

INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM GRUPOS VULNERÁVEIS

Agricultores Familiares, Indígenas,
Quilombolas, População em Situação
de Rua, População Ribeirinha,
Imigrantes e Refugiados, LGBTQIA

Organizadoras:
Dayane de Castro Morais
Sílvia Oliveira Lopes
Elizangela da Silva Miguel
Núbia de Souza de Morais
Sílvia Eloiza Priore

Organização:

FUNARBE
FUNDAÇÃO ARTHUR BERNARDES

UFV
Universidade Federal
de Viçosa

 **IPPDS**
Instituto de Políticas Públicas e
Desenvolvimento Sustentável

AKSAAM

Financiamento:

 **FIDA**
Investindo nas populações rurais



Universidade Federal de Viçosa
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Departamento de Nutrição e Saúde

ORGANIZAÇÃO

Dayane de Castro Morais
Sílvia Oliveira Lopes
Elizangela da Silva Miguel
Núbia de Souza de Morais
Sílvia Eloiza Priore

ILUSTRAÇÕES

Freepik

Projeto Gráfico e Diagramação

Carlos Joaquim Einloft

Ficha catalográfica elaborada pela Seção de Catalogação e
Classificação da Biblioteca Central da Universidade Federal de Viçosa

159 Insegurança alimentar e nutricional em grupos vulneráveis [recurso eletrônico] : agricultores
2024 familiares, indígenas, quilombolas, população em situação de rua, população ribeirinha,
imigrantes e refugiados, LGBTQIA / Dayane de Castro Morais ... [et al.] -- Viçosa, MG : UFV,
IPPDS, 2024.
1 livro eletrônico (196 p.) : il. color. ; 29 cm.

Inclui bibliografia.
Disponível em: <https://www.ippds.ufv.br>
ISBN 978-85-60601-53-0

1. Segurança alimentar – Brasil. 2. Populações vulneráveis. 3. Saúde pública. 4. Política de saúde. I. Morais, Dayane de Castro, 1985-. II. Lopes, Sílvia Oliveira, 1991-. III. Miguel, Elizangela da Silva, 1989-. IV. Morais, Núbia de Souza de, 1989-. V. Priore, Sílvia Eloiza, 1957-. VI. Universidade Federal de Viçosa. Instituto de Políticas Públicas e Desenvolvimento Sustentável.

CDD 22. ed. 363.80981

Bibliotecária responsável: Bruna Silva CRB6/2552

PREFÁCIO

Depois de anos de desconstrução e marginalização das políticas públicas de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), de uma política de austeridade econômica, de tentativas de desmobilização social e de negação da fome, atingimos, ao final de 2022, a inaceitável marca de 33,1 milhões de brasileiros e brasileiras sem ter o que comer. O Brasil retornava para o Mapa da Fome! Não obstante, a atuação da sociedade na defesa intransigente da democracia, pressuposto para a garantia do Direito Humano a Alimentação Adequada (DHAA), e o compromisso dos atuais agentes políticos com os direitos humanos, trouxeram a agenda de SAN de volta para a centralidade das políticas públicas. Assim, para todas as pessoas engajadas com a garantia do DHAA e da SAN é revigorante ouvir que “mais de 24 milhões de pessoas deixaram de passar fome no Brasil entre 2022 e 2023.”

Os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC 2023) mostraram que a proporção de domicílios em situação de segurança alimentar foi de 72,4%. Por outro lado, 8,7 milhões de brasileiros e brasileiras ainda passam fome no país. Nesse cenário, é imprescindível discutir sobre as interseccionalidades presentes, e destacar que a fome é um retrato das desigualdades estruturantes presentes no Brasil, e, portanto, a população vulnerabilizada possui maior risco para insegurança alimentar. Ademais, cabe ressaltar que a vulnerabilização tem relação com processos históricos de exclusão social e com a existência de barreiras que colocam grupos e comunidades em desvantagem sistemática, e os impedem de acessar os recursos sociais, econômicos, políticos e ambientais existente na sociedade.

Diante desse complexo desafio, o e-book “Insegurança Alimentar e Nutricional em grupos vulneráveis”, que teve o espaço de ensino como ambiente de inspiração, preenche uma lacuna importante para a agenda de SAN no Brasil ao apresentar uma valiosa sistematização de informações sobre as especificidades relacionadas a situação de insegurança alimentar e nutricional dessa população. A identificação e o reconhecimento dos problemas que afetam agricultores e agricultoras familiares, indígenas, quilombolas, população LGBTQIA+, ribeirinhos e ribeirinhas, imigrantes e refugiados é imprescindível para subsidiar a construção de estratégias capazes garantir o DHAA. De forma bastante didática, e com o rigor técnico e metodológico já reconhecido em outros trabalhos organizados pela Professora Sílvia Priore e pelas demais autoras, o e-book também descreve o conjunto de políticas, programas e ações de diferentes setores que objetivam a garantia da segurança alimentar e nutricional para cada um desses grupos.

A leitura dessa obra, a partir do espaço que ocupo hoje, na gestão de políticas públicas de segurança alimentar e nutricional, ofereceu-me, para além do conhecimento, reflexões importantes sobre lacunas e fragilidades, mas principalmente sobre oportunidades de ação. Da mesma forma, considero que ela poderá contribuir com gestores (as), profissionais, pesquisadores (as), conselheiros (as) de instâncias de controle social e cidadãos e cidadãs comprometidos com a transformação da realidade em que vivem, com o enfrentamento da fome, e com a promoção da equidade e da justiça social. Como dizia Josué de Castro: a fome é um problema social e, como tal, requer ações coletivas e políticas públicas para ser superada.

Milena Serenine

APRESENTAÇÃO

O e-book “Insegurança Alimentar e Nutricional em grupos vulneráveis” surgiu a partir de discussões realizadas na disciplina “Nutrição Social – NUT 357” oferecida aos graduandos de Nutrição, campus Viçosa, da Universidade Federal de Viçosa. A apresentação e discussão da temática em aula, considerando os estudos epidemiológicos, ações, programas e políticas existentes de promoção de saúde e de segurança alimentar e nutricional, despertaram na coordenadora da disciplina, a professora Dra. Sílvia Eloiza Priore, e nas pesquisadoras que acompanham a disciplina, inquietações e vontade de continuar estudando o assunto. Assim, essa equipe, juntamente com os graduandos que desenvolveram atividades relacionadas a temática: insegurança alimentar e nutricional em grupos vulneráveis buscaram aprofundar o diagnóstico situacional das condições de segurança alimentar e nutricional, políticas e programas governamentais relacionados, bem como as ações para enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional e das desigualdades nos territórios, considerando os grupos vulneráveis de agricultores familiares, indígenas, quilombolas, população em situação de rua, ribeirinhos, imigrantes e refugiados, e população LGBTQIA+.

De tal modo, esta publicação objetiva avaliar as condições de segurança alimentar e nutricional de grupos vulneráveis, apresentar políticas, programas e ações relacionadas à segurança alimentar e nutricional dos mesmos, com o intuito de ampliar a discussão da temática entre acadêmicos e profissionais de diferentes áreas relacionadas à segurança alimentar e nutricional.

Ressaltamos que esses grupos foram elencados considerando a vulnerabilidade dos mesmos, conforme abordado na Política Nacional de Saúde Integral das Populações de Campo e Floresta, Política Nacional para População em Situação de Rua, Política Nacional de Saúde LGBT e em outros materiais governamentais. Aqui trataremos a vulnerabilidade pautando na definição da mesma como de suscetibilidade a que as pessoas estão expostas a problemas e danos relacionados à saúde. Consideramos ainda na proposição desses grupos que fatores sociais, étnicos, culturais e econômicos estão relacionados à vulnerabilidade e resultam em desigualdades sociais e, portanto, merecem atenção na discussão que tange a insegurança alimentar e nutricional.

Nesse material adotaremos a definição de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) prevista na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional – LOSAN, publicada em 2006. Assim, para traçar o diagnóstico, ações e programas relacionados à temática, consideramos que SAN “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” (Brasil, 2006).

Ressaltamos que não há pretensão de esgotar o assunto, mas de instigar a discussão referente a situação de segurança alimentar e nutricional e de saúde nos grupos vulneráveis, visando ampliar a visibilidade desses grupos e ajudar a melhorar o atendimento e cuidado dos mesmos, nesse âmbito.

As organizadoras

AUTORES

Adna Cecília Castro de Oliveira

Nutricionista pela Universidade Federal de Viçosa (UFV).

Anna Clara Araújo Mendes Costa Gonçalves

Nutricionista pela UFV. Pós-graduada em Nutrição Clínica e em Saúde Pública pela Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo (FAMEESP).

Ariane Ribeiro de Freitas Rocha

Nutricionista pela Universidade Federal Fluminense (UFF).
Mestre e Doutoranda em Ciência da Nutrição pela UFV.

Camila Stefany Carvalho Ribeiro

Nutricionista pela UFV.

Carla Mariely Negrão Farias

Nutricionista pela Universidade Federal do Pará (UFPA).
Mestre em Agroecologia pela UFV.

Clara Regina Santos Batistelli

Nutricionista pela UFV.

Dayane de Castro Morais

Nutricionista, Mestre e Doutora em Ciência da Nutrição pela UFV.
Especialista em Gestão de Saúde Pública pela FIMON.
Pós doutoranda em Ciência da Nutrição pela UFV.

Dandara Baia Bonifácio

Nutricionista. Mestre e Doutoranda em Ciência da Nutrição pela UFV.

Elyzabeth Aiko Carneiro Ozawa

Nutricionista pela UFV.

Elizangela da Silva Miguel

Nutricionista. Mestre em Agroecologia e Doutora em Ciência da Nutrição pela UFV.
Pós doutoranda em Ciência da Nutrição pela UFV.

Francilene Maria Azevedo

Nutricionista. Mestre e Doutora em Ciência da Nutrição pela UFV.
Pós doutoranda em Ciência da Nutrição pela UFV.

Gabriella Bertelli Antonucci

Nutricionista pela UFV.

Jersica Martins Bittencourt

Nutricionista pelo Centro Universitário de Viçosa.
Mestre em Agroecologia e Doutoranda em Ciência da Nutrição pela UFV.

Jéssica Rodrigues Nogueira

Nutricionista pela UFV.

Jéssica Aparecida Silva

Nutricionista. Mestre e Doutoranda em Ciência da Nutrição pela UFV.

Júlia Milagres Alves

Nutricionista pela UFV.

Lara Camargo de Oliveira

Nutricionista. Mestranda em Ciência da Nutrição pela UFV.

Luciana Figueiredo dos Santos

Nutricionista. Mestranda em Ciência da Nutrição pela UFV.

Mariana Ferreira Gonçalves de Mendonça

Nutricionista pela UFV.

Marina Amaral Cruz

Nutricionista. Mestranda em Ciência da Nutrição pela UFV.

Maya da Silva Nunes

Ecóloga pela Universidade Federal de Sergipe (UFS).
Mestre em Agroecologia e Doutoranda em Economia Rural pela UFV.

Mayda Souza Soares

Nutricionista, Mestranda em Ciência da Nutrição pela UFV.

Núbia de Souza de Moraes

Nutricionista, Mestre e Doutora em Ciência da Nutrição pela UFV.

Rafaela Silveira Vilela Nunes

Nutricionista pela UFV.

Sílvia Oliveira Lopes

Nutricionista, Mestre em Agroecologia e Doutora em Ciência da Nutrição pela UFV.
Pós doutoranda em Ciência da Nutrição pela UFV.

Silvia Eloiza Priore

Nutricionista. Mestre em Nutrição e Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina. Professora Titular do Departamento de Nutrição e Saúde da UFV.

Tainara de Matos Alves

Nutricionista pela UFV.

Thais Barcelos de Castro

Nutricionista pela UFV.

Thaís Cupertino Fialho

Nutricionista. Mestranda em Ciência da Nutrição pela UFV.

Valéria Silva de Lana

Nutricionista. Mestranda em Ciência da Nutrição pela UFV.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	
Insegurança Alimentar e Nutricional de Agricultores Familiares.....	12
CAPÍTULO 2	
Insegurança Alimentar e Nutricional de Indígenas.....	36
CAPÍTULO 3	
Insegurança Alimentar e Nutricional de Quilombolas.....	70
CAPÍTULO 4	
Insegurança Alimentar e Nutricional de População em Situação de Rua.....	94
CAPÍTULO 5	
Insegurança Alimentar e Nutricional de População Ribeirinha	116
CAPÍTULO 6	
Insegurança Alimentar e Nutricional de Imigrantes e Refugiados no Brasil.....	147
CAPÍTULO 7	
Insegurança Alimentar e Nutricional de Grupos LGBTQIA+.....	174
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	195

CAPÍTULO 1

Insegurança Alimentar e Nutricional de Agricultores Familiares

Elizangela da Silva Miguel, Jersica Martins Bittencourt, Dandara Baia Bonifácio, Luciana Figueiredo dos Santos, Mariana Ferreira Gonçalves de Mendonça, Tainara de Matos Alves, Dayane de Castro Moraes, Sílvia Eloíza Priore

INTRODUÇÃO

A agricultura familiar consiste na prática de atividades no meio rural que utilize mão de obra familiar e tenha percentual mínimo da renda originada de atividades econômicas do estabelecimento ou empreendimento, tendo como característica a diversificação da produção. Considera-se agricultor familiar e empreendedor familiar rural aquele que pratica atividades no meio rural, atendendo, simultaneamente, aos seguintes requisitos (Brasil, 2006):

- I. não detenha área maior do que 4 (quatro) módulos fiscais;
- II. utilize predominantemente mão de obra da própria família nas atividades econômicas do seu estabelecimento ou empreendimento;
- III. tenha percentual mínimo da renda familiar originada de atividades econômicas do seu estabelecimento ou empreendimento;
- IV. dirija seu estabelecimento ou empreendimento com sua família.

Ainda no contexto da definição, o Decreto nº 9.064/17, que regulamenta a Lei da Agricultura Familiar (Lei nº 11.326/2006), define módulo fiscal como a unidade de medida agrária para classificação fundiária do imóvel, expressa em hectares e calculada pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra), podendo este variar conforme o município (Brasil, 2017a).

No Brasil, a área ocupada pela agricultura familiar é de 81 milhões de hectares, segundo o Censo Agropecuário realizado em 2017, o que representa 23% da

área total dos estabelecimentos agropecuários. Tal Censo indicou que cerca de 77% dos estabelecimentos (3.897.408) são da agricultura familiar, empregando 10,1 milhões de pessoas, que corresponde a 67% do total de pessoas ocupadas na agropecuária. A agricultura familiar destacou-se pela produção de algodão, soja, milho, arroz, cana-de-açúcar, feijão, café, laranja, pecuária leiteira, gado de corte, suínos e aves (IBGE, 2019).

Ressalta-se que devido à concentração fundiária de terras e modelo de organização social e econômica voltado aos interesses dos produtores em grande escala e de grandes proporções de terra, as discussões acerca da agricultura familiar só ganharam mais destaque a partir da década de 1990 (Silva, Mendes, 2012).

No meio rural, destaca-se o desestímulo para continuidade no campo, o que pode ter contribuído para o êxodo rural que teve início com a Revolução Verde, tida como a modernização da agricultura e das práticas agrícolas. Esta por sua vez culminou na redução da mão de obra e no tipo de manejo da terra e da produção no campo (Mueller, Martine, 2022). Muitos jovens migraram para a zona urbana, em busca de oportunidades de trabalho, contribuindo para uma população rural, majoritariamente, adulta ou idosa (Zago, 2016).

O Censo Agropecuário mostra que em 2006, pessoas com mais de 65 anos representavam 17,5% da população do campo e em 2017 eram cerca de 23,2%. Em contrapartida, a população de 25 a 35 anos e de 36 a 45 anos passou de 13,6% para 9,5% e de 21,9% para 17,9%, respectivamente. Assim, reforça o envelhecimento da população que vive no meio rural, e mesmo que esteja ocorrendo em algumas regiões o “retorno” da população para zona rural, isso não é algo generalizado (IBGE, 2019).

Outro desafio no campo é a situação socioeconômica/superação da pobreza, uma vez que a renda advinda da produção muitas vezes não é suficiente, sendo necessária a complementação com outras receitas (Mello, 2018).

Considerando a questão econômica, a aposentadoria se configura como importante fonte de renda extra em relação à produção rural. O Censo Agropecuário de 2017 mostrou aumento de 92% de pessoas dos estabelecimentos/domicílios recebendo aposentadoria ou pensão, quando comparado ao de 2006. O estudo mostrou ainda aumento de 79% dos estabelecimentos com receita advinda de atividades extras para complementar a renda (IBGE, 2019).

Outro ponto relevante diz respeito à escolaridade. Em 2017, 15% dos agricultores que participaram do Censo declararam que nunca frequentaram escola; 14%

frequentaram até o nível de alfabetização, e 43%, no máximo, o nível fundamental. Logo, pode-se constatar que 73% do total de produtores possuem, no máximo, o ensino fundamental (antigo primário) (IBGE, 2019). Diante do exposto, a figura 1 sintetiza características da população rural, segundo o Censo Agropecuário de 2017.

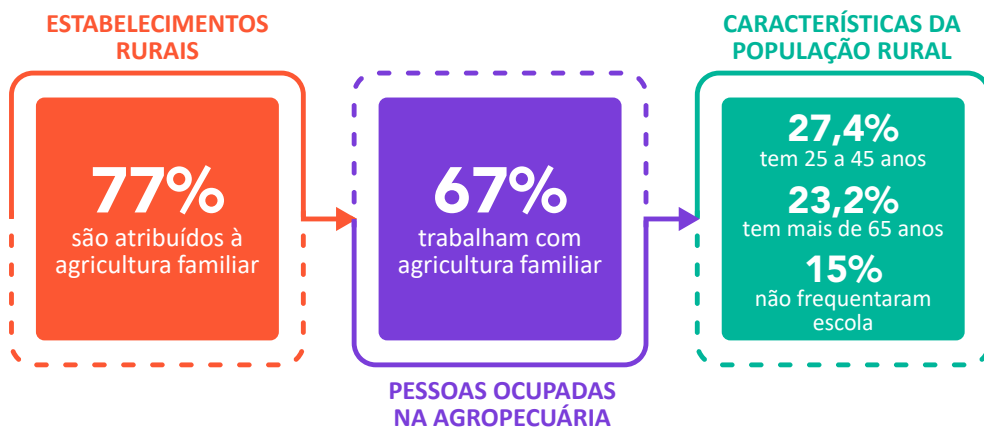


Figura 1. Característica da população rural, segundo Censo Agropecuário de 2017.

Fonte: Adaptado de IBGE, 2019.

Ressalta-se que a agricultura familiar se apresenta como alternativa para uma escolha de qualidade consciente em relação à alimentação, sendo uma produção muitas vezes sem uso de agrotóxicos, podendo ser direcionada para o autoconsumo, respeitando a sazonalidade, aumentando a diversidade de produção e consumo, contribuindo para a garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) dos agricultores e de suas famílias (Fontoura, 2012; Fiorese, 2017). Destaca-se-se que a maior diversidade propicia aumento de gêneros *in natura* que muitas vezes podem ser vendidos para o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE).

Assim, políticas públicas voltadas para a superação da situação de pobreza e fome no meio rural e fortalecimento da agricultura familiar, como produtora de alimentos saudáveis para autoconsumo e comercialização, direta e em indiretamente melhoram a geração de renda e a garantia da SAN (Priore *et al.*, 2021).

Diante deste contexto, conhecer os aspectos intrínsecos aos agricultores familiares é imprescindível para melhorar a assistência dessa população e intervenção nos riscos que antecedem agravamentos em saúde. Abordar a situação de inseguran-

ça alimentar e nutricional e saúde de agricultores familiares é uma questão de suma importância para a área da saúde pública, sendo essencial para difundir o conhecimento e garantir uma assistência integral e de qualidade para este público. Neste sentido, o objetivo desse capítulo é de avaliar as condições de segurança alimentar e nutricional e saúde de agricultores familiares e apresentar políticas, programas e ações relacionadas à segurança alimentar e nutricional e saúde desse grupo.

Diagnóstico Situacional das Condições de Saúde e Segurança Alimentar e Nutricional de Agricultores Familiares

Condições de Saúde

A população de agricultores familiares possui histórico de desassistência de políticas públicas voltadas para a saúde. Fatores como não prioridade dos gestores, considerando a alocação de recursos para atender o meio rural, situação das estradas que impedem o acesso às áreas rurais pelos profissionais de saúde, dificultando o atendimento daqueles cidadãos que precisam, contribuem para a desassistência à saúde desta população (Miranda *et al.*, 2019).

Ainda, devido à dificuldade de acesso às unidades de saúde, a procura por atendimento é comumente motivada por quadros agudos, existindo maior busca por serviços pautados na demanda imediata, ou seja, a busca por serviços oferecidos pelas unidades de saúde, pensando na promoção da saúde e prevenção de doenças nem sempre ocorre (Silvério *et al.*, 2020). Nesse sentido, os grupos de Atenção Primária à Saúde (APS) apresentam maiores conhecimentos das peculiaridades das regiões que estão inseridos, e por isso são fundamentais para ações eficientes (Miranda *et al.*, 2019).

No contexto da saúde, pesquisa realizada com agricultores de assentamentos rurais do Rio Grande do Norte observou que o acometimento de diarreias na população era aproximadamente 45,5%, enquanto de gripes era 97,7%, dengue 29,5% e verminoses 36,4%, ambas relacionadas a condições desfavoráveis de saneamento e abastecimento de água (Costa, Dimenstein, Leite, 2014).

Outro ponto importante ligado ao meio rural é a exposição a produtos químicos utilizados na produção de alimentos. A agricultura familiar não é sinônimo de 'produção sem agrotóxicos' e muitos desses agricultores estão cotidianamente

expostos a essas substâncias, por meio da manipulação e aplicação desses produtos, sendo recorrentes os casos de intoxicações crônicas e agudas por agrotóxicos (Silvério *et al.*, 2020).

Ressalta-se que o uso de agrotóxicos expõe os agricultores a diversos riscos para a saúde, mesmo com a utilização correta de equipamentos de proteção individual (EPI), pois existem muitos fatores que ainda não são controlados pelo uso destes equipamentos, como o vento e o calor, e a vulnerabilidade econômica dessa população (Carneiro *et al.*, 2015).

Além disso, muitas pessoas que vivem em torno dos campos e plantações estão expostas indiretamente a contaminação por agrotóxico devido à proximidade às áreas de manejo e possibilidade de contaminação do solo, da água e do ar (Ristow *et al.*, 2020). Cabe mencionar que muitos agricultores não utilizam de forma correta o EPI, o que favorece o desencadeamento de intoxicações (Neto, 2019). Estudo realizado por Miguel (2018) com agricultores familiares da Zona da Mata de Minas Gerais, que utilizavam agrotóxicos na produção de alimentos encontrou que 86,1% deles utilizavam EPI de forma incorreta.

Entre os riscos associados ao uso indevido de agrotóxicos estão as possíveis contaminações que geram intoxicações agudas, a exemplo, dor de cabeça, náusea e/ou vômitos, tontura; ou crônicas, como problemas renais e hepáticos, lesões na pele, doenças respiratórias, câncer, entre outros problemas de saúde (Miguel *et al.*, 2022). Sintomas como problema nas unhas, dor de cabeça frequente e alergia na pele são observados inclusive nas mulheres rurais, que estão expostas de forma indireta, seja pelo manuseio das embalagens ou pela lavagem das roupas e de EPI utilizados durante a aplicação (Fernandino, 2019).

A Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), o Instituto Nacional de Câncer (Inca) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) apontam que os agrotóxicos podem causar danos à saúde, com destaque para os diferentes tipos de câncer, além de alterações hormonais, endócrinas e reprodutivas, danos hepáticos e renais, disfunções imunológicas, distúrbios cognitivos e neuromotores (Fiocruz, 2013).

Relatório lançado pela Abrasco em 2024, intitulado “Saúde Reprodutiva e a Nocividade dos Agrotóxicos”, destaca que entre os diversos efeitos negativos dos agrotóxicos à saúde reprodutiva, estão: infertilidade, abortos, baixo peso ao nascer, prematuridade, malformação congênita, atrasos no desenvolvimento neurológico e cognitivo e câncer infanto-juvenil (Abrasco, 2024).

Ainda em relação às condições de saúde, apesar de não ser predominante só na população rural, também é frequentemente observado o aparecimento de doenças relacionadas ao trabalho contínuo e desgastante, devido às atividades realizadas. Doenças osteomusculares relativas ao trabalho (DORT), como problemas na coluna e lesões por esforço repetitivo (LER) são algumas das consequências do trabalho rural extensivo, que possui uma dinâmica relacionada à postura, como carregar objetos pesados, adubar, capinar, dentre diversas atividades por períodos de tempo prolongados (Moreira *et al.*, 2015; Vendrame *et al.*, 2023). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2019, apontam que indivíduos maiores de 18 anos residentes na zona rural referiram maior prevalência de problema crônico na coluna (23,7%) quando comparados aos do meio urbano (21,2%) (IBGE, 2020).

Nesse sentido, a PNS indicou que os idosos residentes na zona rural apresentam maior prevalência de limitação funcional para realizar atividades instrumentais de vida diária (22,6%), quando comparados aos da zona urbana (20,1%) (IBGE, 2020).

No meio rural também tem se observado ocorrência de problemas de saúde mental, inclusive depressão, sendo que essa condição foi diagnosticada em 7,6% dos maiores de 18 anos participantes da PNS, 2019 (IBGE, 2020).

Ainda, observa-se mudanças no perfil alimentar da população rural, que embora apresente prevalências de consumo menores que o meio urbano, tem sido identificado, em maiores de 18 anos: consumo de cinco ou mais grupos de ultraprocessados em 7,4% dos residentes na zona rural, enquanto no meio urbano é de 15,4%; consumo elevado de sal, segundo a própria percepção, em 9% na zona rural e 13,3% na urbana (IBGE, 2020).

Assim, o excesso de peso e obesidade tem se tornado uma preocupação também no meio rural em função de suas repercussões na saúde da população. Em um estudo com dados da PNAD 2013 aponta-se maior prevalência de obesidade na zona rural em mulheres (21,8%) quando comparada aos homens (11,0%), sendo os maiores valores observados nas regiões Sul e Sudeste. Esse mesmo estudo discute que há lacunas sobre a obesidade no meio rural do Brasil, sendo que pesquisas pontuais verificaram prevalências que variaram de 5,5% em Minas Gerais à 29,5% no Rio Grande do Sul (Martins-Silva *et al.*, 2019).

Segundo Dietz (2019), a prevalência de excesso de peso no mundo tem aumentado mais rapidamente no meio rural, em função de mudanças no compor-

taemnto alimentar e de vida, reforçando assim a necessidade de maior atenção à saúde e nutrição no meio rural.

Considerando o diagnóstico médico de doenças, os moradores do meio rural apresentaram menores prevalências do que os do meio urbano de diagnóstico médico de diabetes (6,3% x 7,9%), de colesterol alto (12,1% x 15%), asma (3,8% x 5,5%), doenças cardiovasculares (4,4% x 5,4%) e câncer (1,7% x 2,7%) (IBGE, 2020). Vale ressaltar que enquanto no Brasil 6,2% das pessoas maiores de 18 anos responderam nunca ter realizado exame de sangue para avaliar a glicemia, na área rural esse valor foi o dobro, correspondendo a 12,9% (IBGE, 2020). Assim, podemos inferir que esses resultados perpassam pela subestimação de diagnóstico e não necessariamente pela menor prevalência dessas doenças no meio rural.

Estudo realizado com agricultores familiares, adultos e idosos, encontrou 41,1% de anemia, sendo essa prevalência maior nas mulheres (55,7%) (Lopes *et al.*, 2022). As deficiências nutricionais no meio rural, características da fome oculta, tem como determinante o consumo monótono de alimentos, e menor variedade de micronutrientes, contrapondo a ideia de que os que produzem os alimentos apresentam consumo adequado dos mesmos (Fernandes, Bielemann, Fassa, 2018; Trivellato *et al.*, 2019).

As condições de saúde e doença da população rural estão sintetizadas na Figura 2.

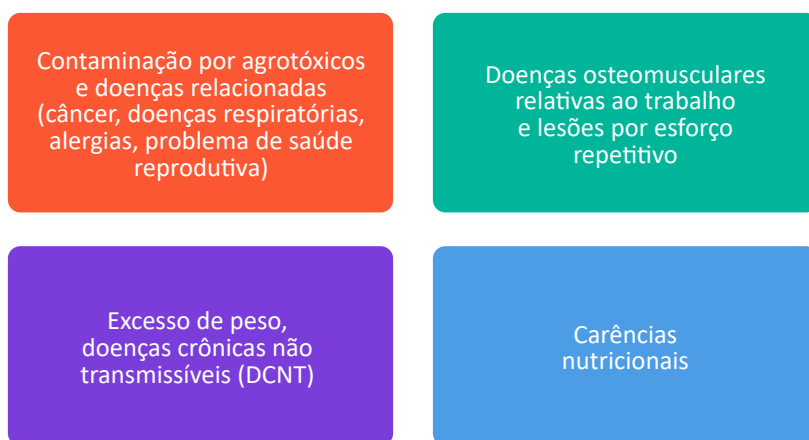


Figura 2. Condições de saúde e doença da população rural.

Fonte: Figura elaborada pelas autoras.

Resultados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002/2003, 2008/2009 e 2017/2018, mostram aumento da aquisição de alimentos ultraprocessados na alimentação das famílias rurais, comprometendo a qualidade da alimentação e colocando em risco a saúde dos indivíduos (Quadro 1) (IBGE, 2007; 2010; 2020a).

Quadro 1. Aquisição alimentar domiciliar *per capita* anual da área rural (kg), ao longo dos anos de realização da POF.

Alimentos	2002-2003	2008-2009	2017-2018
Bebidas e infusões	20,45	28,905	52,475
Alimentos preparados e misturas industriais	0,84	1,160	3,992

Fonte: IBGE, 2007; 2010; 2020a.

Alguns comportamentos e hábitos de risco tem sido observados com maiores prevalências no meio rural, quando comparados ao urbano, como condução de veículo motorizado após o consumo de bebidas alcoólicas (22,5% x 16,2%); uso diário ou ocasional de produtos derivados de tabaco (14,3% x 12,6%) (IBGE, 2020).

Em contrapartida, os indivíduos maiores de 18 anos que residiam no meio rural apresentavam maiores prevalências de atividade física no trabalho, com prática de 150 minutos de atividade (60%) quando comparados aos do meio urbano (40,1%), sendo este indicador mais representativo entre as pessoas sem instrução ou com menor escolaridade, independente da localização do domicílio (IBGE, 2020).

Segurança Alimentar

A situação de insegurança alimentar no Brasil sempre foi maior no meio rural do que no urbano, sendo essa afirmativa comprovada pelas maiores prevalências de insegurança alimentar, inclusive a grave, no meio rural, nos diferentes estudos populacionais, pontuais ou representativos da população brasileira, que avaliam essa situação por meio da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (Morais *et al.*, 2014; Trivelatto *et al.*, 2019; Moraes; Lopes; Priore, 2020; IBGE, 2020b; Rede PENSSAN, 2022; IBGE, 2024).

Dados da POF 2017/2018 mostram que a insegurança alimentar grave, no meio rural foi 7,1%, enquanto no urbano 4,1% (IBGE, 2020b), mostrando a necessidade de ampliação de políticas públicas para o meio rural. Segundo Almeida *et al.* (2017), mesmo com grande parcela desta população recebendo auxílios econômicos, como o Bolsa Família, a vulnerabilidade existente continua chamando atenção.

Dados do Inquérito Nacional referente a Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil (VIGISAN) de 2022, mostram que a pandemia piorou o quadro de insegurança alimentar entre os brasileiros. Enquanto no meio urbano a insegurança alimentar correspondia a 57,8%, no meio rural atingiu 63,8%. Situação ainda mais alarmante foi observada entre agricultores familiares, apresentando 69,6% de insegurança alimentar com 38,0% de insegurança alimentar grave. Os agricultores familiares residentes nas macrorregiões Nordeste e Norte foram ainda mais afetados, apresentando 83,6% e 79,9% de insegurança alimentar, respectivamente (Figura 3) (Rede PENSSAN, 2022). Esses valores superiores aos do Brasil e do Brasil rural são decorrentes do desmonte das políticas públicas voltadas para o pequeno produtor.

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD contínua), realizada no segundo semestre de 2023, demonstram que a insegurança alimentar no meio rural, em todos seus níveis de gravidade, apresentou redução. Porém os valores observados na presente pesquisa são próximos daqueles publicados pela PNAD de 2023, para segurança alimentar e insegurança alimentar leve e grave (IBGE, 2024) comprovando os retrocessos relacionados à promoção da segurança alimentar nos últimos anos.

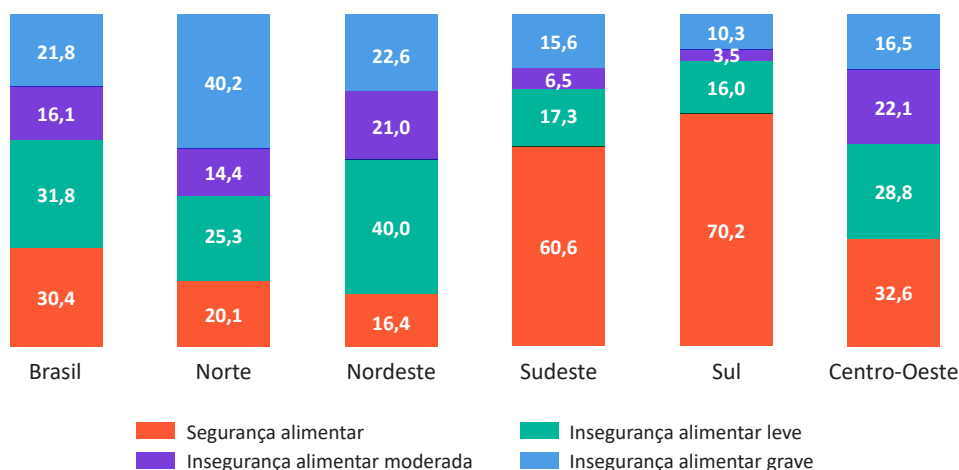


Figura 3. Prevalência de Segurança Alimentar e Insegurança Alimentar leve, moderada e grave em domicílios de agricultores familiares/produtores rurais, no Brasil e macrorregiões rurais. II VIGISAN.

Fonte: Rede PENSSAN, 2022. Elaborada pelas autoras.

O Quadro 2 apresenta os resultados de pesquisas realizadas no Brasil, mostrando a situação de segurança alimentar e insegurança alimentar leve, moderada e grave, no meio urbano e rural, ao longo dos anos. Nota-se maior prevalência de insegurança alimentar no meio rural, e também por níveis de gravidade da Insegurança, em todos os anos, exceto de insegurança alimentar leve, dada pelo VIGISAN 2021.

As maiores prevalências de insegurança alimentar e nutricional no meio rural podem ser justificadas pela menor renda e escolaridade no meio rural, menor acesso aos serviços de saúde, às políticas públicas e programas governamentais, bem como aos outros direitos (Mondini *et al.*, 2011). Souza-Esquerdo (2013) afirma que a situação de pobreza no meio rural agrava o quadro de insegurança alimentar, e a estrutura fundiária brasileira, que é altamente concentrada e voltada à monocultura, colabora para a perpetuação desta problemática.

Quadro 2. Prevalência de segurança alimentar e insegurança alimentar leve, moderada e grave, segundo situação dos domicílios, ao longo dos anos no Brasil.

