandou esforços do Estado brasileiro, o qual então cria, a partir da Lei Arouca, em 1999, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), vinculado ao Sistema Único de Saúde, o SUS (Basta et al., 2012; Garnelo, 2012; ISA, 2018). Esse subsistema deu continuidade às ações que já vinham a se desenvolver em décadas anteriores, mas com mais estrutura e autonomia (Basta et al., 2012; Garnelo, 2012; ISA, 2018).

Atualmente, é gerido pela Secretaria Especial de Saúde Indígena, a SESAI, ligada diretamente ao Ministério da Saúde (MS) e que tem a função também de zelar por todo o bom funcionamento dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, os DSEIs, que, por sua vez, possuem autonomia financeira, logística e de gestão nas diferentes localidades do país onde estão estabelecidos (Basta et al., 2012; Garnelo, 2012; ISA, 2018).

Mesmo com toda essa estrutura disponível, o atendimento aos indígenas brasileiros ainda é muito deficitário, fato decorrente de um número insuficiente de profissionais da saúde, substanciais desvios de verba pública, atrasos no repasse de recursos por parte do MS, dentre outros pontos delicados (ISA, 2018). Com isso, doenças consideradas simples ainda acometem os povos indígenas com muita frequência, sendo que as infecciosas e parasitárias são as maiores causadoras de mortes nessa população (Basta et al., 2012; ISA, 2018). Além disso, o aumento de doenças crônicas não transmissíveis entre os indígenas, como diabetes, tem chamado atenção das autoridades para as mudanças na cultura alimentar dessas populações (Basta et al., 2012; Santos et al., 2020).

Diagnósticos mal elaborados e a subnotificação de casos de distintos tipos de doenças ainda são comuns no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Bastos et al., 2012). Isso dificulta um entendimento mais apurado do contexto nas diferentes regiões do país e não permite a elaboração de estratégias altamente eficazes de prevenção e combate às doenças que ameaçam os povos indígenas.

Atuando de diversas formas e também no levantamento de informações sobre os perfis epidemiológicos das diferentes etnias indígenas do país, o movimento indígena passou a contar com um grande número de Organizações Não Governamentais (ONGs) a partir de 1990, com as quais realizou alianças no intuito de ter cada vez mais apoio na luta pela garantia de seus direitos (Garnelo, 2012). Atualmente, importantes informações sobre a saúde indígena são geradas a partir de iniciativas dessas entidades, as quais podem inclusive servir como base para os DSEIs planejarem suas ações. Esses acabam por ser trabalhos complementares e em prol da população indígena.

A partir desse entendimento, um formulário semiestruturado foi preenchido em três localidades indígenas de três municípios do Amazonas – comunidade Três Unidos, situada na Área de Proteção Ambiental (APA) do Rio Negro, em Manaus; Aldeia Piloto, no município de Barcelos; e Aldeia Vasques, localizada em Tefé. As informações obtidas tiveram como base relatos de residentes acerca das principais doenças ocorridas nos últimos cinco anos nas três regiões.



Levantamento e sistematização dos dados

Foram realizadas visitas à comunidade e às aldeias em três momentos diferentes. Para tanto, foram registradas as doenças ocorridas entre os moradores nos últimos cinco anos, além de relatos obtidos sobre as diferentes formas de tratamento e prevenção. As doenças foram categorizadas de acordo com a lista da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, conhecida como CID, desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (www.psbmed.com.br/cid10/). Registros não categorizados como “doenças” foram listados por nós como “sintomas” ou “eventos pontuais e isolados”.

Resultados

28 chefas e chefes de famílias contribuíram para o levantamento dos dados de 128 pessoas aqui apresentados. Em Três Unidos, 13 famílias (39 pessoas) responderam ao nosso formulário, 10 famílias (57 pessoas) participaram do levantamento na Aldeia Piloto, e cinco famílias (30 pessoas), na Aldeia Vasques.

Registramos 20 tipos de doenças ocorridas nos últimos cinco anos nas três comunidades, das quais sete (35%) são infecciosas e ou parasitárias e 13 (65%) são crônicas. Registramos também 10 sintomas distintos decorren-

tes ou não de possíveis doenças não especificadas, bem como dois eventos pontuais e isolados.

É possível verificar todas as ocorrências e o número de casos nos quadros abaixo:

TIPOS DE DOENÇAS INFECCIOSAS E OU PARASITÁRIAS = 7
Covid-19 (40); dengue (2); gripe (54); malária (21); sarampo (1); varicela (catapora) (5); virose (não especificada) (1)
TIPOS DE DOENÇAS CRÔNICAS = 13
Apendicite (1); artrose (1); asma (1); bursite (1); cálculo biliar (1); câncer de útero (1); derrame (AVC) (1); doença das amígdalas não especificada (1); escoliose (1); infecção intestinal (3); retenção urinária (1); sinusite (1); tumores (1)

54 pessoas (42,8% do total) contraíram gripe ao menos uma vez nos últimos cinco anos nas três comunidades visitadas, sendo essa a doença infecciosa mais frequente em nosso levantamento. Apesar de ser considerada uma doença branda, os casos de gripe são frequentemente mal detectados ou tratados de forma ineficaz entre a população indígena por parte das equipes de saúde, o que pode evoluir para um quadro de Infecção das Vias Aéreas Superiores (IVAS) mais grave, necessitando de internação e maiores cuidados médicos (Basta et al., 2012). Esse tipo de informação deve ser encarada com muita seriedade, já que é altamente evitável e de tratamento simples.

Em segundo lugar temos a Covid-19, doença que acometeu 40 (31,7%) pessoas. Apesar de não haver óbitos de Covid-19 nas comunidades/aldeias entrevistadas, as taxas de letalidade da doença entre os indígenas tende a ser maior do que entre os não-indígenas, fato que reflete a já citada vulnerabilidade dos povos originários. Diante da inoperância do Governo Federal no enfrentamento à pandemia de Sars-CoV-2, não há estratégias reais que assegurem e protejam as populações indígenas de forma eficaz, o que permite que o vírus avance de forma muito agressiva nas aldeias e comunidades (Santos et al., 2020; Ramos, 2020). Essas informações podem ajudar a entender melhor como a doença está se espalhando ao menos nas três localidades visitadas.

A malária foi a terceira doença mais frequente, declarada por 21 pessoas (16,6%). Os que afirmaram não ter contraído doença alguma nos últimos cinco anos foram 13 pessoas (10,3%).

