

Nutrição e adaptação humana em áreas de pesca na Amazônia: sugestões para políticas em saúde

**Human nutrition and adaptation in Brazilian Amazon
fishing areas: contributions to health policies**

Gilberto Ferreira de Souza Aguiar¹

Resumo: Atualmente, um importante princípio das políticas públicas em saúde no Brasil é a busca da equidade no acesso a serviços. As desigualdades sociais verificam-se em níveis elevados na Amazônia, comparativamente ao restante do país, e, dentro da região, afetam principalmente as comunidades rurais. Este trabalho objetiva apreciar associações entre o perfil alimentar e nutricional, as estratégias adaptativas e a epidemiologia dessas comunidades, particularmente em áreas de pesca artesanal, assim como sugerir linhas gerais de políticas de saúde apropriadas. A construção de um contexto de assistência equitativa e de saúde sustentável, sem prejuízo significativo à biodiversidade, depende da capacidade dos poderes públicos em explorar as relações entre o uso e o manejo de recursos naturais e a qualidade de vida do homem ribeirinho.

Palavras-chave: Nutrição. Adaptação humana. Amazônia. Epidemiologia. Políticas públicas.

Abstract: The search for equity in access to services is presently an important principle in public policies for health in Brazil. Social inequalities in the Amazonia occur at high levels comparatively to the other regions in the country; and, within Amazonia, they particularly affect rural communities. The present study aims to appreciate associations between food and nutritional profile, adaptive strategies, and epidemiology in these communities, specially in areas of artisanal fishery, and also to suggest general lines of appropriated health policies. The construction of a context of equitable assistance and of sustainable health, without significant damage to biodiversity, depends on the capacity of public power in exploring the relationships between use and management of natural resources and the quality of life of riverine man.

Keywords: Nutrition. Human adaptation. Amazônia. Epidemiology. Public policies.

¹ Museu Paraense Emílio Goeldi. Coordenação de Ciências Humanas. Belém, Pará, Brasil (gfsaguiar@museu-goeldi.br).



INTRODUÇÃO

O norteamento das políticas públicas no Brasil, de modo similar ao verificado no restante da América Latina e Caribe, conforme ressalta Casas-Zamora (2002), tem sido definido a partir da consideração de quatro conceitos-chave: desenvolvimento sustentável, erradicação da pobreza, direito de acesso à informação e busca da equidade. A equidade tem recebido destaque mais recentemente como princípio orientador do sistema de saúde brasileiro (ALMEIDA, 2000; LUCCHESI, 2000). A maioria dos indicadores de saúde mostrou comportamento favorável nas últimas três décadas, assim como se verificou uma transição nutricional com decaimento das taxas de desnutrição energético-proteica (DEP) (BATISTA-FILHO; RISSIN, 2003). No entanto, como reflexo da extrema desigualdade na distribuição de renda, o acesso regular a serviços de saúde no País se verifica em uma faixa restrita da população, em detrimento de uma maioria mal assistida (VIANNA *et al.*, 2001).

Na Amazônia brasileira, a falta de equidade condiciona deficiências maiores na prestação de serviços, contribuindo para uma cobertura de saúde limitada, em torno de 20%, a mais baixa comparativamente às demais regiões do país. Essas deficiências são generalizadas, mas afetam principalmente o homem do interior, que, no geral, continua a sofrer fortes restrições de desenvolvimento humano. A ineficácia das políticas sanitárias na região conduz a uma maior prevalência de enfermidades que seriam evitáveis mediante educação em saúde (BRASIL, 2003b). As comunidades periféricas em prejuízo, embora distribuídas principalmente na malha hidrográfica do interior, também se organizam nos municípios costeiros e estuarinos, como Vigia, São Caetano de Odivelas, Marapanim e Bragança (FURTADO, 2001).

Outra decorrência da iniquidade – a chamada ‘desigualdade injusta’, aquela que poderia ser evitada, na acepção de Rawls (1995, *apud* MEDEIROS, 1999) – dá-se no plano da segurança

alimentar e nutricional. A julgar por sugestões arqueológicas e etno-históricas, a produção e consumo de alimentos no passado representou importante fator no processo de ocupação e dispersão humana na Amazônia. A subsistência das sociedades indígenas e de núcleos ribeirinhos recentes define-se num espectro relativamente restrito de recursos, mesmo em áreas de pesca. Os grupos mais isolados enfrentam privações de consumo, periódicas ou de caráter contínuo, associadas à carência material, pela insuficiência tecnológica e impedimento de acesso. O perfil nutricional se insere como aspecto-chave da qualidade de vida desses grupos, refletindo desde condições de forrageio até sazonalidade de alimentos, e pode contribuir no diagnóstico de saúde para o desenvolvimento socioeconômico regional, oferecendo subsídios à formulação de políticas públicas.