Pesquisa		%			
		Segurança Alimentar	Insegurança Alimentar Leve	Insegurança Alimentar Moderada	Insegurança Alimentar Grave
PNAD 2004	Urbano	66,7	17,6	9,2	6,5
	Rural	56,3	20,2	13,9	9,6
PNAD 2009	Urbano	70,8	18,5	6,1	4,6
	Rural	64,9	19,5	8,5	7,1
PNAD 2013	Urbano	79,6	13,7	3,9	2,8
	Rural	64,7	21,4	8,4	5,5
POF 2017-2018	Urbano	64,9	23,5	7,5	4,1
	Rural	53,5	27,2	12,2	7,1
VIGISAN 2021	Urbano	45,6	35,0	10,9	8,5
	Rural	40,1	33,0	14,9	12,0
VIGISAN 2022	Urbano	42,2	27,9	14,9	15,0
	Rural	36,2	28,3	16,9	18,6
PNAD 2023	Urbano	73,4	17,7	5,0	3,9
	Rural	65,5	21,8	7,2	5,5

PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios; POF: Pesquisa de Orçamentos Familiares; VIGISAN: Inquérito Nacional referente a Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil.

Fonte: REDE PENSSAN (2021; 2022) e IBGE (2024). Elaborado pelas autoras.

O menor consumo de frutas, verduras e legumes no meio rural, em função de fatores culturais e preferência por comercializar esses alimentos em vez de destiná-los ao consumo da família (Fernandes; Bielemann; Fassa, 2018; Costa *et al.*, 2021; Lopes *et al.*, 2022), também contribui para a menor segurança alimentar e nutricional no meio rural. Em contrapartida, o maior consumo de feijão na zona rural é um fator promotor de segurança por fornecer fibras, proteínas e aminoácidos essenciais (Costa *et al.*, 2021).

Somado a essas questões, a estreita relação de dependência da população rural com o ambiente intensifica o receio de não ter acesso aos alimentos, e consequentemente maior insegurança alimentar e nutricional, por nem todos terem acesso a terra, sementes e mudas, bem como à água e assistência técnica para produção adequada. A distância dessas localidades com os centros urbanos também é um fator determinante da insegurança alimentar e nutricional, pois dificulta a compra frequente de alimentos saudáveis e propicia maior aquisição de alimentos com maior durabilidade, como os ultraprocessados e aqueles ricos em gordura. Em contrapartida, agricultores que praticam a produção para autoconsumo apresentam menor insegurança alimentar e maior variedade de alimentos (Lopes, 2017).

Os fatores relacionados à maior insegurança alimentar e nutricional no meio rural podem ser observados na Figura 4.

Pesquisas realizadas na área rural da Zona da Mata de Minas Gerais, envolvendo agricultores familiares, apresentaram altas prevalências de insegurança



Figura 4. Fatores relacionados à insegurança alimentar e nutricional no meio rural.

Fonte: Figura elaborada pelas autoras.

alimentar, avaliada pelos indicadores - Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) e disponibilidade domiciliar de alimentos (Quadro 3), demonstrando a importância de se trabalhar com este público e a necessidade de conhecer a realidade dos agricultores familiares.

Quadro 3. Pesquisas realizadas com agricultores familiares abordando a insegurança alimentar no meio rural da Zona da Mata de Minas Gerais.

Autor	Título do Trabalho	Resultados
Dutra (2013)	insegurança alimentar e nutricional e produção para autoconsumo, na zona rural de São Miguel do Anta, Minas Gerais	Dos domicílios avaliados 49,5% estavam em situação de insegurança alimentar segundo a EBIA, e 12,7% pela deficiência de energia alimentar.
Morais (2014)	(In)Segurança Alimentar e Nutricional e relação com indicadores sociais, econômicos e nutricionais de famílias residentes em zona rural	Das famílias avaliadas pela EBIA, 49,4% estavam em situação de insegurança alimentar. Ao avaliar a insegurança alimentar pela antropometria, 88% dos domicílios apresentaram pelo menos um morador com baixo peso, baixa estatura ou excesso de peso.
Assis (2016)	Implementação do Programa de Aquisição de Alimentos, modalidade compra institucional, na Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais e situação de (In)Segurança Alimentar e Nutricional dos agricultores familiares beneficiários fornecedores	Das famílias de agricultores familiares avaliadas, 100% estavam seguras pela EBIA e pela disponibilidade domiciliar de alimentos.
Lopes (2017)	Impacto de ações de nutrição e saúde no incentivo à produção para o autoconsumo na situação de (In)Segurança Alimentar e Nutricional em agricultores familiares no Município de Viçosa-MG	Dos domicílios avaliados pela EBIA, 38,7% estavam em situação de insegurança alimentar.
Miguel (2018)	Uso de agrotóxicos na produção de alimentos e condições de saúde e nutrição de agricultores familiares	Pela disponibilidade domiciliar de alimentos 10,4% dos agricultores familiares estavam em situação de insegurança alimentar e pela avaliação da deficiência de energia alimentar, 64,6%.
Trivellato (2018)	Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE): participação da agricultura familiar em Viçosa-MG e a situação de (In)Segurança Alimentar e Nutricional de famílias de agricultores fornecedores	Dos domicílios avaliados pela EBIA, 26% estavam em situação de insegurança alimentar.
Silva (2019)	Feira de agricultura familiar e economia solidária: implementação, desenvolvimento e situação de (In)Segurança Alimentar e Nutricional das famílias expositoras	Das famílias avaliadas, 100% estavam seguras pela EBIA e pela disponibilidade domiciliar de alimentos.

EBIA: Escala Brasileira de Insegurança Alimentar.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Estudo solicitado pelo Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome ao Instituto Fome Zero (IFZ) mostrou que 13 milhões de pessoas deixaram de passar fome no Brasil em 2023 (Insegurança Grave) e 20 milhões de sofrer de insegurança alimentar moderada. Estes números representam uma redução de 30% da insegurança alimentar (grave e moderada) no país. Destaca-se também que o nível de insegurança alimentar grave voltou aos patamares de 2020, antes da pandemia (Brasil, 2024), contudo ainda há muito o que ser feito para garantir a SAN de toda a população.

Vale ressaltar que alguns resultados de saúde e segurança alimentar e nutricional apresentados correspondem a população rural e não exclusivamente aos agricultores familiares. Esses resultados nos permitem fazer uma inferência sobre o diagnóstico situacional nessa população e reforçam que dados específicos de agricultores familiares ainda precisam ser mais explorados e divulgados na literatura.

POLÍTICAS PÚBLICAS E PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS RELACIONADOS À AGRICULTURA FAMILIAR

As políticas públicas são fundamentais para o desenvolvimento rural e garantia da SAN. O Brasil se destaca no meio internacional com suas políticas públicas, apesar de todos os desafios e problemáticas enfrentadas (Grisa; Schneider, 2015). O Quadro 4 apresenta as políticas, programas e ações, que visam a garantia da SAN no meio rural.

Marques e Ponzilacqua (2022) destacam que tanto o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) quanto o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) são mercados institucionais que abrem oportunidades de escoamento da produção dos agricultores familiares, o que resulta em aquecimento da economia local, fortalecimento dos circuitos curtos de comercialização, gerando renda e contribuindo para a promoção da SAN dos agricultores familiares.

Somado a essas políticas e programas tem-se o Decreto Presidencial N° 11.936, de 05 de março de 2024, que dispõe sobre a composição da cesta básica de alimentos com o objetivo de garantir o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e promover a SAN. O decreto incluir alimentos regionais entre os que devem compor a cesta básica nacional e orienta que “serão priorizados, quando

Quadro 4. Políticas, programas e ações direcionadas para o meio rural, que contribuem para a garantia da SAN dos agricultores familiares - Brasil.

Políticas relacionadas aos agricultores familiares	Objetivos
Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, das Florestas das Águas	Melhorar o nível de saúde dessas populações por meio de ações que busquem a qualificação do acesso aos serviços de saúde; a redução de riscos à saúde, decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas; e a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida. (https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf)
Política Nacional de Assistência Técnica e Extensão Rural (Prater)	Promover o desenvolvimento rural sustentável; apoiar iniciativas econômicas que promovam as potencialidades e vocações regionais e locais; aumentar a produção, a qualidade e a produtividade das atividades e serviços agropecuários e não agropecuários, inclusive agroextrativistas, florestais e artesanais; promover a melhoria da qualidade de vida de seus beneficiários; assessorar as diversas fases das atividades econômicas, a gestão de negócios, sua organização, a produção, inserção no mercado e abastecimento, observando as peculiaridades das diferentes cadeias produtivas; desenvolver ações voltadas ao uso, manejo, proteção, conservação e recuperação dos recursos naturais, dos agroecossistemas e da biodiversidade; construir sistemas de produção sustentáveis a partir do conhecimento científico, empírico e tradicional; aumentar a renda do público beneficiário e agregar valor a sua produção; apoiar o associativismo e cooperativismo, bem como a formação de agentes de assistência técnica e extensão rural; promover o desenvolvimento e a apropriação de inovações tecnológicas e organizativas adequadas ao público beneficiário e a integração deste ao mercado produtivo nacional; promover a integração da Ater (Assistência Técnica e Extensão Rural) com a pesquisa, aproximando a produção agrícola e o meio rural do conhecimento científico; e contribuir para a expansão do aprendizado e da qualificação profissional e diversificada, apropriada e contextualizada à realidade do meio rural brasileiro. (https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112188.htm)
Política de Garantia de Preços Mínimos (PGPM)	Diminuir as oscilações na renda dos produtores rurais e assegurar uma remuneração mínima; balizar a oferta de alimentos, incentivando a produção; garantir a regularidade do abastecimento nacional. (https://catalogo.ipea.gov.br/uplo-ads/222_1.pdf)

continua...

..continuação

Programas relacionados aos agricultores familiares	Objetivos
Programa de Garantia de Preços da Agricultura Familiar (PGPAF)	Apoiar os agricultores familiares que tem financiamento no âmbito do PRONAF, a indexação do financiamento a um preço de garantia igual ou próximo do custo de produção e nunca inferior ao estabelecido na PGPM. (https://www.gov.br/pt-br/servicos/acessar-o-programa-de-garantia-de-preco-para-a-agricultura-familiar-pgpaf)
Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF)	Promover o desenvolvimento rural sustentável, por intermédio de ações destinadas a implementar o aumento da capacidade produtiva, a geração de empregos e a elevação da renda.; apoiar atividades agrícolas e não-agrícolas desenvolvidas por agricultores familiares no estabelecimento ou aglomerado rural urbano próximo; disponibilizar linhas de crédito adequadas às necessidades dos agricultores familiares. (https://www.gov.br/pt-br/servicos/acessar-o-programa-nacional-de-fortalecimento-da-agricultura-familiar-pronaf).
Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE)	Contribuir para o crescimento e o desenvolvimento biopsicossocial, a aprendizagem, o rendimento escolar e a formação de hábitos alimentares saudáveis dos alunos, por meio de ações de educação alimentar e nutricional e da oferta de refeições que cubram as suas necessidades nutricionais durante o período letivo, investindo no mínimo, 30% do valor dos recursos federais do Programa, repassados pelo FNDE (Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação), na compra direta de produtos da agricultura familiar. https://www.gov.br/fnde/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/programas/pnae
Programa de Aquisição de Alimentos (PAA)	Apoiar e incentivar a agricultura familiar no Brasil, pela compra de alimentos da agricultura familiar por parte de órgãos, sem necessidade de licitação, sendo os alimentos destinados às pessoas em situação de insegurança alimentar e nutricional, à rede socioassistencial, aos equipamentos públicos de Segurança Alimentar e Nutricional e à rede pública e filantrópica de ensino. (https://www.gov.br/secom/pt-br/acesso-a-informacao/comunicabr/lista-de-acoes-e-programas/programa-de-aquisicao-de-alimentos-paa)
Programa Nacional de Crédito Fundiário (PNCF)	Possibilitar o acesso à terra por meio de financiamento com condições subsidiadas a agricultores familiares que se enquadram nos critérios de renda, patrimônio e outros previamente definidos nos normativos. O PNCF também possibilita o financiamento da assistência técnica e dos investimentos básicos para estruturação da propriedade. (https://www.gov.br/mda/pt-br/ProgramaseEditais/programa-nacional-de-credito-fundiario)
Programa Nacional de Produção e Uso do Biodiesel (PNPB)	Implementar de forma sustentável, a produção e uso do biodiesel, com enfoque na inclusão social no desenvolvimento regional, via geração de emprego e renda. (https://antigo.mme.gov.br/web/guest/secretarias/petroleo-gas-natural-e-bio-combustiveis/acoes-e-programas/programas/biodiesel/o-programa)

continua...

...continuação

Programa Brasil Mais Cooperativo	Apoiar o cooperativismo e o associativismo rurais brasileiros pela oferta de assistência especializada, promoção da interação, formação técnica e qualificação de processos de gestão, produção e comercialização nos mercados institucionais e privados. (https://ceades.org.br/wp-content/uploads/2023/07/Programa-Brasil-Mais-Cooperativo-Anater.pdf)
Programa Bioeconomia Brasil Sociobiodiversidade	Promover a articulação de parcerias entre o poder público, os agricultores familiares, povos e comunidades tradicionais e seus empreendimentos e o setor empresarial, visando a promoção e estruturação de sistemas produtivos baseados no uso sustentável dos recursos da sociobiodiversidade e do extrativismo. (https://www.gov.br/agricultura/pt-br/assuntos/camaras-setoriais-tematicas/documentos/camaras-setoriais/hortalicas/2019/58a-ro/bioeconomia-dep-saf-mapa.pdf)
Programa Residência Profissional Agrícola	Qualificar jovens estudantes e recém-egressos dos cursos de ciências agrárias e afins, de nível médio e superior, mediante estágio ou residência com treinamento prático, orientado e supervisionado. (https://catalogo.ipea.gov.br/uploads/498_2.pdf)
Programa Ater Digital	Fortalecer e ampliar o Sistema Brasileiro de Assistência Técnica e Extensão Rural, por meio de um modelo inovador de governança, e promover a ampla utilização de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) nas ações das empresas de Assistência Técnica e Extensão Rural (Ater). (https://www.gov.br/agricultura/pt-br/assuntos/noticias/ater-digital-vai-impulsionar-acesso-do-produtor-rural-a-assistencia-tecnica)
Programa Rotas de Integração Nacional	Propiciar a inovação, a diferenciação, a competitividade e a sustentabilidade dos empreendimentos associados, contribuindo, assim, para a inclusão produtiva e o desenvolvimento regional. (http://portaltrotas.avaliacao.org.br/)
Programa Nacional de Agricultura Urbana e Periurbana	Promover a agricultura sustentável e o acesso à alimentação adequada e combater a insegurança alimentar nas áreas urbanas e nas regiões periurbanas. (https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11700.htm)
Ações relacionadas aos agricultores familiares	Objetivos
Seguro da Agricultura Familiar (SEAF)	Proteger o agricultor contra eventos climáticos, possibilitando que ele plante com segurança, tendo uma garantia de renda. (https://www.fao.org/family-farming/detail/fr/c/851275/)
Selo Nacional da Agricultura Familiar (SENAF)	Identificar e valorizar os produtos da agricultura familiar no Brasil, fortalecendo o segmento junto aos consumidores. (https://www.gov.br/pt-br/noticias/agricultura-e-pecuaria/2022/03/governo-federal-alcanca-a-marca-de-10-mil-selos-da-agricultura-familiar-emittedos-no-pais)
Agroindústria Familiar	Aumentar o valor agregado do produto final. (https://www.to.gov.br/ruraltins/agroindustria/416ipzkiniz)

Fonte: Elaborado pelas autoras.

possível, alimentos agroecológicos e da sociobiodiversidade, produzidos em âmbito local, oriundos da agricultura familiar” (Brasil, 2024).

Cabe mencionar também o papel do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), que destaca-se como necessário para o fortalecimento das políticas de SAN. Os representantes defendem/garantem os pontos que a sociedade apresenta nas conferências e assessoram o executivo do Consea na luta pelos direitos de quilombolas, indígenas, pelo Direito Humano à Alimentação Adequada, redução no uso de agrotóxicos, fortalecimento da agricultura familiar e agroecológica, e outros, o que mostra a importância desse órgão para a promoção da SAN no meio rural (Leão, Maluf, 2012; Castro, 2019).

Em relação à valorização da agricultura familiar tem-se ainda o ‘Acordo de Cooperação Técnica Interministerial’, firmado em 2023, que prevê ações para ampliar as aquisições de alimentos da agricultura familiar com foco na modalidade compra institucional do PAA (Brasil, 2023).

AÇÕES PARA MELHORIA DA SAÚDE DOS AGRICULTORES FAMILIARES E ENFRENTAMENTO DA INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E DAS DESIGUALDADES

A Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) configura-se como *“conjunto de ações do governo federal que buscam garantir a Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à Alimentação Adequada à população brasileira”*, incluindo em suas ações a equidade e expressando apoio aos agricultores e ao enfrentamento da pobreza rural (Brasil, 2017b).

Nesse sentido, o PNAE tem demonstrado contribuição para a equidade e a inclusão social, com o fornecimento de alimentação saudável para os escolares, a partir de alimentos comprados da agricultura familiar (Grisa, Schneider, 2015).

Ainda, a agricultura familiar tem tido reconhecimento para alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas (ODS-ONU), onde o objetivo 2 é *“fome zero e agricultura sustentável”*. A agricultura familiar é propulsora de diversos outros ODS, como a erradicação da pobreza, mostrando a sua relevância socioeconômica mundial (Ferreira; ONU; 2022).

Merece destaque também organizações como o Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola (FIDA), relevante para o alcance dos ODS, pois atua com financiamentos de projetos, voltados para regiões e agricultores socioeconomicamente vulneráveis (FIDA, 2018). O AKSAAM - Adaptando Conhecimento para Agricultura Sustentável e Acesso ao Mercado (<https://aksaam.ufv.br/pt-BR/o-projeto>) é um projeto do FIDA, executado pelo Instituto de Políticas Públicas e Desenvolvimento Sustentável (IPPDS)/Universidade Federal de Viçosa (UFV), o qual busca aliviar a pobreza rural com foco no desenvolvimento agrícola sustentável para promover a SAN em consonância com os ODS. Para isso, o projeto trabalha para melhorar o acesso dos agricultores familiares do semiárido às tecnologias e ao conhecimento, aumentar sua produtividade e melhorar as condições de acesso aos mercados, tendo como locais de atuação a América Latina e o Caribe. O projeto tem como foco a inclusão produtiva de mulheres, jovens e comunidades indígenas e quilombolas.

Percebe-se que ainda há muito o que fazer, como a necessidade de criação de condições para a permanência das famílias rurais no campo, necessitando-se estímulos para a agricultura familiar e para produção para autoconsumo, para que famílias rurais consigam ter acesso a alimentos saudáveis, e muitas das vezes, sem agrotóxicos, assegurando o acesso a alimentos/segurança alimentar, mesmo quando a renda sofre oscilações (Grisa, Schneider, Conterato, 2014).

O Guia Alimentar para a População Brasileira, além de trazer informações para promover a alimentação saudável, reforça a importância da agricultura familiar como promotora de alimentos com menor impacto ambiental (Brasil, 2014).

Uma ferramenta importante relacionada à população rural é o “Guia de diretrizes para a atenção integral à saúde das populações do campo, floresta e águas (CFA) e povos e comunidades tradicionais (PCT)”, o qual inclui os agricultores familiares como população do campo. Este guia visa orientar e sensibilizar gestores e profissionais de saúde sobre as especificidades em saúde das populações do campo, floresta e águas (CFA) e PCT, a fim de promover a equidade, a universalidade e a integralidade à saúde, ou seja, visa diminuir injustiças em saúde, reconhecendo as especificidades e as situações de vulnerabilidade nas quais algumas populações se encontram, visto que as desigualdades sociais e econômicas influenciam, no processo de saúde e doença (Brasil, 2022).

Por fim destaca-se a cartilha “Campo Sem Fome: Segurança Alimentar e Nutricional na prática do ACS no campo” (<https://obha.fiocruz.br/?p=1235>). A cartilha foi construída tendo como base o Guia Alimentar para a População Brasileira; a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, das Florestas e das Águas; a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional e a Triagem para Risco de Insegurança Alimentar. Esta objetiva auxiliar a/o Agente Comunitário de Saúde (ACS), da Estratégia Saúde da Família, na atuação no campo para identificação de situações de insegurança alimentar nas famílias dos territórios (Félix *et al.*, 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cenário atual mostra alta prevalência de insegurança alimentar no meio rural, somada a problemas que precisam ser enfrentados para a melhoria das condições de saúde e alimentação da população rural.

Conhecer os fatores que afetam as condições de vida dos agricultores familiares corrobora diretamente para a proposição de ações que visam minimizar as fragilidades que estes enfrentam no meio rural. Assim, fazem-se necessárias ações sistemáticas do poder público para melhoria da saúde e do enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional dos agricultores familiares.

REFERÊNCIAS

ABRASCO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Saúde Reprodutiva e a Nocividade dos Agrotóxicos**: Relatório de Projeto - ABRASCO 2024. Disponível em: <https://contraosagrototoxicos.org/wp-content/uploads/2024/04/Saude-Reprodutiva-e-a-Nocividade-dos-Agrototoxicos-Abrasco-2024.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2024.

ALMEIDA, J. A. *et al.* Fatores associados ao risco de insegurança alimentar e nutricional em famílias de assentamentos rurais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 479-488, 2017.

ASSIS, S. C. R. **Implementação do Programa de Aquisição de Alimentos, modalidade compra institucional, na Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais e situação de (In)Segurança Alimentar e Nutricional dos agricultores familiares beneficiários fornecedores**. Orientadora: Sílvia Eloiza Priore. 2016. 319 f. Dissertação (Mestrado em Agroecologia). Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à fome. **Insegurança alimentar no Brasil cai 30% e 13 milhões de pessoas deixaram de passar fome no Brasil**. 2024. Disponível em: [https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/inseguranca-alimentar-no-brasil-cai-30-e-13-milhoes-de-pessoas-deixaram-de-passar-fome-no-brasil#:~:text=Estudo%20do%20Instituto%20Fome%20Zero%20\(IFZ\)%20mostra%20que%2013%20mil%C3%B5es,grave%20%2B%20moderada\)%20no%20pa%C3%ADs](https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/inseguranca-alimentar-no-brasil-cai-30-e-13-milhoes-de-pessoas-deixaram-de-passar-fome-no-brasil#:~:text=Estudo%20do%20Instituto%20Fome%20Zero%20(IFZ)%20mostra%20que%2013%20mil%C3%B5es,grave%20%2B%20moderada)%20no%20pa%C3%ADs.). Acesso em: 22 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde assina cooperação técnica que prevê ações conjuntas para fortalecer a agricultura familiar**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/julho/ministerio-da-saude-assina-cooperacao-tecnica-que-preve-acoes-conjuntas-para-fortalecer-a-agricultura-familiar>. Acesso em: 22 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Guia de diretrizes para a atenção integral à saúde das populações do campo, floresta e águas (CFA) e povos e comunidades tradicionais (PCTs)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/guia_diretrizes_populacoes_cam_po_floresta.pdf. Acesso em: 28 fev. 2024.

BRASIL. Decreto nº 9.064, de 31 de maio de 2017a. Dispõe sobre a Unidade Familiar de Produção Agrária, institui o Cadastro Nacional da Agricultura Familiar e regulamenta a Lei nº 11.326, de 24 de julho de 2006, que estabelece as diretrizes para a formulação da Política Nacional da Agricultura Familiar e empreendimentos familiares rurais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 maio 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário – MDSA. **Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. 2017b. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/seguranca_alimentar/caisan/plansan_2016_19.pdf. Acesso em: 28 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 28 fev. 2024.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº. 11.326 de 24 de julho de 2006. Estabelece as diretrizes para a formulação da Política Nacional da Agricultura Familiar e Empreendimentos Familiares Rurais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, jul. 2006.

BRASIL. Decreto nº 11.936, de 5 de março de 2024. Dispõe sobre a composição da cesta básica de alimentos no âmbito da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e da Política Nacional de Abastecimento Alimentar. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, março 2024.

CARNEIRO, F. F. *et al.* **Dossiê ABRASCO**: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Búrgo: Rio de Janeiro. 2015.

CASTRO, I. R. R. A extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e a agenda de alimentação e nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 1-4, 2019.

COSTA, M. G. S. G.; DIMENSTEIN, M. D. B.; LEITE, J. F. Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 19, n. 2, p. 145-154, 2014.

COSTA, D.V.P.; LOPES, M.S.; MENDONÇA, R.D.; MALTA, D.C.; FREITAS, P.P.; LOPES, A.C.S. Diferenças no consumo alimentar nas áreas urbanas e rurais do Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 3805- 3813, 2021.

DIETZ, W. H. Global shifts in the patterns of urban and rural weight increase. **Nature Medicine**, v.25, n.7, p.1035–1036, 2019. doi:10.1038/s41591-019-0518-z

DUTRA, L. V. **Insegurança Alimentar e Nutricional e produção para o autoconsumo na zona rural de São Miguel do Anta, Minas Gerais**. Orientadora: Sílvia Eloiza Priore. 2013. 118 f. Dissertação (Mestrado em Agroecologia). Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2013.

FÉLIX, R. N. *et al.* **Cartilha Campo Sem Fome: Segurança Alimentar e Nutricional na prática do ACS no campo**. Brasília: Observatório Brasileira de Hábitos Alimentares – OBHA,2023. Disponível em: <https://obha.fiocruz.br/?p=1235>. Acesso em: 28 fev. 2024.

FERREIRA, M. A. M. **Monitoramento e avaliação de projetos sociais na agricultura familiar**. 2022. Disponível em: <https://bibliotecasemiarios.ufv.br/handle/123456789/125>. Acesso em: 28 fev. 2024.

FERNANDINO, S. S. G. **(In) visibilidade dos agrotóxicos na saúde integral de mulheres rurais**. 2019. 130 f. Dissertação (Mestrado em Agroecologia). Universidade Federal de Viçosa, Viçosa. 2019.

FIDA - FUNDO INTERNACIONAL DE DESENVOLVIMENTO AGRÍCOLA. **O FIDA em resumo**. 2018. Disponível em: [https://www.ifad.org/documents/38714170/39211820/glance_p_web.pdf/f8989b89-f9ab-4ee6-bf46-ca65bb9fffbb#:~:text=O%20que%20%C3%A9%20o%20FIDA,financeiras%20internacionais%20\(IFIs\)%20atuam](https://www.ifad.org/documents/38714170/39211820/glance_p_web.pdf/f8989b89-f9ab-4ee6-bf46-ca65bb9fffbb#:~:text=O%20que%20%C3%A9%20o%20FIDA,financeiras%20internacionais%20(IFIs)%20atuam). Acesso em: 28 fev. 2024.

FIUCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Em nota conjunta, Fiocruz, Inca e Abrasco alertam para o risco do uso de agrotóxicos**. 2013. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/em-nota-conjunta-fiocruz-inca-e-abrasco-alertam-para-o-risco-do-uso-de-agrotoxicos>. Acesso em: 15 jul. 2024.

FIORESE, J. G. P. **A produção para autoconsumo na agricultura familiar: uma questão de liberdade alimentar**. Orientador: Clério Plein. 2017. 148 f. Dissertação (Mestrado em Agroecologia e Desenvolvimento Rural Sustentável). Universidade Federal da Fronteira Sul, Laranjeiras do Sul, 2017.

FERNANDES, M.P.; BIELEMANN, R.M.; FASSA, A.G. Factors associated with the quality of the diet of residents of a rural area in Southern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, p. 1-11, 2018.

FONTOURA, A. F. **A produção para autoconsumo: características e importância para os sistemas de produção de pecuária familiar da fronteira oeste do RS**. Orientador: Pedro Selvino Neumann. 2012. 152 f. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012.

GRISA, C.; SCHNEIDER, S. **Políticas públicas de desenvolvimento rural no Brasil**. 2015. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/232410/000975223.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 28 fev. 2024.

GRISA, C.; SCHNEIDER, S.; CONTERATO, M. A. **A produção para autoconsumo no Brasil: uma análise a partir do Censo Agropecuário 2006**. Aspectos multidimensionais da agricultura brasileira: diferentes visões do Censo Agropecuário 2006. Brasília: IPEA, 2014. p. 165-186, 2014.

- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**: Segurança Alimentar 2023. Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102084.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2024.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde**: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões/ IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro:, 2020.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares – 2017-2018**: Avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil. Rio de Janeiro, 2020a. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101704.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2024.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018**: Análise da Segurança Alimentar no Brasil. Rio de Janeiro, 2020b. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101749.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2024.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Agropecuário**: Resultados Definitivos. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3096/agro_2017_resultados_definitivos.pdf. Acesso em: 22 mar. 2024.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares – 2008-2009**: Aquisição alimentar domiciliar per capita. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv47307.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2024.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares – 2002-2003**: Perfil das despesas no Brasil. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv35853.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2024.
- LEÃO, M.; MALUF, R. S. **A construção social de um sistema público de segurança alimentar e nutricional**: a experiência brasileira. Brasília: Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos. 2012. Disponível em: <https://raisco.files.wordpress.com/2015/02/a-construcao-social-de-um-sistema-adrandh.pdf>. Acesso em 28 fev. 2024.
- LOPES, S. O. **Impacto de ações de nutrição e saúde no incentivo à produção para o autoconsumo na situação de (in)segurança alimentar e nutricional em agricultores familiares no Município de Viçosa-MG**. Orientadora: Sílvia Eloiza Priore. 2017. 277f. Dissertação (Mestrado em Agroecologia), Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2017.
- LOPES, S. O. *et al.* Factors Associated with Anemia among Adults and the Elderly Family Farmers. **International Journal Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 12, p. 1-10, 2022.
- MARQUES, F. J.; PONZILACQUA, M. H. P. Mercados institucionais: garantia de desenvolvimento rural sustentável e segurança alimentar e nutricional. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 25, n. 3, p. 498-506, 2022.
- MARTINS-SILVA, T. *et al.* Prevalências de obesidade em zonas rurais e urbanas no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.22, 2019.
- MELLO, J. **Estratégias de superação da pobreza no Brasil e impactos no meio rural**. 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8826>. Acesso em: 28 fev. 2024.

MIGUEL, E. S. *et al.* Avaliação da segurança alimentar, estado nutricional e percepção em relação ao uso de agrotóxicos na produção de alimentos: o caso de agricultores familiares de um município da Zona da Mata de Minas Gerais. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v. 29, p. 1-13, 2022.

MIGUEL, E. S. **Uso de agrotóxicos na produção de alimentos e condições de saúde e nutrição de agricultores familiares**. Orientadora: Sílvia Eloiza Priore. 2018. 161 f. Dissertação (Mestrado em Agroecologia). Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2018.

MIRANDA, S. V. C. *et al.* Necessidades e reivindicações de homens trabalhadores rurais frente à atenção primária à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 1-22, 2019.

MONDINI, L. *et al.* Insegurança alimentar e fatores sociodemográficos associados nas áreas urbana e rural do Brasil. **Informações Econômicas**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 52-60, 2011.

MORAIS, D. C.; LOPES, S. O.; PRIORE, S. E. Indicadores de avaliação da Insegurança Alimentar e Nutricional e fatores associados: revisão sistemática. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 2687-2700, 2020.

MORAIS, D. C. **(In)Segurança Alimentar e Nutricional e relação com indicadores sociais, econômicos e nutricionais de famílias residentes de zona rural**. Orientadora: Sílvia Eloiza Priore. 2014. 158 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Nutrição). Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2014.

MORAIS, D. C. *et al.* Insegurança alimentar e indicadores antropométricos, dietéticos e sociais em estudos brasileiros: uma revisão sistemática. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1475-1488, 2014.

MOREIRA, J. P. L. *et al.* A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 1698-1708, 2015.

MUELLER, C.; MARTINE, G. Modernização da agropecuária, emprego agrícola e êxodo rural no Brasil. A década de 1980. **Brazilian Journal of Political Economy**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 407-427, 2022.

NETO, V. S. S. **Recomendações técnicas para o uso racional e seguro de agrotóxicos em membros da agricultura familiar**. Orientador: José Cezário de Almeida. 2019. 21 f. Dissertação (Mestrado em Sistemas Agroindustriais) - Universidade Federal de Campina Grande, Pombal-PB. 2019.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Os objetivos de desenvolvimento sustentável no Brasil**. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 28 fev. 2024.

PRIORE, S. E. *et al.* **Comercialização da agricultura familiar no desenvolvimento da segurança alimentar e nutricional**. Viçosa, MG: IPPDS, UFV, 2021.

REDE PENSSAN - REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **II VIGISAN: Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil**. 2022. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2024.

REDE PENSSAN - REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **VIGISAN: Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil**. 2021. Disponível em https://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf. Acesso em: 26 jul. 2024.

- RISTOW, L. P. *et al.* Fatores relacionados à saúde ocupacional de agricultores expostos a agrotóxicos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 1-11, 2020.
- SILVA, J. M.; MENDES, E. P. P. Desafios dos agricultores familiares nas comunidades rurais Cruzeiro dos Martírios e Paulistas, Catalão (GO). **Revista Formação**, São Paulo, v. 2, n. 19, p. 32-50, 2012.
- SILVA, R. N. **Feira de Agricultura Familiar e Economia Solidária: implementação, desenvolvimento e situação de (In)Segurança Alimentar e Nutricional das famílias expositoras.** Orientadora: Sílvia Eloiza Priore. 2019. 177 f. Dissertação (Mestrado em Agroecologia). Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2019.
- SILVÉRIO, A. C. P. *et al.* Avaliação da Atenção Primária à Saúde para trabalhadores rurais expostos a agrotóxicos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, n. 9, p. 1- 11, 2020.
- SOUZA-ESQUERDO, V. F. *et al.* Segurança alimentar e nutricional e qualidade de vida em assentamentos rurais. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v. 20,n. 1, p. 13-23, 2013.
- TRIVELLATO, P. T. *et al.* Insegurança alimentar e nutricional em famílias do meio rural brasileiro: revisão sistemática. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 865-874, 2019.
- TRIVELLATO, P. T. **Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE): participação da agricultura familiar em Viçosa-MG e a situação de (In)Segurança Alimentar e Nutricional de famílias de agricultores fornecedores.** Orientadora: Sílvia Eloiza Priore. 2018. 192 f. Dissertação (Mestrado em Agroecologia). Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2018.
- VENDRAME, F. D. *et al.* Prevalência de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em agricultores do Oeste do Paraná. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 44, n. 1, p. 39-50, 2023.
- ZAGO, N. Migração rural-urbana, juventude e ensino superior. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 64, p. 61-78, 2016.

CAPÍTULO 2

Insegurança Alimentar e Nutricional de Indígenas

Jéssica Aparecida da Silva, Sílvia Oliveira Lopes, Clara Regina Santos Batistelli, Dayane de Castro Morais, Sílvia Eloiza Priore

INTRODUÇÃO

Os indígenas são considerados povos pertencentes às comunidades tradicionais, uma vez que são “grupos culturalmente diferenciados e se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição” (Brasil, 2007).

Os povos indígenas são conhecidos por sua diversidade de hábitos, costumes, tradições, línguas e sua riqueza cultural. Segundo dados do Censo realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os povos indígenas estavam presentes em todas as regiões do Brasil, sendo um total de 896.917 indígenas (0,47% do total da população brasileira), com 305 etnias e 274 línguas. A maioria (63,8%) concentrava-se na área rural e na região Norte, essa sendo considerada a mais populosa em número de indígenas (IBGE, 2012).