SINTOMAS DECORRENTES OU NÃO DE POSSÍVEIS DOENÇAS NÃO ESPECIFICADAS = 10

Cefaleia (3); constipação intestinal (1); diarreia (15); dor no corpo (1);
dor de estômago (3); dor no pé (1); febre (15); nódulo na tireoide (1);
queda de cabelo (1); tosse (2)

EVENTOS PONTUAIS E ISOLADOS = 2

Encaminhamento para neuropatologia (1); lesão na cabeça (1)



Os sintomas mais recorrentes nos últimos cinco anos foram diarreia e febre, declarados por 15 pessoas (11,9%). Apesar de não podermos especificar que tipo de doença acarretou esses dois principais sintomas em nosso universo amostral, há que se atentar para ambos, uma vez que representam duas das maiores causas de adoecimento e morte entre a população indígena até os dias de hoje. Os demais apresentaram uma frequência baixa, sendo a maioria declarada por apenas uma pessoa.

Registramos também 67 formas de tratamento diferentes, dos quais 54 (80,5%) são caseiros e tradicionais (incluindo benzimentos) e 13 (19,5%) são convencionais. Abaixo estão todas as formas de tratamento encontradas nas três áreas:

FORMAS DE TRATAMENTO CASEIRO E TRADICIONAL (INCLUINDO BENZIMENTOS) = 54

Água com limão; banha de capivara com mel; banha de jacaré com mel; banha de onça com mel; banho de casca de castanha; banho de alho com folha de limão; banho de capitú; banho de cipó-alho; banho de alho com folha de limão e pinhão-roxo; benzimento com água; casca de carapanaúba, casca de taperebá; casca de uixi; casca de castanheira e água; chá de limão; chá de alho; chá de alho, hortelã e jambu; chá de alho e limão; chá de alho, limão, mangarataia e jambu; chá de caroço de tucumã; chá de casca de laranja; chá de goiaba; chá de hortelã; chá de jambu; chá de jambu e mangarataia; chá de jambu, limão e alho; chá de mangarataia, mel, andiroba e banha de sucuriju; chá de sabugueiro; chá de mucura-cao, capitú, cipó-alho e boldo da folha grande (chá da “baba”); chá de alho, jambu, pimenta do reino, mel de abelha e copaíba; defumação de breu-branco com borra de café; defumação de gergelim, chifre de boi, espinho de porco-espinho e ninho de caurés; diesel; passar o pé na pedra em cruz durante jejum; fel de paca; folha de goiaba com casca de caju e azeitona; goma de mandioca e sal; gotas de uxi-paligórico (óleo-elétrico); língua de vaca; massagem com andiroba e diesel; mel e alho; mel e saporá (pólen); mel, copaíba e andiroba; remédio do mato (batatinha); xampu e sabonete com folha de capim-santo e amor-crescido; soro caseiro; suco de camu-camu; suco de cubiu; suco de limão; suco de hortelã grande com sal; xarope de alho; xarope de jambu; xarope de mangarataia.

FORMAS DE TRATAMENTO CONVENCIONAL = 14

Amoxicilina; escarectomia; cirurgia; cloroquina; dipirona; hidroxicloroquina; ibuprofeno; injeção; paracetamol; soro de farmácia; vermífugo; vitamina C; xarope convencional.

A quantidade expressiva de remédios caseiros aqui registrados reflete a preservação de práticas e conhecimentos tradicionais das diferentes etnias indígenas abordadas neste levantamento. A grande diversidade de chás, xaropes e banhos é aplicada principalmente para o tratamento de doenças que afetam as vias respiratórias, como a gripe comum e a Covid-19, nesse caso. A presença do mel – possivelmente de abelhas nativas sem ferrão – em várias preparações reforça ainda mais a importância do uso medicinal desse recurso natural, uma das principais formas de consumo entre as populações indígenas. Além do mel, o registro de frutos como camu-camu, cubiu, tucumã, de óleos como o de andiroba e de copaíba, das várias banhas de animais e das ervas utilizadas, demonstra uma rica oferta de produtos naturais

os quais os conhecedores indígenas sabem bem como utilizar. Por outro lado, o uso de itens como diesel, xampu e sabonete como remédios caseiros pode, inclusive, oferecer riscos altos à saúde dos usuários, fazendo-se necessária a desmistificação, o esclarecimento e a contra-indicação de tais elementos.

Quanto aos medicamentos convencionais, aparentemente não há uso indiscriminado entre os indígenas entrevistados. Observou-se que a ingestão dessas drogas está ligada ao tratamento estrito das doenças, principalmente Covid-19 e gripe comum. Demais enfermidades, dores e febres, segundo os dados obtidos, geralmente são tratadas com os remédios tradicionais e caseiros.

Para as formas de prevenção de doenças foram realizados 28 registros.

FORMAS DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS = 28

Água da casca do uxi; alho e limão; banho com folha de alho; banho com pau amargo; chá caseiro; tratamento da água com cloro; não ir à beira do rio às 06:00 e às 18:00; ferver água; isolamento social; jambu, lavar as mãos; limão; limpeza do igarapé e borrifação; limpeza do terreno e borrifação; malvarisco; marataca; máscara, álcool gel e sabão; mosquiteiro; não comer farinha e tomar refrigerante na mesma refeição; não pegar sol; não pegar chuva; reza (benzimento); suco de limão; soro de posto (UBS); consumir verdura; não comer comida requeitada; tomar água boa sem ser do rio Solimões.

As formas de prevenção também realçam os conhecimentos tradicionais nas comunidades que visitamos. Além disso, as medidas preventivas contra a Covid-19 e a malária aqui registradas demonstram o esclarecimento sobre o perigo de contrair e transmitir essas doenças. Houve pessoas que declararam não usar forma de prevenção alguma contra as doenças.

1) Especificidades das principais doenças e sintomas em cada localidade

Apresentamos a seguir o perfil das principais doenças – gripe, Covid-19 e malária – e sintomas – diarreia e febre – registrados neste diagnóstico, bem como a forma com a qual se distribuíram entre as comunidades visitadas.

a. Comunidade Três Unidos – Manaus

Em Três Unidos, das 39 pessoas, 64,1% contraíram o vírus Sars-CoV-2, sendo diagnosticadas com Covid-19. Mesmo que não esteja localizada em zona urbana, essa comunidade tem uma ligação direta com a capital amazonense, fator que pode ter desencadeado a alta taxa de contaminação dos entrevistados.