O presente trabalho objetiva delinear um quadro geral de linhas de políticas em saúde coletiva e adaptação nutricional de grupos ribeirinhos da Amazônia brasileira, particularizando-as em áreas de pesca.

PAISAGENS AMAZÔNICAS E ADAPTAÇÃO HUMANA

A interação sociedade-ambiente pode ser investigada por várias perspectivas, algumas das quais requerem a análise conjunta de variáveis biológicas, socioculturais e ambientais (PLACE, 1998).

A Amazônia compreende uma rica variedade de paisagens e compartimentos diferenciados de produtividade primária (CAPOBIANCO *et al.*, 2001). Restrições edáficas e a baixa disponibilidade de fontes proteicas constam entre os obstáculos apontados como restritivos das expansões populacionais no passado (MORAN, 1981; GROSS, 1975, 1982). O debate sobre possíveis fatores ecossistêmicos limitantes a essas expansões



é antigo e não resolvido. Um sistema alimentar limitado por imposições ambientais remete à concepção polêmica do determinismo ecológico, extraída de evidências arqueológicas (MEGGERS, 1954, 1985; MEGGERS; EVANS, 1957). Outras evidências, arqueológicas e etno-históricas, remetem a um modelo antagônico, que admite a existência de grandes civilizações pré-colombianas, por exemplo em áreas de várzea, de tal maneira que os limites estruturais poderiam ser manejados e propiciar o sustento de grandes complexos demográficos (ROOSEVELT, 1991). Nessa mesma corrente se integram propostas de modelos sobre o sucesso dos sistemas de subsistência da população cabocla e sua capacidade de manejo de recursos (MORAN, 1990; HIRAOKA, 1992).

De qualquer forma, parece incontestável que certos fatores ambientais, como regime pluviométrico, biomassa e diferenças de solos, exerceram algum tipo de influência na diferenciação das sociedades indígenas, seja em termos de desenvolvimento cultural, tamanho de aldeias ou mobilidade populacional, em razão de interferirem no consumo alimentar. É, portanto, razoável assumir que as comunidades ribeirinhas isoladas, e mesmo aquelas com assentamento nas proximidades de núcleos urbanos do interior, tenham desenvolvido mecanismos adaptativos em face à complexidade de fatores bióticos e abióticos nas paisagens diversificadas da Amazônia. Boa parte das discussões ainda centra-se na dicotomia várzea-terra firme (MORAN, 1991), embora, já se admita uma heterogeneidade de ecorregiões que precisa ser entendida na perspectiva antropológica (CAPOBIANCO *et al.*, 2001).

Atualmente, a eventualidade de progresso social no interior amazônico, de modo a garantir um quadro de equidade e saúde sustentável, sem grandes impactos à biodiversidade, depende da capacidade dos poderes públicos em compreender as relações entre o aproveitamento de recursos naturais e a qualidade de vida. O modelo ecossistêmico proposto por Murray e Sánchez-Choy (2001) para comunidades

rurais da Amazônia peruana se aproxima desse pressuposto. Em comunidades haliêuticas da porção brasileira do bioma, estratégia similar pode ser formulada, garantindo-se o ajuste dos instrumentos de saúde coletiva às condições locais.

O CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

O quadro de saúde no nível comunitário deve ser interpretado não apenas à luz da resposta orgânica individual ou grupal a agentes patógenos, mas também como resultante de uma combinação de fatores não biológicos, desde os climáticos aos socioculturais e econômicos. A eficácia da estratégia de atenção primária dependerá dos modos com que esses fatores se somam e interagem e de como serão tratados pelos órgãos de saúde competentes. Conforme salientado por Coimbra-Júnior (1991), a necessidade de considerar variáveis epidemiológicas na caracterização do processo adaptativo humano na Amazônia tem sido pouco relevada em comparação com fatores limitantes ambientais, a exemplo da acidez do solo ou disponibilidade de nutrientes. No entanto, a compreensão correta do processo de assentamento, migração e flutuações demográficas, seja de comunidades indígenas ou de grupos caboclos, requer que parâmetros de saúde coletiva se incorporem às análises, a fim de se formular um perfil de adaptabilidade por uma perspectiva holística.

A Amazônia Legal, conceito geopolítico definido em 1966, abrange quase dois terços do território brasileiro e abriga aproximadamente 21 milhões de pessoas, correspondendo a cerca de 12% da população do País. Historicamente, seus estados constituintes exibem indicadores socioeconômicos e de desenvolvimento científico e tecnológico abaixo da média nacional (MS, 2003b). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) desses estados acompanha a tendência, permanecendo em nível inferior à média geral (0,775), a qual por si já é preocupante, colocando o Brasil na 72ª posição no ranking mundial (PNUD, 2004).