Os indígenas têm uma estreita relação com a terra, a qual caracteriza sua cultura, seus hábitos e modo de viver, tratando a terra para além de sua posse e de sua função de produção de alimentos, tendo-a como uma forma legítima de organização que consiste em manter e perpetuar sua herança cultural, espiritual e material. Nesse sentido, reflete seus saberes relacionados à natureza e a terra, seus costumes e rituais, a culinária, vestimentas e valores (Benatti; Raiol; Lima, 2021).

O Censo 2010 apontou ainda que 57,7% dos indígenas residiam nas 505 Terras Indígenas existentes, em que a terra Yanomami, localizada no Amazonas e Roraima, possuía a maior população, 25,7 mil (IBGE, 2012; IBGE; FUNAI, 2013). A população indígena, sobretudo as mulheres, apresentaram nível educacional inferior à população brasileira, com 32,3% de analfabetismo entre as jovens de 15 anos ou mais de idade nas terras indígenas e 14,5% fora das terras (IBGE, 2012).

O Censo demográfico 2022 mostrou um aumento de 88,8% na população indígena brasileira em relação ao realizado em 2010, contabilizando 1.693.535 pessoas indígenas no país, o que equivale a 0,83% da população total brasileira. Esse aumento deve-se às alterações metodológicas realizadas para melhorias no alcance a esta população (IBGE, 2023). Também foi registrado aumento no número de Terras Indígenas, o qual saltou de 505 para 573, sendo que 36,5% dos indígenas residem nessas Terras. A Terra Yanomami mantém-se com o maior número de pessoas indígenas (27.152 indígenas) (IBGE, 2023).

Os indígenas permanecem presentes em todas as regiões brasileiras, com a maior parte (44,5%) concentrando-se na região Norte. Juntas, as regiões Norte e Nordeste abarcam 75,7% da população indígena no país (IBGE, 2023). A Amazônia Legal, composta pelos estados do Norte, pelo Mato Grosso e por parte do Maranhão, abriga mais da metade dos indígenas brasileiros, correspondendo a 51,25% (IBGE, 2023).

O Relatório “Violência contra os povos indígenas no Brasil”, que apresenta dados referentes ao ano de 2022, mostra que dentre as 1.391 terras e demandas territoriais indígenas no Brasil, 62% não são regularizadas em função de pendências administrativas, muitas vezes, em função da falta de ação do Estado para a realização da demarcação. Situação essa que levou à violência aos povos indígenas, culminando em 795 indígenas assassinados e 535 mortes em razão de suicídio entre os anos de 2019 e 2022 (CIMI, 2023).

Por conta de suas peculiaridades, os povos indígenas podem ser muito vulneráveis em diferentes aspectos, e enfrentar diversos problemas de saúde, além dos problemas prevalentes em toda população brasileira (Brasil, 2002). É possível observar, por exemplo, em relação à morbidade, uma alta incidência de infecções respiratórias e gastrointestinais agudas, ademais, doenças como malária e tuberculose também são frequentes nessa população (Brasil, 2002). As doenças sexualmente transmissíveis e as doenças preveníveis por vacinas ainda tem alta prevalência nes-

sa população, o que é preocupante pois evidencia a falta de organização dos processos de trabalho e ações de prevenção e promoção da saúde da atenção primária da população indígena (Brasil, 2002).

A população indígena possui precárias condições de saúde em comparação com a população não indígena. Tendo em vista este contexto em que os direitos são comumente violados, é fundamental que essas desigualdades sejam transpostas (Garnelo, 2012).

Desse modo, serão abordados neste capítulo os aspectos relacionados à saúde e insegurança alimentar e nutricional de grupos indígenas, em âmbito nacional, perpassando por suas condições de saúde, políticas e programas governamentais, bem como por ações de saúde e de enfrentamento à insegurança alimentar e nutricional frente às desigualdades nos territórios.

Destarte, almeja-se com este material embasar a realização de ações de promoção de segurança alimentar e nutricional e saúde da população indígena, assim como auxiliar os profissionais de saúde quanto ao atendimento a essa população. É importante frisar que é necessário um olhar integrado, intersetorial e multiprofissional, nesse contexto.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE POVOS INDÍGENAS

As condições de saúde e segurança alimentar e nutricional na população indígena têm sido investigadas de forma pontual, em função da extensão territorial do país, bem como das dificuldades de acesso e de comunicação com os mesmos. A única pesquisa de cunho nacional realizada até o momento, nesse contexto, foi o Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos povos Indígenas, conduzido em 2008 e 2009. Esse Inquérito teve como objetivo avaliar a “situação alimentar e nutricional e seus fatores determinantes em crianças indígenas menores de 5 anos e em mulheres indígenas de 14 a 49 anos no Brasil e obteve representatividade nacional e regional, nas macrorregiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sul/Sudeste (Cardoso *et al.*, 2009). Alguns resultados desse Inquérito serão abordados ao longo deste capítulo.

Ao considerar as condições de saúde e doença verifica-se que os povos indígenas vêm vivenciando uma transição epidemiológica complexa, visto que, alguns

povos já apresentam prevalências significativas de morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas. Essas doenças estão associadas à violência e doenças infecciosas, produzindo assim um padrão polarizado, em que doenças relacionadas às etapas de processos iniciais da transição epidemiológica se relacionam com doenças em etapas mais avançadas, isto é, as doenças infecciosas coexistem com doenças como diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial (Santos; Coimbra, 2003).

No que se refere à mortalidade proporcional em indígenas, observa-se que esta possui proporções superiores para crianças menores de um ano de idade e inferiores para adultos a partir de 50 anos, quando comparada ao restante da população brasileira de mesma faixa etária. Contudo, embora a proporção de óbitos na população indígena de faixa etária ≥ 50 anos seja inferior ao restante da população, ainda assim apresenta aumento no decorrer dos anos (Alves *et al.*, 2021) (Tabela 1).

Observa-se, desse modo, mortes prematuras em crianças e jovens, principalmente em razão de doenças infecciosas e parasitárias e cuidados perinatais, mostrando que essas condições estão associadas a ambientes degradados, dificuldades de acesso à atenção básica de saúde, à assistência ao parto e aos serviços de urgência (Figura 1). Dessa forma, evidencia-se a necessidade de investimento em aspectos básicos para uma vida digna, abarcando os âmbitos social, educacional, habitacional e de saneamento (Alves *et al.*, 2021).

Tabela 1. Proporção de óbitos na população indígena e no restante do Brasil segundo faixa etária nos anos de 2000, 2010 e 2018.

População	Mortalidade proporcional		
	2000	2010	2018
Indígena			
< 1 ano	15,32%	17,66%	16,22%
1 – 4 anos	8,05%	8,27%	5,28%
5 – 19 anos	6,21%	6,87%	6,45%
20 – 49 anos	22,45%	18,65%	19,6%
≥ 50 anos	47,05%	48,14%	52,03%
Brasil			
< 1 ano	7,18%	3,47%	2,68%
1 – 4 anos	1,17%	0,6%	0,43%
5 – 19 anos	3,26%	2,52%	2,00%
20 – 49 anos	21,08%	18,65%	15,32%
≥ 50 anos	66,85%	74,41%	79,36%

Fonte: Alves *et al.*, 2021.

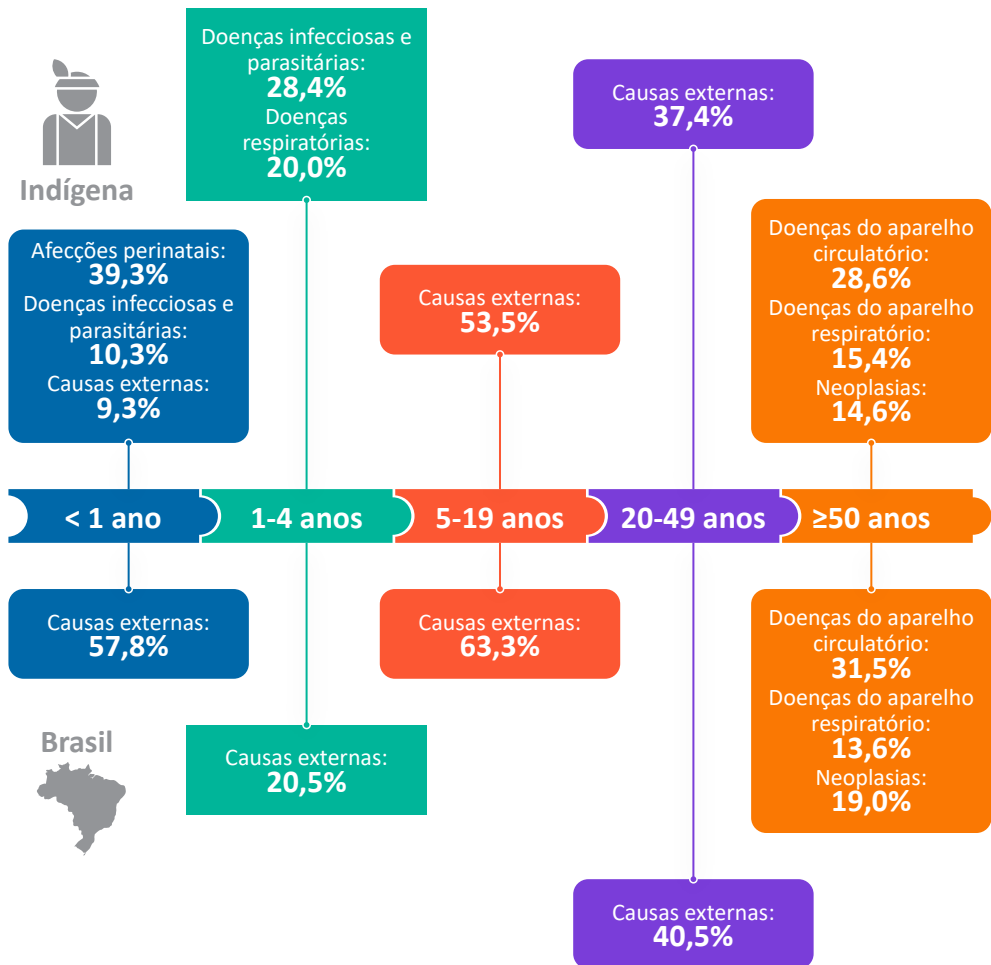


Figura 1. Principais causas de mortalidade de indígenas e comparativo com o Brasil, segundo faixa etária, 2018.

Fonte: ALVES *et al.*, 2021. Elaborada pelas autoras.

No Brasil, os dados de morbidade estão restritos às doenças de notificação compulsória e a sistemas de vigilância específicos de determinadas patologias. Portanto, para traçarmos o perfil de morbidade dos povos indígenas nos pautamos na literatura técnica e científica disponível, pontuando os principais achados.

Em relação às doenças infecciosas, a malária tem sido uma das principais doenças que acometem os povos indígenas da região Amazônica, podendo provocar alta letalidade devido às falhas na assistência médica e no controle do vetor

(Genaro; Ferraroni, 1984). A partir de 2004, registrou-se um aumento da incidência de malária nos povos indígenas amazônicos, apresentando um salto de 13.911 em 2004 para 33.693 casos em 2007 (Brasil, 2009). Os estados que apresentaram maior risco de infecção pela forma mais grave que é causada pelo *Plasmodium Falciparum* foram Mato Grosso, Maranhão e Pará (Brasil, 2009).

As doenças respiratórias, como a tuberculose, representam um importante problema de saúde para os povos indígenas, apresentando altas taxas de prevalência, cerca de seis vezes maior que as taxas encontradas na população brasileira (Zuker, 2020). No período de 2000 a 2003, foram notificados entre os índios brasileiros, 2.210 novos casos de tuberculose de todas as formas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), (Amarante, 2003).

Ainda no que se refere às doenças respiratórias vale ressaltar a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em decorrência da COVID-19. De acordo com a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), o Brasil registrou em seu último informe epidemiológico de COVID-19 (09/11/22), 69.588 casos confirmados e 928 óbitos dentre a população indígena. Dentre esses casos confirmados, 6.763 (9,7%) apresentaram sinais de SRAG.

Ainda, observa-se uma expressiva proporção de mortalidade por causas externas o que leva a suscitar a questão de violência e conflitos contra o povo indígena. Diante disso, já se contempla não apenas uma dupla carga de doenças, mas sim tripla, contemplando as doenças infecciosas e parasitárias, doenças crônicas não transmissíveis e as causas externas (Alves *et al.*, 2021). Tal perspectiva reforça o cenário de transição epidemiológica, demográfica, bem como nutricional. As doenças do aparelho circulatório e as neoplasias como principais causas de mortalidade também podem evidenciar a modificação dos padrões alimentares e do estilo de vida (Alves *et al.*, 2021).

A desnutrição infantil também é um grave problema de saúde pública entre a população indígena, comprometendo o desenvolvimento, acarretando déficit estatural e maior susceptibilidade a doenças. Nesse sentido, a anemia também se constitui como um importante problema nutricional seja para as crianças, seja para as mulheres em idade reprodutiva, aumentando o risco de infecções, retardo no crescimento e morbimortalidade (Ribas; Leite; Gugelmin, 2007). Alguns casos de óbitos por deficiência de vitaminas, a citar a tiamina (vitamina B1) foram relatados, ressaltando a insegurança alimentar dessa população (Brasil, 2021a).

Em um panorama situacional nutricional de crianças indígenas menores de 5 anos foi observado um déficit de peso, incluindo baixo peso e muito baixo peso de 9,2%, com a região Norte apresentando os maiores indicadores de déficit de peso. Essa situação está atrelada à escassez de alimentos em quantidade e qualidade, contaminação da água e do solo, determinantes e condicionantes sociais da saúde, às doenças prevalentes na infância como diarreia, desidratação, pneumonia e às doenças negligenciadas. Em contraste, o índice de Massa Corporal (IMC) para idade mostrou 11% de excesso de peso, sendo a região Nordeste com os maiores indicadores de excesso de peso, condição que se associa à inserção de alimentos não convencionais na alimentação desta população e acesso facilitado à cidade, por exemplo (Brasil, 2018). O déficit estatural, incluindo muito baixa estatura e baixa estatura representou 31,4% (Brasil, 2018). Em relação à população indígena adulta, observa-se que as mulheres possuem alta prevalência de excesso de peso, conjuntamente com prevalência elevada de desnutrição e carências nutricionais, como a deficiência de ferro, que pode acarretar em anemia. A transição epidemiológica é evidente, contudo, no processo, observa-se a dupla carga ocorrendo concomitantemente, sendo isto, intenso na população indígena. Além das mulheres indígenas apresentarem diversos problemas de saúde relacionados com suas peculiaridades de território e povo, essas também vão apresentar problemas de saúde relacionados à má alimentação, com uma alimentação rica em açúcar, gordura e sal e pobre em nutrientes, ou seja, com consumo elevado de ultraprocessados (Cardoso *et al.*, 2009).

Dados do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), relativos aos indígenas não aldeados atendidos pela Atenção Primária à Saúde (APS), indicam que crianças indígenas menores de dois apresentam maiores prevalências de baixo peso (8,6%) que as demais crianças declaradas pardas, pretas, amarelas e brancas, enquanto as de dois a quatro anos (6,5%) e de cinco a nove anos (5,2%) apresentaram prevalências inferiores às pardas e pretas. Já em relação à baixa estatura, crianças indígenas tiveram maiores prevalências que as das demais cores/raças, em todas as idades. E considerando o excesso de peso, as crianças indígenas de dois a nove anos apresentaram os menores valores que as demais, e as menores de dois anos tiveram prevalências menores apenas que as crianças pardas (Figura 2) (Brasil, 2022a).

Entre as gestantes atendidas pela APS, as indígenas apresentam altas prevalências de baixo peso conforme idade gestacional (14,3%), sendo essa inferior

apenas à das gestantes pardas (15,8%), e superior à das pretas (13,7%), amarelas (14,1%) e brancas (12,5%). Já em relação à obesidade, essas gestantes indígenas apresentam prevalência de 16,2%, sendo esses resultados inferiores ao das gestantes pretas (26,8%), brancas (25,7%), amarelas (22,3%) e pardas (21,3%) (Brasil, 2022b).

Ao considerar o estado nutricional de idosos atendidos na APS, verifica-se que os indígenas apresentam maior prevalência de baixo peso (16,2%) que aqueles de cor autodeclarada preta (14,1%), amarela (13,9%), parda (13,8%) e branca (10,6%). Em relação ao sobrepeso, essa tendência é inversa, uma vez que os idosos indígenas apresentam menor prevalência (41,8%) que os das demais cores e raças (Brasil, 2021b).

Estes resultados indicam necessidade de atenção especial ao estado nutricional de crianças, gestantes e idosos indígenas pois reforçam a dupla carga de doenças nessa população, com prevalências de baixo peso, baixa estatura e excesso de peso característicos de problema de saúde pública. Vale ressaltar que estes dados são relativos aos indígenas não aldeadas, atendidos na APS, e por esse motivo podem estar subnotificados uma vez que os dados da população indígena aldeada são registrados em sistema específico e não no SISVAN.

Não obstante, há uma elevada prevalência acerca da percepção quanto à falta de comida no “domicílio” indígena, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, evidenciando a insegurança alimentar dessa população (Figura 3).

Ainda há poucos estudos que tratam da segurança alimentar e nutricional em povos indígenas, conforme ressalta revisão sistemática conduzida por Haifig (2021) que identificou 101 estudos que abarcam a temática. Esse autor salienta que mais de 86% (n=87) dos estudos acerca da segurança alimentar e nutricional dos povos indígenas brasileiros são realizados por instituições de ensino públicas. Tal aspecto demonstra a relevância de tais instituições, contudo também revela a falta de atuação de órgãos oficiais voltados aos povos indígenas, seja atuando de forma conjunta, seja na divulgação de tais estudos (Haifig, 2021).

Nesse contexto, o desenvolvimento de uma escala específica para avaliar a segurança alimentar e nutricional nos povos indígenas brasileiros, abarcando as particularidades socioculturais das etnias indígenas, pode ser um instrumento de grande contribuição para gestores públicos, permitindo o monitoramento de ações realizadas com esta população, bem como para o delineamento e/ou aprimoramen-

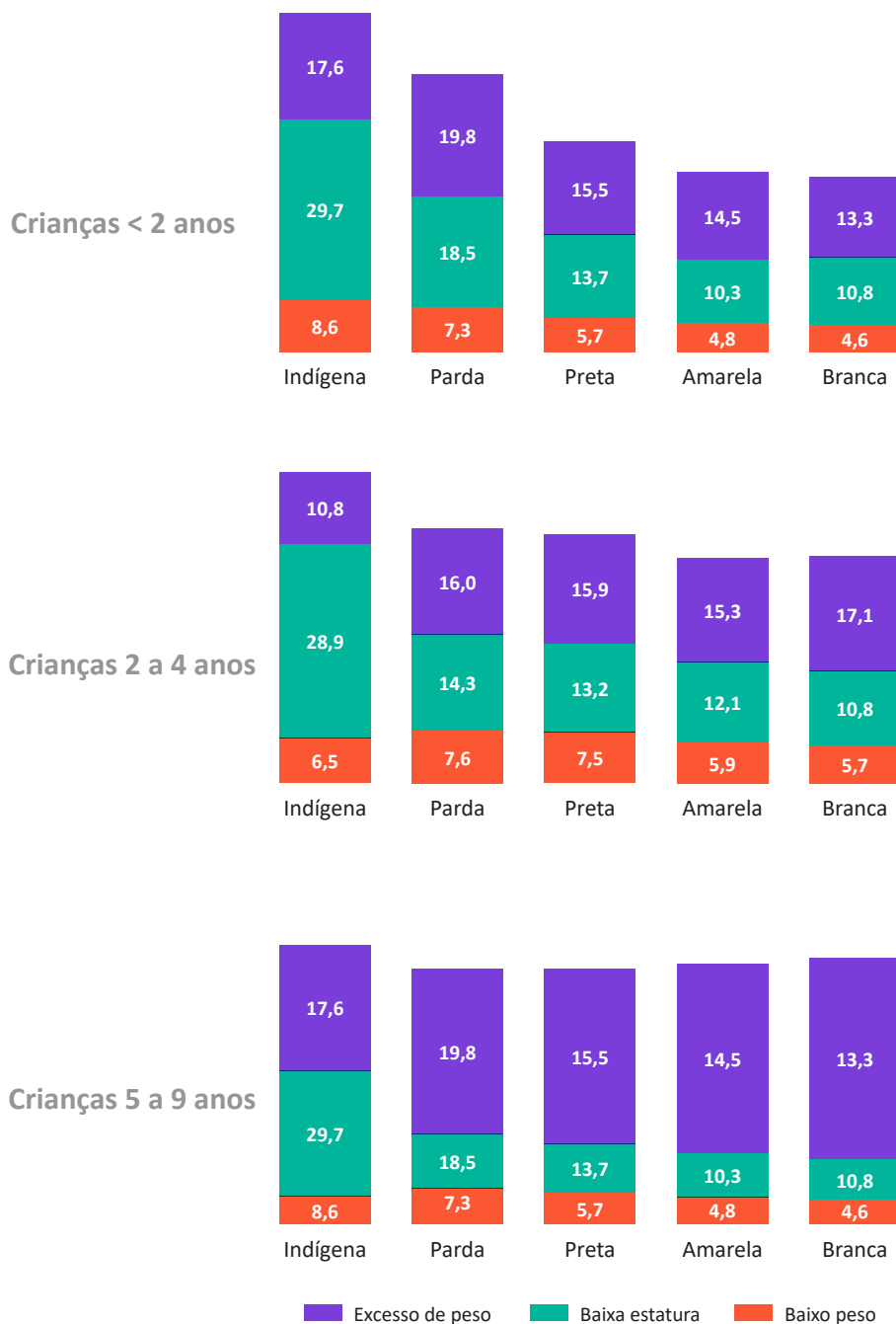


Figura 2. Estado nutricional de crianças indígenas atendidas na Atenção Primária à Saúde.

Fonte: Brasil, 2022a. Elaborada pelas autoras.

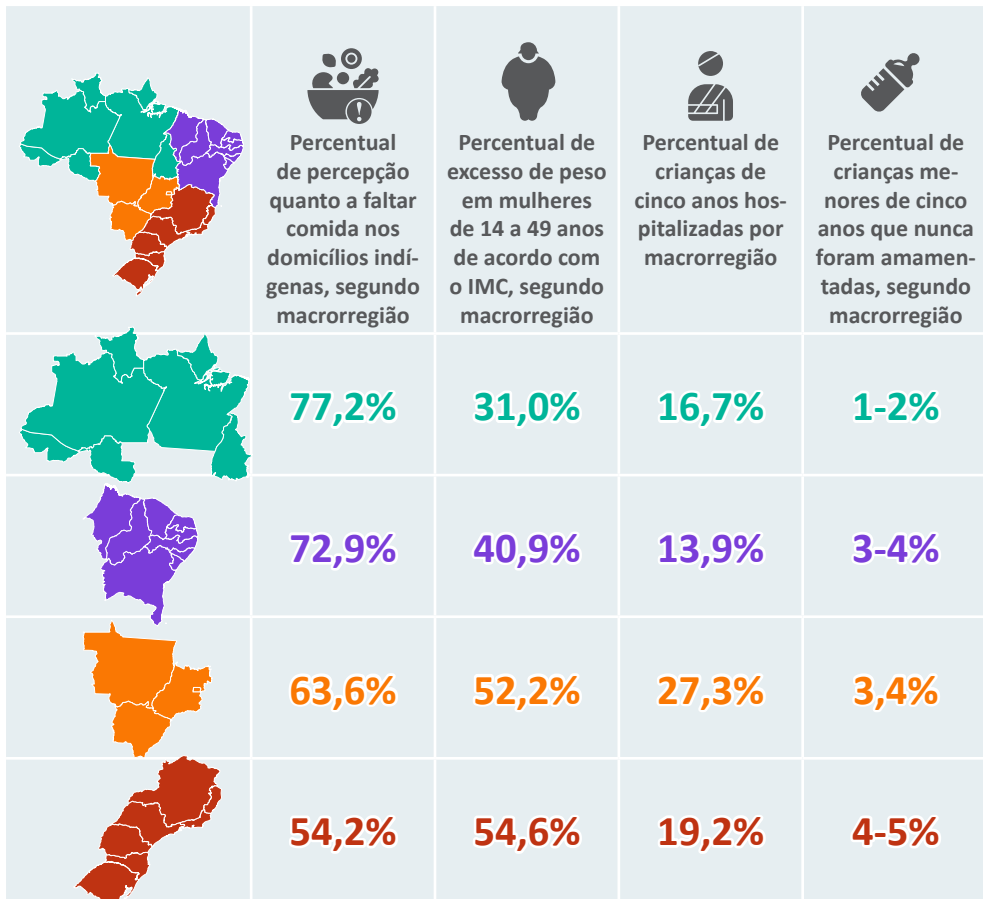


Figura 3. Mapa das condições de saúde da população indígena por macrorregião, segundo Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Fonte: CARDOSO *et al.*, 2009. Elaborada pelas autoras.

to de políticas públicas voltadas aos indígenas (Athila; Leite, 2020; Haifig, 2021). Embora alguns estudos (Fávaro *et al.*, 2007; Ferreira *et al.*, 2023; Segall-Corrêa *et al.*, 2018; Vargas *et al.*, 2013) tenham utilizado a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) com algumas adaptações em determinadas comunidades indígenas, ainda não há uma escala específica a nível nacional validada para utilização na população indígena brasileira, em função das diferenças culturais e linguísticas existentes nesse grupo (Athila; Leite, 2020).

A exemplo, Segall-Corrêa *et al.* (2018) desenvolveram e validaram a EBIA-Indígena, de oito questões, com adaptações de linguagem para os indígenas Guarani

e Kaiowá de Mato Grosso do Sul. O Estudo técnico nº 01/2014, desenvolvido pelo Ministério do Desenvolvimento Social, aponta que para a avaliação da insegurança alimentar em populações indígenas, quilombolas e rurais há a possibilidade de complementar as questões que tratam da “falta de dinheiro” para acesso e aquisição de alimentos, adicionando a expressão “ou por falta de outros recursos” nas mesmas. Essa complementação deve-se ao fato dessas populações adquirirem alimentos não só pela forma monetária, mas também pela produção de alimentos para autoconsumo e extrativismo (Brasil, 2014a).

Conforme apresentado, os povos indígenas se encontram em expressivo estado de insegurança alimentar, distrofias nutricionais e de pobreza. A maior parte da população em terras indígenas está sujeita a algum tipo de insegurança alimentar porque há poucas terras disponíveis para cultivo e caça, além da degradação de algumas terras por parte de colonos. Sobre esse ponto é necessário ressaltar que conflitos por terra envolvendo comunidades indígenas e colonos têm gerado violência, assassinatos, epidemias e interferência nas práticas religiosas e culturais (Andrade; Ferreira; Schmitz, 2022).

Esses fatores afetam diretamente na diminuição de animais para caça e lenha disponível. Além disso, destacando aqui a vasta dimensão da problemática, indígenas relatam que alimentos congelados ou de origem vegetal ricos em agrotóxicos trazem indisposição, principalmente para a população mais idosa (Andrade; Ferreira; Schmitz, 2022). Outro ponto evidenciado é quanto a dificuldade de armazenamento de alimentos, sendo um dos fatores que contribuem para o acesso aos alimentos pelos povos indígenas. E ainda que políticas públicas, como o Programa Bolsa Família e distribuição de Cestas Básicas, direcionados a essa população, se mostrem importantes, não são suficientes para mitigar esse problema porque o foco permanece no resultado e não na causa do problema (Andrade; Ferreira; Schmitz, 2022).

A realidade dos povos Yanomamis

Os Yanomamis e Ye'kwaka vivem uma grave situação de insegurança alimentar e nutricional, bem como de calamidade de saúde, decorrente do aumento da atividade de garimpo que tem contaminado o solo e as águas com mercúrio e outros rejeitos químicos que impactam na saúde e na alimentação dos moradores dessas comunidades (Brasil, 2023a).

Foram constatados diversos casos de invasões por garimpeiros ao território Yanomami, que além de causar contaminação e destruição à natureza pela atividade de garimpo, ocasionam um efeito secundário, a proliferação de doenças como a malária, colocando esses povos em situação extrema de risco à saúde dada a pouca assistência oferecida pelo governo. Além disso, com a instalação de doenças no território há o comprometimento do trabalho e conseqüentemente da produção de alimentos para subsistência, piorando ainda mais o quadro social de insegurança alimentar e a dependência de meios externos para se alimentarem (Hay; Seduume, 2022).

Outro desdobramento fruto da aproximação de pessoas que estão devastando a floresta é o vício em bebida alcoólica pelos jovens Yanomamis, que começam a apresentar comportamentos violentos, chegando a agredir os anciões. A desordem se complica quando jovens indígenas são “convencidos” a ceder o acesso a terras indígenas a garimpeiros em troca de armas, sem o consentimento de todos da aldeia. Dessa forma, não se trata de um conflito externo, mas também interno, em que os que se opõem acabam sendo alvos de violência do garimpo (Hay; Seduume, 2022).

As medidas adotadas pelo estado não se mostram suficientes para resolver esse problema, uma vez que há grande atividade garimpeira e uma complexa estrutura logística e comercial fomentada pelos lucros do garimpo, incluindo distribuição de combustível e outros suprimentos, como armas, prostíbulo e barqueiros. Também há grande número de pistas de pouso e aeronaves dentro do território Yanomami, o que dá indícios de que o garimpo possa ter ligação com pessoas que possuem grande poder aquisitivo e não somente a pequenos garimpeiros que buscam fontes alternativas de renda beira-rio, munidos de pequenas ferramentas (Hay; Seduume, 2022).

Além de todas as situações apresentadas, os Yanomamis convivem com a omissão da preservação de seus direitos, conforme demonstrado em relatório preliminar do Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania (Brasil, 2023b). O extinto Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH) se eximiu da responsabilidade em proteger os direitos dos povos Yanomamis na gestão 2019 a 2022 e o relatório apresenta processos administrativos relacionados à rejeição das recomendações de órgãos e entidades nacionais e internacionais, descaso sobre as denúncias feitas sobre a situação dos povos Yanomamis e ausência de visitas a essas comunidades (Brasil, 2023b).

A realidade dos povos Guarani e Kaiowá

O Relatório “Insegurança Alimentar e Nutricional em Retomadas Guarani e Kaiowá – Um estudo em Cinco Territórios Indígenas do Mato Grosso do Sul”, produzido pela FIAN Brasil, abrangeu os territórios Guaiviry, Kurusu Ambá, Ypo’i, Ñande Ru Marangatu e Apyka’i. Trata-se de uma pesquisa conduzida em 2023 que consiste na atualização da pesquisa que foi realizada em 2013 (nos territórios Guaiviry, Ypo’i e Kurusu Ambá) (Luz *et al.*, 2023).

A insegurança alimentar e nutricional foi avaliada mediante a escala denominada pelo relatório de EBIA-Indígena, que se trata da EBIA-G validada nos povos Guarani e também já utilizada em outros povos indígenas (Luz *et al.*, 2023; Segall-Corrêa *et al.*, 2018).

Segundo o relatório, em 2013 nenhum domicílio apresentou segurança alimentar e nutricional, enquanto em 2023 esse percentual foi de 15%, considerando os mesmos três territórios. A insegurança alimentar e nutricional grave que caracteriza situação de fome diminuiu, passando de 28% em 2013 para 15,9% em 2023, assim como a insegurança alimentar e nutricional moderada que foi de 58,7% para 31,8%, ao passo que a insegurança alimentar e nutricional sofreu aumento de 13,3% para 37,3%. Considerando também os territórios de Ñande Ru Marangatu e Apyka’i que foram acrescentados na pesquisa de 2023, a segurança alimentar e nutricional sobe para 23,3% e a leve para 43,1%, enquanto a moderada e a grave reduzem para 22,2% e 11,4%, respectivamente (Luz *et al.*, 2023).

Em meio a esse cenário também se verifica a falta de acesso à água, à energia elétrica, à educação e saúde, bem como exposição a agrotóxicos e dificuldades no transporte. Embora os domicílios recebam o auxílio mediante cestas básicas (94,2%), Bolsa Família (65,4%) e benefícios estaduais e municipais (20%), além da aposentadoria (12,7%), isso não ocorre de forma regular/constante (Luz *et al.*, 2023).

Dessa forma, ainda são preocupantes os índices de insegurança alimentar e nutricional apresentados por esses povos, vivenciando inúmeras privações que refletem a pouca atuação do Estado, necessitando de políticas que garantam o direito humano à alimentação adequada e de demarcação de seus territórios (Luz *et al.*, 2023).

POLÍTICAS E PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS

A atenção à saúde da população indígena é contemplada, de forma específica e direcionada, na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002, integra a Política Nacional de Saúde, e está em consonância com as Leis Orgânicas da Saúde e a Constituição Federal, reconhecendo os povos indígenas como um grupo populacional com especificidades étnicas e culturais e conseqüentemente necessidades especiais de cuidado e atenção à saúde (Brasil, 2002).

Essa Política visa “garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude” (Brasil, 2002). Para tanto, estabelece como diretrizes: organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Pólos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam; preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural; monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas; articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde; promoção do uso adequado e racional de medicamentos; promoção de ações específicas em situações especiais; promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas; promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena; controle social (Brasil, 2002).

Para a efetivação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é necessária a atuação intersetorial do Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI) e de outros órgãos, inclusive locais, considerando as especificidades dessa população (Brasil, 2022c).

Já a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, instituída pela Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011, visa melhorar os indicadores de saúde das populações do campo e da floresta, incluindo aqui os indígenas. Para sua efetivação é necessária a atuação transversal e interse-

torial de gestores das três instâncias de governo, assim como de gestores e profissionais atuantes no SUS (Brasil, 2012).

Na perspectiva da saúde, o governo federal dispõe do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) direcionado à coleta e análise de dados para avaliação e monitoramento da saúde indígena, contemplando informações sobre nascimento, óbitos, morbidade, imunização, nutrição, acompanhamento à gestação, entre outras, em função das especificidades socioculturais dessa população (Sousa; Scatena; Santos, 2007).

Ainda no que tange a saúde, a população indígena é coberta pela Atenção Primária à Saúde (APS), operacionalizada por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), (Brasil, 2015), dentro de seus respectivos territórios. Porém, para esse grupo específico, para a assistência à saúde há o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), criado em 1999, que é considerado um marco regulatório da atenção à vida das populações indígenas do Brasil (Brasil, 2014b). Esse subsistema visa incluir a população indígena na sociedade juntamente com suas terras, atribuindo ao SUS, garantia dos princípios básicos de equidade, universalidade e integralidade a esta população, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política dessa população. Logo, o atendimento à saúde indígena torna-se responsabilidade do Estado, sendo os recursos orçamentários responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), órgão executivo do Ministério da Saúde (Brasil, 2009; Brasil, 2014b).

A respeito do programas governamentais presentes entre a população indígena os indicados no Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas foram: Carteira Indígena, Projeto Iniciativas Comunitárias em Saúde Indígena, Merenda Escolar Indígena e Programa de Aquisição de Alimentos (PAA). No gráfico a seguir, é possível observar a distribuição dos programas de acordo com as regiões.

Carteira Indígena

A Carteira de Projetos Fome Zero e Desenvolvimento Sustentável em Comunidades Indígenas é uma ação do governo federal, com o propósito de contribuir, em todo território nacional, para a gestão ambiental das terras indígenas e a segurança alimentar e nutricional das comunidades indígenas. O seu uso, segundo dados do Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, encontra-se

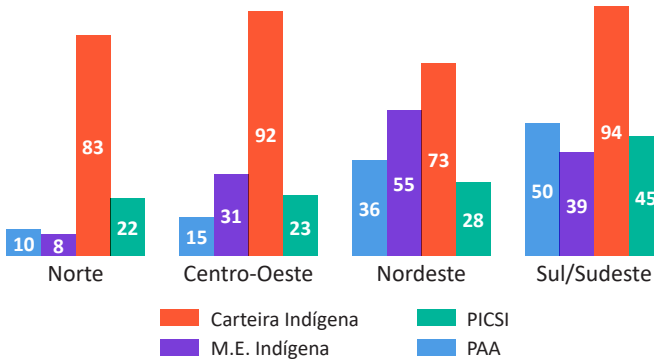


Figura 4. Programas governamentais nas aldeias e comunidades indígenas, segundo as macrorregiões a partir dos resultados do Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, Brasil, 2008-2009.