Doença ou sintoma	Nº de casos na localidade	Formas de tratamento	Formas de prevenção
Gripe	17	Banho de capitiu; banho de cipó-alho; chá de alho; chá de alho e limão; chá de hortelã; chá da Baba; mel e alho; mel, copaíba e andiroba	Alho e limão; banho com folha de alho; malvarisco; algumas pessoas não previnem
Covid-19	25	Amoxicilina; chá de limão; chá de alho, hortelã e jambu; chá de jambu, limão e alho; chá da Baba; mel e saborá (pólen); xarope de mangarataia; dipirona; ibuprofeno; paracetamol; hidroxicloroquina	Máscara, álcool em gel e sabão; lavar as mãos; algumas pessoas não previnem
Malária	2	Cloroquina	Mosquiteiro; não ir à beira do rio às 06:00 e às 18:00
Diarreia	1	Remédio caseiro não especificado	Não declarado
Febre	2	Remédio convencional não especificado	Não pegar chuva



Foto de Thiago Looney

b. Aldeia Piloto – Barcelos

Apenas 22,8% das 57 pessoas foram diagnosticadas com Covid-19 na Aldeia Piloto. Muito mais distante de Manaus, provavelmente o certo nível de isolamento dessa localidade ajudou a poupar essas pessoas da contaminação.

Outros 28%, ou seja, 16 pessoas contraíram malária nos últimos cinco anos. Esse é o maior índice registrado entre as três localidades visitadas. Embora não possamos considerá-lo alto, vale lembrar que os anos de 2018 e 2019 foram períodos epidêmicos de malária na região do Rio Negro, afetando também o município de Barcelos.

Doença ou sintoma	Nº de casos na localidade	Formas de tratamento	Formas de prevenção
Gripe	14	Banho de alho com folha de limão e pinhão-roxo; chá de alho; chá de limão, jambu e mangarataia; xarope caseiro não especificado; remédio convencional não especificado; xarope convencional não especificado	Limão; suco de limão
Covid-19	13	Água com limão; casca de uixi; chá de jambu e mangarataia; chá de limão, alho, mangarataia e jambu; chá de limão, jambu e mangarataia; jambu e limão; remédio caseiro não especificado; paracetamol; vermífugo	Água da casca de uixi; suco de limão e água; consumir verdura; lavar as mãos; máscara, álcool em gel e sabão; isolamento social
Malária	16	Casca de castanheira e água; chá de alho e limão; chá de limão; cloroquina; fel de paca; língua de vaca; remédio não especificado	Banhos; chá caseiro não especificado; cloro; não ir à beira do rio às 06:00 e às 18:00; jambu; limpeza do terreno e borrifação; maratataca
Diarreia	5	Água com limão; benzimento com água; chá de goiaba; goma, mandioca e sal; remédio do mato (batatinha); soro de farmácia	Cloro na água; ferver a água; reza (benzimento); soro do posto (UBS)
Febre	4	Banho de alho com folha de limão e pinhão-roxo; paracetamol	Suco de limão

c. Aldeia Vasques – Tefé

80% dos 30 entrevistados afirmaram terem contraído gripe nos últimos cinco anos. Não há como sabermos exatamente os anos de maior incidência dessa doença, mas podemos afirmar que representa um fator de grande preocupação para os indígenas de Vasques. Basta observarmos as diversificadas

formas de prevenção que possuem contra a gripe, bem como as diferentes formas de tratamento da doença.

Doença ou sintoma	Nº de casos na localidade	Formas de tratamento	Formas de prevenção
Gripe	24	Chá caseiro não especificado; chá de alho; chá de jambu; chá de mangarataia, mel, andiroba e banha de sucuriju; suco de limão; xarope de jambu; remédio caseiro não especificado; remédio convencional não especificado	Não pegar sol; suco de cubiu; suco de limão; suco de laranja; vitamina C; chá de alho; chá de alho e limão; chá de alho, jambu, pimenta do reino, mel de abelha e copaíba; chá de limão
Covid-19	2	Chá de jambu e mangarataia; chá de jambu; hidroxicloroquina	Máscara e lavar as mãos
Malária	3	Dipirona; cloroquina	Mosquiteiro; não ir à beira do rio às 06:00 e às 18:00
Diarreia	9	Folha de goiaba com casca de caju e azeitona; remédio caseiro não especificado	Não comer comida requeitada; suco de cubiu; tomar água boa sem ser do rio Solimões; tratar a água
Febre	9	Chá de alho; chá de jambu; xarope de alho; paracetamol; dipirona	Boldo; suco de limão; há pessoas que não previnem



Foto de Giulia Aguiar

Considerações finais

O panorama apresentado neste diagnóstico não foge à regra infeliz da saúde indígena brasileira, especialmente a amazônica. Os casos de gripe, malária e diarreia, por exemplo, se somam aos já expressivos números levantados pelo próprio Estado brasileiro anualmente, sendo três das maiores causas de morbimortalidade entre pessoas indígenas no país. São doenças decorrentes de problemas sociais e ambientais prévios, tais como o desmatamento, o garimpo, a invasão de terras indígenas, a falta de saneamento básico – todos só não evitados em função da negligência do Estado. Nesse contexto, a situação socioeconômica desfavorável das populações indígenas as deixam ainda mais expostas e vulneráveis a essas ameaças e às doenças levantadas neste documento (Basta et al., 2012; Santos et al., 2020).

Os casos de Covid-19 aqui registrados evidenciam ainda mais a ineficácia da estratégia do governo brasileiro na proteção dos povos indígenas contra o avanço da atual pandemia. Os sucessivos cortes de recursos destinados à SESAI, antes mesmo do vírus Sars-CoV-2 chegar à Amazônia, enfraqueceram muito a já deficitária estrutura de atenção à saúde indígena em nosso país (Santos et al., 2020; Ramos, 2020). Ações de organizações não governamentais, então, se fazem cada vez mais importantes e necessárias no sentido de apoiar o movimento indígena e suas entidades representativas, como a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), com a geração de informações qualificadas que podem ser usadas oficialmente para exigir do Estado a garantia dos direitos dos povos originários.