Como causa e conseqüência retroalimentadora do baixo desenvolvimento humano, “*persistem na região as enfermidades decorrentes de precárias condições de vida, do baixo acesso às medidas de prevenção e controle e aos próprios serviços de saúde*” (BRASIL, 2003b). Somente 10% da população amazônica é atendida por sistema de esgotamento sanitário e 54% goza de abastecimento regular de água tratada, quando as médias nacionais são de 47% e 78%, respectivamente. A taxa de mortalidade infantil e a incidência de certas doenças infecto-parasitárias causadoras de considerável ônus social, como malária, dengue e hanseníase, também são superiores às do restante do País, justificando o interesse governamental recente de fomentar pesquisas sobre a Política Nacional de Saúde aplicada à Amazônia e de adequar a dinâmica do Sistema Único de Saúde (SUS) às especificidades da região. Como para outros itens referenciais de progresso social, os indicadores de saúde do meio rural ribeirinho tendem a exibir variação desfavorável maior do que os do meio urbano. O quadro se deve não somente à precariedade de condições socioeconômicas na maioria dos municípios, mas também ao padrão assistencial inadequado, em particular no segmento materno-infantil.

A regionalização de estratégias se torna, assim, uma premissa importante, conforme preconiza o próprio governo federal:

A adoção de estratégias de desenvolvimento regional com vistas à diminuição de desigualdades, de equalização de oportunidades e da correção de iniquidades entre as regiões que compõem o Brasil, se constitui em um imenso desafio para o desenvolvimento integrado do País (BRASIL, 2003b).

SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Na Tabela 1 estão listadas linhas temáticas recentemente apontadas como de particular interesse epidemiológico para a Amazônia Legal. Do ponto de vista bioantropológico, pelas implicações

adaptativas imediatas, merece destaque o monitoramento da alimentação e nutrição.

Tabela 1. Linhas temáticas prioritárias em saúde para a Amazônia

- Avaliação de programas e de serviços em saúde.
- Saúde e ambiente em espaços e grupos sociais em situação de vulnerabilidade.
- Doenças comuns: malária, micobacterioses (tuberculose e hanseníase), síndromes febris ictero-hemorrágicas agudas (febre amarela, dengue, hepatites virais, leptospirose).
- Nutrição e alimentação.
- Fitoterápicos.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde (2004b).

A avaliação das práticas alimentares em comunidades do interior e os registros em grupos indígenas pouco aculturados tendem a coadunar-se com o modelo de restrição de opções de dieta sugerido pela corrente do determinismo ecológico. O índice estatura-idade situa-se abaixo dos padrões internacionais na maioria das populações indígenas etnograficamente conhecidas (DUFOUR, 1994). Segundo Holmes (1983), a baixa estatura dos Yanomami resultaria de restrições crônicas de recursos alimentares, já se tendo sugerido que déficits estaturais em índios poderiam refletir o estresse biológico decorrente da penetração do colonizador. Admitindo-se tal hipótese, os territórios tradicionais de obtenção de recursos alimentares, as estratégias seculares de manejo e a tecnologia co-adaptada teriam sido alteradas com prejuízo do sistema de subsistência. Por outro lado, a ruptura da organização social tradicional pode ter sido aditiva a uma situação crítica de restrição de recursos.

O papel da dieta na adaptação do ribeirinho envolve outros desdobramentos de interesse ecológico. Sua base alimentar compreende produtos oriundos da exploração agrícola rudimentar (corte-e-queima), pesca artesanal, criação doméstica, caça e extrativismo florestal, derivados de um sistema de articulação social simples, sem prejuízo ambiental aparente, inexistindo registros de impactos



significativos nos territórios de exploração (MORAN, 1974). A pluviosidade, a produtividade edáfica e o ciclo hidrológico constam entre os condicionantes do rendimento agrícola, da riqueza de produtos extrativos e dos padrões migratórios de animais selvagens e cardumes. Mudanças no uso da terra também ocorrem sazonalmente, influenciando consumo, subsistência, *status* nutricional, crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil, susceptibilidade e exposição a enfermidades infecto-parasitárias.

O acesso a alimentos e a possibilidade de uma vida saudável constituem direitos legítimos do cidadão. É dever do Estado assegurar alimentação e nutrição a todos, promovendo e protegendo a saúde, visando ao exercício pleno dos potenciais de crescimento e desenvolvimento humano, com dignidade e cidadania (BRASIL, 2000). Por isso, quando se direciona o interesse da vigilância alimentar e nutricional para as comunidades tradicionais, recomenda-se fazer um enfoque das formas de interseção entre as respostas adaptativas tradicionais e seculares, de fundo biocultural, e a aplicação das políticas de Estado, de fundo operacional.