Legenda: PICS= Projeto iniciativas comunitárias em saúde indígena;
M. E. Indígena= Merenda escolar indígena; PAA= Programa de Aquisição de Alimentos.
Fonte: Cardoso *et al.*, 2009. Elaborada pelas autoras.

presente em 25% da população indígena, sendo mais referido nas regiões Nordeste e Sul/Sudeste (Cardoso *et al.*, 2009; MMA, 2021).

A ação visa o apoio a projetos com foco na produção de alimentos, agroextrativismo, artesanato, gestão ambiental e revitalização de práticas e saberes tradicionais associados às atividades de autossustentação, de acordo com as demandas, respeitando suas identidades culturais, estimulando a autonomia e preservando e recuperando o ambiente das terras indígenas. Porém, após deliberação da 29ª Reunião do Comitê Gestor da Carteira Indígena e Comissão de Avaliação de Projetos, a demanda espontânea de projetos para a Carteira Indígena foi suspensa até segunda ordem (Cardoso *et al.*, 2009; MMA, 2021).

Projeto iniciativas comunitárias em saúde indígena

O projeto Iniciativas Comunitárias (IC) surgiu de solicitações e sugestões apresentadas pelos indígenas na III Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2001 no município de Luziânia, em Goiás, com o intuito de melhorar suas condições de saúde. Esse projeto faz parte do Projeto de Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Vigisus II), proposto pela FUNASA, do Ministério da Saúde (MS). A finalidade do IC era apoiar projetos de associações e comunidades

indígenas que objetivavam a promoção e melhoria das condições de saúde de uma determinada comunidade indígena (FUNASA, 2005).

O período do projeto proposto deveria ser de no máximo 18 (dezoito) meses com valor limite a ser disponibilizado por projeto de 36 mil reais, podendo-se contemplar até 150 projetos. Para serem apoiados, os projetos precisavam apresentar uma das seis áreas temáticas seguintes: redução da mortalidade do recém-nascido, da criança e da mãe; a promoção da segurança alimentar e nutricional; a proteção da saúde; os saberes e práticas tradicionais de saúde; a saúde mental; e a valorização das organizações das mulheres indígenas (FUNASA, 2005).

Sousa *et al.* (2010) realizou um levantamento sobre o projeto IC entre os anos de 2005 a 2007. Nesse período, foram realizadas três chamadas de projetos, sendo ao todo recebidas 616 propostas, dentre as quais 152 foram aprovadas. A região norte apresentou a maior quantidade de projetos, com 54 iniciativas, enquanto a região sudeste apresentou a menor quantidade, com 16 projetos. Segundo a autora, a quantidade de projetos por região exemplificou a territorialidade do IC, sendo equilibrada de acordo com a população indígena do local. Mais de R\$4,2 milhões de recursos foram concedidos beneficiando cerca de 160 mil indígenas. Os últimos dados encontrados a respeito do IC datam de 2007, portanto, acredita-se que o projeto não apresentou continuidade (Sousa *et al.*, 2010).

Merenda escolar indígena

Atualmente denominado Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) Indígena, o programa merenda escolar visa garantir a segurança alimentar e nutricional dos estudantes matriculados, ofertando uma alimentação ou um kit de gêneros alimentícios que promova a formação de hábitos alimentares saudáveis e atenda às especificidades culturais das comunidades indígenas (MAPA, 2020).

A Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009, compreende uma alimentação variada, segura, produzida em âmbito local e preferencialmente pela agricultura familiar, como uma contribuição para o crescimento e desenvolvimento dos alunos e consequente melhoria do rendimento escolar. Logo, a Lei garante e determina que sejam repassados pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) no mínimo 30% do total dos recursos financeiros, sendo utilizados na aquisição de gêneros alimentícios diretamente da agricultura familiar e do empreendedor familiar

rural ou de suas organizações, priorizando-se os assentamentos da reforma agrária, as comunidades tradicionais indígenas e comunidades quilombolas (MAPA, 2020).

Em março de 2020, decretou-se a pandemia da COVID-19, e devido ao isolamento social, os povos indígenas encontravam-se isolados em suas comunidades, dificultando a comercialização dos produtos, prejudicando, inclusive, o fornecimento da alimentação escolar. Visto a necessidade da contribuição da segurança alimentar, em 07 de julho de 2020, sancionou-se a Lei nº 14.021 que cria o Plano Emergencial nos territórios indígenas e estipula medidas de apoio às comunidades quilombolas, aos pescadores artesanais e aos demais povos e comunidades tradicionais, para o enfrentamento à COVID-19, garantindo a soberania e segurança alimentar e nutricional, como a compra pública, doação simultânea e alimentação escolar para essa comunidade (MAPA, 2020). Com isso, a Resolução nº 02, de 09 de abril de 2020 do FNDE corrobora com esta lei ao afirmar que os procedimentos e requisitos de chamada pública para aquisição de produtos da agricultura familiar podem ser realizados de maneira remota, não presencial, com ferramentas, modos e meios on-line, como forma de amenizar os danos causados pela pandemia nessa população (MAPA, 2020).

No inquérito, a merenda escolar foi referida como presente em 70% ou mais das aldeias das diversas macrorregiões, variando de 72,7% no Nordeste a 94,4% no Sul/Sudeste. No Amazonas, 252.626 estudantes foram atendidos no ano de 2021, e foi repassado pelo FNDE R\$33.680.050,00 para a alimentação escolar indígena (Cardoso *et al.*, 2009; REBRAE, 2021).

Programa de Aquisição de Alimentos (PAA)

O Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), criado pelo art. 19 da Lei nº 10.696, de 02 de julho de 2003, e reinstituído pela Lei nº 14.628, de 20 de julho de 2023, possui duas finalidades básicas: promover o acesso à alimentação e incentivar a agricultura familiar, inclusive de povos indígenas, uma vez que trata esse grupo como prioritário para a comercialização dos alimentos (Brasil, 2023c).

Em uma pesquisa realizada em 2015, observou-se que as cidades em que a população indígena era beneficiada com o PAA estavam concentradas principalmente nas regiões norte e nordeste, com destaque para os Estados de Roraima e Pernambuco, respectivamente (Teixeira; Norder, 2015).

Além desses programas apontados no Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, podemos destacar outros que visam promover a saúde dos povos indígenas como os Programas de suplementação de micronutrientes existentes no Brasil, como o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e o NutriSus que apresentam ações direcionadas para as crianças indígenas.

O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, instituído em 2005, caracteriza-se pela suplementação profilática medicamentosa, por meio da oferta de megadoses de vitamina A, com o intuito de reduzir e controlar a deficiência desse micronutriente em crianças de 6 a 59 meses de idade e puérperas no pós-parto imediato, principalmente da região Nordeste. Ao longo dos anos, o programa foi ampliado, sendo que em 2010 passou a abarcar os municípios da Amazônia Legal e, em 2012, todos os municípios da Região Norte e todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Brasil, 2013).

O NutriSus consiste na oferta de um sachê de micronutrientes em pó, com vitaminas (A, D, E, C, B1, B2, B6, B12, niacina, ácido fólico) e minerais (ferro, zinco, cobre, selênio e iodo). Esses devem ser distribuídos na Atenção Primária à Saúde, prioritariamente para crianças de 6 a 24 meses, com intuito de reduzir carências nutricionais, principalmente a anemia. Para as crianças indígenas, que vivem em territórios indígenas e são assistidas pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), a faixa etária para recebimento dessa estratégia de suplementação é de 6 a 59 meses (Brasil, 2022d).

Além dos programas abarcados, cita-se abaixo outros programas e/ou organizações voltadas aos povos indígenas, que indiretamente podem promover saúde desse grupo (Quadro 1).

AÇÕES PARA MELHORIA DA SAÚDE E ENFRENTAMENTO DA INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E DAS DESIGUALDADES NOS TERRITÓRIOS

Para o enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional de povos indígenas, algumas medidas precisam ser tomadas, porém, inicialmente é fundamental que um mapeamento e levantamento socioeconômico das comunidades seja realizado, permitindo identificar as zonas e populações de maior risco, além das de-

Quadro 1. Programas ou organizações voltadas aos povos indígenas.

Política, Programa ou Organização	Aplicações/Condicionalidades/Ações
ANAI (Associação Nacional de Ação Indigenista)	Auxilia a Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo (Apoime) e outras organizações locais indígenas no que se refere aos seus direitos, educação, saúde, etc.
CPI-ACRE (Comissão Pró-Índio do Acre)	Organização formada pela sociedade civil que atua para a efetividade dos direitos indígenas, atuando nos âmbitos territorial, ambiental, educacional e social.
CPI-SP (Comissão Pró-Índio de São Paulo)	Organização que atua com índios e quilombolas com o propósito de garantir seus direitos na perspectiva política, cultural, territorial e educacional.
Iepé (Instituto de Pesquisa e Formação Indígena)	Organização não governamental que busca auxiliar as comunidades indígenas do Planalto das Guianas no sentido da garantia de seus direitos.
ISA (Instituto Socioambiental)	Organização formada pela sociedade civil que visa defender os direitos dos indígenas, quilombolas e ribeirinhos, atuando ainda na proteção ao meio ambiente.
KANINDÉ (Associação de Defesa Etnoambiental Kanindé)	Organização da sociedade civil que atua na defesa e garantia dos direitos indígenas, bem como na proteção ao meio ambiente.
OPAN (Operação Amazônia Nativa)	Tem como objetivo promover ações voltadas aos povos indígenas nas esferas educacional, territorial, econômica e de saúde.
Programa PARAKANÃ – PROPKN	Programa que busca amenizar os impactos ao meio ambiente e à comunidade indígena Parakanã - Awaete provocados pelo estabelecimento da Usina Hidrelétrica de Tucuruí.
Programa WAIMIRI – ATROAR	Programa que tem o intuito de amenizar os impactos provocados pelos empreendimentos que afetam a comunidade indígena Waimiri Atroari (norte do Amazonas e sul de Roraima), atuando na relação dos indígenas com a sociedade brasileira.
Programa 0617 - Proteção e Promoção dos Direitos dos Povos Indígenas	Programa do Ministério da Justiça e Segurança Pública que visa contribuir para melhores condições de vida dos povos indígenas, atuando na defesa ao território e meio ambiente, voltada ao etnodesenvolvimento. Atualmente, o programa encontra-se em fase de revisão.
Projeto Trilhas de Conhecimentos	Visa dar suporte a estudantes indígenas para o acesso e sua permanência no ensino superior no Brasil.
Projeto Vídeo nas Aldeias	Organização não governamental que se utiliza da produção de vídeos como forma de disseminar a identidade e cultura indígena e manter registros internos.

Fonte: Brasil, 2002; Brasil, 2022; Instituto Socioambiental, 2021. Elaborada pelas autoras.

mandas por serviços e programas governamentais de apoio. É importante garantir ações participativas, permitir uma gestão completa de terras e planos de ocupação, definindo limites territoriais através de sua regularização fundiária, tudo isso seria responsabilidade da própria FUNAI. Dentre estes fatores, precisa ser trabalhada uma série de políticas públicas, programas para o desenvolvimento social e rural sustentável (por meio da conservação de agrobiodiversidade) atendendo as particularidades étnico-culturais de cada território. Além desses fatores, é imprescindível que medidas de fiscalização e monitoramento sejam implementadas (Câmara Interministerial *et al.*, 2011).

Destarte, é necessário maior atuação do Estado na fiscalização e proteção das terras indígenas (Cardoso *et al.* 2009), difusão de técnicas e saberes que permitam a otimização da terra e do ambiente existente para produção de alimentos respeitando a cultura indígena. Em especial, pelo Sistema Agroflorestal (SAF) que se apresenta como uma alternativa de produção de diversos alimentos junto ao reflorestamento das terras que segue os mesmos princípios e saberes culturais que os povos indígenas usam para produzir alimentos (Andrade; Ferreira; Schmitz, 2022).

Difundir aos povos indígenas técnicas e saberes para otimização da terra para produção de alimentos trará condições de mitigar os riscos de insegurança alimentar, tornando essas comunidades menos dependentes de meios externos, como por exemplo, alimentos congelados, industrializados e ultraprocessados. Há de se ressaltar que a difusão de técnicas e saberes deve priorizar a assistência técnica para acompanhamento da produção e não deve se limitar a tão somente distribuição de insumos (Andrade; Ferreira; Schmitz, 2022).

Algumas ações interessantes para prevenir a insegurança alimentar e nutricional nestes territórios perpassam pelo estímulo da conservação da agrobiodiversidade, valorizando a cultura local e provendo insumos e eventos de troca de experiências sobre práticas tradicionais da agricultura e alimentação dos povos indígenas. Outro ponto importante a ser tratado refere-se à elaboração de acordos e planos participativos, entre instituições governamentais e seus parceiros, além das próprias tribos, para a produção alimentar sustentável em terras indígenas (Câmara Interministerial *et al.*, 2011).

Partindo para medidas governamentais que poderiam ser estimuladas, temos a implementação de projetos de gestão ambiental e etnodesenvolvimento, planos de gestão ambiental e territorial, centros e cursos de formação indígena,

além do fornecimento de assistência técnica e de extensão rural para as famílias indígenas (Câmara Interministerial *et al.*, 2011). Em suma, podemos citar as iniciativas descritas na figura 5.

Considerando os fatores citados acima, é fundamental que as ações de órgãos governamentais sejam monitoradas, a fim de assegurar o acesso dos povos indígenas aos serviços públicos e programas sociais, sendo essencial para a promoção da segurança alimentar nesta população. Aliado a estes fatores, é importante lembrar que a preservação patrimonial em geral deve ser estimulada, dando atenção às individualidades étnico-culturais de cada território/tribo (Câmara Interministerial *et al.*, 2011).

No que diz respeito à segurança alimentar destes povos, é imprescindível que haja incentivo aos processos de identificação, mobilização, capacitação, assistência

- 1 Ações coordenadas para identificação de famílias indígenas em risco alimentar e nutricional, a fim de fortalecer as ações de fomento e estruturação da produção (Brasil sem Miséria - MDS).
- 2 Apoio e instrução para o desenvolvimento sustentável através da elaboração de planos de desenvolvimento sustentável.
- 3 Apoio a projetos de fomento à produção local, especialmente de alimentos.
- 4 Capacitação técnica para o cuidado e manutenção de recursos naturais.
- 5 Incentivo ao fortalecimento de organizações comunitárias.
- 6 Ampliação do acesso às políticas públicas direcionadas à população indígena.
- 7 Garantir o acesso às políticas de desenvolvimento rural sustentável.
- 8 Incentivo à produção voltada para o autoconsumo e pesca sustentável.

Figura 5. Iniciativas/Ações para melhoria da saúde e enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional e das desigualdades nos territórios

Fonte: Câmara Interministerial *et al.*, 2011. Elaborada pelas autoras.

técnica e fornecimento de instalações, equipamentos e insumos necessários para o aprimoramento dos sistemas agroecológicos de produção, com foco nas individualidades de cada território. Além disso, também é necessário estímulo para a recuperação da cobertura florestal, visto que, com o crescente aumento nos índices de queimadas e desmatamento, as áreas produtivas pertencentes às populações indígenas tem diminuído constantemente, o que representa um prejuízo enorme para esta parcela da sociedade, já que, com menos espaço produtivo, os índios são forçados a migrar para zonas urbanas, além de diminuir sua produção própria e aumentar o consumo de produtos industrializados, representando um dos maiores riscos nutricionais atribuídos a esta população atualmente (Câmara Interministerial *et al.*, 2011).

Um ponto importante a ser considerado é que o SUS possui um subsistema específico voltado para a atenção da saúde indígena, oferecendo um cuidado integral e individualizado para as tribos (Coimbra Jr; Basta, 2007). Há emergência em se trabalhar mais esse fator e melhorá-lo, já que a população indígena representa uma parcela importante da sociedade brasileira, e nem sempre possui acesso de forma fácil aos tratamentos de moléstias como as doenças infecciosas e parasitárias, principalmente a tuberculose (Coimbra Jr; Basta, 2007) e malária (Ianelli, 2000), justamente por viverem em ambiente favorável à transmissão de parasitas e microrganismos (água e contaminação alimentar) por ausência ou precariedade de saneamento básico. É possível observar altas taxas de mortalidade infantil e desnutrição indígena (Coimbra Jr; Basta, 2007), além disso, as infecções respiratórias agudas (IRA), principalmente a pneumonia e a hepatite (Braga, 2004) são pontos de atenção nestes povos, portanto, garantir o acesso ao SUS, e estimular o desenvolvimento do programa de atenção à saúde indígena são pontos fundamentais para serem colocados como ação/meta.

Tratando-se especificamente das mulheres e crianças indígenas, é importante garantir que a atenção pré-natal (tentando atingir pelo menos seis consultas) e ao puerpério seja garantida, tentando associar as práticas tradicionais desta cultura às orientações técnico-científicas do Ministério da Saúde, visando melhorar a saúde das grávidas/nutrizes, e garantir o crescimento adequado dos bebês. Tem-se que este acompanhamento pode reduzir a mortalidade materna, trazendo melhorias para as condições de saúde desta população tanto no processo da gestação, quanto parto e nascimento. Além da gestação, o acompanhamento da mulher indígena é

importante para reduzir a ocorrência de cânceres de colo de útero e de mama, além de prevenir a contração de IST (Brasil, 2020).

Para a criança indígena, o monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil é imprescindível, além disso, existe a estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes da infância (Aidpi), fazendo com que seja possível a identificação prévia de sinais e sintomas de diversas doenças, que, dependendo do grau, podem acabar culminando na morte de crianças menores de cinco anos, sendo esse, um dos principais eixos para enfrentar e reduzir a mortalidade infantil no Brasil (Brasil, 2020).

Segurança alimentar e nutricional e a pandemia da COVID-19: a população indígena em pauta

Segundo a Lei nº 11.343/2006 a segurança alimentar e nutricional se define como o direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem interferir no acesso a outras necessidades essenciais. Os aspectos ambientais, culturais, regionais e sociais devem ser respeitados pelas políticas públicas, e ações que têm em vista a proteção desses direitos. Ademais, esse direito é básico e abrange uma gama de outros direitos civis da população, visando o alcance à dignidade e à totalidade cidadã. Para isso, é primordial a necessidade de discutir e construir ações que se atentem a essa questão, principalmente em se tratando das populações à margem da sociedade (Brasil, 2006).

Sendo assim, para os indígenas a comida não nutre apenas as questões fisiológicas e básicas, mas está relacionada ao seu modo de produção, etnias, costumes, rituais e outras representações, uma vez que o alimento está intimamente ligado à sua cultura (Andrade; Ferreira; Schmitz, 2022).

Abordar sobre segurança alimentar e nutricional nesse contexto reflete diretamente sobre as relações de reciprocidade e subsistência que essas populações estabelecem com o ambiente e o alimento, visto que, a alimentação não está somente ligada à manutenção da comunidade, mas sim ao seu crescimento (Athila; Leite, 2020). Sabe-se que a comida é uma das bases da sobrevivência humana, e que as condições que interferem diretamente no seu alcance, como o ambiente em que são produzidos os alimentos, por exemplo, expressam muito sobre a qualidade de vida de uma sociedade, em especial das comunidades que consomem em maioria os alimentos produzidos e extraídos em seu território (Maciel, 2004).

Dentre todas essas questões, no início do ano de 2020 o país começou a sofrer com a pandemia da COVID-19. Essa crise na saúde trouxe e traz preocupações expressivas aos povos indígenas relativos à sua situação alimentar e nutricional, que já era amplamente desfavorável. Aborda-se um contexto de grande vulnerabilidade social, junto a inequidades e violações de direitos que historicamente afetam diretamente o perfil alimentar e nutricional desses povos, não obstante as medidas de controle da transmissão agravaram ainda mais esse quadro (Santos; Pontes; Coimbra Jr., 2020).

A partir do início dos primeiros alertas da disseminação do SARS-CoV-2 em território nacional, diversas comunidades e organizações indígenas iniciaram um isolamento voluntário, com a redução da circulação de pessoas das aldeias para os centros urbanos, movimento esse instaurado como #ficanaaldeia. Medidas de contenção da transmissão do vírus, limitação da entrada de não indígenas nos territórios e diminuição do trânsito da aldeia-cidade foram algumas das recomendações feitas pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e da FUNAI. Porém, inúmeras comunidades dependem das atividades econômicas geradas nos centros urbanos para garantir uma alimentação e programas de transferência de renda dependem exclusivamente do deslocamento das famílias aos centros urbanos, pois a acessibilidade aos meios de comunicação digital nos territórios indígenas é baixa (Nicacio, 2020).

Visto essas condições, organizações como a FUNAI, diversas prefeituras e o Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos anunciaram a distribuição de cestas básicas e o acesso mais facilitado às questões de transferência de renda emergenciais. Sendo que, essas medidas emergenciais foram fundamentais nesse contexto. Entretanto, ainda sim a pandemia continua a gerar preocupações, visto a falta de clareza e acesso dos procedimentos para evitar a transmissão do vírus nessas populações, o que reflete diretamente na segurança alimentar e nutricional desses povos (ABRASCO; ABA, 2020).

As ações que garantam acesso de forma permanente e estável a alimentos culturalmente adequados e saudáveis devem existir mesmo após as questões relacionadas à pandemia, para que assim ocorra de fato uma segurança alimentar e nutricional efetiva a essa população. Além disso, devido às diferentes características de cada localidade, as medidas devem ser adaptáveis a cada realidade cultural (ABRASCO; ABA, 2020). Nessa perspectiva, pontuam-se algumas ações consideradas de cunho relevante para garantir a segurança alimentar e nutricional desses povos (Figura 6).



- Monitoramento completo e contínuo do acesso aos alimentos produzidos pelas comunidades nas terras indígenas.
- Assegurar acesso às políticas indigenistas aos indígenas que vivem nos contextos urbanos.
- Distribuição de cestas básicas de acordo com a cultura alimentar de cada povo, evitando alimentos ultra-processados.
- Garantir a continuidade das ações do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE).
- Assegurar a garantia do acesso à água potável e saneamento básico.
- Orientação e acompanhamento da população em relação à COVID-19 e outras condições de saúde.
- Incentivar a prática da vacinação entre a população indígena visto a ocorrência de surtos entre estes povos de doenças preveníveis por vacina como a tuberculose.
- Envolver representantes da sociedade civil e organizações indígena nas ações de proteção e promoção da saúde.
- Coibição de invasores nos territórios indígenas, como grileiros, posseiros, garimpeiros, madeireiros e outros tantos que praticam atividades ilícitas nesses territórios.
- Suspensão de quaisquer tentativas de despejo em retomadas dos territórios de ocupação tradicional.
- Revogar a Portaria Funais nº 419/PRES/2020, a qual constitui um ato de irresponsabilidade, uma vez que traz mais risco à integridade dos povos isolados e de recente contato, deixando-os assim mais vulneráveis afetando diretamente a sua segurança alimentar, nutricional, social etc.

Figura 6. Ações relevantes para garantia da segurança alimentar e nutricional dos povos indígenas.

Fonte: ABRASCO; ABA, 2020. Elaborada pelas autoras.

1. Deve-se existir um monitoramento completo e contínuo do acesso aos alimentos produzidos pelas comunidades nas terras indígenas. Sabe-se que a produção alimentar exige trabalho cotidiano e contínuo, e incluem abertura de roças para que as condições de plantio, colheita, e outras atividades como caça e pesca sejam desenvolvidas de forma segura e ambientalmente corretas (ABRASCO; ABA, 2020). Além disso, vale lembrar que em cenário epidêmico como o da COVID-19, há uma chance maior de muitas pessoas adoecerem ao mesmo tempo, inviabilizando a produção alimentar indígena. Nesse sentido, o papel da vigilância alimentar e nutricional é de promoção de ações de enfrentamento para que não ocorram agravos de saúde e identificação de situações que necessitem de intervenção (ABRASCO; ABA, 2020).
2. Cautela com as condições de alimentação e nutrição de indígenas que vivem nos contextos urbanos, visto que, os mesmos também devem ter acesso às políticas indigenistas, seja por dificuldades no acesso às diversas políticas públicas e sociais, pelas suas diversas vulnerabilidades e por sofrerem discriminação e preconceito (ABRASCO; ABA, 2020). Sendo assim, as políticas públicas diferenciadas devem ser asseguradas e, caso necessário, esses devem participar de iniciativas equivalentes àquelas direcionadas às populações nas terras indígenas (ABRASCO; ABA, 2020).
3. A distribuição de cestas básicas, como já mencionado, deve ser uma medida avaliada localmente pelas comunidades, por meio de suas lideranças ou organizações indígenas. O repasse direto dos recursos às organizações indígenas ou a compra coletiva de alimentos e seu transporte até as comunidades podem ser alternativas e combinados entre os órgãos responsáveis e a comunidade. Dessa forma, as ações necessitam de articulação entre o Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, a Conab/MAPA, a SESAI/Ministério da Saúde, a FUNAI, organizações indígenas e parceiros públicos ou privados responsáveis pela logística de transporte. Ademais, os alimentos devem estar de acordo com a cultura alimentar de cada região, dando sempre preferência a alimentos agroecológicos produzidos e cultivados pelas comunidades indígenas evitando pertinentemente a distribuição excessiva de alimentos ultraprocessados. E não obstante deve-se adotar medidas de higienização dos alimentos com o uso de equi-

pamentos de proteção individual pelas pessoas responsáveis por essa distribuição (ABRASCO; ABA, 2020).

4. É importante que se garanta a continuidade das ações do PNAE em terras indígenas e também para as famílias indígenas em situações de vulnerabilidade em contextos urbanos. Lembrando que o acesso à alimentação que o PNAE proporciona deve ser mantido mesmo com a suspensão das atividades escolares por questões específicas, como no caso da COVID-19. Deve-se priorizar fortemente a produção local e as escolhas alimentares culturalmente específicas. Em último caso, recursos financeiros destinados à compra da alimentação escolar devem ser transferidos diretamente às comunidades ou às famílias, garantindo a segurança alimentar e nutricional (ABRASCO; ABA, 2020).
5. Outro ponto fundamental é assegurar a garantia do acesso à água potável e saneamento básico, fundamentais para prevenção de agravos e enfermidades, refletindo assim diretamente na saúde alimentar e nutricional dos povos indígenas (ABRASCO; ABA, 2020).
6. Em relação à COVID-19 em especial, a SESAI, a FUNAI, o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania e as organizações e lideranças indígenas e da sociedade civil têm papel chave na orientação e acompanhamento da população sobre as orientações preventivas ao contágio e elaboração de alternativas socialmente adequadas de acesso ao recurso. Nesse cenário também se recomenda a suspensão imediata dos atuais bloqueios ao recebimento do Programa Bolsa Família e do Benefício de Prestação Continuada (BPC) por beneficiários indígenas (ABRASCO; ABA, 2020).
7. Em complemento, os comitês de crise distrital nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) (Portaria Sesai 36/2020) e de comitês de crise municipais (e estaduais, onde for possível), devem envolver representantes da sociedade civil e organizações indígenas, e, além das ações de proteção e promoção da saúde em relação à COVID-19, coordenando as ações relativas à segurança alimentar da população indígena sob sua jurisdição (ABRASCO; ABA, 2020). Os comitês municipais devem incluir representantes da população indígena residente nas cidades (ABRASCO; ABA, 2020).
8. É necessário também a coibição de invasores nos territórios indígenas, como grileiros, posseiros, garimpeiros, madeireiros e outros tantos que

praticam atividades ilícitas nesses territórios, que refletem diretamente nas condições de segurança alimentar e nutricional desses povos (ABRASCO; ABA, 2020).

9. É primordial que se suspenda quaisquer tentativas de despejo em retomadas dos territórios de ocupação tradicional voltadas a garantir o seu direito originário, de posse e usufruto exclusivo (ABRASCO; ABA, 2020).
10. Revogar a Portaria Funai nº 419/PRES/2020, que retira da Coordenação Geral de Índios Isolados a responsabilidade de proteger esses povos, repassando-a às coordenações regionais do órgão indigenista, mesmo sabendo que estas não reúnem quadro qualificado e condições estruturais para tal missão específica. Esta Portaria constitui um ato de irresponsabilidade, uma vez que traz mais risco à integridade dos povos isolados e de recente contato, deixando-os assim mais vulneráveis afetando diretamente a sua segurança alimentar, nutricional, social e etc. (ABRASCO; ABA, 2020).
11. Deve-se também incentivar a prática da vacinação entre a população indígena, visto a ocorrência de surtos entre estes povos de doenças preveníveis por vacina como a tuberculose. Sendo assim, deve-se realizar a ampliação da divulgação de estratégias como o Mês de Vacinação dos Povos Indígenas (MVPI), além da adoção de outras medidas como realização de campanhas vacinais de acordo com as demandas observadas pelas populações indígenas, assim como realizar um trabalho educativo conscientizando sobre a importância da vacinação (ABRASCO; ABA, 2020).

CLIQUE PARA LER E BAIXAR

Não deixe de ler a cartilha lançada pelo Ministério do Desenvolvimento Social: **Diretrizes para o atendimento de povos indígenas e povos e comunidades tradicionais em programas de segurança alimentar e nutricional** (https://mds.gov.br/webarquivos/MDS/2_Acoes_e_Programas/Acesso_a_Alimentos_e_a_Agua/Articulacao_de_Politicas_Publicas_de_SAN_para_Povos_e_Comunidades_Tradicionais/Arquivos/Cartilha_Diretrizes.pdf).



À vista disso, a pandemia da COVID-19 concomitantemente às situações enfrentadas pelos povos indígenas mesmo antes, jogam luz sobre as desigualdades sociais, étnico-raciais e de gênero, junto às condições precárias de vida que os indígenas estão e são submetidos (Gonçalves *et al.*, 2020). Assim escancaram o cenário catastrófico sobre a segurança alimentar e nutricional desses povos.

Atualmente, tem-se o Ministério dos Povos Indígenas, criado em janeiro de 2023, a partir da necessidade de atenção especial a essa população, evidenciada pela situação vivenciada pelos mesmos, como apresentado nesse capítulo. Os objetivos desse Ministério perpassam por garantir acesso à educação e a saúde e demarcar terras indígenas, por meio da efetivação das políticas públicas relacionadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO, Associação Brasileira de Saúde Coletiva; ABA, Associação Brasileira de Antropologia. **A Covid-19 e a situação alimentar entre os povos indígenas: recomendações para o enfrentamento da pandemia.** 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/a-covid-19-e-a-situacao-alimentar-entre-os-povos-indigenas-recomendacoes-para-o-enfrentamento-da-pandemia/47017/>. Acesso em: 22 out. 2021.

ALVES, F. T. A. *et al.* Mortalidade proporcional nos povos indígenas no Brasil nos anos 2000, 2010 e 2018. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, p. 691-706, 2021.

AMARANTE, J. M.; COSTA, V. L. A.; MONTEIRO, J. O controle da tuberculose entre os índios Yanomami do alto Rio Negro. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 11, n. 2, p. 5-12, 2003.

ANDRADE, R. A. O.; FERREIRA, C. A. F. C.; SCHMITZ, J. G. Programas de Segurança Alimentar e Nutricional e Proteção territorial Indígena no Brasil: Relatórios de Gestão da FUNAI (2013-2018). **Revista Magistro**, v. 2, n. 26, 2022.

ATHILA, A. R.; LEITE, M. S. A medida da fome: as escalas psicométricas de insegurança alimentar e os povos indígenas no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

BENATTI, J. H.; RAIOL, R. W. G.; LIMA, T. S. Os grupos vulneráveis no sistema interamericano de direitos humanos: a proteção do território dos povos indígenas e comunidades tradicionais. **Revista da Faculdade de Direito da UFG**, Goiânia, v. 45, n. 1, 2021. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/revfd/article/view/60006>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRAGA, W. S. Hepatitis B and D virus infection within Amerindians ethnic groups in the Brazilian Amazon: epidemiological aspects. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 37, p. 9-13, 2004.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. 2002. 40 p.

BRASIL. 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 15 set. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111346.htm. Acesso em: 22 out. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007**. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. 2007.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Lei Arouca**: 10 anos de Saúde Indígena. Brasília: FUNASA, 2009. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro-lei-arouca-10anos.pdf. Acesso em: 22 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 34 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Estudo Técnico n.º 01/2014**. Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA: análise psicométrica de uma dimensão da Segurança Alimentar e Nutricional. 2014a. 15p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A integração da saúde indígena no SUS**: uma proposta da gestão estadual. Brasília: CONASS, 2014b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

BRASIL. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Perfil epidemiológico dos indígenas assistidos pelo SasiSUS e panorama dos serviços de atenção primária**. Brasília: Ministério da Saúde. 2018. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3649/13/Perfil%20epidemiologico.pdf>. Acesso em: 22 out. 2022.

BRASIL. **Saúde Indígena, Um Direito Constitucional**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. 2020. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_direito_constitucional.pdf. Acesso em: 22 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde**: enfrentando o beribéri em terras indígenas. Brasília, DF: MS, 2021a. 42 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Situação alimentar e nutricional de idosos na Atenção Primária à Saúde no Brasil** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021b. 10p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Situação alimentar e nutricional de crianças na Atenção Primária à Saúde no Brasil** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022a. 71 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Situação alimentar e nutricional de gestantes na Atenção Primária à Saúde no Brasil**

[recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022b. 21 p.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Indicador Programa 0617** - Proteção e Promoção dos Direitos dos Povos Indígenas. 2022c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Caderno dos programas nacionais de suplementação de micronutrientes** [recurso eletrônico] versão preliminar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022d. 44 p.

BRASIL. Fundação Nacional dos Povos Indígenas. **Cartilha SOS Yanomami**. Brasília: FUNAI, 2023a.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania. **Relatório preliminar da omissão sobre a preservação dos direitos humanos do povo Yanomami, gestão 2019 e 2022**. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, 2023b.

BRASIL. **Lei nº 14.628, de 20 de julho de 2023**. Institui o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) e o Programa Cozinha Solidária; altera as Leis nºs 12.512, de 14 de outubro de 2011, e 14.133, de 1º de abril de 2021 (Lei de Licitações e Contratos Administrativos); e revoga dispositivos das Leis nºs 11.718, de 20 de junho de 2008, 11.775, de 17 de setembro de 2008, 12.512, de 14 de outubro de 2011, e 14.284, de 29 de dezembro de 2021. 2023c.

CÂMARA INTERMINISTERIAL *et al.* **Plano nacional de segurança alimentar e nutricional: 2012/2015**. 2011.

CARDOSO, A. M. *et al.* (coords.). **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas: Relatório Final (Análise dos dados) nº 7**. Rio de Janeiro: FUNASA; ABRASCO; BANCO MUNDIAL, 2009, 496 p.

CIMI. **Relatório – violência contra os povos indígenas no Brasil – dados de 2022**. CIMI, 2023. Disponível em: <https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2023/07/relatorio-violencia-povos-indigenas-2022-cimi.pdf>.

COIMBRA JR, C. E. A.; BASTA, P. C. The burden of tuberculosis in indigenous peoples in Amazonia, Brazil. **Transactions of the Royal society of tropical medicine and hygiene**, v. 101, n. 7, p. 635-636, 2007.