Este documento pode perfeitamente ser compartilhado com as lideranças indígenas do Amazonas, em especial de Manaus, Barcelos e Tefé, para que orientem os DSEIs a planejarem ações efetivas que incidam diretamente sobre as problemáticas e os números aqui apresentados. Com certa urgência, diga-se de passagem, especialmente no apoio às articulações que o próprio movimento indígena tem de desenvolver, de forma praticamente autônoma, no intuito de minimizar os impactos da pandemia de Covid-19 sobre seus territórios (Santos et al., 2020). Barreiras sanitárias devem ser maximizadas, kits de oxigênio devem ser assegurados, bem como equipamentos de proteção individual, álcool em gel e materiais de testagem (Ramos, 2020).

Ações previamente planejadas e dados científicos apresentados de forma organizada pelas entidades do terceiro setor podem delinear as ações dos órgãos públicos de saúde. Isso seria feito no sentido de congregar recursos humanos, recursos e infraestrutura para gerar melhorias substanciais no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, ainda que de forma mínima e local.



Foto de Giulia Aguiar

Referências

Basta, P.C.; Orellana, J.D.Y.; Arantes, R. 2012. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. Em: Garnelo, L. & Pontes, A.L. (Orgs.). Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Ministério da Educação – SECADI. Brasília-DF. Pp. 60 – 106.

Garnelo, L. 2012. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. Em: Garnelo, L. & Pontes, A.L. (Orgs.). Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Ministério da Educação – SECADI. Brasília-DF. Pp. 18 – 58.

ISA, Instituto Socioambiental. 2018. Saúde indígena. Disponível em: pib.socioambiental.org/pt/Saúde_Indígena. Acesso em 11/11/2020 às 20:45.

Ramos, D.P. 2020. Crimes contra a humanidade indígena: Covid-19 e povos indígenas no Amazonas e Alto Rio Negro. Em: Bernardi, B.B. et al. (Orgs.). Boletim extraordinário CAAF/Unifesp de enfrentamento da Covid-19. Pp. 9 – 15.

Santos, R.V.; Pontes, A.L.; Coimbra-Jr, C.A. 2020. Um “fato social total”: COVID-19 e povos indígenas no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 36 (10). doi: 10.1590/0102-311X00268220

Teixeira, L. F. A malária no estado do Amazonas de 2003 a 2011 distribuição espaço-temporal e correlação com populações indígenas. 2014. 94f. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) – Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2014.

Dados sobre soberania alimentar em três localidades indígenas do Estado do Amazonas, Brasil

A soberania alimentar, segundo a Via Campesina, é “(...) o direito dos povos de definirem suas próprias políticas e estratégias sustentáveis de produção, distribuição e consumo de alimentos que garantam o direito à alimentação para toda a população, com base na pequena e média produção, respeitando suas próprias culturas e a diversidade dos modos camponeses, pesqueiros e indígenas de produção agropecuária, de comercialização e gestão dos espaços rurais (...)” (declaração final do Fórum Mundial de Soberania Alimentar, Havana, Cuba, 2001). Esse entendimento foi lançado ao mundo, segundo a própria Via Campesina, de modo a pautar a garantia das pessoas de poderem ter acesso a uma alimentação de qualidade e livre, além da já estabelecida garantia à alimentação advinda da segurança nutricional (Hoyos & D’Agostini, 2017; Xavier et al., 2018).

A preocupação para além da segurança alimentar passou a figurar substancialmente nas pautas de entidades governamentais e também das não governamentais por volta da década de 80, quando se evidenciou que a citada produção agroalimentar do tipo exportação não combatia a fome a nível global como inicialmente se propunha (Chonchol, 2005).

Ligada intimamente à lógica do agronegócio, advinda de todo o contexto histórico exploratório e de governos que insistentemente atacaram os povos originários, esse “modus operandi” produtivo afetou as populações indígenas do Brasil de diferentes maneiras. Dentre elas, acarretou a diminuição e a perda de seus territórios, além da imposição do modo de vida ocidental em suas mais diversas formas. Isso causou um impacto muito arrefecido sobre a forma de se alimentar dessas populações por todo o Brasil, as quais passaram a consumir muitos alimentos industrializados (Moura et al., 2010). Esse tipo de acontecimento acabou por ameaçar substancialmente a soberania alimentar dos povos indígenas, a qual tem total ligação com a identidade das muitas etnias originárias de nosso país. Além disso, a industrialização dos alimentos contribui para o aumento de doenças bucais, gastrointestinais, obesidade e diabetes, por exemplo (Rocha et al., 2011).

Em função disso, conhecer melhor o contexto atual dos hábitos alimentares da população indígena em diferentes localidades é um dos primeiros passos para a construção de estratégias que fortaleçam cada vez mais sua soberania alimentar. Tal missão vai muito além de garantir a segurança alimentar

dessas populações, como vimos, em função da necessidade de se assegurar o acesso a alimentos de qualidade, nutricionalmente adequados e que não ofereçam riscos à saúde das pessoas.

Sob esses preceitos, um formulário semiestruturado foi aplicado em três comunidades indígenas de três municípios do Amazonas – comunidade Três Unidos, localizada na Área de Proteção Ambiental (APA) do Rio Negro, no município de Manaus; Aldeia Piloto, em Barcelos; e Aldeia Vasques, em Tefé. O objetivo foi apurar informações sobre o estado da soberania alimentar nessas localidades.



Levantamento e sistematização dos dados

Os dados foram coletados a partir de visitas realizadas às três localidades em momentos diferentes. Registraram-se quais alimentos os adultos e as crianças consomem no café da manhã, na merenda, no almoço e no jantar. Essas informações foram sistematizadas em planilhas para apuração e análise.

Resultados

Um total de 28 pessoas (23 mulheres e 5 homens), todas chefas e chefes de família, contribuíram para a coleta de informações que apresentaram um parâmetro básico sobre o tema de soberania alimentar nas localidades visitadas, sendo 13 de Três Unidos (Manaus), 10 de Piloto (Barcelos) e 5 de Vasques (Tefé).