A principal referência da ação governamental nessa área é a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), homologada em 1999, cujas diretrizes se encontram listadas na Tabela 2. Também aqui o exercício da cidadania, a qualidade de vida e a observância da equidade devem funcionar como suporte da atenção social (BRASIL, 2000, 2004a). O eixo central da PNAN é a promoção da segurança alimentar e nutricional, assim conceituada a partir da I Conferência Nacional de Segurança Alimentar, realizada em 1994:

Segurança alimentar e nutricional consiste em garantir a todos condições de acesso a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, de modo permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, com base em práticas alimentares saudáveis, contribuindo assim para uma existência digna.

Tabela 2. Diretrizes de segurança alimentar e nutricional no Brasil (PNAN).

- 1ª. O estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos.
- 2ª. A garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto.
- 3ª. O monitoramento da situação alimentar e nutricional.
- 4ª. A promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis.
- 5ª. A prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição.
- 6ª. A promoção do desenvolvimento de linhas de investigação.
- 7ª. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde (2000).

Tal conceito seria adotado para a reunião da Cúpula Mundial em 1996. Em síntese, ele remete ao entendimento de que todo cidadão tem o direito de acesso permanente a alimentos suficientes e de qualidade adequada. O meio rural das regiões Norte e Nordeste representa um importante desafio na execução da PNAN, devido às dificuldades de acesso e aos elevados índices de pobreza. A vigilância alimentar e nutricional nessas duas regiões deve priorizar o mapeamento de endemias carenciais, a fim de que seja possível conhecer sua distribuição e quantificar a magnitude da ocorrência de DEP, anemia, hipovitaminose A e deficiência de iodo, entre outras disfunções.

ÁREAS DE PESCA: PECULIARIDADES A INVESTIGAR

As relações entre saúde, trabalho e meio ambiente são reconhecidas e têm sido objeto de interesse da comunidade acadêmica na Amazônia (COUTO; CASTRO; MARIN, 2002). Ganham relevância na segunda metade do século XX, a partir dos resultados de pesquisas concomitantes sobre agravos à saúde determinados por condições ocupacionais, evidenciando-se situações clínicas diretamente relacionadas a mudanças nas condições de trabalho e nos modos de vida (CASTRO; MARIN; COUTO,



2002). O corolário desse esforço investigativo aponta que cada ofício implica respostas biológicas, sociais e culturais bastante diferenciadas e que devem ser objeto de uma análise também diferenciada.

Não há evidência de que o perfil epidemiológico em áreas de pesca artesanal na Amazônia componha um quadro distinto daquele observado em outras áreas com similar padrão socioeconômico, demográfico e de inserção social. Apesar da diversidade de paisagens e ecorregiões, os regimes de subsistência e a inclusão social dos grupos cabodolos subordinam-se à estrutura político-econômica de mercado da sociedade nacional.

Ao se associarem indícios etno-históricos com dados da articulação social pós-contato, os ribeirinhos chegaram a integrar a parcela populacional mais representativa da região (PARKER, 1985). Hoje se tem consolidado uma expressiva redistribuição no território, com rápidas tendências migratórias internas no sentido rural-urbano, não apenas para as capitais, mas também para as cidades médias do interior (BUSS, 1995; PERZ, 2000) Os resultados do último censo (IBGE, 2000) demonstram que cerca de 69% da população da região Norte já reside em áreas urbanas, mas o contingente restante, composto por assentamentos espalhados em áreas de baixíssima densidade demográfica, permanece excluído do mercado externo tradicional, seja por fatores ecológicos, seja por fatores econômicos. Em função disso, prevalece um sistema de subsistência misto no qual a restrição de recursos tende a comprometer o *status* nutricional e a saúde das famílias ribeirinhas.

O principal fator que sugere particularidades nutricionais em comunidades haliêuticas está no acesso facilitado à proteína de elevada qualidade biológica. Dufour (1994), analisando a dieta de cinco grupos indígenas da Amazônia, verificou que, para quatro delas (Tukano, Shipibo, Aguaruna, Siona-Secoya), 40 a 58% da ingesta proteica provinha de pescado, enquanto para apenas uma (Yanomami) a maior parte provinha da caça. Para comunidades

pesqueiras do estuário e do litoral, o acesso à proteína não importaria agravos nutricionais. Para aquelas do interior, as limitações alimentares poderiam compensar-se pela habilidade, de fundo ocupacional, em obter pescado com maior regularidade, compensando quedas sazonais de produtividade de rios e lagos.