FÁVARO, T. *et al.* Segurança alimentar em famílias indígenas Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 785–793, abr. 2007.

FERREIRA, T. T.; VILAR, G. D. C.; SOUZA, W. J.; CALAZANS, D. L. M. S.; PEQUENO, N. P. F. Elementos de (in)segurança alimentar no povo indígena potiguara Mendonça do Amarelão, Rio Grande do Norte. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, SP, v. 30, n. 00, p. 1-12, 2023. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8670705>. Acesso em: 6 jul. 2023.

FUNASA. **Manual de Projetos para as Iniciativas Comunitárias em Saúde Indígena**. Rio de Janeiro: MINISTÉRIO DA SAÚDE; FUNASA; PROJETO VIGISUS, 2005, 496 p.

GARNELO, L.; PONTES, A. L. (orgs.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Coleção Educação para Todos. Brasília: MEC-SECADI, 2012. 280 p.

GENARO, O.; FERRARONI, J. J. Estudo sobre malária e parasitoses intestinais em indígenas da tribo Nadeb-Maku, Estado do Amazonas, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 18, p. 162-169, 1984.

GONÇALVES, D. L. *et al.* Pandemia da COVID-19 na vida dos povos indígenas. **Vukápanavo: Revista Terena**, nº 3, p. 1-400, out./nov. 2020.

HAIFIG, S. S. V. **Segurança alimentar e nutricional dos povos indígenas brasileiros: uma revisão bibliográfica**. 2021. 41f. Trabalho de conclusão de curso de graduação (Nutrição) - Instituto de Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2021.

HAY -HUTUKARA ASSOCIAÇÃO YANOMAMI; SEDUUME - ASSOCIAÇÃO WANASSEDUUME YE'KWANA. **Yanomami sob ataque: garimpo ilegal na terra indígena Yanomami e propostas para combatê-lo**. Boa Vista: Hutukara Associação Yanomami/Associação Wanasseduume Ye'kwana. 2022. 120 p.

IANELLI, R. V. **Epidemiologia da malária em populações indígenas da Amazônia**. Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais, p. 355-374, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010: características gerais dos indígenas – resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). FUNDAÇÃO NACIONAL DOS POVOS INDÍGENAS (FUNAI) IBGE. FUNAI. **Folder O Brasil Indígena**. 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/funai/pt-br/arquivos/conteudo/ascom/2013/img/12-dez/pdf-brasil-ind.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022: indígenas – primeiros resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. Lista de organizações de apoio aos povos indígenas. **Povos Indígenas no Brasil**. 2021. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Lista_de_organiza%C3%A7%C3%B5es_de_apoio_ao_povos_ind%C3%Adgenas. Acesso em: 28 fev. 2023.

LUZ, V. G. *et al.* **Insegurança alimentar e nutricional nas retomadas guarani e kaiowá: um estudo em cinco territórios indígenas do Mato Grosso do Sul**. Brasília, DF: FIAN Brasil, 2023.

MACIEL, M. E. Uma cozinha a brasileira. **Estudos históricos**, Rio de Janeiro-RJ, nº 33, janeiro-junho de 2004, p. 25-39, 2004.

MINISTÉRIO DA AGRICULTURA, PECUÁRIA E ABASTECIMENTO (MAPA). **Guia prático: alimentação escolar, indígena e de comunidades tradicionais**. 1ª edição; 2020. Disponível em: https://rebrae.com.br/php/biblioteca_virtual/uploads/pdf/17-11-2020-11-48-02_920340_guia_pratico_alimentacao_escolar_indigena_e_de_comunidades_tradicionais.pdf. Acesso em: 13 out. 2021.

MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE (MMA). **Carteira indígena**. Disponível em: <https://antigo.mma.gov.br/apoio-a-projetos/carteira-indigena.html>. Acesso em: 13 out. 2021.

NICACIO, M. **Descaso com a Covid-19 pode exterminar povos indígenas**. 2020.

REDE BRASILEIRA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DO ESCOLAR (REBRAE). **Aquisição da produção de povos originários e tradicionais avança no PNAE**. 2021. Disponível em: <https://rebrae.com.br/index.php/noticias/444-pnae-indigenas-tradicionais>. Acesso em: 13 out. 2021.

RIBAS, D. L. B.; LEITE, M. S.; GUGELMIN, S. Â. Perfil nutricional dos povos indígenas do Brasil. In: BARROS, D. C.; SILVA, D. O.; GUGELMIN, S. Â. (orgs.). **Vigilância alimentar e nutricional para a saúde**

Indígena [online]. Vol. 1. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 211- 235, 2007. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/fyyqb/pdf/barros-9788575415870.pdf#page=202>. Acesso em: 22 out. 2022.

SANTOS, R.V.; COIMBRA JR, C. E. A. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: COIMBRA JR, C. E. A.; SANTOS, R. V, ESCOBAR A. L. (orgs.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 13-47, 2003.

SANTOS, R. V.; PONTES, A. L.; COIMBRA JR, C. E. A. **Um “fato social total”**: COVID-19 e povos indígenas no Brasil. 2020.

SEGALL-CORRÊA, A. M. *et al.* The Brazilian food security scale for indigenous Guarani households: development and validation. **Food Security**, v. 10, p. 1547-1559, 2018.

SOUSA, M.C.; SCATENA, J.H.G.; SANTOS, R.V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.853-861, 2007.

SOUSA, C. N. I. *et al.* (orgs.). **Povos indígenas**: projetos e desenvolvimento II. Brasília: Paralelo 15, Rio de Janeiro: Laced, 2010. 234 p.

TEIXEIRA, C. A.; NORDER, L. A participação indígena no programa de aquisição de alimentos (PAA) (The indigenous participation in the Food Acquisition Program (PAA)). **Revista Nera**, [S. l.], n. 26, p. 110–121, 2015. Disponível em: <https://revista.fct.unesp.br/index.php/nera/article/view/3145>. Acesso em: 22 out. 2022.

VARGAS, L. C. *et al.* Segurança Alimentar e Nutricional entre os Guaranis Mbyá da Aldeia Boa Esperança, Aracruz, Espírito Santo, Brasil. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição-RASBRAN**, v. 5, n. 1, p. 5-12, 2013.

ZUKER, F. Médico sanitário diz que doenças respiratórias, como coronavírus, são vilões do genocídio indígena. **Amazônia Real**. 2020. Disponível em: <https://amazoniareal.com.br/medico-sanitarista-diz-que-doencas-respiratorias-como-coronavirus-sao-viloes-do-genocidio-indigena/>. Acesso em: 15 fev. 2023.

CAPÍTULO 3

Insegurança Alimentar e Nutricional de Quilombolas

Maya da Silva Nunes, Dayane de Castro Morais, Núbia de Souza de Morais, Camila Stefany Carvalho Ribeiro, Sílvia Oliveira Lopes, Sílvia Eloiza Priore

INTRODUÇÃO

O termo quilombo ou mocambo possui referência na língua africana *kim-bundu* ou *quimbunco*, do povo *imbagala* (habitantes de Angola) que significa acampamento ou fortaleza. No Brasil, os quilombos eram os lugares formados por escravizados fugidos, que representavam resistência ao sistema escravocrata e espaço de reprodução das crenças, tradições, religiões, hábitos, exercício da liberdade e reafirmação da cosmovisão africana (Oliveira, 2008; Fonsêca; Silva, 2020).

A invisibilidade dos quilombos teve seu rompimento cerca de 100 anos após a Lei Áurea, por meio da Constituição Federal de 1988, que é considerada um marco legal de primeiros direitos para essa população (Brasil, 1988; Oliveira, 2008). No artigo 68 da Constituição foi estabelecido à permanência desses grupos nas terras tradicionalmente ocupadas e garantia ao território e a terra como direito essencial a existência e sobrevivência das comunidades. Assim, cabe ao Estado o dever da emissão dos títulos referentes às terras ocupadas (Brasil, 1988; Brasil, 2011).

Mesmo após a abolição da escravatura, os quilombos perduraram e atualmente são reconhecidos como remanescentes das comunidades quilombolas, ocupadas pelos descendentes de escravizados africanos ou livres. De acordo com a definição legal, são formadas por:

[...] grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção

de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida (Brasil, 2003, p. 1).

No reconhecimento dos locais remanescentes de quilombos, cabe ao coletivo à posse do território e a organização da comunidade na auto declaração como quilombola. O Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) é o órgão fiscalizador dos processos de titulação dos territórios quilombolas e a Fundação Cultural Palmares, a entidade que emite a certidão de auto definição como remanescente quilombola, sendo que o título emitido na certidão leva o nome da comunidade (Brasil, 2011).

Segundo dados do Guia de Políticas Públicas para Comunidades Quilombolas, publicado pela Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, em 2013, 2.197 comunidades foram reconhecidas pelo Estado brasileiro. As quais 2.040 (92,9%) comunidades possuíam certificações pela Fundação Cultural Palmares. Este levantamento apontou que 63% dessas comunidades estavam no Nordeste; e 1.229 (55,9%) das comunidades estavam em processos abertos para titulação de terras junto ao INCRA. Nessa época, estimava-se que o Brasil abrigava cerca de 214 mil famílias e 1,17 milhão de quilombolas em todo o país (Brasil, 2013).

Dados do último Censo Demográfico (2022) demonstram um crescimento da população quilombola, sendo identificadas 1.330.186 pessoas, que correspondem a cerca de 0,65% da população brasileira. Os quilombolas estão localizados em 24 estados e no Distrito Federal, estando principalmente nas regiões Nordeste (68,19%), Sudeste (13,73%) e Norte (12,51%) (Tabela 1), estando presentes em 1.696 municípios brasileiros (30,5%) (IBGE, 2023). A média de moradores em domicílios onde há pelo menos uma pessoa quilombola é maior do que no total de domicílios do país, sendo 3,17 e 2,79, respectivamente (IBGE, 2023).

Ressalta-se que esta edição do Censo é a primeira que investigou esse grupo, integrante dos povos e comunidades tradicionais. Assim, o Censo referente à população quilombola, preenche parte de uma lacuna referente aos dados de grupos étnicos específicos, que ainda estão marginalizados em relação a levantamentos epidemiológicos e principalmente em políticas públicas específicas de combate à vulnerabilidade dos mesmos.

A vulnerabilidade da população quilombola, que será discutida ao longo do capítulo, perpassa pelas desigualdades étnico-raciais e invisibilidade dos mesmos,

Tabela 1. População quilombola no Brasil, segundo as macrorregiões. Censo Demográfico (2022).

Macrorregião	População quilombola	
	n	%
Nordeste	906.337	68,14
Sudeste	182.427	13,71
Norte	167.311	12,58
Sul	29.114	2,19
Centro-Oeste	44.997	3,38

Fonte: IBGE, 2023.

em consequência da limitação de políticas públicas direcionadas, bem como da dificuldade de acesso a essas políticas pelo grupo populacional quilombola (Silva; Souza; Santos, 2008; Sardinha *et al.*, 2014; Cristina; Moura; Mota, 2022).

Sendo assim, esse capítulo tem como objetivo avaliar as condições de segurança alimentar e nutricional e saúde de comunidades quilombolas e apresentar políticas, programas e ações relacionadas à segurança alimentar e nutricional e saúde desses povos tradicionais.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS CONDIÇÕES DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E SAÚDE EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS

O diagnóstico da situação de (in) segurança alimentar e nutricional e saúde em comunidades quilombolas é apresentado em pesquisas e sistemas nacionais, além de estudos pontuais desenvolvidos em diferentes comunidades do país. A seguir destacamos as principais informações para este diagnóstico nesta população.

A Chamada Nutricional Quilombola, realizada em 2006 pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, foi a primeira pesquisa em esfera nacional realizada em comunidades quilombolas. Apresentou a avaliação nutricional de crianças de zero a cinco anos, de aproximadamente três mil crianças que frequentaram os postos de vacinação, presentes em 60 comunidades quilombolas de 22 estados, durante a Campanha Nacional de Vacinação (Brasil, 2008). Este estudo evidenciou que 28,7% (n= 305) das crianças avaliadas apresentaram aleitamento

materno exclusivo aos seis meses ou mais. As prevalências de desnutrição pregressa, detectada pela baixa estatura por idade, e de desnutrição atual, avaliada pelo índice Peso/Idade, foram altas indicando que a desnutrição é um problema de saúde pública na população quilombola (Quadro 1) (Brasil, 2008).

A Chamada também revelou que 20,1% (n=587) das crianças moravam em residências sem luz elétrica (BRASIL, 2008). Referente ao saneamento básico, 29,6% (n=868) dos domicílios apresentavam abastecimento de água por rede pública, 43,8% (n=1.284) por poço ou nascente e 5,8% (n= 171) por cisterna ou água de

Quadro 1. Pesquisas nacionais, e principais resultados, relacionados à segurança alimentar e nutricional e saúde da população quilombola.

Pesquisa Nacional e População avaliada	Principais resultados	
	Segurança Alimentar e Nutricional	Saúde
<p>Chamada Nutricional Quilombola (BRASIL, 2008)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crianças de zero a cinco anos de 22 estados brasileiros 	<ul style="list-style-type: none"> • Residências sem luz elétrica: 20,1% (n=587) • Abastecimento de água: 29,6% (n=868) por rede pública, 43,8% (n=1.284) por poço ou nascente e 5,8% (n= 171) por cisterna ou água de chuva • Esgoto sanitário: 3,2% (n=95) por rede pública, 45,9% (n=1.347) por vala ou céu aberto • Consumo de água sem tratamento: 35,9% (n= 1.045) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aleitamento materno exclusivo aos seis meses ou mais: 28,7% (n= 305) • Baixa Estatura/Idade: 15,0% (n= 409) • Baixo Peso/Idade: 5,9% (n= 161)
<p>Avaliação da situação de segurança alimentar e nutricional em comunidades quilombolas tituladas (BRASIL, 2014)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 161 comunidades quilombolas em 14 estados brasileiros 	<ul style="list-style-type: none"> • Água encanada nos domicílios: 44,2% (n=4062) • Rede pública coletora de esgoto ou pluvial: 0,8%, sendo que 42,4% descartavam o esgoto em vala ou céu aberto e 40,2% em fossa rudimentar (poço, buraco) • Energia elétrica (de rede, gerador, solar): 81,8% • Insegurança alimentar: 55,6% das famílias relataram que “aconteceu de algum adulto da casa ficar o dia inteiro sem comer ou só uma vez no dia porque não tinha comida em casa” e em 41,1% “aconteceu de as crianças ou adolescentes ficarem o dia inteiro sem comer ou comer só uma vez porque não tinha comida em casa” • Disponibilidade de alimentos: não havia disponível no domicílio, na semana anterior à entrevista, carne em 28% das famílias e verduras e legumes em 61,7% e 64% das famílias avaliadas, respectivamente 	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa Estatura/Idade em crianças menores de cinco anos: 2,4% • Excesso de peso em crianças menores de cinco anos: e 23,2% • Baixo peso ao nascer: 9,8%

chuva. Apenas 3,2% (n=95) das crianças viviam em residências com esgotamento sanitário por rede pública, enquanto 45,9% (n=1.347) por vala ou céu aberto. Das crianças avaliadas, 35,9% (n= 1.045) consumiam água sem tratamento no domicílio (Quadro 1). De modo geral, estes dados confirmam que o perfil socioeconômico da população quilombola é excludente em relação à população brasileira (Quadro 1) (Brasil, 2008).

Em 2011 ocorreu a pesquisa intitulada “Avaliação da situação de segurança alimentar e nutricional em comunidades quilombolas tituladas”, realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e publicada em 2014, que avaliou 161 comunidades, inseridas em 97 territórios, os quais residiam 40.548 pessoas, distribuídas nas cinco macrorregiões, residentes em 9.191 domicílios, de 14 estados e 55 municípios brasileiros (BRASIL, 2014; PINTO *et al.*, 2014). Esta pesquisa indicou, que a maioria dos domicílios não apresentavam água e rede pública coletora de esgoto ou pluvial (Quadro 1) (Brasil, 2014).

Em relação à situação de insegurança alimentar, avaliada a partir de duas perguntas baseadas na Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), verificou-se que 55,6% das famílias relataram que “aconteceu de algum adulto da casa ficar o dia inteiro sem comer ou só uma vez no dia porque não tinha comida em casa” e em 41,1% “aconteceu de as crianças ou adolescentes ficarem o dia inteiro sem comer ou comer só uma vez porque não tinha comida em casa” (Brasil, 2014). Esta situação demonstra a ocorrência de insegurança alimentar, marcada pela presença de fome no domicílio. Ressalta-se, que a utilização de duas questões relativas ao acesso a alimentos e não da EBIA se deu, segundo os autores da pesquisa, em função de que a EBIA “em sua formulação original, não teria aplicabilidade frente ao nível diferenciado de integração/distanciamento sociocultural das comunidades, de Norte a Sul do país, assim como do grau de monetarização das relações de consumo e troca.”, vivenciadas pelos quilombolas (Brasil, 2014).

Em relação ao consumo proteico, 28% das famílias relataram que não havia disponível para consumo, na semana anterior à entrevista carne (de vaca, bode, cabra, porco, frango, galinha, pato ou peru); e mais de 60% relataram não haver verduras e legumes disponíveis para consumo no domicílio no mesmo período (Brasil, 2014).

Esta pesquisa ainda apontou que, entre as crianças menores de cinco anos, 2,4% apresentavam déficit estatural, chegando a 5,9% no Norte Semiárido. O ex-

cesso de peso (sobrepeso ou obesidade) esteve presente em 23,2% das crianças, com maior prevalência de sobrepeso no Baixo Amazonas (23,5%) (Brasil, 2014). Já o baixo peso ao nascer esteve presente em 9,8%, prevalência superior à do Brasil, de 8,5% em 2011 (Brasil, 2014; Sardinha *et al.*, 2014).

Ainda, como resultado desta pesquisa foi encontrado baixo acesso da população quilombola a programas e serviços governamentais, como Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF) (5,8%), Garantia Safra (4,0%), Assistência Técnica e Extensão Rural – ATER (1,3%) (Brasil, 2014).

Em 2013 ocorreu a publicação do Guia de Políticas Públicas para Comunidades Quilombolas que apontou, entre os dados socioeconômicos, que 80 mil famílias quilombolas foram cadastradas no CadÚnico. Destas, 64 mil (79,78%) foram beneficiárias pelo Programa Bolsa Família. No material destaca-se que 74,73% das famílias quilombolas estavam em situação de extrema pobreza; 92,1% autodeclararam-se pretos ou pardos; 24,81% não sabiam ler e 82,2% desenvolviam atividades agrícolas, extrativismo ou pesca artesanal. Ainda, em relação aos domicílios desta população, era apresentado que 48,7% dos pisos eram de terra batida; 55,2% não possuíam banheiro ou sanitário; 33,1% não possuíam saneamento básico adequado, sendo que 15,07% possuíam esgoto à céu aberto; e apenas 79,29% possuíam energia elétrica (Brasil, 2013).

Estudo de Silva e colaboradores (2017), realizado com 202 famílias quilombolas e 257 não quilombolas de uma área rural do Município de Vitória da Conquista, Bahia, demonstrou que as famílias quilombolas apresentaram maior prevalência de insegurança alimentar, avaliada pela EBIA. Além de piores indicadores socioeconômicos como menor nível econômico, maior participação no Programa Bolsa Família, menor escolaridade do chefe da família, menor número de integrantes da família com trabalho mensal fixo; bem como piores condições de moradia sinalizados pela maior presença de piso de cimento/terra/outros e de abastecimento de água por outra rede que não geral; e menor acesso a bens como fogão e geladeira (Silva *et al.*, 2017).

Corroborando com a discussão da situação de segurança alimentar de comunidades quilombolas, uma revisão apontou altas prevalências de insegurança alimentar nesta população, sendo está relacionada a piores condições socioeconômicas e de moradia, bem como indicou que a participação destas população em programas governamentais como o Programa Nacional de Alimentação Escolar

(PNAE) e Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) promoveram a segurança alimentar deste grupo (Afonso; Corrêa; Silva, 2020).

Os principais fatores detectados no diagnóstico situacional de insegurança alimentar e nutricional e saúde da população quilombola são apresentados na Figura 1.

Nos últimos anos não se tem pesquisas nacionais que abordem a situação de insegurança alimentar e saúde de populações quilombolas. Entretanto, em 2018, foi realizado a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL específica para populações negras. Todavia é válido lembrar que a referida pesquisa acontece apenas em capitais brasileiras, por meio de ligação telefônica. Como os quilombolas são, em sua maioria, negros, alguns desses resultados podem ser úteis para inferência, com ponderação, de sua situação de saúde.

Esta edição da VIGITEL indicou menor consumo de frutas (29,5%) e hortaliças (20,1%) quando comparado à população branca (39,1% e 26,7%, respectivamente), no mesmo período; assim como consumo abusivo de bebidas alcoólicas mais presente na população negra (19,2% comparado à 16,6% nos brancos) e maior prevalência de avaliação negativa da saúde (5,2% versus 4,0% na população



Figura 1. Fatores detectados no diagnóstico situacional de insegurança alimentar e nutricional e saúde da população quilombola.

Fonte: Figura elaborada pelas autoras.

branca) (BRASIL, 2019). Ainda, trouxe que mulheres negras apresentaram maiores prevalências de excesso de peso (55,8%) quando comparadas às brancas (51,6%), bem como menor frequência de realização de exames como mamografia (92,7% comparado à 95,4% nas mulheres brancas) e Papanicolau (85,1% versus 91,7% em mulheres brancas) (BRASIL, 2019). Esses resultados reforçam a cor preta como fator de vulnerabilidade em saúde e relacionada ao maior risco de desenvolvimento de DCNT, assim como apontado por Meller *et al.* (2022) ao compararem questões raciais, presentes no VIGITEL 2019.

A população quilombola enfrenta outros problemas de saúde, além de hipertensão arterial, desnutrição pregressa, sobrepeso e obesidade, como anemia falciforme, mais prevalente em populações negras (Figura 2); cárie dentária; alta mortalidade infantil; doenças infecciosas e parasitárias, conseqüentes da falta de acesso a água tratada e a precárias condições sanitárias; baixo acesso a exames para diagnóstico de diabetes e Papanicolaou e ao cuidado a saúde materno infantil (Freitas *et al.*, 2011; Cardoso; Melo; Freitas, 2018).

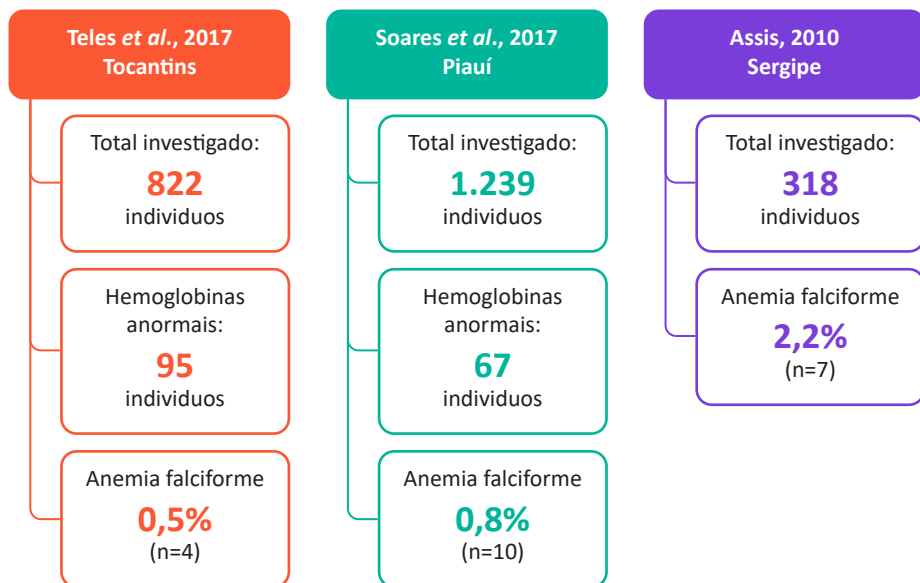


Figura 2. Prevalência de anemia falciforme em comunidades quilombolas, segundo autor, ano de publicação e local.

Fonte: Teles *et al.*, 2017; Soares *et al.*, 2017; Assis, 2010. Elaborada pelas autoras.

No que tange a anemia falciforme, nesta população é preocupante a falta de informação. Isso porque, este grupo apresenta maior vulnerabilidade por razões genéticas e a falta de ações de educação em saúde os tornam mais vulneráveis a complicações pelo desconhecimento, quanto a prevenção e tratamento (Meneses *et al.*, 2015; De Oliveira *et al.*, 2022)

Nesse sentido, cabe o olhar para o recorte étnico/ racial na assistência e na atenção em saúde às doenças e às condições de vida da população negra, possibilitando a identificação dos grupos mais susceptíveis a agravos em saúde, bem como o reconhecimento das demandas das comunidades quilombolas para a criação e implementação de políticas públicas.

POLÍTICAS E PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS RELACIONADOS A COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Tratando-se de Políticas públicas e programas governamentais voltados em atendimento aos direitos legais das comunidades quilombolas, são relativamente recentes. Conforme apresentado anteriormente, a definição de comunidades quilombolas apareceu pela primeira vez, em 2003, através do decreto nº 4.887/2003, que regulamentou o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades de quilombo de que trata o art. 68, e o disposto nos artigos 215 e 216 da Constituição Federal (Brasil, 2003).

Em 2003, também foi criada a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), pela lei nº 10.678, com objetivo de reduzir as desigualdades raciais no Brasil, com ênfase na população negra, reconhecendo as terras para os quilombolas (Brasil, 2003). Em 2018 foi criado o Conselho Nacional de Políticas de Igualdade Racial (CNPPIR) para fazer cumprir a promoção da igualdade racial (Brasil, 2018).

Além disso, em 2004 a população quilombola foi incluída na Portaria do Ministério da Saúde nº 1.434/2004, criada com objetivo de atender as estratégias e as necessidades de saúde das comunidades (Brasil, 2004a).

Em 2007, o Decreto nº 6.040/2007 instituiu a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais cujo objetivo foi “pro-

mover o desenvolvimento sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, com ênfase no reconhecimento, fortalecimento e garantia dos seus direitos territoriais, sociais, ambientais, econômicos e culturais, com respeito e valorização à sua identidade, suas formas de organização e suas instituições” (Brasil, 2007a).

Dentre outras políticas voltadas a população quilombola, criadas em 2007, incluem-se a Portaria nº 98/2007 da Fundação Cultural Palmares, que instituiu o Cadastro Geral de Remanescentes das Comunidades dos Quilombos da Fundação Cultural Palmares, também autodenominadas Terras de Preto, Comunidades Negras, Mocambos, Quilombos, dentre outras denominações congêneres (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2007); e Decreto nº 6.261/2007, que implementa o Programa Brasil Quilombola (PBQ), que compreende um conjunto de ações, denominada “Agenda Social Quilombola”, destinada para a melhoria das condições de vida e ampliação do acesso a bens e serviços públicos das pessoas que vivem em comunidades de quilombos no Brasil.

Algumas ações específicas, contempladas no Programa Brasil Quilombola (PQB) (Brasil, 2014), para esta população eram:

- **Certificação das comunidades quilombolas:** de competência da Fundação Cultural Palmares;
- **Regularização Fundiária:** na esfera federal, a competência pela condução do processo é do INCRA;
- **Saneamento básico:** de responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), Ministério da Saúde, são executadas ações de implantação, ampliação ou melhoria de sistemas de abastecimento de água (SAA), sistemas de esgotamento sanitário (SES) e melhorias sanitárias domiciliares (MSD);
- **Energia elétrica:** o Ministério de Minas e Energia, através do Programa Luz para Todos, tratou de utilizar a energia elétrica como meio de desenvolvimento social e econômico das comunidades quilombolas, almejando a contribuição da redução da pobreza;
- **Tarifa Social:** a Tarifa Social de Energia Elétrica é um desconto na conta de luz destinado às famílias inscritas no Cadastro Único com renda de até meio salário mínimo per capita ou que tenham algum componente beneficiário do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC). O percentual de desconto varia entre 10% a 65% e para as famílias

quilombolas, que estão inscritas no Cadastro Único e possuem renda per capita de até meio salário, o desconto pode chegar a 100% até o limite de consumo de 50 KWh/mês;

- **Assistência Técnica e Extensão Rural Quilombola (ATER):** – prestação de serviço de assistência técnica e extensão rural em estímulo ao desenvolvimento etno-sustentável das comunidades quilombolas, estimulando a produção diversificada, beneficiamento e comercialização, o fortalecimento das formas de organização e os conhecimentos tradicionais;

Ressalta-se que, o Decreto nº 6.261/2007 foi revogado pelo Decreto nº 11.447/2023 que institui o Programa Aquilomba Brasil e o seu Comitê Gestor.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída em 2009, tem como intuito combater as desigualdades e promover o acesso à saúde integral pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo desta Política, que contempla à população quilombola é “garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde”. E a estratégia de gestão da mesma direcionada às comunidades remanescentes de quilombo é o “estabelecimento de metas específicas para a melhoria dos indicadores de saúde da população negra, com especial atenção para as populações quilombolas” (BRASIL, 2017).

Para efetivação da PNSIPN os Planos Operativos devem considerar, na elaboração dos projetos e ações de saúde destinados à população negra, a estratégia de “qualificar e fortalecer o acesso da população negra e das comunidades tradicionais (Quilombolas e Terreiros) aos serviços de saúde da atenção básica, em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em especial a Estratégia de Saúde da Família” (Brasil, 2017).

A Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), publicada pelo decreto nº 7.272/2010 (Brasil, 2010), tem entre seus objetivos voltados à população quilombola:

Articular programas e ações de diversos setores que respeitem, protejam, promovam e provejam o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), observando as diversidades social, cultural, ambiental, étnico-racial, a equidade de gênero e a orientação sexual, bem como disponibilizar instrumentos para sua exigibilidade; Promover sistemas sustentáveis de base agroecológica, de

produção e distribuição de alimentos que respeitem a biodiversidade e fortaleçam a agricultura familiar, os povos indígenas e as comunidades tradicionais e que assegurem o consumo e o acesso à alimentação adequada e saudável, respeitada a diversidade da cultura alimentar nacional (Brasil, 2010).

E a diretriz da PNSAN direcionada à esta população é a de “promoção, universalização de ações de SAN voltadas para os mais vulneráveis”. Assim, este grupo é contemplado nas dimensões e objetivos na PNSAN, considerando suas vulnerabilidades e necessidade de ações específicas voltadas à promoção da SAN (Brasil, 2010).

O Programa Aquilomba Brasil, que substituiu o Programa Brasil Quilombola, propõe ações relacionadas aos eixos temáticos: ‘acesso à terra e ao território; infraestrutura e qualidade de vida; inclusão produtiva e desenvolvimento local; e direitos e cidadania’ (Brasil, 2023a).

Este Programa apresenta 23 objetivos relacionados à promoção da SAN e saúde dos povos quilombolas, sendo eles: ‘promover a segurança e a soberania alimentar e nutricional da população quilombola, especialmente por meio de programas específicos de fomento à agricultura familiar quilombola e à inclusão produtiva’; ‘garantir o desenvolvimento de uma agroindústria rural, por meio do acesso à assistência técnica e à extensão rural agroecológica, a tecnologias apropriadas e a políticas de crédito, com respeito às especificidades de cada território, aos sistemas produtivos e aos saberes locais’; ‘garantir o acesso à saúde física, mental, integral e de qualidade para a população quilombola’; ‘promover a proteção prioritária da população quilombola em casos de epidemias, principalmente por meio do acesso a vacinas’; ‘garantir o respeito aos saberes e aos fazeres da medicina tradicional quilombola, seus usos e costumes’; ‘garantir a implementação de equipamentos de assistência social, de saúde e de educação nos territórios quilombolas’; ‘promover a oferta de serviços públicos de saneamento básico para a população quilombola’; ‘implementar infraestrutura básica nos territórios quilombolas’, relacionadas à moradia e transporte; ‘sistematizar dados sobre a população quilombola e garantir a sua utilização no aprimoramento de políticas públicas destinadas a essa população’; ‘promover ações para a inclusão em políticas sociais de famílias quilombolas que estejam inscritas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal - CadÚnico’; e ‘garantir a participação social e o controle social nas políticas públicas para a população quilombola’ (Brasil, 2023a).

As comunidades quilombolas passaram a fazer parte da agenda das políticas de proteção social do governo federal, a partir dos anos 2000, e ganharam espaço nas estratégias de atuação de variados ministérios da área social (Brasil, 2007b), recebendo maior ou menor destaque a depender dos interesses governamentais ao longo dos anos. As Políticas e Programas direcionados à SAN e saúde de comunidades quilombolas estão sintetizados na Figura 3.

Atualmente, o governo federal brasileiro conta com o Ministério da Igualdade Racial, criado em janeiro de 2023, que tem como competências assuntos relacionados à “políticas e diretrizes destinadas à promoção da igualdade racial e étnica; políticas de ações afirmativas e combate e superação do racismo; políticas para quilombolas, povos e comunidades tradicionais; e políticas para a proteção e o fortalecimentos dos povos de comunidades tradicionais de matriz africana e povos de terreiro”, entre outros (Brasil, 2023b). Entre as secretarias que compõem o referido Ministério tem-se, a Secretaria de Políticas para Quilombolas, Povos e Comunidades Tradicionais de Matriz Africana, Povos de Terreiros e Ciganos (SQPT), cuja função é “atuar na coordenação, formulação, planejamento, monitoramento e avaliação de políticas públicas voltadas para esses povos e comunidade tradicionais”, de forma interministerial e intersetorial (Brasil, 2023c).

Também em 2023 a produção agrícola quilombola foi contemplada pelo Selo de Identificação de Origem Étnica e Territorial de Produtos produzidos e oriundos das Comunidades Quilombolas, denominado de “Selo Quilombos do Brasil”. Este selo é regulamentado pela Portaria Interministerial MDA/MIR/MINC/FCP nº 5 de 17 de novembro de 2023, tem como intuito identificar os produtos da agricultura



Figura 3. Políticas e Programas direcionados à segurança alimentar e nutricional e saúde de comunidades quilombolas.

Fonte: Figura elaborada pelas autoras.

familiar de origem étnica e territorial das comunidades quilombolas, sendo esta uma ação, parte do programa Aquilomba Brasil.

Ressalta-se ainda, que o “Selo Quilombos do Brasil” integra as ações do Ministério de Desenvolvimento Agrário e Agricultura Familiar (MDA), no âmbito da Secretaria de Territórios e Sistemas Produtivos Quilombolas e Tradicionais (SETEQ) e da Secretaria de Abastecimento, Cooperativismo e Soberania Alimentar (SEAB). Apresenta expedição associada e articulada à expedição do Selo Nacional da Agricultura Familiar (SENAF) e por isso também é conhecido como “SENAF Quilombola”. Os interessados em adquirir o selo de identificação devem requerê-lo perante o Ministério do Desenvolvimento Agrário e Agricultura Familiar, mediante comprovações exigidas na referida Portaria, utilizando link direcionado ao cadastro (<https://sistemasweb.mda.gov.br/vitrine/admin/register>) (Brasil, 2023e). A seguir estão apresentados o “Selo Quilombos do Brasil” e o de identificação de produtos da agricultura familiar (Figura 4).

Porém, os dados citados anteriormente demonstram que o número exato de comunidades quilombolas no Brasil ainda são imprecisos, sendo um desafio e limitação no contexto das políticas públicas. É necessário o conhecimento da existência das comunidades, o qual, as informações são imprescindíveis para eficácia da gestão pública na execução de planejamento de ações específicas. Realidade essa que pode intensificar a vulnerabilidades desse grupo social (Arruti, 2009).



Figura 4. “Selo Quilombos do Brasil” e Selo de identificação de produtos da agricultura familiar.