Foram registrados 50 tipos diferentes de alimentos consumidos nas quatro refeições diárias das três comunidades onde os formulários foram aplicados. Desse total, 21 (42%) são considerados alimentos tradicionais, regionais e/ou nativos, enquanto que 29 (58%) são industrializados e/ou não produzidos no local, de acordo com os quadros apresentados abaixo:

ALIMENTOS TRADICIONAIS, REGIONAIS OU NATIVOS = 21

Banana (natural, cozida ou frita); beiju; bolinho de tapioca; cará; carne de cutia; carne de irapuca; carne de paca; carne de porco-do-mato; chá (capim santo, folha de abacate ou hortelã); farinha amarela; farinha de tapioca; frutas da época não especificadas; goma; macaxeira; mingau (banana, goma, tapioca); peixe; rosca de goma; suco natural (cupuaçu, caju, goiaba); tucumã; tucupi; umari

ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS E/OU NÃO PRODUZIDOS NO LOCAL = 29

Arroz; aveia; bolacha (água e sal ou doce); bolinho frito de trigo (salgado ou doce); bolo assado; café; calabresa; carne bovina; cuscuz; feijão; frango; iogurte; leite em pó; linguiça; macarrão comum; macarrão instantâneo; margarina; mingau (arroz, aveia); nescau; ovo; pão; pipoca; pizza; polenta; refresco em pó; refrigerante; salgados; salsicha; sonho.

Os dados indicam, de maneira geral, que a frequência de consumo de alimentos industrializados ou que não são locais, como bolachas, salsicha, refresco em pó e margarina, por exemplo, é maior na comunidade Três Unidos, localizada no município de Manaus. Por outro lado, as aldeias de Vasques e Piloto, situadas no interior do estado, apresentaram uma alimentação mais variada, contando com frutas da época, mingaus regionais, carne de caça e peixes, mesmo embora também consumam produtos industrializados.

Vale lembrar que a comunidade Três Unidos é formada majoritariamente por indígenas do povo Kambeba que mudaram-se da região de Tefé para Manaus, estabelecendo-se na zona rural da capital. Em seu território de origem, essas pessoas viviam em ambiente de várzea, caracterizado pela rica diversidade de cultivos e alta produtividade advinda de um solo muito fértil. Porém, em Manaus, depararam-se com o ecossistema de terra firme, de solo ácido, agronomicamente mais pobre e demandante de técnicas de manejo

específicas para produzir. Essa foi uma das principais dificuldades que resultaram no abandono dos roçados por grande parte dessas famílias, que encontraram no turismo e na produção de artesanatos uma fonte de renda mais afável. Diante disso e da proximidade com a metrópole, facilitou-se o acesso a uma alimentação composta em sua maioria por alimentos industrializados.

A diversidade maior de alimentos regionais e nativos observada em Piloto e Vasques, pode ser interpretada a partir do entendimento sobre o fato de que a cultura alimentar tradicional tende a resistir e, por vezes, prevalecer nas aldeias/comunidades indígenas mais interioranas, mesmo que estejam próximas dos centros urbanos dos municípios do interior. Formada por maioria Baré, a Aldeia Piloto, por exemplo, está inserida na região do Sistema Agrícola Tradicional (SAT) do Rio Negro, sistema centrado no cultivo da mandioca e repleto de uma rica variedade de cultivos, modos de fazer, utensílios, pescados e caças, além de ser tombado como Patrimônio Cultural do Brasil. Já a Aldeia Vasques, de maioria Kokama, conta com as benesses dos cultivos e da diversidade proveniente das várzeas e dos rio Solimões, manejadas sob técnicas tradicionais e milenares ainda presentes na região, mesmo que, em momentos de cheias extremas, cultivos e plantas nativas possam ser perdidos. Essas características apresentam-se como uma forma de reforço à soberania alimentar nessas aldeias, pois nitidamente mantêm os alimentos tradicionais nas refeições das famílias entrevistadas.

1) Especificidades apresentadas em cada refeição

a. Café da manhã

A macaxeira (geralmente cozida) foi o alimento tradicional mais presente no café da manhã dos entrevistados, consumida por 42,85% dos adultos de doze famílias e 28,57% das crianças de oito famílias das três localidades analisadas. Outro alimento tradicional de destaque na refeição é a farinha de tapioca, consumida por 39,28% dos adultos e 25% das crianças de onze famílias, todas da Aldeia Piloto, em Barcelos. O terceiro alimento tradicional mais consumido nas três é a banana, que, in natura, cozida ou frita, está presente em 25% dos cafés da manhã de adultos e crianças de sete famílias. Note-se que, apesar de frequentes, poucas são as famílias que consomem esses alimentos tradicionais, sendo a maior parte as que estão nas aldeias de Piloto ou Vasques.

Os alimentos industrializados ou não produzidos no local que se destacaram no café da manhã das três aldeias/comunidades foram: café, consumido

por 82,14% dos adultos e 78,57% das crianças de 23 famílias; pão, presente na mesa de 53,57% dos adultos e 64,28% das crianças de 18 famílias; e, finalmente, bolacha (água e sal ou doce), consumida por 28,57% dos adultos e também das crianças de oito famílias.

b. Merenda

Novamente, a macaxeira destacou-se, dessa vez na merenda, que é consumida por 14,28% dos adultos, mas somente de quatro famílias, e por 7,14% das crianças de duas famílias. Outros alimentos tradicionais de destaque na merenda foram: banana (in natura, cozida ou frita), chá de capim santo, mingau de banana e tucumã, sendo que cada um desses é consumido por 10,71% dos adultos de três famílias.

Bolacha (água e sal ou doce), refresco em pó, mingau de arroz e margarina foram os alimentos industrializados ou não produzidos no local mais consumidos, sendo que cada um desses serve de alimentação para 10,71% dos adultos de três famílias. O leite em pó está presente na merenda de 10,71% das crianças desses locais.

Chama-se atenção ao fato de que 35,71% dos adultos de dez famílias e 17,85% das crianças de cinco famílias declararam não realizar essa refeição diariamente.

c. Almoço

Importante fonte de proteína para as populações indígenas do Amazonas, o peixe faz parte do almoço de 92,85% dos adultos das famílias entrevistadas e é consumido por 71,42% das crianças das aldeias/comunidades visitadas. A farinha amarela também se destaca nessa refeição, consumida por 50% dos adultos e 42,85% das crianças de 14 famílias. Outra importante fonte de proteína tradicionalmente presente na cultura alimentar indígena refere-se às carnes de caça (cutia, irapuca, porco-do-mato, paca), consumidas por 35,71% dos adultos e 25% das crianças de dez famílias, todas moradoras da Aldeia Piloto.