Nessas condições, é razoável admitir uma desigualdade na capacidade de subsistência que decorre de variações cíclicas de produção e acesso a proteína. As comunidades distantes do espaço costeiro, dispersamente distribuídas, organizam-se sob a forma de assentamentos descontínuos, com disposição e dinâmica demográfica influenciadas por determinantes ecológicos, muitos deles de caráter sazonal (WINKLERPRINS, 2002). A sazonalidade atuaria de modo a impor períodos de maior ou menor escassez de opções alimentares saudáveis e suficientes.

Contudo, numa análise genérica, as condições de saúde do ribeirinho amazônico derivam não de opções específicas no plano ocupacional, mas principalmente de problemas carenciais e das deficiências de cobertura de saúde pelo Estado (BRASIL, 2003b).

POLÍTICAS EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO HUMANO LOCAL

Os mais influentes foros internacionais tornaram consensual a priorização do desenvolvimento humano como requisito de uma existência digna às pessoas e às nações (CASAS-ZAMORA, 2002). O índice de desenvolvimento humano adotado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) foi estabelecido para fornecer uma referência mista de qualidade de vida baseada nos fatores educação, renda e longevidade. Por sua simplicidade e acurácia, ele permite uma noção aproximada do grau de progresso social de um grupo em relação a outro, não se limitando à comparação entre nações, já que pode ser calculado para os diversos gêneros de organização sociopolítica,



como regiões, mercados comuns, estados, municípios, distritos e outros (PNUD, 2004).

Entre os referenciais utilizados na categorização do desenvolvimento humano estão as desigualdades de renda e consumo, que se refletem nas desigualdades de atenção social e de acesso dos cidadãos a serviços fundamentais (HIRANO, 2001). Nesse sentido, reduzir as desigualdades – já que eliminá-las parece inexecutável – deve constituir-se no objetivo central de toda política pública, sendo o esforço de busca dessa redução também requisito para que uma política pública possa ser considerada como social (VIANNA *et al.*, 2001). No caso da saúde, o papel do Estado é direto e reconhecido:

... a saúde é um direito de cada cidadão, logo dever do Estado. Dever de promover políticas sociais e econômicas que gerem bem-estar e de garantir acesso universal e igualitário a uma atenção à saúde integral (BRASIL, 2003b).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) já assumira esse paradigma, considerando a equidade em saúde como um princípio necessário ao desenvolvimento humano e à justiça social (OPAS, 1996; VIANNA *et al.*, 2001). Devido a desequilíbrios regionais, a entidade multilateral empreende esforços para assegurar maiores níveis de equidade entre seus Estados-membro, combatendo a exclusão social e tornando possível uma melhora da qualidade de vida de suas populações e também o sucesso de programas de saúde coletiva e de acordos de cooperação técnica (OPAS, 1996, 1999).

A indicação da Amazônia como espaço a exigir atenção especial constitui um dos princípios das políticas governamentais recentes, conjugadas através do Plano de Desenvolvimento Sustentável da Amazônia Legal (BRASIL, 2003a) que contempla cinco grandes eixos: produção sustentável com tecnologia avançada; novo padrão de financiamento; gestão ambiental e ordenamento territorial; infraestrutura para o desenvolvimento; e inclusão social e cidadania. A temática da saúde insere-se no eixo

da Inclusão Social e Cidadania. O atendimento diferenciado preserva-se mediante consolidação e adequação do SUS às realidades amazônicas, aproveitando-se a rica biodiversidade regional para promover o desenvolvimento sustentável, em especial dos grupos ribeirinhos.

Em 2003, a Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde converteu essas perspectivas de atuação setorial no chamado Saúde Amazônia – Plano de Qualificação da Atenção à Saúde na Amazônia Legal (BRASIL, 2003b) – que preconiza uma implementação conjunta e harmônica de serviços. A Tabela 3 lista as nove diretrizes gerais nele estabelecidas. A ação integrada das três esferas governamentais, buscando-se a equidade, e um SUS eficiente, sujeito ao controle social, são destacados para a profissionalização de agentes, vigilância epidemiológica, atendimento sanitário e adaptação de políticas às peculiaridades do estilo de vida do homem da região. A isso se conjuga o estímulo aos arranjos produtivos e o aproveitamento da sociobiodiversidade amazônica como instrumentos de geração de renda e de desenvolvimento sustentável.

Se forem considerados o diagnóstico e as propostas do Saúde Amazônia, é possível subdividir as políticas em diferentes perspectivas.

Tomando-se por base os ‘macroeixos de ações’ aplicáveis às populações tradicionais não-indígenas, considere-se:

- educação e trabalho em saúde;
- gestão descentralizada, participativa, intersetorial;
- atenção à saúde;
- ciência, tecnologia e inovação;
- vigilância em saúde.

Tomando-se por base os ‘pressupostos jurídico-legais’ do SUS, destaque-se a busca de:

- universalização;
- equidade;
- integralidade;
- participação popular com controle social.