Fonte: Brasil, 2023e.

AÇÕES PARA ENFRENTAMENTO DA INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E MELHORIA DA SAÚDE E DAS DESIGUALDADES EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS

As discussões referentes ao tema da saúde em território quilombola é relativamente recente, por isso é imprescindível esse debate e avanços nesse contexto. Além disso, a literatura demonstra que ainda há muito a se avançar quanto a Atenção à Saúde Quilombola, por conta da disparidade, do uso escasso dos serviços de saúde por parte desses contingentes populacionais e das condições de saúde poucos exploradas, sendo necessário o envolvimento, o compromisso de profissionais e a implementação de ações para alterar essa realidade (Freitas *et al.*, 2011).

No Quadro 2 são apresentados alguns instrumentos e suas respectivas ações direcionadas à promoção da segurança alimentar e nutricional e saúde no Brasil. Entre as ações tem-se as relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, regulamentadas pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde que inclui a recomendação de realização de pesquisas direcionadas às comunidades quilombolas (Brasil, 1996); Portaria nº 719/2004 do Ministério da Saúde que inclui um representante da Comissão Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (Conaq) entre os responsáveis pela avaliação da implantação da Política de Saúde para a População do Campo (Brasil, 2004b); a Portaria nº 1.434/2004 do Ministério da Saúde estabelece como meta a cobertura vacinal de 95% em áreas de quilombos cobertas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e incrementa os repasses financeiros às equipes da ESF e de Saúde Bucal que atuam em nestas comunidades (Brasil, 2004a); e a Portaria do Ministério da Saúde nº 3.396/2020 que estabelece a transferência de incentivo financeiro federal de custeio, em parcela única e de forma excepcional, para municípios que possuem cadastro de povos e comunidades tradicionais no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) (Brasil, 2020a).

Em relação à ampliação do saneamento básico em comunidades remanescentes de quilombos destaca-se como instrumentos e ações a Portaria da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) nº 106/2004 que inclui estas comunidades entre as elegíveis para execução de projetos de saneamento básico (Brasil, 2004c).

Outro instrumento importante na promoção da SAN e saúde deste grupo é o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) que estabelece, por meio da

Quadro 2. Ações para comunidades quilombolas, regulamentadas no Brasil.

Instrumentos	Ações
Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusão de uma recomendação específica para o desenvolvimento de pesquisas, junto às populações tradicionais, especialmente, • comunidades quilombolas e comunidades religiosas de matrizes africanas, levando em consideração suas vulnerabilidades, bem como a criação de mecanismos de monitoramento dessas pesquisas. • Retorno dos benefícios das pesquisas realizadas junto às comunidades negras tradicionais (quilombolas e comunidades religiosas de matrizes africanas).
Portaria nº 719, de 16 de abril de 2004 do Ministério da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Cria o Grupo da Terra, com a finalidade de acompanhar a implantação da Política de Saúde para a População do Campo e detalhar as ações a serem implementadas, incluindo um representante da Comissão Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (Conaq).
Portaria nº 1.434, de 14 de julho de 2004 do Ministério da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta em 50% o valor atual do repasse relativo às equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal que, nos municípios com população remanescente de quilombos, atuam nesse tipo de comunidades. • Inclui meta de 95% de cobertura vacinal nas áreas de quilombos com equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF).
Portaria da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) nº 106, de 4 de março de 2004	<ul style="list-style-type: none"> • Define como critérios de elegibilidade para financiamento e execução de projetos de saneamento, em municípios com população menor que 30 mil habitantes, comunidades remanescentes de quilombos, assentamentos e reservas extrativistas.
Lei nº 11.947 de 16 de junho de 2009	<ul style="list-style-type: none"> • As comunidades quilombolas estão entre os grupos prioritários para comercialização de alimentos diretamente da agricultura familiar para o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), assim como os assentados de reforma agrária e os indígenas • Os cardápios oferecidos no PNAE para a população quilombola devem respeitar a cultura dos mesmos.
Nota Técnica nº 3/2020 da 6ª Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público Federal	<ul style="list-style-type: none"> • A publicação da nota técnica sobre a legislação sanitária e alimentação escolar indígena e de comunidades tradicionais autoriza que em chamadas públicas específicas para comunidades quilombolas e indígenas seja “permitida a compra de produtos de origem animal (peixe, frango etc.) e processados vegetais (farinha de mandioca e derivados como beiju, goma e farinha de tapioca, polpas de frutas, entre outros) produzidos e consumidos na própria comunidade ou aldeia, ou no entorno próximo, sem a exigência dos registros sanitários” (BRASIL, 2020b).
Portaria Ministério da Saúde nº 3.396, de 11 de Dezembro de 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Transferência de incentivo financeiro federal de custeio, em parcela única e de forma excepcional, para municípios que possuem cadastro de povos e comunidades tradicionais no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), segundo número de equipes de ESF e de Atenção Primária, com o intuito de fortalecer as ações de equidade na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2020a).
Nota Técnica nº 09/2021 da Superintendência de Agricultura e Pecuária e Ministério do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento	<ul style="list-style-type: none"> • Para facilitar o acesso de povos e comunidades tradicionais aos programas de compras públicas direcionadas para a própria comunidade é permitida a apresnetação de outros documentos reconhecidos pelo poder público que identifiquem o agricultor familiar da comunidade na ausência temporária de identificação ou cadastro específico (como DAP – Declaração de Aptidão ao PRONAF, CAF – Cadastro Nacional da Agricultura Familiar, etc).

Fonte: Arruti, 2009; Brasil, 2009; 2020a; 2020b.

Lei nº 11.947/2009 a prioridade de agricultores familiares remanescentes de quilombos na oferta da alimentação escolar, por chamada pública e que os cardápios da oferecidos para estudantes quilombolas devem respeitar a cultura destes povos (Brasil, 2009). O PNAE também permite a ampliação do escoamento de alimentos produzidos por agricultores familiares quilombolas, considerando as Notas Técnicas nº 3/2020 da 6ª Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público Federal (BRASIL, 2020b) e nº 09/2021 da Superintendência de Agricultura e Pecuária (SAF) e Ministério do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA) que flexibilizam a legislação sanitária e relacionada a apresentação de documentos para a participação destes agricultores em chamadas públicas direcionadas ao PNAE (Brasil, 2021).

Em 2023, foi publicada a Nota Técnica nº 3744623 que “orienta as Entidades Executoras do PNAE a aceitarem o registro do Número de Identificação Social (NIS) do(a) agricultor(a) de família indígena, quilombola ou de Grupos Populacionais Tradicionais no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico), quando não for apresentada a Declaração de Aptidão ao Pronaf - DAP ou o Cadastro Nacional da Agricultura Familiar – CAF”. Esta regulamentação tem como objetivo ampliar a oferta de alimentos cultivados por povos e comunidades tradicionais no PNAE (Brasil, 2023d).

O Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), criado em 2003 e restituído em 2023, foi acrescido de uma finalidade específica para comunidades quilombolas, pela Medida Provisória nº 1.166, de 2023, sendo esta de “fomentar a produção familiar de povos indígenas, comunidades quilombolas e tradicionais, assentados da reforma agrária, negros, mulheres e juventude rural”. Ainda, esta Medida Provisória incluiu comunidades quilombolas e tradicionais entre os grupos prioritários de acesso ao PAA (Brasil, 2023b).

Ressalta-se entre as ações existentes para atenção à saúde dos povos quilombolas a publicação do ‘Guia de diretrizes para a atenção integral à saúde das populações do campo, floresta e águas (CFA) e povos e comunidades tradicionais (PCT)’, com o objetivo de ‘orientar e sensibilizar gestores e profissionais de saúde sobre as especificidades em saúde’ dessas populações, com o intuito de ‘promover a equidade, a universalidade e a integralidade à saúde, respeitando a diversidade cultural, social e religiosa dessas populações’ (Brasil, 2022). Este material reforça a necessidade de vigilância em saúde no território, a fim de levantar dados sobre os

povos tradicionais e apontar suas especificidades para posterior criação de estratégias para cuidado em saúde direcionadas ao fortalecimento de ‘vínculos entre os serviços e as populações, estabelecendo articulação e diálogo permanentes entre os/as gestores/as do SUS, profissionais de saúde e a população’ (Brasil, 2022).

Este guia destaca os principais agravos que acometem as comunidades tradicionais, dentre elas as dos quilombolas, considerando a saúde mental, violência, doenças crônicas e saúde do trabalhador, que os profissionais de saúde e gestores devem atentar para garantia do cuidado em saúde (Figura 5).

Neste contexto, as diretrizes da Atenção Primária em Saúde para o cuidado de povos tradicionais, como os quilombolas, tem sido discutido pelo Ministério da Saúde (Figura 6).

Considerando que a população quilombola apresenta, em sua maioria, cor preta, uma ação importante no cuidado à saúde dos mesmos é o policiamento de expressões racistas que podem afetar o acesso à saúde e seguimento das orientações. No quadro 3 estão listadas algumas expressões racistas, bem como alternativas que devem ser adotadas, nesse contexto (Bahia, 2021).



Figura 5. Agravos à saúde e ocupação que acometem as comunidades tradicionais.

Fonte: Brasil, 2022.

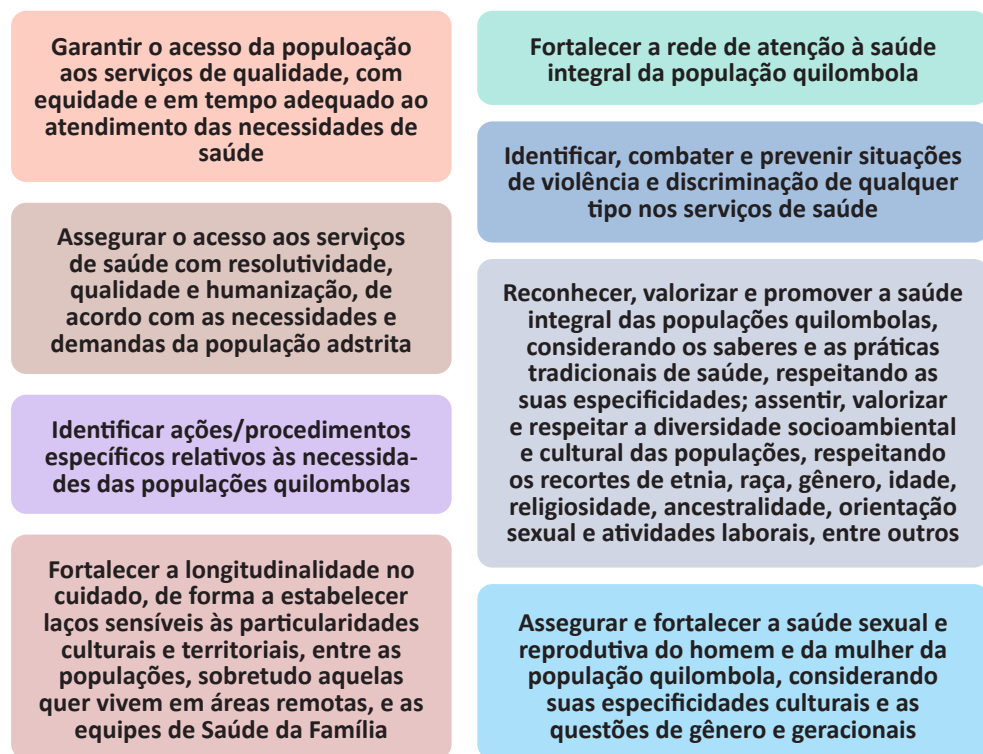


Figura 6. Diretrizes para a atenção integral à saúde das populações quilombolas.

Fonte: BRASIL, 2022. Elaborado pelas autoras.

Quadro 3. Expressões racistas e suas respectivas alternativas que devem ser adotadas ao se referir à população de cor preta.

Expressão racista	Contexto racista	Expressão alternativa
“A coisa tá preta”	Associa o “preto” com uma situação desconfortável, desagradável, difícil ou perigosa	“A coisa tá difícil”
Denegrir	Associa o negro a uma condição de difamação de forma pejorativa	Difamar, caluniar
Doméstica	Remete às mulheres negras que trabalhavam em casas de famílias brancas e eram consideradas domesticadas	Empregada, funcionária
Humor negro	Associa o negro a situações de mal gosto, politicamente incorretos	Humor ácido
Inveja branca	Associa o “negro” ao negativo, e o “branco” ao que é positivo	Inveja
Meia tigela	Remete aos negros que eram punidos com “meia tigela” de comida quando não alcançavam suas metas de trabalho	Medíocre, mal feito
Nhaca	Está relacionada a palavra Inhaca que é uma ilha de Moçambique e sua utilização remete a estereótipos e preconceitos	Cheiro ruim

Fonte: PARATODOS, 2020; Bahia, 2021.

CLIQUE PARA LER E BAIXAR

Não deixe de ler a cartilha lançada pelo Ministério do Desenvolvimento Social: **Diretrizes para o atendimento de povos indígenas e povos e comunidades tradicionais em programas de segurança alimentar e nutricional** (https://mds.gov.br/webarquivos/MDS/2_Acoes_e_Programas/Acesso_a_Alimentos_e_a_Agua/Articulacao_de_Politicas_Publicas_de_SAN_para_Povos_e_Comunidades_Tradicionais/Arquivos/Cartilha_Diretrizes.pdf).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Desenvolver diagnósticos e ações em saúde que considere as especificidades da população, em especial, a população quilombola faz-se importante porque este grupo enfrenta desafios ao longo da história. Sendo este, a marginalização, exclusão social, dificuldades de acesso à serviços de saúde e alimentação adequada; e consequentemente a maior insegurança alimentar e nutricional. Além de vivenciarem a luta pela a construção social e física de seus territórios.

Com isso, o desenvolvimento de políticas públicas são importantes para a equidade e a inclusão deste grupo na garantia de acesso a seus direitos, sejam eles, na saúde, educação, alimentação, moradia, dentre outros. Assim, estudos ajudam a desenhar estratégias eficazes de intervenção para melhorar as condições de vida dessas comunidades, promovendo não apenas o acesso à alimentação, mas também à saúde de qualidade, respeitando a diversidade cultural.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, L.F.C.; CORRÊA, N.A.F.; SILVA, H.P. Segurança Alimentar e Nutricional em comunidades quilombolas no Brasil: um balanço da literatura indexada. **Segur. Aliment. Nutr.**, v. 27, p. 1-13. 2020.
- ARRUTI, J. M. “Políticas Públicas para quilombos: Terra, Saúde e Educação” In: Marilene de Paula e Rosana Heringer. (Org.). **Caminhos Convergentes - Estado e Sociedade na Superação das desigualdades Raciais no Brasil**, Rio de Janeiro: Fundação HenrichBoll, ActionAid, v. 1, p. 75-110, 2009.
- ASSIS, E.S. **Estudo das Síndromes Falcêmicas em Comunidade Quilombola, Sergipe/Brasil**. Dissertação de Mestrado, Programa Saúde e Ambiente. Universidade Tiradentes, Aracaju, 2010. Disponível em: <https://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/bitstream/handle/set/2973/ESTUDO%20DAS%20>

[S%3%8dNDROMES%20FALC%3%8aMICAS%20EM%20COMUNIDADE%20QUILOMBOLA.pdf?se-
quencia=1&isAllowed=y](#) Acesso em 17 set 2024.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <https://is.gd/XYquKd>. Acesso em: 11 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Brasília, DF, 1996. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html. Acesso em: 19 jun. 2023

BRASIL. **Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003**. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm. Acesso em 28 jun 2023.

BRASIL. **Portaria nº 1.434, de 14 de julho de 2004**. Ministério da Saúde. Define mudanças no financiamento da atenção básica em saúde no âmbito da estratégia Saúde da Família, e dá outras providências. 2004a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1434_14_07_04.pdf. Acesso em 19 jun 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 719, de 16 de abril de 2004**. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pm_719_2004.pdf. Acesso em: 19 jun. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 106, de 4 de março de 2004**. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. 2004c.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate. Políticas Sociais e Chamada Nutricional Quilombola: estudos sobre condições de vida nas comunidades e situação nutricional das crianças– n.9 (2008)**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2005. 142p. 2008.

BRASIL. **Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007**. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. 2007a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/Decreto/D6040.htm. Acesso em: 28 jun 2023.

BRASIL. **Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009**. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica; altera as Leis nos 10.880, de 9 de junho de 2004, 11.273, de 6 de fevereiro de 2006, 11.507, de 20 de julho de 2007; revoga dispositivos da Medida Provisória no 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, e a Lei no 8.913, de 12 de julho de 1994; e dá outras providências. Brasília, DF, 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/Lei/l11947.htm. Acesso em: 19 jun. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010**. Regulamenta a Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7272.htm. Acesso em: 28 jun 2023.

BRASIL. **Guia de Cadastro de Famílias Quilombolas**. Cadastro único para Programas Sociais. 3ª edição. 2011.

BRASIL. **Guia de Políticas Públicas para Comunidades Quilombolas**. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial- SEPPPIR. 2013.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate. Quilombos do Brasil: Segurança Alimentar e Nutricional em Territórios Titulados – n.20** (2014). Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2005. 212p. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. 44 p.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Criação de um modelo lógico do Programa Brasil Quilombola** / elaboração de Juliana Mota de Siqueira – Documento eletrônico – Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018, 200 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **VIGITEL Brasil 2018 População Negra: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição socioeconômica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas para a população negra nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018**. 133p. 2019. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2018_populacao_negra.pdf

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 3.396 de 11 de dezembro de 2020**. Dispõe sobre a transferência de incentivo financeiro federal de custeio para o fortalecimento das ações de equidade na Atenção Primária à Saúde considerando o cadastro de povos e comunidades tradicionais. Brasília, DF, 2020a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.396-de-11-de-dezembro-de-2020-293856921>. Acesso em: 19 jun. 2023.

BRASIL. **Nota Técnica nº 03/2020/6aCCR/MPF**. 2020b. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/atua-caotematica/ccr6/documentos-e-publicacoes/publicacoes/nota-tecnica-1>. Acesso em: 16 jun 2023.

BRASIL. **Nota Técnica nº 09/2021/SAF/MAPA**. 2021. Disponível em: https://www2.mppa.mp.br/data/files/66/96/95/5F/A4C6D710907A45B7BA618204/SEI_MAPA%20-%2015297237%20-%20Nota%20Tecnica%209.pdf. Acesso em: 16 jun 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Guia de diretrizes para a atenção integral à saúde das populações do campo, floresta e águas (CFA) e povos e comunidades tradicionais (PCTs)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 18 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_diretrizes_cfa_pct.pdf. Acesso em 28 jun 2023.

BRASIL. **Decreto nº 11.447, de 21 de março de 2023**. Institui o Programa Aquilomba Brasil e o seu Comitê Gestor. 2023a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Decreto/D11447.htm#art17. Acesso em 28 jun 2023.

BRASIL. **Decreto nº 11.346, de 1º de janeiro de 2023**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Igualdade Racial e remaneja cargos em comissão e funções de confiança. 2023b. Disponível em: <https://www>.

planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11346.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%2011.346%2C%20DE%201%C2%BA%20DE%20JANEIRO%20DE%202023&text=Aprova%20a%20Estrutura%20Regimental%20e,comiss%C3%A3o%20e%20fun%C3%A7%C3%B5es%20de%20confian%C3%A7a.

BRASIL. **Medida Provisória nº 1.166, de 22 de março de 2023.** Institui o Programa de Aquisição de Alimentos e altera a Lei nº 12.512, de 14 de outubro de 2011, e a Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021. 2023b. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9295446&t-s=1687188262636&disposition=inline>. Acesso em: 19 jun 2023.

BRASIL. Ministério da Igualdade Racial. Secretaria de Políticas para Quilombolas, Povos e Comunidades Tradicionais de Matriz Africana, Povos de Terreiros e Ciganos. 2023c. Disponível em: <https://www.gov.br/igualdaderacial/pt-br/composicao/secretaria-de-politicas-para-quilombolas-povos-e-comunidades-tradicionais-de-matriz-africana-povos-de-terreiros-e-ciganos>

BRASIL. FNDE amplia acesso de povos e comunidades tradicionais ao Programa Nacional de Alimentação Escolar. **Nota técnica orienta entidades executoras a comprar alimentos produzidos por famílias indígenas e quilombolas.** 2023d. Disponível em: <https://www.gov.br/fnde/pt-br/assuntos/noticias/fnde-amplia-acesso-de-povos-e-comunidades-tradicionais-ao-programa-nacional-de-alimentacao-escolar>

BRASIL. **Portaria interministerial MDA/MIR/MINC/FCP nº 5, de 17 de novembro de 2023.** Institui o selo de identificação de origem étnica e territorial de produtos produzidos e oriundos das Comunidades Quilombolas, “Selo Quilombos do Brasil”. 2023e. Disponível em: <https://sintse.tse.jus.br/documentos/2023/Nov/21/diario-oficial-da-uniao-secao-1/portaria-interministerial-no-5-de-17-de-novembro-de-2023-institui-o-selo-de-identificacao-de-origem-etnica-e-territorial>

CARDOSO, C.S.; MELO, L.O.; FREITAS, D.A. Condições de saúde nas comunidades quilombolas. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 12, n. 4, p.1037-45, 2018.

CRISTINA, D.; MOURA, S. A.; MOTA, E. E. S. Vulnerabilidade e qualidade de vida de duas comunidades quilombolas. **Ix Congresso Interdisciplinar - Mulher na Ciência Brasileira**, v. 9, n. 1, 2022.

DE OLIVEIRA, D. B *et al.* A importância do diagnóstico precoce e os tratamentos apresentados na Anemia Falciforme: Revisão Sistemática. **RBAC**, v. 54, n. 3, p. 287-292, 2022.

FÔNSECA, H.J.; SILVA, Z.P. Quilombos: Escravidão e Resistência. **ODEERE: Revista do Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade**, v. 5, n. 9, 2020.

FREITAS, A.M.; CABALLERO, A.D.; MARQUES, A.S.; HERNANDEZ, C.I.V.; ANTUNES, S.L.N.O. Saúde e Comunidades Quilombolas: Uma revisão de Literatura. **Rev. CEFAC**, v. 13, n. 5, p. 937-943, 2011.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Portaria FCP nº 98, de 26 de novembro de 2007.** Brasília, DF: Fundação Cultural Palmares, 2007. Disponível em: <https://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2015/03/ANEXO-04-Portaria-FCPn%c2%b098-de-26-de-novembro-de-2007.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2023

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Certificação Quilombola.** 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/palmares/pt-br/departamentos/protacao-preservacao-e-articulacao/informacoes-quilombolas/>. Acessado em: 13 mar 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Censo Demográfico 2022**: quilombolas: primeiros resultados do universo: segunda apuração. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. 135 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=73104>

MELLER, F.O.; SANTOS, L.P.; MIRANDA, V.I.A.; TOMASI, C.D.; SORATTO, J.; QUADRA, M.R.; SCHÄFER, A.A. **Cad. Saúde Pública**, v.38, n.6, 2022.

MENESES, R. C. T. de *et al.* Promoção de saúde em população quilombola nordestina-análise de intervenção educativa em anemia falciforme. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 132-139, 2015.

OLIVEIRA, B. S. **Aquilombar-se**. Panorama Histórico, Identitário e Político do Movimento Quilombola Brasileiro. 2008.

PINTO, A.R.; PEREIRA, C.S.; BORGES, J.C.; NOVO, M.P. Metodologia da Pesquisa de Avaliação da situação de segurança alimentar e nutricional em comunidades quilombolas tituladas: lançando um novo olhar sobre os quilombos do Brasil. **Cadernos de Estudos - Desenvolvimento Social em Debate**. 2014.

SARDINHA, L.M.V.; CAMPOS, R.; PIRES, P.S.; JANNUZI, P. Análise das Condições de Vida, Segurança Alimentar e Nutricional e Acesso a Programas Sociais em Comunidades Quilombolas. **Cadernos de Estudos - Desenvolvimento Social em Debate**. 2014.

SILVA, H.O.; SOUZA, B.O.; SANTOS, L.M.P. **Diagnóstico das Condições de Vida nas Comunidades Incluídas na Chamada Nutricional Quilombola**. 2008

SILVA E.K.P.; MEDEIROS, D.S.; MARTINS, P.C.; *et al.* Insegurança alimentar em comunidades rurais no Nordeste brasileiro: faz diferença ser quilombola? **Cad. Saúde Pública**. v. 33, n. 4, 2017.

SOARES, L. F. *et al.* Prevalência de hemoglobinas variantes em comunidades quilombolas no estado do Piauí, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 3773-3780, 2017.

TADDEI, J.A.; COLUGNATI, F.; COBAYASHI, F. Chamada Nutricional: Uma Avaliação Nutricional de Crianças Quilombolas de 0 a 5 Anos. In: Políticas sociais e Chamada Nutricional Quilombola: estudos sobre condições de vida nas comunidades e situação nutricional das crianças. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate - N. 9 (2008)**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação; 2008. p. 55-66.

TELES, A. F. *et al.* Hemoglobinas de origem africana em comunidades quilombolas do estado do Tocantins, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 8, n. 1, p. 8-8, 2017.

CAPÍTULO 4

Insegurança Alimentar e Nutricional de População em Situação de Rua

Ariane Ribeiro de Freitas Rocha, Elizangela da Silva Miguel,
Anna Clara Araújo Mendes Costa Gonçalves, Jéssica Rodrigues Nogueira,
Rafaela Silveira Vilela Nunes, Dayane de Castro Morais, Sílvia Eloiza Priore

INTRODUÇÃO

De acordo com o art. 1º do decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), os cidadãos em situação de rua correspondem a:

Grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporária ou como moradia provisória (Brasil, 2009a).

No Brasil, a população em situação de rua (PSR) tem crescido em número, principalmente em virtude do agravamento de questões sociais como a urbanização acelerada e a migração para grandes centros urbanos, que aumentam o desemprego e conduzem a condições de desigualdade, e conseqüentemente, à extrema pobreza e a “apartações sociais”, sendo essa última caracterizada pela separação de determinados grupos por não serem considerados semelhantes aos demais (Brasil, 2014; Lucena, Costa, 2023).

Os diversos motivos que levam os indivíduos à situação de rua envolvem condicionantes como fatores estruturais (ausência de moradia, trabalho e renda);

fatores biográficos relacionados à vida particular do indivíduo (quebra de vínculos familiares, problemas de saúde, especialmente doenças mentais e deficiências físicas, e uso abusivo de álcool e/ou drogas) e fatos da natureza (como terremotos ou inundações). Ainda, há que se considerar que a escolha pessoal também é um fator, não frequente, mas existente, justificado pela sensação de liberdade (Brasil, 2014; Sicari, Zanella, 2018; Tiengo, 2023).

Independente dos motivos, as condições as quais estão submetidos são de precarização e risco à saúde, revelando o quanto essa população encontra-se em situação de vulnerabilidade, com dificuldade de acesso a direitos básicos, como saúde, alimentação, assistência social, moradia, trabalho e voto, o que afeta diretamente a inserção social e o status de cidadania desses indivíduos (Brasil, 2009b; Lucena, Costa, 2023). Esse fenômeno da população vivendo nas ruas, assim como a pobreza, tem caráter multifatorial que se estabelece processual e gradualmente, até que se torne permanente, e seu aumento, cada vez mais expressivo, decorre, principalmente, da ineficiência das políticas públicas de proteção social (Sicari, Zanella, 2018).

Outro fator importante a ser considerado é que a PSR é alvo frequente de violência, manifestada por meio da repressão e da discriminação social, materializada em descaso, desrespeito, preconceito e intolerância, por parte da população em geral, muitas vezes resultantes da falta de políticas específicas de proteção social, advindas de órgãos federativos, estaduais e municipais. Há, inclusive, um histórico de invisibilidade dessa população, tanto frente à sociedade, quanto ao poder público, e as manifestações da violência também podem ser vistas por parte dos agentes do Estado, seja dentro dos abrigos, nas abordagens policiais, na expulsão dos espaços públicos e até mesmo na negação de algum atendimento de caráter básico por falta de documentação (Brito, Silva, 2022; Tiengo; IPEA; 2023).

A discriminação e o preconceito da sociedade contra essa população, aumenta ainda mais a auto rejeição e baixa autoestima dessas pessoas, e por consequência, cada vez mais, o seu afastamento da sociedade e de seus direitos como cidadãos, sendo necessárias articulações que previnam a violação dos direitos humanos e da dignidade desses indivíduos, permitindo que consigam se reinserir na sociedade, e construir novamente vínculos familiares e interação social (Sicari, Zanella, 2018).

Nesse sentido, a articulação setorial de políticas públicas para essa população é necessária para facilitar o acesso aos serviços básicos, nos eixos de: saú-

de, facilitando e expandindo o atendimento de urgências, os acompanhamentos, vacinação, e distribuição de medicamentos; de segurança alimentar e nutricional, com o aumento de restaurantes populares que forneçam refeições completas e nutricionalmente adequadas; moradia, com a consolidação de política habitacional e programas de empregos, dando condições para que consigam se recolocar no mercado de trabalho; bem como, cidadania, educação e cultura, com serviços de acolhimento, obtenção de documentação e justiça racial (Brasil, 2023a).

Ainda, se faz importante capacitar e sensibilizar profissionais de diversos setores, por meio da educação permanente, bem como, promover diálogo e interação entre esses profissionais como, por exemplo, as equipes de saúde e de assistência social, para que sejam aptos a atender as demandas dessa população, compreendendo a dinâmica do cuidado, e principalmente as necessidades impostas pela situação precária em que vivem, a fim de superar os desafios relacionados ao acesso à saúde e aos demais direitos básicos (Brasil, 2014).

Diante do contexto apresentado, discutir as condições de segurança alimentar e nutricional e saúde da PSR é de suma importância para a saúde pública, bem como sobre as políticas e ações relacionadas a esse público, visando garantir uma assistência integral e de qualidade.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Com a finalidade de compreender e caracterizar a PSR, foi realizado um levantamento dos estudos brasileiros que trouxeram um olhar sobre a situação de saúde dessa população. Importante mencionar que, no Brasil, os censos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) utilizam como referência os domicílios, o que inviabiliza o recenseamento da PSR. No 13º Censo da população brasileira, realizado em 2022, também não foram incluídas as pessoas em situação de rua, por isso, as gestões municipais de algumas capitais do país (Rio de Janeiro, São Paulo, Vitória, Fortaleza, Florianópolis, Recife, Salvador e Distrito Federal) têm realizado importantes iniciativas de contagem e caracterização dessa população, e o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, em conjunto com o IBGE e o

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), tem também direcionado esforços para realizar um novo censo nacional dessa população (IPEA, 2023).

As pesquisas oficiais utilizam estimativas baseadas nos registros identificados dentro dos limites estatais, utilizando os dados disponíveis no Cadastro Único (CadÚnico), Registro Mensal de Atendimentos, Centro do Sistema Único de Assistência Social (Censo SUAS), Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) (Brasil, 2023b).

Contudo, os dados sobre essa população podem estar subestimados, ao se pensar que muitos são baseados em estimativas que consideram os atendimentos prestados a esses indivíduos no setor de alimentação, documentação, busca por colocação no mercado de trabalho e no atendimento à saúde. Ainda, como muitos vivem em constante movimento, com difícil localização, nem todos são registrados no CadÚnico, dificultando assim a identificação e rastreamento dessa população, o que se caracteriza também como um desafio na obtenção de informações sobre essa população (Brasil, 2023b).

O primeiro levantamento sobre a PSR foi realizado pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, publicado em 2009, como sendo o I Censo Nacional. As informações coletadas foram disponibilizadas no relatório intitulado “Rua: Aprendendo a contar” – Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (Brasil, 2009b). Essa pesquisa localizou, na época, 31.922 indivíduos nessa situação. Com o passar dos anos, três estimativas foram publicadas pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), sendo a mais recente apresentada no documento “Guia POP RUA”, que estimou um total de 281.472 pessoas em situação de rua no Brasil, em 2022. Nesta pesquisa, de 2012 a 2022 o aumento foi de 211%, sendo que, no mesmo período, a população do país cresceu 11%. Considerando o período de 2019 a 2022, o aumento foi de 38%. De acordo com o IPEA, o aumento da PSR demonstra o impacto da situação política e econômica do país, associada ao enfraquecimento de políticas públicas voltadas para a redução das desigualdades sociais e combate à fome (IPEA, 2023).

No intuito de caracterizar a PSR, o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania também lançou um relatório com dados da população em situação de rua intitulado “Diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal”. Esse documento mostrou que no

Brasil, em dezembro de 2022, dentre as pessoas inscritas no CadÚnico, uma a cada 1.000 vivia em situação de rua, o que representava um total de 236.400 pessoas (Brasil, 2023b).

Considerando a distribuição territorial, a região Sudeste é a que apresentou a maior concentração - 62% do total. Ainda, 3.354 (64%) dos municípios do país tinham pelo menos uma pessoa nessa situação, sendo a cidade de São Paulo a que concentrou a maior quantidade dessas pessoas (22,8%), e a capital mineira Belo Horizonte a que apresentou maior percentual da PSR com relação à população total, sendo cinco pessoas nessa situação para cada mil habitantes. Na figura 1 são apresentados dados demográficos da PSR (Brasil, 2023b).

Ainda sobre as características desta população, um contraste do perfil nacional é identificado em Roraima, onde 38% são mulheres e 19% crianças e adolescentes. Nesse estado, 94% da PSR é de origem estrangeira, venezuelana, em sua maioria, em função do processo de migração e refúgio característico dessa região. Um destaque para o quesito cor é necessário, uma vez que, em todo o país, menos de 10% da população se autodeclarou preta, mas entre a população de rua, esse percentual chega a 17%, transparecendo o racismo estrutural e a marcas da exclusão existentes no Brasil (Brasil, 2023b).

Em relação à trajetória na rua, a maioria da população que passou a viver e morar na rua apresenta um desses motivos: desavenças com pai/mãe/irmãos

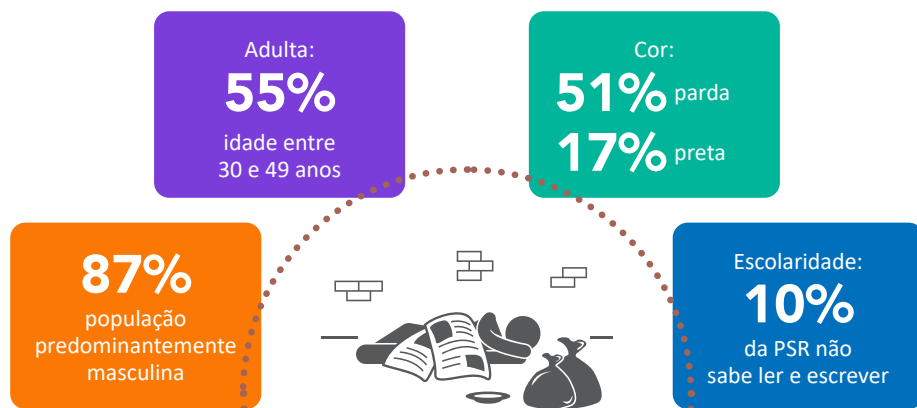


Figura 1. Dados demográficos da população em situação de rua.

Fonte: Brasil, 2023b.

(44%), desemprego (39%) e problemas de alcoolismo e/ou drogas (29%). Além disso, a maioria da PSR, com exceção do que ocorre em Roraima, como mencionado anteriormente, é originária do mesmo local em que se encontra, ou de locais próximos, não sendo decorrência de deslocamentos ou da migração campo/cidade, e o principal motivo de deslocamento ocorre em função da procura de oportunidades de trabalho. Quanto aos vínculos familiares, a maioria possui algum parente residente na cidade onde se encontra, mas nunca, ou quase nunca mantém contato (Brasil, 2023b).