O arroz, consumido por 64,28% dos adultos e 53,57% das crianças de dezoito famílias, e o feijão, consumido por 46,42% dos adultos e 35,71% das crianças de treze famílias, são dois destaques entre os alimentos industrializados ou não produzidos no local presentes no almoço dessas famílias indígenas. Uma fonte de proteína industrializada muito consumida também na região é o frango, que chega congelado até lá e está presente no almoço de 60,71% dos adultos e de 53,57% das crianças de dezessete das famílias entrevistadas. O macarrão comum também merece ser lembrado como um dos industriali-

zados de destaque, consumido por 28,57% dos adultos e 17,85% das crianças de oito famílias.

d. Jantar

Peixe, consumido no jantar de 78,57% dos adultos e 57,14% das crianças de 22 famílias, farinha amarela, presente na mesa de 35,71% dos adultos e de 28,57% das crianças de dez famílias, além das carnes de caça (cutia, irapuca, paca, porco-do-mato), consumidas por 32,14% dos adultos e 24,99% das crianças de oito famílias, são os destaques da alimentação tradicional também nessa refeição, assim como no almoço.

Arroz, feijão, frango e macarrão comum também se destacam mais uma vez aqui, de maneira semelhante ao almoço. O arroz é consumido por 57,17% dos adultos e 46,42% das crianças no jantar de dezesseis famílias, e 25% dos adultos e 17,85% das crianças de sete famílias consomem feijão nessa refeição. Já a carne de frango congelada é apreciada por 46,42% dos adultos e 28,57% das crianças. Por fim, o macarrão comum é consumido por 42,85% dos adultos e 25% das crianças de doze famílias indígenas.



Foto de Giulia Aguiar

Considerações finais

A presença de alimentos tradicionais nas quatro refeições diárias investigadas nesse levantamento demonstram que, apesar dos contextos aos quais estão submetidas as três localidades, a cultura alimentar originária ainda resiste. Com base nisso, ações de fortalecimento da produção de cultivares locais e nativos, bem como de conscientização acerca da importância da continuidade de uma alimentação tradicional, perfazem estratégias centrais que visam a soberania alimentar. Incentivar um maior consumo dos alimentos tradicionais já detectados nesse diagnóstico deve ser igualmente uma das ações prioritárias.

Isso se faz especialmente necessário quando nos deparamos com a quantidade de alimentos industrializados consumidos entre as famílias entrevistadas, mesmo que garantam a sua segurança alimentar: mais de 50% do total de alimentos registrados. Como citado no início deste diagnóstico, o aumento do consumo desse tipo de alimento tem ocasionado um alto número de diversos distúrbios metabólicos entre os povos indígenas, especialmente diabetes e obesidade. No Amazonas não é diferente.

Mais de 63% da população amazonense apresenta quadros de sobrepeso e obesidade, segundo o atlas “Situação alimentar e nutricional no Brasil: excesso de peso e obesidade da população adulta na Atenção Primária à Saúde” (Ministério da Saúde, 2020). Esse quadro incide diretamente sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde em todo o país, sendo que municípios como Tefé e Barcelos podem não ter a estrutura necessária para atender os indígenas aqui entrevistados que, por ventura, possam ser acometidos por doenças ligadas à má alimentação. Medidas preventivas passam pelo fortalecimento da agricultura local e tradicional, com a possibilidade de oferecer alimentos que possuem qualidade nutricional adequada a uma dieta balanceada para a população. Esse fortalecimento deve ser articulado de forma interinstitucional, com a participação ativa do movimento indígena, de órgãos governamentais competentes, universidades, redes de agroecologia e organizações não governamentais. Buscar a soberania alimentar dessas três regiões avaliadas, por exemplo, é buscar uma qualidade de vida mais saudável e a minimização dos números de doenças advindas de uma alimentação industrializada desmedida.

A garantia da soberania alimentar significa, então, não somente a garantia do acesso à alimentação, mas também do acesso à terra, da proteção dos territórios e das identidades dos povos, bem como dos modos de produção, de cultivares e de formas alternativas de comercialização (Hoyos & D’Agostini, 2017). Esse é um preceito que deve guiar todas as ações a serem desenvolvidas a partir desse diagnóstico.

Referências

Chonchol, J. 2005. A soberania alimentar. *Estudos Avançados*, 19 (55), pp. 33 – 48.

Hoyos, C.J.C. & D’Agostini, A. 2017. Segurança Alimentar e Soberania Alimentar: convergências e divergências. *Revista NERA*, 20 (35), pp. 174 – 198.

Ministério da Saúde. 2020. Situação alimentar e nutricional no Brasil: excesso de peso e obesidade da população adulta na Atenção Primária à Saúde. Brasília – DF. 17 p.

Moura, P.G.; Batista, L.R.V.; Moreira, E.A.M. 2010. População indígena: uma reflexão sobre a influência da civilização urbana no estado nutricional e na saúde bucal. *Revista de Nutrição*, 23 (3), pp. 459 – 465.

Rocha, A.K.S.; Bós, A.J.G.; Huttner, E.; Machado, D.C. 2011. Prevalência da síndrome metabólica em indígenas com mais de 40 anos no Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 29 (1), pp. 41 – 45.

Xavier, L.P.; Pereira, M.F.C.S.; Cezimbra, E.N.; Cassarino, J.P. 2018. Soberania alimentar: proposta da via campesina para o sistema agroalimentar. *Brazilian Journal of Development*, 4 (7), pp. 4454 – 4466.

Dados sobre segurança alimentar em três localidades indígenas do estado do Amazonas, Brasil

A segurança alimentar e nutricional, de acordo com Art. 3º da Lei Nº 11.346, de 15 de Setembro de 2006, "(...)consiste na realização do 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 ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis".

Apesar da segurança alimentar e nutricional ser um direito exigido por lei para toda população brasileira, a insegurança alimentar (ISAN) é uma realidade para aproximadamente 85 milhões de pessoas, sendo que 10,3 milhões estão em estado de insegurança alimentar grave (IBGE, 2020). A insegurança alimentar também é uma realidade para diversos povos Indígenas (Segall-Correa, 2020).