Tomando-se por base os *problemas* identificados nos serviços, sugere-se:

- Sistema normativo que contemple especificidades da adaptação humana na Amazônia.
- Educação permanente para a saúde através de articulações comunitárias, com remodelamento de práticas cotidianas em meios salutareis.
- Política de gestão do trabalho integrada às bases do SUS.
- Infra-estrutura em saneamento e melhora da qualidade da atenção básica.
- Articulação de políticas públicas e promoção do controle social.
- Financiamento baseado na equidade, considerando-se características regionais.
- Aprimoramento administrativo compatível com os desafios da extensão geográfica da região e sua baixa densidade populacional.
- Instalação de infra-estrutura em Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I) e estruturação da assistência farmacêutica.
- Estudo e aproveitamento de conhecimentos tradicionais sobre a biodiversidade da região e desenvolvimento de fitoterápicos.
- Implantação de sistemas regionais de informação em saúde.
- Gestão de um sistema de vigilância ambiental em saúde e saneamento.
- Monitoramento de endemias e de doenças emergentes e reemergentes.
- Aparentamento técnico para diagnóstico laboratorial em vigilância em saúde.

Alimentação e nutrição constituem requisitos essenciais para o sucesso de medidas de promoção e proteção da saúde. Não há como ser concebida uma noção de desenvolvimento humano dissociada do atendimento ao direito universal à segurança alimentar e nutricional (VALENTE, 1997). A despeito da falta de referência explícita deste tópico no Saúde Amazônia, obviamente ele deve ser destacado em qualquer nível da atenção à saúde na região.

Tabela 3. Diretrizes gerais do plano Saúde Amazônia para 2004.

INTERSETORIALIDADE

Ação intersetorial com articulação de ministérios e secretarias e órgãos das três esferas governamentais, com participação social, visando à construção de ações transversais, tomando a área da Saúde como eixo central.

AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO ACESSO AO SUS

Implantar, implementar e consolidar ações, serviços e estratégias de atenção à saúde que respondam aos desafios impostos pela realidade socioeconômica, ambiental, assistencial e epidemiológica, e que busque superar as condições de iniquidade em que vivem as populações em situações de vulnerabilidade social na região, em especial quilombolas, ribeirinhos, trabalhadores rurais, assentados, atingidos por barragens, mulheres e indígenas.

INTERIORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, COM PROCESSO DE EDUCAÇÃO ADEQUADO E PERMANENTE

Garantir a alocação dos profissionais de saúde nas áreas geográficas de difícil acesso, propiciando-lhes a formação adequada e de caráter permanente.

ADEQUAÇÃO DA LÓGICA NORMATIVA DO SUS ÀS CARACTERÍSTICAS LOCAIS

Buscar adequar os processos de atenção, habilitação e financiamento às peculiaridades regionais.

FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, COM ÊNFASE NO CONTROLE DE ENDEMIAS

Considerar as especificidades epidemiológicas, ambientais e sociais da região na constituição de sistemas de vigilância à saúde eficazes.

QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO DESCENTRALIZADA E PARTICIPATIVA DO SUS, COM ÊNFASE NO CONTROLE SOCIAL

Fortalecer as instâncias de gestão do SUS e criar processos de estímulo, formação e qualificação dos usuários e movimentos sociais, buscando construir o efetivo controle social da política de saúde.

QUALIFICAÇÃO DOS INVESTIMENTOS, CONTEMPLANDO OS ARRANJOS PRODUTIVOS E AS ESPECIFICIDADES DA REGIÃO

Priorizar o potencial produtivo da região, considerando-se suas especificidades e potencialidades e as iniciativas e experiências já existentes.

SOCIOBIODIVERSIDADE COMO EIXO DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Valorizar os conhecimentos tradicionais dos povos da Amazônia articulando-os à pesquisa científica. Tomar a riqueza étnica e da biodiversidade como elementos da produção de novos conhecimentos e tecnologias.

AMPLIAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SANEAMENTO E MELHORIA DA QUALIDADE DA ÁGUA

Estender e qualificar a rede de água potável e os serviços de saneamento básico, sobretudo nas pequenas cidades.

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde (2003b).



Para as áreas de pesca artesanal faz-se promissor o implemento de um inquérito específico. A abordagem inicial pode ser similar ou idêntica àquela assumida para os grupos caboclos em geral. Contudo, o avanço nas condições epidemiológicas peculiares das populações haliêuticas depende de um diagnóstico direcionado.