Em relação à escolaridade, o maior percentual de pessoas em situação de rua que não sabe ler e escrever é observado na região Norte (19%), e o menor no Sul (7%). Considerando a ocupação no mercado de trabalho, 68% da PSR já teve carteira assinada, e dos que relataram trabalhar, a maioria (97%) exercia atividade por conta própria, de maneira autônoma e realizando bicos, sendo que a atividade informal de catador (17%) foi a principal forma de ganhar dinheiro (Brasil, 2023b).

O percentual de pessoas com deficiência (15%) entre a PSR chama atenção, sendo que 47% apresentava deficiência física, seguido de transtornos mentais (18%) e de deficiências visuais (16%). Embora não haja dados recentes sobre as condições de saúde da PSR, pode-se constatar que, em virtude das condições precárias de higiene, alimentação e de cuidados básicos, haja altos índices de adoecimento, conforme mostrado na Pesquisa sobre a População de Rua, realizada em 2009, em que mais de 30% da PSR da época apresentava algum problema de saúde, com maior prevalência para hipertensão arterial, doenças psiquiátricas, diabetes e HIV/AIDS (Brasil, 2009b).

Observou-se também no levantamento realizado pelo Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, que 55% da PSR tem preferência por dormir na rua, chegando a 70% na macrorregião Norte. A região Sudeste apresentou o maior percentual (41%) de pessoas que optaram por dormir em albergues (Brasil, 2023b). A Pesquisa Nacional de 2009 mostrou que a escolha pelas ruas para passar a noite se deve, principalmente, à falta de liberdade, obrigatoriedade de horário, proibição do uso de álcool e drogas nos albergues, má qualidade da alimentação e precariedade da higiene local; enquanto a preferência por dormir em albergues se deve à violência e o desconforto vivenciado na rua (Brasil, 2009b).

Em relação ao contexto de violência, verificou-se que de 2015 a 2022 houve um aumento de 5% nas notificações de violência contra a PSR no SINAN. Em 2022

os homens negros e jovens foram as principais vítimas, sendo que as mulheres foram vítimas de 40% dos casos de violência notificados. Com relação ao tipo de violência notificada, 88% das notificações em 2022 foram do tipo física, seguida por violência psicológica (14%). Em quase 40% dos casos, os prováveis agressores eram pessoas desconhecidas das vítimas, e o local mais frequente das agressões eram as vias públicas (Brasil, 2023b).

Outro ponto importante diz respeito à alimentação. Embora no relatório do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania não tenham sido descritas as condições de alimentação dessa população, a Pesquisa Censitária da População em Situação de Rua da cidade de São Paulo, local com maior concentração dessa população, realizada em 2019, trouxe dados importantes que merecem atenção. Segundo a pesquisa, as principais estratégias de acesso a alimentos foram os serviços da Prefeitura, doações de restaurantes, lanchonetes e bares, distribuição de comida nas ruas, restaurantes populares e doação por pessoas. Identificou-se na pesquisa que mais de 35% dessas pessoas em situação de rua haviam passado um dia inteiro sem se alimentar, na semana anterior à pesquisa, e a maioria realizava apenas uma ou duas refeições por dia (Prefeitura de São Paulo, 2019).

A partir de todos os dados apresentados, é possível constatar que essas pessoas são privadas de direitos básicos, e que apesar de existirem políticas e programas direcionados a elas, grande parte não é contemplada, o que justifica o fato das estimativas tenderem à subestimação, pois os bancos de dados como o do CadÚnico, não é capaz de identificar todos esses indivíduos. Ainda, é importante considerar que o tempo de permanência nas ruas tem importante implicação no atendimento de serviços públicos. Isso porque, quanto maior o tempo, menor a resposta e aceitação desses indivíduos às iniciativas públicas. Logo, é fundamental prevenir a cronicidade dessa situação com ações de rastreamento e intervenção imediata (FIOCRUZ, 2023a).

Cabe considerar, conforme pontuado pelo Supremo Tribunal Federal, que as últimas publicações sobre a PSR apresentam a limitação de não terem incluído a parte mais marginalizada da PSR, aquela que não se beneficia de assistência do Estado, nem mesmo possui qualquer documento de identificação. Esse limitante dificulta não apenas a mensuração quantitativa, mas também a compreensão desse cenário, o desenho do perfil dessa população e as condições as quais está submetida. Tão importante quanto conhecer o contexto de sobrevivência nas ruas, é

identificar e compreender profundamente quais os fatores que levam os indivíduos às ruas, a fim de desenvolver programas que previnam essa situação, e limite o crescimento desse fenômeno (Brasil, 2023b).

POLÍTICAS PÚBLICAS E PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS RELACIONADOS À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Visando melhorar a qualidade de vida dos cidadãos em situação de rua e garantir o direito a condições básicas de vida e saúde, algumas estratégias passaram a ser adotadas por órgãos governamentais. Sendo assim, em 23 de dezembro de 2009 foi instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), por meio do Decreto nº 7.053, a qual, dentre as suas diretrizes, está a promoção dos direitos humanos, assegurando o direito à dignidade da pessoa humana, respeitando a convivência familiar e comunitária, valorizando a vida e a cidadania humana, garantindo o atendimento humanizado e universalizado e o direito às condições sociais ideais desse grupo, além de permitir a participação da sociedade civil nas suas ações. Os objetivos da PNPSR, presentes no art. 7º do Decreto nº 7.053 de 2009, são:

- I - Assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda;
- II - Garantir a formação e capacitação permanente de profissionais e gestores para atuação no desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais, transversais e intergovernamentais direcionadas às pessoas em situação de rua;
- III - instituir a contagem oficial da população em situação de rua;
- IV - Produzir, sistematizar e disseminar dados e indicadores sociais, econômicos e culturais sobre a rede existente de cobertura de serviços públicos à população em situação de rua;
- V - Desenvolver ações educativas permanentes que contribuam para a formação de cultura de respeito, ética e solidariedade entre a população em situação de rua e os demais grupos sociais, de modo a resguardar a observância aos direitos humanos;
- VI - Incentivar a pesquisa, produção e divulgação de conhecimentos sobre a população em situação de rua, contemplando a diversidade humana em toda

a sua amplitude étnico-racial, sexual, de gênero e geracional, nas diversas áreas do conhecimento;

VII - Implantar centros de defesa dos direitos humanos para a população em situação de rua;

VIII - Incentivar a criação, divulgação e disponibilização de canais de comunicação para o recebimento de denúncias de violência contra a população em situação de rua, bem como de sugestões para o aperfeiçoamento e melhoria das políticas públicas voltadas para este segmento;

IX - Proporcionar o acesso das pessoas em situação de rua aos benefícios previdenciários e assistenciais e aos programas de transferência de renda, na forma da legislação específica;

X - Criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços;

XI - Adotar padrão básico de qualidade, segurança e conforto na estruturação e reestruturação dos serviços de acolhimento temporários, de acordo com o disposto no art. 8º;

XII - Implementar centros de referência especializados para atendimento da população em situação de rua, no âmbito da proteção social especial do Sistema Único de Assistência Social;

XIII - Implementar ações de segurança alimentar e nutricional suficientes para proporcionar acesso permanente à alimentação pela população em situação de rua à alimentação, com qualidade; e

XIV - Disponibilizar programas de qualificação profissional para as pessoas em situação de rua, com o objetivo de propiciar o seu acesso ao mercado de trabalho (Brasil, 2009a).

Para complementar a PNPSR existe o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua (CIAMP-Rua) que foi formulado também pelo Decreto nº 7.053 e reestruturado no ano de 2019 pelo Decreto nº 9.849 (Brasil, 2019), sendo considerado um instrumento para as ações governamentais diante do contexto delicado da população em situação de rua. Seguindo as exigências do Decreto, o CIAMP-Rua é composto por cinco representantes da sociedade civil, sendo eles: Associação Nacional Criança não é de Rua, Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), Associação Pas-

toral Nacional do Povo da Rua, Fórum Nacional da População em Situação de Rua (FNPR) e Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR).

Considerando a importância de garantir a saúde dos cidadãos em situação de rua foi também instituído pelo Ministério da Saúde o Plano Operativo I em 2013, o qual foi atualizado em 2017, resultando no Plano Operativo II. Esse projeto tem por objetivo a construção de estratégias, programas e ações que assegurem o acesso aos serviços públicos de saúde e o combate ao estigma em relação a esses indivíduos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O Plano Operativo desenvolve intervenções no SUS que possam garantir a igualdade e equidade para essa população. Sendo assim, destaca-se como principais objetivos dessa política: acesso à saúde integral; promoção e vigilância em saúde; educação permanente e educação popular em saúde; mobilização, articulação, participação e controle social; e monitoramento e avaliação das ações de saúde para essa população (Brasil, 2012; Brasil, 2017).

Ainda no contexto da saúde da PSR, por meio da Política Nacional, em 2011 foi instituído o programa Consultório de Rua, que tem como finalidade aumentar o acesso desse grupo aos serviços de saúde e atenção integral à mesma. Esses consultórios são constituídos por equipes multiprofissionais, sendo fundamental para proporcionar a atenção integral e extensa, além de acompanhar o cuidado a esses indivíduos. Podem fazer parte da equipe dos consultórios os seguintes profissionais: enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião-dentista, profissional ou professor de educação física e profissional com formação em arte e educação. As atividades e ações são desenvolvidas inteiramente por esses profissionais, mas, quando necessário, acontecem estratégias em conjunto às equipes das Unidades Básicas de Saúde do local em questão (Brasil, 2012).

Mesmo com a implementação de políticas e programas que visam promover a saúde e prevenir doenças na PSR, em grande parte dos casos a visão social sobre esses indivíduos dificulta que o cuidado ideal e integral necessário seja uma realidade. Ademais, não existem estratégias que trabalhem em conjunto aos profissionais e que possam aprimorar, transformar e expandir os serviços prestados à essa população (Nascimento, 2019).

Em relação ao contexto do acesso dessa população à alimentação, é importante destacar sobre o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), tido como um direito garantido por lei no Brasil. A alimentação adequada foi instituída pelo

Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), contemplado na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (Losan) - Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Segundo essa Lei, em seu art. 3º, a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) 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 (BRASIL, 2006).

Os dados mostram que, historicamente, a PSR é constantemente privada do DHAA e, comumente, não possui o poder de escolher os alimentos e o local das refeições, ou de ter ciência das condições de higiene durante o preparo e transporte, ou mesmo da procedência do alimento, o que a coloca em expressiva situação de Insegurança Alimentar e Nutricional (InSAN). Esses indivíduos sobrevivem, na maioria dos casos, com restos de alimentos retirados de latões de lixo, das sobras de pratos dos restaurantes ou por auxílio de terceiros (Oliveira; Alcântara, 2021).

Independente da fonte da alimentação, compreende-se que a InSAN nesse público é constante pelo fato de não terem renda regular, moradia e condições de subsistência mínima, previstas na Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), estabelecida pela Losan (Torres; Scagliusi; Sabatini, 2023). O II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia de Covid-19 no Brasil (REDE PENSSAN, 2022), mostrou que em 2022 haviam 33 milhões de brasileiros em situação de fome (InSAN grave). E a Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílios contínua (PNADc), realizada em 2023, apontou que 27,6% dos domicílios brasileiros vivenciavam a insegurança alimentar, sendo que destes 4,1% estavam em situação de insegurança alimentar grave, demonstrando assim uma redução da situação de fome nos últimos anos (IBGE, 2024). Porém, esses inquéritos referem-se apenas aos domicílios, o que leva a pensar que, muito provavelmente, a situação seja ainda mais grave para aqueles que não possuem domicílios, como a PSR.

Assim, uma das formas mais comum que as pessoas em situação de rua utilizam para enfrentar a fome é fazer do consumo de álcool e drogas um mecanismo de fuga ou até mesmo de busca da saciedade, resultando no consumo abusivo dessas substâncias, o que agrava ainda mais a negligência alimentar, e a capacidade

de cuidar da própria saúde. Tudo isso reflete a impotência da PSR para superar as barreiras na aquisição de alimentos em quantidade e qualidade adequada. Frente a isso, a situação de InSAN tende a se agravar, comprometendo o estado nutricional e a saúde desses indivíduos (La Cerda *et al.*, 2024).

A Pesquisa Censitária da PSR de São Paulo (Prefeitura de São Paulo, 2019) apontou algumas estratégias de acesso a alimentos para essa população: serviços da Prefeitura; doações por estabelecimentos ou pessoas; e compra de comida. Com relação à água para beber, quase metade dessa população conseguia em estabelecimentos comerciais e postos de gasolina. Nesse contexto, é importante notar o papel dos restaurantes populares, que são equipamentos públicos de alimentação e nutrição, que garantem a alimentação segura, saudável e com preços acessíveis, e que devem atender prioritariamente pessoas em situação de InSAN, das quais a PSR faz parte. Para isso, é necessário um trabalho de busca ativa desses indivíduos, e articulação do Estado para proporcionar o acesso dessa população, priorizando programas de geração de renda. Os programas de transferência de renda, como o Bolsa Família, por exemplo, apresentam impactos positivos no acesso a alimentos, e deve ser direcionado à PSR (Garcia, 2023).

O Plano de Ação e Monitoramento para Efetivação da Política Nacional para a PSR (Brasil, 2023a) propõe no Eixo 1 a “Assistência Social e Segurança Alimentar”, visando ampliar e fortalecer os serviços socioassistenciais, buscando garantir o acesso, entre outros, da alimentação. Dentre as ações previstas nesse Eixo, tem-se: implantar e expandir as cozinhas solidárias, criar o programa nacional de alimentação no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), e a inclusão da PSR como prioritária no Plano Brasil Sem Fome (Brasil, 2023a).

O Plano Brasil sem Fome foi criado em 31 de agosto de 2023, pela Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional – CAISAN, como uma ação emergencial para sanar a grave situação de InSAN, e tirar o país do Mapa da Fome. Ele está organizado em três eixos principais: acesso à renda, redução da pobreza e promoção da cidadania; Segurança Alimentar e Nutricional: alimentação saudável da produção ao consumo; e Mobilização para o combate à fome. As ações deste Plano têm um papel relevante por priorizar a segurança alimentar da PSR (Brasil, 2023c).

Ainda pensando na PSR, o governo federal lançou em dezembro de 2023 o “Plano Ruas Visíveis - Pelo direito ao futuro da população em situação de rua”, visando promover a efetivação da Política Nacional para a População em Situação de

Rua, com articulação das esferas federal, estadual e municipal. O Plano contempla medidas que serão desenvolvidas a partir de sete eixos – Assistência Social e Segurança Alimentar; Saúde; Violência Institucional; Cidadania, Educação e Cultura; Habitação; Trabalho e Renda; e Produção e Gestão de Dados (Brasil, 2023a). Assim, no contexto da segurança alimentar e nutricional e saúde, o Plano visa ampliar e fortalecer “serviços socioassistenciais voltados ao atendimento da população em situação de rua, buscando garantir seu acesso aos programas de assistência social, alimentação e proteção social”, bem como qualificar a “rede de serviços em saúde, capacitação dos profissionais de saúde e a articulação intersetorial entre as políticas” (Brasil, 2023a).

Destaca-se também a Estratégia Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional nas Cidades, conhecida como “Estratégia Alimenta Cidades”, instituída por meio do decreto nº 11.822, de 12 de dezembro de 2023, divulgado na 6ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. A iniciativa é um chamado do governo federal para atuar junto com as cidades brasileiras na adoção de ações e programas que possibilitem o acesso, a oferta e a disponibilidade de alimentos saudáveis para a população mais vulnerabilizada, contemplando a PSR. Entre os princípios dessa Estratégia destacam-se o DHAA, a soberania e a segurança alimentar e nutricional (Brasil, 2024).

Importante destacar que as cozinhas solidárias constituem-se como locais de abastecimento e oferta de refeições voltadas para atender pessoas em situação de insegurança alimentar e nutricional e vulnerabilidade social. A ação propõe apoiar os municípios para que implementem as cozinhas solidárias, de maneira a se adaptarem, inclusive às características da PSR, apresentando flexibilidade de horários, variedade de cardápio e humanização no atendimento. Ainda, pretende-se abastecer as cozinhas solidárias com os alimentos do Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), o qual foi criado pelo governo federal e atua na compra de alimentos da agricultura familiar e destinação para pessoas em InSAN e aos atendidos pela rede socioassistencial (Brasil, 2023a).

Nessa perspectiva, tem-se também o Restaurante Popular, que tem como objetivo aumentar o oferecimento de refeições que são adequadas nutricionalmente, além de garantir o acesso a alimentos seguros e de qualidade, com preços acessíveis e/ou de forma gratuita para aquelas pessoas em situação de pobreza e extrema pobreza, socioeconomicamente vulneráveis, em situação de rua e que estão em um quadro de InSAN. Este equipamento público valoriza as práticas alimentares regio-

nais e culturais, constitui o SISAN e é uma estratégia para promoção da segurança alimentar e nutricional (Brasil, 2004).

O acesso aos Restaurantes Populares, de forma gratuita ou pagando um valor simbólico, é direcionado à PSR e/ou em vulnerabilidade econômica. Assim, as pessoas assistidas pelo programa Bolsa Família, Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua (Centro Pop), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) ou Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) tem esse direito (Brasil, 2011).

Ressalta-se que a insegurança alimentar e nutricional na PSR resulta da dificuldade de acesso à alimentação em quantidade suficiente e de alto valor nutricional, sendo que, quando conseguem o alimento, na maioria das vezes são processados. Isso perpetua o ciclo de precariedade, pois deteriora a saúde e com isso, compromete a capacidade de buscar melhores condições. Assim, faz-se necessário políticas públicas que atendam os diferentes setores (saúde, moradia, emprego e renda), para reduzir a pobreza e a disparidade social, e garantir a segurança alimentar e nutricional dessa população (La Cerda *et al.*, 2024), sendo as principais políticas, planos, programas e estratégias apresentadas na Figura 2.

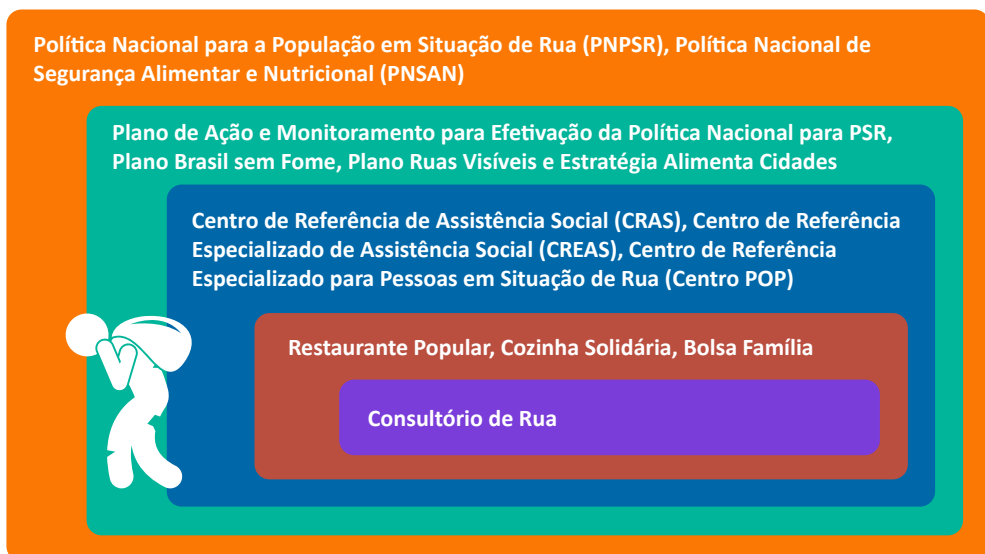


Figura 2. Políticas, planos, programas e estratégias relacionadas à promoção da segurança alimentar e nutricional para a população em situação de rua.

Fonte: Elaborada pelas autoras.

AÇÕES PARA MELHORIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E ENFRENTAMENTO DA INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E DAS DESIGUALDADES

Primeiramente, é importante salientar a necessidade de ampliar o levantamento das informações a respeito da PSR, pois são esses dados que irão direcionar todas as ações, políticas e programas voltados a essa população e facilitar o caminho para a sua efetividade. Esse é um papel que deve ser desempenhado pelas entidades nos âmbitos federal, estadual e municipal de modo a permitir que se conheça a realidade desta população em cada local, bem como suas particularidades, e assim traçar planos de ação eficazes.

Portanto, é necessário que sejam realizadas pesquisas sobre essa população para diagnosticar a real situação em cada localidade. Em âmbito federal, seria ideal a inclusão dessa população no censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cuja iniciativa já tem sido debatida, e até mesmo está presente em um Projeto de Lei (PL 4.498/2020) (Senado Federal, 2020), porém ainda apresenta inúmeros desafios, tendo em vista a dificuldade de se fazer um levantamento de indivíduos sem residência. O ideal é traçar meios para que esses desafios sejam superados e se consiga incluir essa população no Censo de modo a ter dados mais reais para fomentar as políticas e programas voltados a essa parcela da população. O mesmo vale para os levantamentos estaduais e municipais.

Algumas iniciativas têm se destacado nesse contexto, como por exemplo, o Núcleo de Populações em Situação de Vulnerabilidade e Saúde Mental na Atenção Básica (NUPOP), do Departamento de Saúde Pública da Fiocruz Brasília. O NUPOP exerce ações de ensino, pesquisa e extensão, desde 2017, voltadas inclusive para a PSR e populações em situações de vulnerabilidade (FIOCRUZ, 2023b).

O NUPOP criou, em maio de 2023, o Colaboratório Nacional de População em Situação de Rua, como uma estratégia para que as políticas públicas voltadas para essa população fossem acompanhadas de perto, com ações em cinco capitais do país – São Paulo, Curitiba, Rio de Janeiro, Brasília e Salvador, as quais apresentam escritório da Fiocruz. Além disso, o Colaboratório Pop Ruar consiste em uma articulação territorial entre os atores (gestores, instituição de ensino e pesquisa, Ministérios, Defensoria Pública e movimentos sociais), visando qualificar serviços e

equipes, como o SUS e o SUAS, para atender essas pessoas, favorecer o acesso e a garantia de direitos, sistematizar as ações mapeadas, e propor políticas públicas a nível local e nacional. A meta para 2024 é expandir o número de cidades envolvidas no Colaboratório, contando já com a inserção de Manaus, como a primeira da região Norte a integrar a iniciativa (FIOCRUZ, 2023b).

Considerando que o problema com alcoolismo e/ou drogas é prevalente entre a PSR, sendo destacado como um motivo para a procura e permanência na rua, poderia essa questão ser amenizada com apoio terapêutico e/ou medicamentoso, ou até um programa de desintoxicação, na medida do possível, com o objetivo de recuperação e reabilitação desses cidadãos, de modo a elevar as chances de saírem das ruas. Os profissionais envolvidos seriam aqueles já atuantes no Programa Consultório de Rua, como terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro, assistente social, técnico ou auxiliar de enfermagem (Nascimento, 2019).

Nota-se a importância de haver um trabalho multidisciplinar, no qual profissionais de saúde possam atuar na melhoria da qualidade de vida, saúde física e mental dessas pessoas, além de profissionais de assistência social. É importante ressaltar a atuação dos Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e de Referência Especializado em População em Situação de Rua (Centro POP), que são importantes no quesito de identificação e inclusão dos indivíduos nos projetos sociais direcionados a este público. A cooperação e interesse dos governantes também são de suma importância, pois muitas ações dependem da criação e aprovação de leis que beneficiem as pessoas em situação de rua (Brasil, 2023b).

Nesse sentido, reforça-se a necessidade de busca ativa e priorização de ações de saúde direcionadas à PSR. Exemplo disso foi a busca ativa e oferta de vacinas de dose única, durante a pandemia da Covid-19, priorizando a PSR e de abrigos. Essa ação, realizada de forma intersetorial por profissionais da saúde e da assistência social, principalmente, foi relevante para a contenção do número de casos bem como de mortes pela doença.

Destaca-se que no Centro POP, espaço que atende gratuitamente a população em situação de rua, é possível fazer refeições, ter um espaço para higiene pessoal e lavar roupas, ter apoio para conseguir documentos pessoais, guardar seus pertences, ter informações sobre trabalho e tirar dúvidas sobre como ter acesso aos direitos. Ressalta-se que não é preciso ter documento para ser atendido, po-

dendo o endereço do Centro POP ser usado como referência para documentos ou para inclusão no CadÚnico (Brasil, 2023d).

Considerando a situação da PSR, o acompanhamento psicológico deve ser mais valorizado, pois como foi expresso pela Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (Brasil, 2009b), essas pessoas vivenciam vários episódios de discriminação. A maioria delas relatam o desejo de sair das ruas, porém, além das dificuldades já enfrentadas em suas realidades, há uma luta interna, na qual se sentem incapazes de saírem dessa situação, principalmente por ouvirem diversos xingamentos, não sendo tratados como seres humanos na maioria das vezes, gerando um sentimento de culpa e incapacidade.

Além disso, outro grande motivo para que pessoas se encontrem em situação de rua são desentendimentos com familiares, e frente a isso, mais uma vez, a atuação dos profissionais que tratam da saúde psicológica se faz de suma importância, como psicólogos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais, sendo necessário o trabalho em conjunto para esses cuidados (Brasil, 2023a).

A questão do desemprego também apareceu como um dos principais motivos que levaram os indivíduos à situação de rua, uma vez que os trabalhos realizados por essa população são normalmente informais e pouco valorizados, o que dificulta ainda mais a possibilidade de essas pessoas conseguirem se manter fora das ruas. Assim, compreende-se a necessidade de ações que apoiem e fomentem os direitos trabalhistas, por meio de mudanças nas legislações vigentes, fiscalização de condições insalubres de trabalho, e regulamentação das profissões, pois embora tenham o trabalho como um direito, não corresponde ao que ocorre na prática (Brasil, 2023a).

Outra importante questão é a documentação desses indivíduos. Em 2018, foi aprovada a Lei nº 13.714 (Brasil, 2018) a qual proíbe a recusa de atendimento pelo SUS àquelas pessoas que não possuam comprovante de residência. Porém, 24,8% dessa população não tem documento de identificação, o que impossibilita o cadastramento em programas sociais e atendimentos pelo SUS. Com isso, ressalta-se a importância de fornecer à essas pessoas documentos como Registro Geral (RG) e Cartão Nacional de Saúde, com o objetivo de oferecer o direito à cidadania e a possibilidade de desfrutar dos benefícios ao qual deveriam ter direito (acesso ao SUS, bolsa família e aos restaurantes populares), além de aumentarem as chances de conseguir emprego, visto que para isso também é necessário ter documentação.

Um exemplo de ação a ser repetida em outros locais foi o mutirão promovido pela prefeitura de Cuiabá no ano de 2019 (Teixeira, 2019), no qual foi dada a oportunidade para as pessoas em situação de rua emitirem esses documentos. Para esta ação é importante a cooperação da prefeitura, dos órgãos emissores e de assistentes sociais.

Com relação ao direito à alimentação para essa população é importante ressaltar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que tem como uma de suas diretrizes a organização da atenção nutricional, da qual a Rede de Atenção à Saúde faz parte, e compreende processos de organização e gestão de cuidados relativos à alimentação. Por meio dessa Política é possível diagnosticar a população em questão, para então identificar prioridades específicas para a população estudada. Para identificação dos indivíduos que apresentam agravos nutricionais, deve ser utilizado o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), dando foco em seus hábitos alimentares e estado nutricional. Para essa prática de atenção nutricional no âmbito da Atenção Básica, o apoio multiprofissional é fundamental (Brasil, 2013).

Considerando a PNAN, uma importante diretriz é a promoção da alimentação adequada e saudável, entendida como estratégia que visa proporcionar aos indivíduos e coletividades, práticas alimentares apropriadas. Como apresentado na Pesquisa Nacional (Brasil, 2009b), 88,5% da PSR afirmam não receber nenhum benefício dos órgãos governamentais, o que reafirma a importância de tornar mais eficiente o cadastramento dessas pessoas no CadÚnico, para que assim adquiram o direito de fazer refeições nos Restaurantes Populares, os quais oferecem uma refeição balanceada, com valor simbólico ou de graça, com o objetivo de promover alimentação adequada e saudável, bem como reduzir a situação de insegurança alimentar desses indivíduos (Brasil, 2013).

Nesse sentido, é importante pensar na necessidade da capacitação dos profissionais da saúde e de assistência social, e dos servidores públicos em geral, como trata o inciso IX do art. 6º do Decreto nº 7.053 de 2009, que instituiu a PNPSR, para que haja a sensibilização dos mesmos, visando a melhoria da qualidade do atendimento, podendo refletir em uma maior eficiência na execução dos programas já existentes. Além disso, é importante compreender a dinâmica do cuidado dessas pessoas e considerar suas necessidades específicas, principalmente por já viverem em um ambiente comumente hostilizado, muitas das vezes sendo invisíveis para

a sociedade, o que lhes gera um sentimento de rejeição e abandono (Silva, Silva, Andrade, 2019).

Reitera-se, que essa população se encontra em vulnerabilidade social, cultural e econômica, enfrentando violências, preconceitos e estigmas da sociedade, que contribuem ainda mais para sua exclusão, e reforça a urgente necessidade de intervenções políticas e sociais nesse contexto, como as iniciativas que vêm sendo adotadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A PSR foi, historicamente, vista como uma parcela isolada da população, em que muitos os enxergavam como indivíduos isolados que viviam vagando pelas cidades. Os estudos que permitiram a contagem e caracterização dessa população foram importantes para trazer à tona a realidade que por muito tempo ficou esquecida. A partir do mapeamento resultante das pesquisas nacionais e dos relatórios do governo, tornou-se factível o direcionamento de ações, programas e políticas que garantissem condições dignas aos mesmos, mas ainda falta muito a se fazer.

Pôde-se verificar que na última década a PSR no Brasil cresceu de forma significativa, mostrando também o impacto da pandemia da Covid-19 nesse cenário populacional. Esse aumento vertiginoso chamou atenção para as condições de vida dessa população pois, embora haja programas e políticas voltados para a garantia dos direitos desses indivíduos, os mesmos apresentam grande vulnerabilidade social e econômica que refletem na saúde e, conseqüentemente, na segurança alimentar e nutricional dos mesmos.

O direito humano a uma alimentação adequada deve ser a prioridade em todas as esferas do governo, de maneira a atingir toda a população, especialmente as mais vulneráveis, como a PSR. Compreende-se que garantir a segurança alimentar e nutricional desses indivíduos seja um grande desafio político e social que envolve diversos atores, e que se estabelece como uma situação de emergência em saúde pública, haja visto os impactos fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais da insegurança alimentar e nutricional, a médio e longo prazo, que afetam os direitos dessa população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **MDS publica portaria com lista de municípios prioritários para implementação da estratégia Alimenta Cidades**. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/mds-publica-portaria-com-lista-de-municipios-prioritarios-para-implementacao-da-estrategia-alimenta-cidade>. Acesso em: 15 abr. 2024.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Plano Nacional Ruas Visíveis**: População em Situação de Rua. Plano de Ação e Monitoramento para Efetivação da Política Nacional para a População em Situação de Rua. 2023(a). Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/dezembro/governo-federal-lanca-201cplano-ruas-visiveis-pelo-direito-ao-futuro-da-populacao-em-situacao-de-rua201d-com-investimento-de-cerca-de-r-1-bilhao/copy2_of_V3_plano_acoes_populacao_de_rua1.pdf. Acesso em: 02 abr. 2024.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **População em Situação de Rua**: Diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal. Brasília, 2023(b). Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/relat_pop_rua_digital.pdf. Acesso em: 02 abr. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e da Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Plano Brasil sem Fome**. Brasília, 2023(c). Disponível em: https://mds.gov.br/webarquivos/MDS/2_Acoes_e_Programas/Brasil_sem_Fome/Plano/Brasil_Sem_Fome.pdf. Acesso em: 04 abr. 2024.

BRASIL. **Acessar o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP)**. 2023(d). Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/acessar-centro-pop-centro-de-referencia-especializado-para-populacao-em-situacao-de-rua>. Acesso em: 15 abr. 2024.

BRASIL. Decreto nº 9.894, de 27 de junho de 2019. Dispõe sobre o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 junho 2019.

BRASIL. Lei nº 13.714, de 24 de agosto de 2018. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre a responsabilidade de normatizar e padronizar a identidade visual do Sistema Único de Assistência Social (Suas) e para assegurar o acesso das famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal à atenção integral à saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 31, de 30 de novembro de 2017. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2017-2019) das ações de saúde previstas na Política Nacional para a População em Situação de Rua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da População em Situação de Rua**: um direito humano. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf. Acesso em: 03 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf. Acesso em: 03 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília, 2012. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/populacao-em-situacao-de-rua/manual_cuidado_populacao_rua.pdf/view. Acesso em: 03 abr. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop. SUAS e População em Situação de Rua**. Volume 3, Brasília, 2011. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_centro_pop.pdf. Acesso em: 03 abr. 2024.

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dezembro 2009(a).

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua: Aprendendo a contar**. Pesquisa nacional sobre população em situação de rua. Brasília, 2009(b). Disponível em: <https://fpabramo.org.br/acervosocial/wp-content/uploads/sites/7/2017/08/052.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2024.

BRASIL. 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, set. 2006.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Manual Programa Restaurante Popular**. Brasília. 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_logico_restaurante_popular.pdf. Acesso em: 20 jan. 2024.

BRITO, C.; SILVA, L. N. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 151-160, 2022.

FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Fique em casa? Desafios e experiências das Comunidades Práticas em Atenção Primária em Saúde para Populações em Situação de Rua no contexto da Covid-19**. Brasília, 2023(a). Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/58666>. Acesso em: 03 abr. 2024.

FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Colaboratório de População em Situação de Rua é lançado**. 2023(b). Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/colaboratorio-nacional-de-populacao-em-situacao-de-rua-e-lancado/>. Acesso em: 07 jan. 2024.

GARCIA, M. T. “É preciso comer com esperança”: a população em situação de rua e o aumento da fome no Brasil. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 72-80, 2023.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Segurança alimentar 2023**. 24p. 2024. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102084>. Acesso em 19 set 2024.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Guia Inclua – POP RUA: Avaliação de Riscos de Desatenção, Exclusão ou Tratamento Inadequado da População em Situação de Rua**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/GuiaIncluaPopRua.pdf>. Acesso: 03 abr. 2024.

La CERDA *et al.* Acesso e qualidade da alimentação: percepção da população em situação de rua. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 37, p. 1-8, 2024.

LUCENA, F. S.; COSTA, M. I. S. Mulheres em situação de rua e cidadania. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 91-97, 2023.

NASCIMENTO, L. P. **Cuidado em saúde à população em situação de rua: reflexões teóricas sobre o dispositivo Consultório na Rua**. Orientador: Gustavo Matta. 2019. 106 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

OLIVEIRA, M. A.; ALCÂNTARA, L. C. C. Direito à alimentação da população em situação de rua e a pandemia da Covid-19. **Ser Social: Alimentação, Abastecimento e Crise**, Brasília, v. 23, n. 48, p. 76-93, 2021.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Pesquisa censitária da população em situação de rua, caracterização socioeconômica da população em situação de rua e relatório temático de identificação das necessidades desta população na cidade de São Paulo**. São Paulo, 2019. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Produtos/Produto%209_SMADS_SP.pdf. Acesso em: 12 jan. 2024.

REDE PENSSAN - REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **II VIGISAN: Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil**. 2022. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2024.

SENADO FEDERAL. **Projeto de Lei nº 4498, de 08 de setembro de 2020**. Determina a inclusão da população em situação de rua no censo demográfico realizado periodicamente pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/144607>. Acesso em: 10 jan. 2024.