O modo de vida moderno vem rompendo com a forma tradicional que os povos têm de se relacionar com a comida. Os alimentos produzidos localmente vêm sendo substituídos por uma dieta advinda da indústria, utilizando ingredientes ultraprocessados, pobres em nutrientes e que geram riscos para a saúde (Moura, et al. 2010). O ISAN pode estar relacionado também à ameaça ao território e aos recursos, à baixa renda, aos eventos naturais, como a cheia dos rios, entre outros fatores que iremos discutir neste diagnóstico (Consea, 2013).

Diante desses preceitos, um formulário semiestruturado (Figura 1), de acordo com Segall-Corrêa et al., (2020), foi aplicado em três localidades indígenas de três municípios do Amazonas: comunidade Três Unidos, na Área de Proteção Ambiental (APA) do Rio Negro, em Manaus; Aldeia Piloto, no município de Barcelos; aldeia Vasques, em Tefé. O objetivo foi apurar informações sobre o estado de insegurança alimentar e nutricional nessas regiões.



Foto de Robert Coelho



Foto de Giulia Aguiar

Levantamento e sistematização dos dados

Os dados foram coletados a partir de visitas realizadas à comunidade e às duas aldeias, em momentos diferentes, durante o segundo semestre de 2020. Registrou-se a insegurança alimentar em dois períodos, antes da Covid-19 (dezembro a fevereiro de 2019) e durante a Covid-19 (março a maio). Os itens (Tabela 1) foram respondidos em variáveis dicotômicas (sim / não).

Os itens (1, 6, 7, 10 e 11), quando assinalados **sim**, remetem à insegurança alimentar e os itens (2, 3, 4, 5, 8 e 9), quando assinalados **não**, afirmam segurança alimentar. Os níveis mais severos de insegurança alimentar remetem aos itens 10 e 11, quando envolve a falta de alimentação das crianças e jovens até 16 anos. As informações foram sistematizadas em planilhas para apuração e análise. Um total de 24 pessoas (19 mulheres e 5 homens), todas chefas ou chefes de família, contribuíram para a coleta de informações que apresentaram um parâmetro básico sobre a segurança alimentar e nutricional das localidades visitadas, sendo 9 de Três Unidos (Manaus), 10 de Piloto (Barcelos) e 5 de Vasques (Tefé).

Neste diagnóstico, serão apresentados apenas os resultados mais relevantes, portanto, serão discutidos os itens 1, 6, 7, 10 e 11.

Tabela 1. Itens que medem a segurança alimentar












Itens	
	1) Alguma vez você sentiu preocupação em conseguir comida para sua casa?
	2) Alguma vez vocês desta casa já comeram comida de sua cultura?
	3) Alguma vez vocês nesta casa já comeram comida boa (do gosto)?
	4) Vocês nesta casa comem sempre comida saudável (boa para a saúde)?
	5) A comida que vocês tiveram foi de quantidade suficiente para passar o mês inteiro?
	6) Alguma vez você passou o dia todo sem comer nada, porque não havia comida em casa?
	7) Alguma vez você comeu menos para deixar comida para as crianças e jovens menores de 16 anos?
	8) Alguma vez as crianças e jovens menores de 16 anos da casa comeram comida boa (do gosto)?
	9) As crianças e jovens da casa comem sempre comida que faz crescer com saúde?
	10) Alguma vez as crianças e jovens comeram menos quantidade de comida do que precisavam, porque havia pouca comida em casa?
	11) Alguma vez as crianças e jovens da casa passaram o dia todo sem comer e tiveram que dormir com fome?



Foto de Thiago Looney

Resultados

A Aldeia Piloto apresentou maior insegurança alimentar quando comparada às outras regiões analisadas. Em todos os itens, a Piloto teve igual ou maior porcentagem de chefas/es de família que declararam insegurança alimentar nas duas situações, antes e depois da Covid-19. A Aldeia Vasques apresentou a segunda maior taxa de insegurança alimentar e a comunidade Três Unidos apresentou a menor taxa de insegurança alimentar.

Item 1. Alguma vez você sentiu preocupação em conseguir comida para sua casa?

Mais da metade das famílias entrevistadas nos três locais (62,5%) relataram que tiveram preocupação em conseguir comida em ao menos um dia, no período antes da Covid. Durante a pandemia, essa porcentagem subiu para 75% das famílias.

Em Três Unidos, o número de famílias com preocupação aumentou com o início da pandemia (Tabela 2). Nessa comunidade, três famílias afirmaram que ficaram mais preocupadas durante a Covid, principalmente por conta do adoecimento dos homens da casa, que são responsáveis pela pesca. Por outro lado, duas famílias que relataram preocupação antes da covid, afirmaram não se sentirem preocupadas durante a pandemia, pois receberam ajuda de terceiros, como a FAS.

Na aldeia Vasques, 3 das 5 famílias entrevistadas mostraram-se preocupadas antes e durante a pandemia de coronavírus, sendo que uma delas afirmou que a preocupação aumentou com a Covid-19. Na Aldeia Piloto, o número de famílias preocupadas com o tema aumentou para 80%, sendo que três famílias também relataram o adoecimento dos homens como motivo para preocupação.

Item 6. Alguma vez você passou o dia todo sem comer porque não havia comida em casa?

Metade das famílias entrevistadas (12) relataram que passaram, ao menos, um dia sem comer antes do início da pandemia. Com a chegada da Covid-19 nas regiões, o número de famílias nessa circunstância diminuiu. Apenas na Aldeia Piloto o número se manteve (Tabela 2) e apresentou 60% de suas famílias entrevistadas nessa situação.

Item 7. Alguma vez você comeu menos para deixar comida para as crianças e jovens menores de 16 anos?

Antes da pandemia, das 13 famílias que se alimentaram em menor quanti-

dade para deixar para jovens e crianças, 9 eram da Aldeia Piloto (Tabela 2). O número de famílias nesses locais diminuiu durante a Covid-19, baixando para 10, sendo 8 famílias da Aldeia Piloto.

Item 10. Alguma vez as crianças e jovens comeram menos quantidade de comida do que precisavam, porque havia pouca comida em casa?

Apenas as aldeias Piloto e Vasques apresentaram famílias em situações de insegurança alimentar mais grave, quando as crianças se alimentam menos ou ficam o dia inteiro sem comer. Em Piloto, 9 das 10 famílias afirmam que houve dias em que os filhos comeram menos do que precisavam, antes e durante a Covid-19 (Tabela 2).

Item 11. Alguma vez as crianças e jovens da casa passaram o dia todo sem comer e tiveram que dormir com fome?