CONCLUSÃO

Dados arqueológicos e etno-históricos indicam que a produção alimentar no passado representou importante fator de ocupação e dispersão humana na Amazônia. Atualmente, as comunidades ribeirinhas subsistem em um sistema relativamente restrito de recursos, mesmo em áreas de pesca, onde teoricamente se verifica maior disponibilidade protéica. O perfil alimentar e nutricional, que se insere como aspecto-chave da qualidade de vida, deve ser investigado, buscando-se associar as respostas adaptativas tradicionais e seculares, de fundo biocultural, aos programas de promoção e proteção da saúde.

No campo político-administrativo, a aplicação do plano Saúde Amazônia, instrumento normativo recente do Ministério da Saúde, desdobra-se em nove diretrizes: ação intersetorial, observância da premissa da equidade, profissionalização de agentes, adequação normativa às características regionais, vigilância epidemiológica fortalecida, sistema atuante sujeito ao controle social, estímulo à produção, aproveitamento da sociobiodiversidade e aprimoramento sanitário. O plano deve servir de ponto de partida ao desenvolvimento de ações também fora do âmbito estatal direto.

De um modo genérico, compreendendo inclusive as populações haliêuticas, a construção de um quadro de atendimento equitativo e de saúde sustentável, sem prejuízo significativo à biodiversidade, depende da capacidade dos poderes públicos em explorar as relações entre o aproveitamento e manejo de recursos naturais e a qualidade de vida do ribeirinho. A eficácia da estratégia de atenção primária ou assistencial dependerá da forma com que esses

fatores se somam e interagem e de como serão tratados pelos órgãos de saúde. Em relação às áreas de pesca artesanal, recomenda-se o implemento de um inquérito específico.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. M. 2000. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 54, p. 6-21.
- BATISTA-FILHO, M.; RISSIN, A. 2003. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 19, suplém. 1, p. S181-S191.
- BUSS, P. M. 1995. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: BUSS, P. M.; LABRA, M. E. **Sistemas de saúde, continuidades e mudanças**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Fiocruz.
- CAPOBIANCO, J. P. R. *et al.* 2001. **Biodiversidade na Amazônia brasileira: avaliação e identificação de ações prioritárias para a conservação, utilização sustentável e repartição de benefícios**. São Paulo: Estação da Liberdade; Instituto Socioambiental. 540 p.
- CASAS-ZAMORA, J. A. 2002. Salud, desarrollo humano y gobernabilidad en América Latina y el Caribe a inicios del siglo XXI. **Rev. Panam. Salud Pública**, v. 11, p. 5-6.
- CASTRO, E.; MARIN, R. A.; COUTO, R. C. S. 2002. A pesquisa em ciências humanas e as relações entre trabalho, saúde e meio ambiente. In: COUTO, R. C.; CASTRO, E. R.; MARIN, R. A. **Saúde, trabalho e meio ambiente: políticas públicas na Amazônia**. Belém: NAEA. p. 21-36.
- COIMBRA-JÚNIOR, C. E. A. 1991. Ecologia humana e epidemiologia na Amazônia: uma abordagem bioantropológica. In: NEVES, W. A. (Org.). **Origens, adaptações e diversidade biológica do homem nativo da Amazônia**. Belém: MPEG, CNPq, SCT/PR. p. 179-192.
- COUTO, R. C. S.; CASTRO, E.; MARIN, R. A. 2002. **Saúde, trabalho e meio ambiente: políticas públicas na Amazônia**. Belém: NAEA. 289 p.
- DUFOUR, D. L. 1994. Diet and nutritional status of Amazonian People. In: ROOSEVELT, A. C. (Ed.). **Amazonian Indians from Prehistory to the Present: anthropological perspectives**. Tucson: The University of Arizona Press. p. 151-175.
- FURTADO, L. G. 2001. Ocupação humana do litoral amazônico. In: PROST, M. T. R. C.; MENDES, A. C. (Org.). **Ecosistemas costeiros: impactos e gestão ambiental**. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi. p. 169-175.
- GROSS, D. R. 1975. Protein capture and culture development in the Amazon Basin. **American Anthropologist**, v. 77, p. 526-549.
- GROSS, D. R. 1982. Protein y desarrollo cultural en la Amazonia: una segunda revisión. **Amazonia Peruana**, v. 3, p. 85-97.
- HIRANO, C. O. 2001. **Programa de Saneamento Básico e Cidadania: considerações gerais**. Washington: OPAS, AIDIS, CWWA, OEA.
- HIRAOKA, M. 1992. Caboclo and Ribereño Resource Management in Amazonia: A Review. In: REDFORD, K. H.; PADDOCH, C. (Ed.). **Conservation of neotropical forests**. New York: Columbia University Press. p. 158-174.