Em Piloto, 5 famílias alegaram que os filhos ficaram ao menos um dia inteiro sem comer antes da pandemia, enquanto que, durante a Covid-19, apenas 4 famílias relataram esse fato. Para duas famílias, a falta de alimentação nessa época para duas famílias não possui relação com a Covid, mas com a cheia do rio. No primeiro semestre do ano, o rio enche e a obtenção de alimentos é dificultada. Portanto, apesar dessa aldeia apresentar maior soberania alimentar, na falta do alimento tradicional, o acesso à alimentação não é permanente. Outros fatores utilizados pelas entrevistadas/os foram a falta de trabalho (renda) e o grande número de filhos para alimentar.



Foto de Giulia Aguiar

Tabela 2. Número de famílias das três localidades por item de segurança alimentar

	Três Unidos (n=9)		Vasques (n=5)		Piloto (n=10)	
	Antes da Covid	Durante a Covid	Antes da Covid	Durante a Covid	Antes da Covid	Durante a Covid
1 Preocupação em conseguir comida	5	7	3	3	6	8
6. Passou um dia sem comer	3	1	3	1	6	6
7. Comer menos para deixar para crianças	1	1	3	1	9	8
10. Crianças comeram menos	0	0	3	2	9	9
11. Crianças sem comer o dia inteiro	0	0	1	1	5	4

Foto de Giulia Aguiar



Considerações finais

A comunidade Três Unidos apresentou a menor taxa de insegurança alimentar. Sugere-se que esse resultado é devido ao reflexo das maiores parcerias com organizações governamentais e não governamentais, principalmente durante os meses de Covid. Além disso, o turismo pode resultar em um acréscimo de renda às famílias de Três Unidos, e a proximidade de Manaus e o acesso a alimentos mais baratos, podem contribuir para maior segurança alimentar.

As aldeias Piloto e Vasques foram as que apresentaram maiores índices de insegurança alimentar. Apesar da proximidade das Aldeias com os municípios, os moradores não conseguem acessar os alimentos convencionais quando os tradicionais ficam escassos. As duas aldeias enfrentam problemas que podem estar relacionados à insegurança alimentar. Os moradores da Aldeia Piloto, por exemplo, relatam que os jovens, ao se formarem no ensino médio, não possuem perspectivas de emprego e geração de renda. Nem mesmo a proximidade da cidade (40 minutos de rabetá) não garante esse resultado. Sugere-se também que o alcoolismo, o uso de drogas e as desavenças entre as famílias, estão estimulando suicídios consumados e tentativas de suicídio entre jovens; cinco dias antes da chegada da equipe à aldeia, um jovem havia falecido dessa forma. Esses fatos, provavelmente, também se relacionam com a insegurança alimentar das famílias.

A aldeia Vasques enfrenta problemas com a posse de seu território e de seus recursos naturais. Há pessoas de fora da aldeia que alegam posse daquele território, apesar de estar mapeado como terra indígena em processo de homologação.

As aldeias Vasques e Piloto produzem seus alimentos e possuem uma forte relação com seus sistemas agrícolas tradicionais. Mesmo assim, relatam que não conseguem escoar os excedentes devido a problemas de logística e a falta de compradores com preço justo. A comercialização de alimentos e demais produtos provenientes dos sistemas agrícolas tradicionais realizada por meio de um preço, pode contribuir para o bem-estar e a segurança alimentar das famílias provenientes dessas aldeias.

O Programa Nacional de Merenda Escolar (PNAE) é uma possibilidade que os povos indígenas, inclusive a Comunidade Três Unidos, começaram a acessar recentemente, a partir da nota técnica nº 01/2017/ADAF/SFA-AM/MPF-AM. Isso permite que produtores indígenas comercializem os alimentos dos roçados e dos quintais e os animais (de criação e peixe) nas próprias aldeias ou comunidades. Além disso, possibilita a comercialização de alimentos processados, como vinhos produzidos a partir de frutos como açai, bacaba e buriti. Atualmente, 300 famílias indígenas de diferentes povos indígenas acessam essa política pública, como as mulheres indígenas do Alto Rio Negro e o povo Sateré-Mawé, situado no município de Maués.

Referências

Amazonas. 2017 Nota técnica nº (01/2017/ADAF/SFA-AM/MPF-AM). Tange aos aspectos legais para a comercialização de produtos de Origem Animal e dos Vegetais e suas partes no Estado do Amazonas para os povos indígenas. 20p.

Brasil. 2006. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União.

Consea, 2013. Assegurar Diretrizes e Princípios do Etnodesenvolvimento nas Políticas Públicas de Segurança Alimentar e Nutricional para Povos e Comunidades Tradicionais. 13p

Segall-Corrêa, A.M; Marín-Leon, L.; & Azevedo, M.M.A.; Ferreira M. B. et al., 2018. The Brazilian food security scale for indigenous Guarani households: Springer Nature B.V. and International Society for Plant Pathology. Development and validation. 15(35) 22 p.

IBGE, 2020. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 14:1-2 (<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias>). Acesso em 01/11/2020

Moura, P.G.; Batista, L.R.V.; Moreira, E.A.M. 2010. População indígena: uma reflexão sobre a influência da civilização urbana no estado nutricional e na saúde bucal. Revista de Nutrição, 23 (3), pp. 459 – 465.

AGRADECIMENTOS

Secretaria de Estado do Meio Ambiente (SEMA/AM)

Barcelos:

Associação Indígena de Barcelos (ASIBA)

Federação das Organizações Indígenas Rio Negro (FOIRN)

Fundação Nacional do Índio (FUNAI)

Tefé:

Associação das Mulheres Indígenas do Médio Solimões e Afluentes (AMIMSA)

Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Solimões e Afluentes (DSEI)

Três Unidos:

Associação das Mulheres Indígenas do Alto Rio Negro (AMARN)

Associação das Mulheres Indígenas Sateré-Mawé (AMISM)

Foto de Thiago Looney





www.fas-amazonas.org



[/fasamazonia](#)

Manaus / Amazonas

Rua Álvaro Braga, 351 Parque 10 | CEP 69055 660 | (92) 4009-8900 / 0800722-6459

São Paulo / São Paulo

Rua Cláudio Soares, 72, Edifício Ahead - sala 1109, Pinheiros | CEP 05422-030 | (11) 4506-2900