- HOLMES, R. 1983. Estado nutricional en la población Yanomami de la Sierra Parima, Venezuela. **Caracas Publ. Científicas**, v. 2, p. 127-137.
- IBGE. 2000. **Censo demográfico**. Rio de Janeiro: [s.n.], p. 151-175.
- LUCCHESI, P. T. R. 2000. Equidade na gestão do Sistema Único de Saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6. [S.l.:s.n.].
- MEGGERS, B. J. 1954. Environmental limitation on the development of culture. **American Anthropologist**, v. 56, p. 801-824.
- MEGGERS, B. J. 1985. Aboriginal adaptation to Amazonia. In: PRANCE, G. T.; LOVEJOY, T. E. (Ed.). **Key Environments: Amazonia**. Oxford: Pergamon Press. p. 307-327.
- MEGGERS, B. J.; EVANS, C. 1957. **Archaeological excavations at the mouth of the Amazon**. Washington D.C.: Smithsonian Institution. (Bulletin of the American Ethnological Society, 167).
- MORAN, E. F. 1974. The adaptive system of the Amazonian caboclo. In: WAGLEY, C. (Ed.). **Man in the Amazon**. Gainesville: Univ. of Florida Press.
- MORAN, E. F. 1981. **Developing the Amazon**. Bloomington: Indiana University Press. 292 p.
- MORAN, E. F. 1990. **A ecologia humana das populações da Amazônia**. Petrópolis, RJ: Vozes.
- MORAN, E.F. 1991. O estudo da adaptação humana em ecossistemas amazônicos. In: NEVES, W. A. (Org.). **Origens, adaptações e diversidade biológica do homem nativo da Amazônia**. Belém: MPEG, CNPq, SCT/PR. p. 161-178.
- BRASIL. 2000. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde. 38 p.
- BRASIL. 2003a. Ministério da Saúde. **1ª Oficina de Planejamento Regional: construindo uma agenda de saúde para a Amazônia Legal**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. Relatório.
- BRASIL. 2003b. Ministério da Saúde. **Saúde Amazônia: relato de processo, pressupostos, diretrizes e perspectivas de trabalho para 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. 32 p.
- BRASIL. 2004a. Ministério da Saúde. **Diagnóstico de saúde e nutrição da população do campo: levantamento de dados e proposta de ação**. Brasília: Ministério da Saúde, CGPAN, DAB, SAS.
- BRASIL. 2004b. Ministério da Saúde. **Projeto Pesquisa para o SUS/Saúde Amazônia**. Brasília: Ministério da Saúde, SCTIE, SECIT.
- MURRAY, T. P.; SÁNCHEZ-CHOY, J. 2001. Health, biodiversity, and natural resource use on the Amazon frontier: an ecosystem approach. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, suplement. 17, p. 181-191.
- OPAS. 1996. Organização Pan-Americana de Saúde. Inequidades en salud y la región de las Américas. **Boletín Epidemiológico**, v. 17, n. 3.
- OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. 1999. Resúmenes metodológicos en Epidemiología: medición de inequidades en Salud. **Boletín Epidemiológico**, v. 20, n. 1.
- PARKER, E. P. 1985. The Amazon Caboclo: an introduction and overview. In: PARKER, E. P. (Ed.). **The Amazon Caboclo: historical and Contemporary Perspectives**. (Studies in Third World Societies, 32). College of William and Mary, Williamsburg. p. xvii-li.
- PERZ, S. G. 2000. The rural exodus in the context of economic crisis, globalization and reform in Brazil. **International Migration Review**, v. 34, n. 3, p. 842.
- PLACE, S. E. 1998. Society and nature: recent trends in the study of Latin American environments. **Latin American Research Review**, v. 33, n. 2, p. 221.
- MEDEIROS, M. 1999. **Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde**. Rio de Janeiro: [s.n.]. (Texto para Discussão, n. 687).
- ROOSEVELT, A. C. 1991. Determinismo ecológico na interpretação do desenvolvimento social indígena da Amazônia. In: NEVES, W. A. (Org.). **Origens, adaptações e diversidade biológica do homem nativo da Amazônia**. Belém: MPEG, CNPq, SCT/PR. p. 103-141. (Coleção Emília Snethlage).
- UNDP. 2004. United Nations Development Programme. **Human Development Report 2004: cultural liberty in today's diverse world**. New York: United Nations. PNUD-Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.
- VALENTE, F. L. S. 1997. Do combate à fome à segurança alimentar e nutricional: o direito à alimentação adequada. **Rev. Nutr. PUCAMP**, Campinas, v. 10, n. 1, p. 20-36.
- VIANNA, S. M. *et al.* 2001. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: OPAS, OMS, IPEA. 224 p.
- WINKLERPRINS, A. M. G. A. 2002. Seasonal floodplain-upland migration along the Lower Amazon River. **The Geographical Review**, v. 92, n. 3, p. 415.