SICARI, A. A.; ZANELLA, A. V. Pessoas em situação de rua no Brasil: Revisão Sistemática. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 38, n. 4, p. 662-679, 2018.

SILVA, B. M.; SILVA, V. N.; ANDRADE, E. G. S. Dificuldades encontradas pelos moradores de rua no acesso à saúde pública. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, Valparaíso de Goiás, v. 2, n. 2, p. 280-286, 2019.

TEIXEIRA, T. M. **Documentos de identidade são fornecidos a moradores de rua na capital**. Governo de Mato Grosso, 2019. Disponível em: <http://www.mt.gov.br/-/12306972-documentos-de-identidade-de-sao-fornecidos-a-moradores-de-rua-da-capital>. Acesso em: 25 jan. 2024.

TIENGO, V. M. População em situação de rua e a ênfase aos vínculos familiares. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 104-113, 2023.

TORRES, T. H.; SCAGLIUSI, F. B.; SABATINI, F. Alimentação da população em situação de rua no contexto da Covid-19 no Brasil: debate qualitativo a partir do jornal O Trecheiro. **Demetra**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 1-18, 2023.

CAPÍTULO 5

Insegurança Alimentar e Nutricional de População Ribeirinha

Sílvia Oliveira Lopes, Carla Mariely Negrão Farias,
Adna Cecília Castro de Oliveira, Gabriella Bertelli Antonucci,
Thais Barcelos de Castro, Valéria Silva de Lana, Sílvia Eloiza Priore

INTRODUÇÃO

As populações e/ou comunidades “tradicionais” são assim denominadas por utilizarem os recursos naturais do ambiente em que ocupam para própria subsistência, sem forte relação com a comercialização e maior uso de mão de obra familiar. Dentre estas, estão os ribeirinhos, que pelo Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007, institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais e reconhece a população ribeirinha como comunidade tradicional (Arruda, 1999; Brasil, 2007). Essa denominação que categoriza as populações rurais pode gerar um deslocamento conceitual da categoria “Ribeirinho”, resultando em invisibilidade ainda maior, visto que, essa população, assim como seringueiros, castanheiros, quebradeiras de coco babaçu, quilombolas e pescadores são colocados em uma única categoria denominada de “populações tradicionais” (Santos, 2014).

Segundo Fraxe *et al.* (2007), os ribeirinhos podem ser formados por grupos miscigenados como indígenas, nordestinos e migrantes de outras regiões, devido ao processo de colonização. Ainda, entre a população ribeirinha também há “pescadores, canoeiros, caçadores, extrativistas, agricultores, seringueiros, castanheiros, juteiros e migrantes vindos de diversas regiões do Brasil” (Oliveira *et al.*, 2020).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) classifica os ribeirinhos como população que habita áreas rurais, especificamente à margem de rios e lagos da Amazônia Brasileira e ocupam cerca de 5.020.000km² (IBGE, 2010). Segundo Paulo (2019), no Brasil 650.234 famílias se declaram como comunidade tradicional,

dentre elas, 10% são consideradas ribeirinhas. A concentração do maior número de famílias ribeirinhas se encontra no estado do Pará, totalizando em 50.314 famílias, no estado do Amazonas o número é de 16.507 famílias, e na Bahia 9.670 famílias.

A principal fonte de renda dessa população é o extrativismo, sendo o rio elemento central na vida econômica, social e cultural. A dinâmica das águas, cheias e vazantes, impõe restrições multidimensionais a essas pessoas, inclusive a serviços de saúde, o que associado a falta de saneamento básico, clima tropical e proximidade do homem com o ambiente de floresta, estabelecem agravos sanitários que impactam negativamente a saúde dessa população (Gama *et al.*, 2018).

A logística fluvial desta população pode ocasionar em um afastamento de atividades comumente realizadas no continente, como o acesso a escolas, postos de saúde, saneamento básico e energia elétrica, que estão concentrados na zona urbana. Porém, cabe ressaltar que o problema em si não está na localização dos ribeirinhos, e sim na falta de assistência e suporte adequados para populações que habitam em lugares diferentes da maioria (Gama *et al.*, 2018).

Inseridos em um contexto de ampla variedade vegetal e animal, vasta diversidade sociocultural e de modo de vida, associado à grande extensão territorial do Brasil, entre outras questões sociais, o acesso à serviços públicos, principalmente à saúde, é muito menor para essa população (Lira *et al.*, 2016; Domingos, 2019). Sendo assim, trabalhar ações considerando as peculiaridades deste grupo populacional é imprescindível para a promoção da saúde e conseqüentemente da Segurança Alimentar e Nutricional.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS

Condições de saúde e segurança alimentar e nutricional

São poucas as informações epidemiológicas sobre as populações ribeirinhas à nível nacional devido à escassez de inquéritos de saúde. Estudos locais publicados na última década revelam a condição, ainda precária, de saúde dos ribeirinhos assim como as doenças e agravos de maior incidência e importância, principalmente

relacionados às doenças transmitidas por vetores. Outros agravos comuns são relacionados à dengue, malária e leishmaniose, doenças infecciosas e parasitárias e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (Farias, 2021).

Como mencionado anteriormente é frequente a ocorrência de doenças infecciosas, em especial, a malária, parasitoses e Doença de Chagas na população ribeirinha (Guimarães *et al.*, 2020). O açaí é o alimento associado ao maior número de casos de Doença de Chagas na região Norte nos últimos anos, seja pela contaminação da polpa ou dos frutos, que ocorre por meio das fezes dos animais reservatórios do protozoário ou ainda pela contaminação pelos insetos que acabam sendo processados junto com o açaí. Isso é devido a presença dos triatomíneos (inseto vetor da doença) próximo às palmeiras, associados à manipulação inadequada da fruta, observa-se maior incidência nos meses de setembro e outubro, período de colheita do fruto (Ferreira, 2014; Souza, 2021).

Ainda, em relação às condições de saúde observam-se anemia e enteroparasitoses (Silva *et al.*, 2014; Gomes *et al.*, 2016); doenças diarreicas e respiratórias (Silva; Moura, 2010); hepatites virais (Oliveira *et al.*, 2011); câncer de colo de útero (Costa *et al.*, 2011); acidentes ofídicos (Feitosa *et al.*, 2015; Silva *et al.*, 2019); hipertensão e diabetes (Mariosa; Ferraz; Santos-Silva, 2018), sendo diagnósticos muito frequentes nos ribeirinhos (Figura 1).

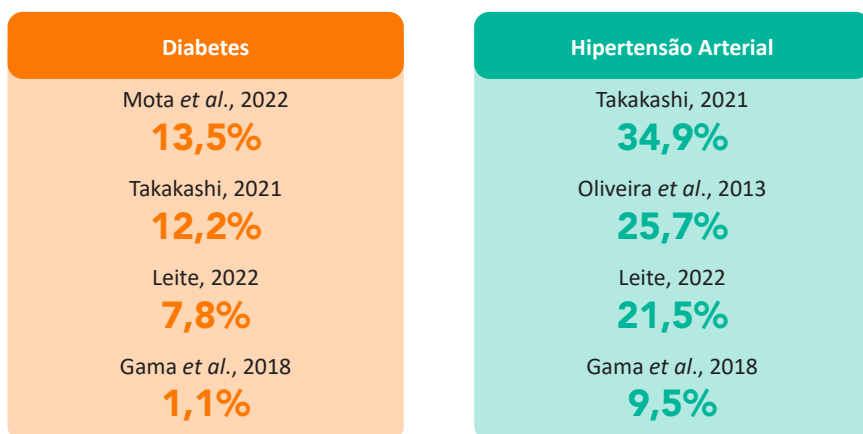


Figura 1. Prevalência de Diabetes e Hipertensão Arterial em estudos locais brasileiros realizados com população ribeirinha.

Observação: Data de busca dos materiais 11 de setembro de 2024, termos usados (Diabetes OR Hipertensão Arterial) AND Ribeirinhos

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Além disso, dentre os problemas de saúde relatados destacam-se os sintomas álgicos, autorrelatadas, como dor de cabeça, costas, musculares, articulares e abdominais, decorrentes do esforço laboral. Os principais recursos utilizados nos cuidados com a saúde são medicamentos alopáticos (70,3%), superando o uso de plantas medicinais (44,3%) (Gama *et al.*, 2018).

A exposição aos riscos relacionados às atividades laborais (como sintomas álgicos, afogamento, acidentes ofídicos e com ferramentas, como facões), e outras dificuldades em relação à assistência à saúde são evidenciadas, já que esta é centralizada na zona urbana e o transporte fluvial é o principal meio de locomoção. Porém, o trajeto possui alto custo e pode ser impossibilitado de acordo com período de cheia ou vazante, expondo os desafios em fornecer melhorias a saúde e qualidade de vida a esse grupo (Farias, 2021).

Considerando ainda as mudanças climáticas que impactam de forma generalizada a população, porém de forma mais sensível as populações que dependem da pesca ou mesmo do transporte fluvial para a sua locomoção. Sendo assim, mais um fator que contribui com a insegurança alimentar e nutricional e mesmo com a piora do acesso aos serviços de saúde.

O saneamento básico está entre os mais importantes fatores sociais determinantes da saúde e o que se observa nessa população é precariedade sanitária, devido ao abastecimento precário também de água. (Brasil, 2013). Essa é coletada diretamente do rio para consumo, tratada de forma desordenada, com aplicação de métodos variados e frequente utilização de produtos como hipoclorito e sulfato de alumínio de forma incorreta e ineficaz. Além disso, não há tratamento de esgoto e consequentemente não há destinação adequada de resíduos. Esse cenário contribui, direta ou indiretamente, para o surgimento de doenças de veiculação hídrica, de parasitoses intestinais e de diarreias, responsáveis pela alta mortalidade infantil nessa população (Pantoja, 2015). Em Furo do Aurá (AM), foi encontrada alta prevalência de *Trichuris trichiura*, apresentado em 90,56% dos casos. Em Cametá (PA), 76,31% das amostras apresentaram resultado positivo para helmintos e/ou protozoários com a faixa etária mais atingida de 02 a 10 anos (40,79%) (De Sena, 2020).

Em relação a oferta e utilização dos Serviços de Saúde em comunidades ribeirinhas, como dito anteriormente, é escassa devido aos centros de saúde estarem localizados em regiões urbanas de difícil acesso a esse grupo. A atenção aos ribeirinhos ocorre esporadicamente, principalmente pelas Equipes de Saúde das

Famílias Ribeirinhas (ESFR) composta por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, agentes comunitários e eventualmente cirurgiões dentistas nos quais se utiliza embarcações para o atendimento das comunidades mais afastadas. Na Tabela 1, é apresentado o número de Municípios com Equipes de Saúde da Família segundo população específica, onde no total da população brasileira, apenas 6,6% (n= 364) tem equipe para atendimento específico dos Ribeirinhos (IBGE, 2021). Os dados demonstram ainda mais a dificuldade na organização à Atenção à Saúde a está população.

O acesso aos serviços de saúde se apresenta ainda mais precários quando se observa dados referentes a distância até o local de atendimento, podendo chegar à 60 quilômetros e com duração de 4,2 horas, em média; e que mais da metade da população (54,9%) utilizava pequenas embarcações de madeira para acessar os serviços de saúde (Guimarães *et al.*, 2020).

O serviço de saúde mais procurado pelos ribeirinhos são os hospitais (65,0%), Unidades Básicas de Saúde (26,6%) e de farmácias (5,4%). Cerca de um em cada quatro Ribeirinhos (22,2%) afirmaram tentar agendar uma consulta médica sem êxito, tendo como principais motivos a falta de fichas (vagas) para agendamento (57,8%), a falta de profissionais para atendimento (28,4%) e a demora no atendimento para a marcação de consulta (13,8%) (Guimarães *et al.*, 2020). Esta é uma

Tabela 1. Número de municípios com Programa de Saúde da Família ou da estrutura similar, por existência de equipe atendendo grupos específicos e classe de tamanho da população do município, segundo Macrorregiões Brasileiras 2021.

	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Total	5543	449	1789	1657	1182	466
Não existe	3428	206	1021	1104	832	265
Outras comunidades e povos tradicionais	901	98	320	235	144	104
Comunidades quilombolas	871	66	462	184	99	60
População em situação de rua	645	46	170	241	114	74
Ribeirinhos	364	146	112	48	25	33
Povos indígenas	429	87	122	55	104	61

Fonte: IBGE - Pesquisa de Informações Básicas Municipais (2021). Elaborada pelas autoras.

realidade que reafirma a importância da organização da Rede de Atenção à Saúde, isso porque a porta de entrada da população deveria ser via Atenção Primária, porém é pela Atenção mais especializada o que pode contribuir ainda mais para os gastos em saúde e dificultar o cuidado.

A relação das principais doenças e suas prevalências, na população ribeirinha, assim como o município de pesquisa pode ser encontrado no Quadro 1.

As condições de Saúde e Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) da População Ribeirinha são muito complexas. Nesse sentido, há uma carência de inquéritos de saúde que defina o perfil epidemiológico dessa população (Gama *et al.*, 2018).

Alimentação, Nutrição e Segurança Alimentar e Nutricional

Em relação à alimentação da população ribeirinha, essa tem como base peixes e produtos derivados da mandioca, além de criação de animais domésticos e plantio. Entretanto, em épocas de cheia, a pesca é prejudicada pela maior dispersão dos peixes pelas áreas alagadas, assim como as outras fontes de alimento também ficam prejudicadas. Contudo, se por um lado o consumo elevado de peixe é visto como benéfico do ponto de vista nutricional, a contaminação de peixes e águas por mercúrio, causada pelo garimpo ilegal e falta de saneamento, apresenta um risco à saúde dessas pessoas provocando problemas graves no sistema nervoso central (Ferreira, 2021).

Segundo Hanbury (2020) “com um terço dos lares saltando refeições, e um sexto sem comer nada por um dia inteiro durante a estação [das cheias], a situação da segurança alimentar pode ser classificada como grave”. Essa população se beneficiava com programas sociais de transferência de renda e da segurança alimentar nos períodos de escassez, porém os cortes durante o governo Temer e que se ampliaram durante o governo Bolsonaro agravaram a insegurança alimentar dessa população (Hanbury, 2020), porém têm-se estruturado ações na tentativa de melhorar as condições de saúde desta população, com exemplo, Plano Nacional de Fortalecimento das Comunidades Extrativistas e Ribeirinhas (Planafe), que buscava “melhoria da qualidade de vida e à conservação do meio ambiente das comunidades extrativistas e ribeirinhas” (Brasil, 2018).

Ao avaliar as prevalências dos dados disponíveis sobre os ribeirinhos no Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), o baixo peso segundo

Quadro 1. Principais doenças que acometem a população ribeirinha.

Estudo e ano	Doença, prevalência e município
Fecury (2015)	Hepatite C: Prevalência alta (8,84%) em Pacuí (PA) Intermediária (2,25%) em Tucuruí (PA)
Uesugui (2003)	Hepatite A: Prevalência de 86%, Vila Candelária, Porto Velho (RO)
Lima (2013)	Infecção por HPV: Prevalência de 16,4%, mulheres ribeirinhas, residentes em sete municípios do Pará: Abaetetuba, Itatuba, Soure, Cametá, Salvaterra, Belém e Cachoeira do Arari.
Borges (2019)	Prevalência do HPV: Itaituba: 13,49% (PA), Limoeiro do Ajuru (PA): 11,76%, Bragança (PA): 11,62%
Pinheiro <i>et al.</i> (2019)	Prevalência de doenças em Abaetetuba (PA): Hanseníase: 14,76% Tuberculose: 11,70% Doença de Chagas: 17,81% Meningite: 3,82% Dengue: 33,59% Febre de Chikungunya: e seis (1,53%)
Nascimento <i>et al.</i> (2013)	Comunidade ribeirinha Cacau na Ilha do Combú (PA): Hanseníase: 9,41% Malária: 14,11% Doenças não transmissíveis em adultos: Obesidade (29,41%) e HAS (14,70%).
Nogueira (2020)	Ribeirinhos em João Pessoa, Paraíba, 2019: Sífilis: 11,6% HIV: 0,8% Hepatite B: 0,8%
Hinke (2009)	Parasitose intestinal - Rio Machado, Rondônia: <i>Ascaris lumbricoides</i> : 47% <i>Ancilostomídeos</i> : 37,7% <i>Trichiuris trichiura</i> : 3,4% <i>Capillaria hepatica</i> : 2,3% <i>Entamoeba coli</i> : 21,4% <i>Entamoeba histolytica</i> : 12% <i>Giardia intestinalis</i> : 15,4% <i>Endolimax nana</i> (10,1%) <i>Iodamoeba butschlii</i> : 7,5%
Gomes (2016)	Furo do Aurá (AM): Prevalência de parasitose: 98,11%
De Sena (2020)	Prevalência de parasitoses nos Ribeirinhos do estado do Pará: 95,1% dos casos, e 23% poliparasitados.
Coura <i>et al.</i> (1994)	Prevalência de parasitoses intestinais, médio Solimões: 69,4% das amostras com um ou mais parasitos. <i>Ascaris lumbricoides</i> foi predominante, com 51% de positividade, e o <i>Entamoeba histolytica</i> foi positivo em 19,7%

Legenda: PA = Pará; RO = Rondônia; HPV = Papilomavírus Humano; HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica; HIV = Vírus da Imunodeficiência Humana; AM = Amazonas.

Índice Peso para Idade, em crianças menores de 5 anos entre os anos de 2018 a 2023 e Baixa Estatura para Idade em crianças de 2 a 5 anos, pode-se observar um aumento no baixo peso entre os anos de 2019 a 2023 e um declínio na baixa estatura para idade (Figuras 2 e 3). Estes indicadores demonstram uma associação com as condições socioeconômicas e demográficas vivenciadas por esta população.

O baixo peso sendo uma variável mais sensível a variações a curto prazo, podendo estar relacionadas a processo de desnutrição aguda e a baixa estatura a processos de deficiência de micronutrientes que podem ser advindos de quadros de desnutrição crônica.

Em dados comparativos da população ribeirinha e brasileira, desta mesma faixa etária analisada anteriormente, no ano de 2023, foi maior as prevalências de baixo peso para idade e baixa estatura para idade na população ribeirinha, encontrando na população brasileira 3,8% e 11,0% respectivamente (SISVAN, 2024).

Outra questão importante a ser trabalhada é a questão do excesso de peso que também é um problema nesta população. Na Figura 4, é apresentado a prevalência de peso elevado para idade em menores de 5 anos, onde ocorreu um pequeno declínio entre os anos de 2022 e 2023. Na população brasileira em 2023, a prevalência foi de 7,1%, valor maior do que encontrado nas crianças menores de 5 ribeirinhas (SISVAN, 2024).

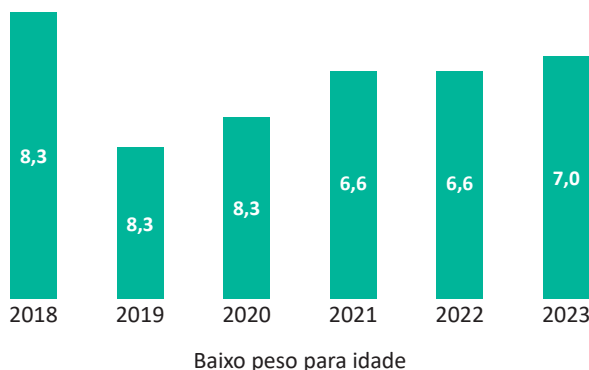
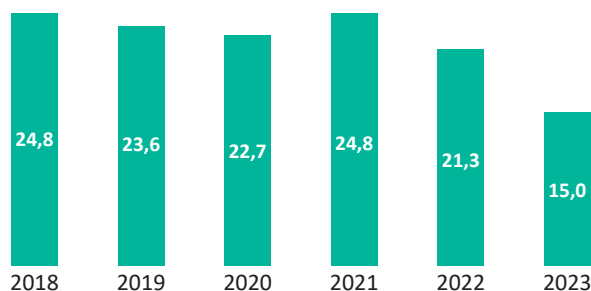


Figura 2. Prevalência de Baixo Peso segundo Índice Peso para Idade, em crianças Ribeirinhas, menores de 5 anos entre os anos de 2018 a 2023, segundo dados consolidados do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Brasil, 2024.

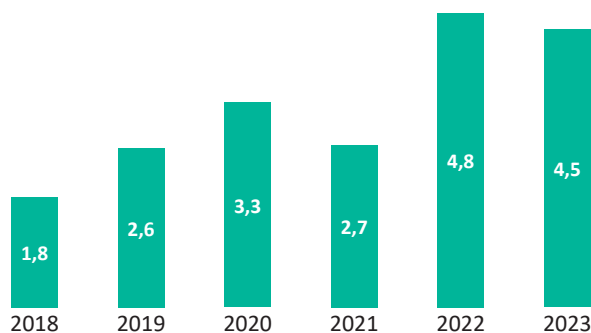
Fonte: SISVAN, 2024. Elaborado pelas autoras.



Baixo estatura para idade

Figura 3. Baixa Estatura para Idade em crianças de 2 a 5 anos entre os anos de 2018 a 2023, segundo dados consolidados do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Brasil, 2024.

Fonte: SISVAN, 2024. Elaborado pelas autoras.



Peso elevado para idade

Figura 4. Prevalência de Peso Elevado para Idade segundo Índice Peso para Idade, em crianças Ribeirinhas, menores de 5 anos entre os anos de 2018 a 2023, segundo dados consolidados do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Brasil, 2024.

Fonte: SISVAN, 2024. Elaborado pelas autoras.

Em continuação a análise das prevalências do estado nutricional dos ribeirinhos, realizou o registro segundo grupo etário na Tabela 2, a fim de, permitir discussões mais atuais quanto a importância deste monitoramento neste grupo populacional. Isso porque, tanto o excesso de peso quanto o baixo peso devem acompanhados buscando permitir intervenções efetivas e eficazes a este grupo populacional, que apresenta tantas limitações quanto ao acompanhamento em saúde.

Tabela 1. Número de municípios com Programa de Saúde da Família ou da estrutura similar, por existência de equipe atendendo grupos específicos e classe de tamanho da população do município, segundo Macrorregiões Brasileiras 2021.

Ano de avaliação	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Crianças de 2 a < 5 anos						
Total avaliado (n)	691	403	234	161	122	120
Magreza acentuada (%)	2,75	1,74	2,56	3,11	3,28	6,67
Magreza (%)	3,76	2,73	1,71	1,86	2,46	5,83
Eutrofia (%)	74,1	73,45	74,79	69,57	61,48	66,67
Risco de sobrepeso (%)	13,02	12,66	9,4	13,66	18,03	11,67
Sobrepeso (%)	3,33	5,96	7,26	4,35	12,3	5,83
Obesidade (%)	3,04	3,47	4,27	7,45	2,46	3,33
Crianças de 5 a < 10 anos						
Total avaliado (n)	1.838	1.604	1.114	895	771	556
Magreza acentuada (%)	2,29	1,81	1,71	1,79	2,46	1,98
Magreza (%)	2,88	3,43	2,51	3,46	2,72	3,6
Eutrofia (%)	77,42	78,05	80,25	77,21	76,52	75,54
Sobrepeso (%)	12,13	10,91	9,78	10,39	11,41	12,41
Obesidade (%)	3,81	4,24	3,95	5,47	5,06	5,22
Obesidade grave (%)	1,47	1,56	1,8	1,68	1,82	1,26
Adolescentes						
Total avaliado (n)	1.876	1.715	1.321	1.595	1.983	2.096
Magreza acentuada (%)	1,17	1,28	1,06	0,94	1,66	0,86
Magreza (%)	1,76	1,87	2,27	1,88	2,37	2,58
Eutrofia (%)	80,49	78,78	75,4	75,86	76%	77,72
Sobrepeso (%)	13,22	14,4	17,26	15,92	14,78	14,74
Obesidade (%)	2,88	3,21	3,48	4,58	4,34	3,58
Obesidade Grave (%)	0,48	0,47	0,53	0,82	0,86	0,52
Adultos						
Total avaliado (n)	2.492	2.443	2.097	2.358	2.995	3.206
Baixo peso (%)	2,45	1,96	1,96	2,08	1,47	1,87
Eutrofia (%)	47,31	46,05	43,59	42,41	43,21	43,89
Sobrepeso (%)	35,23	35,33	35,81	37,11	37,7	35,31
Obesidade Grau I (%)	11,2	13,14	14,31	13,4	1,316	14,5
Obesidade Grau II (%)	3,17	2,5	3,29	3,94	3,37	3,68
Obesidade Grau III (%)	0,64	1,02	1,05	1,06	1,1	0,75
Idosos						
Total avaliado (n)	376	391	374	461	608	632
Baixo peso (%)	20,21	21,23	18,18	16,49	16,28	17,56
Eutrofia (%)	45,21	45,52	45,19	44,47	45,89	46,52
Sobrepeso (%)	34,57	33,25	36,63	39,05	37,83	35,92

Fonte: SISVAN, 2024. Elaborado pelas autoras.

Outra questão importante que deve ser tratada é sobre o consumo alimentar nas comunidades das várzeas. Foi evidenciado a dependência dos ribeirinhos à produção da mandioca e do peixe, e a captação da energia derivada dos carboidratos se mantém como o aspecto mais crítico da sobrevivência (Murrieta *et al.*, 2008).

A farinha de mandioca correspondeu a cerca de 35,2% das calorias consumidas nas casas de Aracampina (AM) e 31,1% de São Benedito (AM), sendo o carboidrato mais importante da alimentação local. O peixe contribui com cerca de 54,3% a 67,3% das proteínas ingeridas. Além de ser a principal fonte proteica, também é a segunda fonte mais importante de energia, contribuindo com cerca de 17,5% a 26,0%. Frutas e verduras são pouco consumidas nas comunidades e desempenham papel secundário na dieta local, o que evidencia baixos valores de micronutrientes na alimentação do dia-a-dia, podendo gerar um quadro de fome oculta, até então, desconhecido. O açaí pôde contribuir com até 30,0% das calorias consumidas na dieta da população ribeirinha (Murrieta *et al.*, 2008).

Escolaridade: uma variável socioeconômica e de contexto social

Em estudo realizado no município de Coari (AM), os ribeirinhos, apresentaram em sua maioria até 9 anos de estudos e renda familiar mensal equivalente a 1/3 do salário mínimo (GAMA *et al.*, 2018), há contradições do contexto social e socioeconômico na população brasileira de forma geral, porém na população ribeirinha estas são mais evidentes.

A variável escolaridade é entendida através de experiência positivas de compreensão do território como a adaptação do calendário escolar, de acordo com a cheia e vazante dos rios, por outro, o sistema educacional falha ao utilizar turmas multisseriadas. Além disso, devido ao alto custo da logística de transportes fluviais, é necessária a disponibilização de lanchas escolares para operacionalização do transporte dos alunos e professores, visando garantir o acesso diário às escolas ribeirinhas (Gonçalves; Domingos, 2019).

A população do campo na região norte do Brasil, na qual a população ribeirinha está inserida em maior expressividade, tem a média de 4,8 anos de estudo, bem abaixo da média nacional que é de 7,5 anos. Em relação a conclusão do ensino médio ou superior entre os jovens de 25 a 34 anos, que corresponde a 17% haviam concluído. Sendo assim, se observa que, para além dos problemas de acessibilidade

de, ainda precisam ser superados os entraves que impedem a permanência nas escolas, trabalhando na perspectiva de adaptabilidade (Santos, 2014).

A necessidade de trazer discussões que contribuam com a melhoria das condições de saúde desta população, de forma direta ou indireta devem ser incentivadas. Isso, porque educação é um elemento importante na superação de problemas sociais e qualquer política educacional voltada à população ribeirinha, portanto, deve-se compreender o seu modo de vida para propor ações de acordo com o contexto. Entretanto, o que tem se observado são ações governamentais pouco efetivas a realidade dessa população e as dificuldades em usufruir de garantias e serviços públicos considerados como essenciais para uma vida digna.

POLÍTICAS E PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS RELACIONADOS À POPULAÇÃO RIBEIRINHA

A seguir são descritas as principais políticas públicas e programas governamentais, vigentes até o ano de 2024, voltados para a população ribeirinha.

Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável de Povos e Comunidades Tradicionais (2007 - até o momento)

O Decreto Federal nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007, institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável de Povos e Comunidades Tradicionais que tem por objetivo promover o desenvolvimento ambiental por meio da sustentabilidade, tendo como base os princípios da garantia da segurança alimentar e nutricional, acesso regular e permanente a alimentos de qualidade e quantidade suficientes, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais (Brasil, 2007; Fiocruz, 2018).

Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) (2004 - até o momento)

A Portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012 instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). A PNSTT, é de caráter universal, e

define os princípios, diretrizes e estratégias visando o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, promovendo e protegendo a saúde e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos principalmente no que concerne às populações tradicionais e grupos vulneráveis que devem ser identificados e definidos a partir da análise da situação de saúde local e regional, da discussão com a comunidade, considerando as especificidades e singularidades culturais e sociais que contemplem a complexidade das relações trabalho-saúde (Brasil, 2012; Fiocruz, 2018).

Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta e das Águas (2004 - descontinuada na gestão de 2019 a 2022 e retomada em 2023)

Foi instituída pela Portaria no 2.866/2011 (Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta - PNSIPCF), sendo um marco na saúde, pois reconhece as condições e determinantes sociais que impactam no processo saúde-doença dessa população. Objetiva proporcionar a saúde e a equidade, previstas na constituição, relacionadas ao desenvolvimento humano e à qualidade de vida (Brasil, 2014).

A PNSIPCF prioriza o avanço na saúde resultante da implementação de políticas intersetoriais que se baseiam na geração de emprego e renda, no acesso à terra, no provimento de saneamento, na construção de habitações, na defesa da soberania e da segurança alimentar e nutricional, na educação, na cultura, no lazer e no transporte digno além da formação e educação permanente em saúde, considerando as necessidades e demandas das populações do campo, da floresta e das águas, com valorização da educação em saúde, articulada com a educação fundamental e técnica (Brasil, 2014).

Política de Garantia de Preços Mínimos da Sociobiodiversidade – PGPMBio (2009 - até o momento)

A PGPMBio possui o objetivo de assegurar preço mínimo aos produtos extrativos, principalmente nos períodos de safra, época em que os preços em geral são mais baixos, devido à maior oferta. O amparo à produção extrativa sustentável é

notável como método para assegurar a conservação da biodiversidade. Para a contenção do desmatamento, é fundamental o investimento em atividades produtivas que mantêm a floresta em pé e geram renda e trabalho para as comunidades que vivem em áreas pressionadas (Brasil, 2017).

Programa Nacional de Saneamento Rural (2019 - descontinuado)

O Programa Nacional de Saneamento Rural (PNSR) está contido dentro do Plano Nacional de Saneamento Básico (PNSB), o programa contempla as populações em áreas rurais comunidades tradicionais e os povos originários, com ênfase às populações do campo, da floresta e águas (PLANSAB, 2019). No entanto, a distribuição da oferta e do acesso a ações e serviços adequados de saneamento no país revela-se desproporcional, e as populações rurais, comunidades e povos tradicionais são os mais desfavorecidos (Brasil, 2019b).

Programa Água para todos (2011 - até o momento)

O Programa Água para Todos foi instituído pelo Decreto nº 7.535, de 26 de julho de 2011, mantendo-se em conformidade, no que for cabível, com as diretrizes e objetivos do Plano Brasil sem Miséria (criado pelo Decreto nº 7.492, de 2 de junho de 2011), que o antecedeu. No Plano Plurianual 2012-2015, os objetivos e metas do Água para Todos estão associados ao Programa - Segurança Alimentar e Nutricional, sob responsabilidade do Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, e possui ações de abastecimento público de água em comunidades ribeirinhas do rio São Francisco e revitalização de bacias hidrográficas (Brasil, 2019b).

Projeto Comunidades Ribeirinhas da Amazônia

Busca desenvolver, em conformidade com a realidade local, o esporte, as lutas e artes marciais, as práticas culturais e de lazer junto às comunidades, por meio da oferta de atividades que proporcionem o desenvolvimento integral como forma de inclusão social de crianças, adolescentes, jovens e adultos (Brasil, 2020).

Programa de Atenção à População Ribeirinha, por meio de Unidades Básicas Fluviais (UBFs) (2013 - até o momento)

O programa de atenção à População Ribeirinha é dividido em Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas, que desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por rio; e as Equipes de Saúde da Família Fluviais, que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) (Brasil, 2019a).

As políticas de governo para a Amazônia, desde o período colonial, tem tido um reflexo direto na vida das populações dessa região, inclusive contribuído para o preconceito, a desterritorialização e a invisibilidade desses povos, vários grupos sociais têm se estabelecido e demarcado suas lutas através de movimentos e organizações, forçando o Estado a os reconhecerem enquanto seguimento social. No caso dos ribeirinhos, estes têm buscado se consolidar por meio de organizações como o Movimento dos Ribeirinhos do Amazonas (MORA), Movimento de Preservação de Lagos (AM) e Movimento dos Ribeirinhos e Ribeirinhas das Ilhas e Várzeas de Abaetetuba (MORIVA - PA), motivados pelo desejo de serem politicamente reconhecidos (Santos, 2014).

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1998), no entanto, a realidade dos ribeirinhos é bem diferente do previsto em constituição. Apesar de recentemente surgirem políticas públicas que dão certa visibilidade à população ribeirinha, ainda se observa ausência da acessibilidade no transporte, escolas rurais, energia elétrica e saneamento, esta última sendo a mais deficiente delas.

Assim sendo, mesmo que existam programas específicos, o acesso ao saneamento básico é muito restrito, item essencial para a manutenção, promoção e recuperação da saúde, visto que, o saneamento adequado têm impacto direto na saúde de crianças e idosos. Esta ação auxiliaria na resolução de problemas como diarreias e infecções intestinais, o que traria uma economia para o Estado em custos com internações e procedimentos hospitalares (Domingos; Gonçalves, 2019).

A associação de ausência do saneamento e pobreza foi reconhecida pelo Governo Federal, ao instituir, em 2011, dentro do Plano Brasil Sem Miséria, o Programa Nacional de Universalização do Acesso e Uso da Água (Água Para Todos). O acesso ao saneamento representa a possibilidade de se ter dignidade (Brasil, 2019b).

É necessário que haja uma tomada de consciência por parte dos gestores para que a realidade possa ser alterada. Tendo em vista as condições de vida precárias, em função da marginalização dos ribeirinhos, eles pouco têm participado das discussões de políticas públicas por falta de informações e conhecimento das leis, o que os exclui social e economicamente (Silva *et al.*, 2016). Além disso, os ribeirinhos por não serem reconhecidos como uma categoria étnica, e sim a partir do território que ocupa, diferente dos indígenas e quilombolas, que são reconhecidos quanto categoria étnico-racial, estão submetidos a constantes invisibilidades, por se apresentarem como pescadores ou extrativistas, percebe-se grande dificuldade de enquadramento em políticas públicas como o Programa de Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pronaf) (Santos, 2014).

Por fim, muitas políticas públicas implementadas na região vão de encontro a interesses e estratégias de expansão e exploração, advindas das relações capitalistas, as quais possuem lógicas opostas aos interesses e demandas das populações tradicionais. Essas políticas estão sob justificativa da necessidade de “desenvolver” e “integrar” a região aos centros dinâmicos do país e à economia internacional, o que causa sérios danos ao meio ambiente e conseqüentemente à população ao seu entorno, excluindo-as ainda mais (Lira; Chaves, 2016).

AÇÕES PARA MELHORIA DA SAÚDE E ENFRENTAMENTO DA INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E DAS DESIGUALDADES NOS TERRITÓRIOS

A população Ribeirinha necessita de um conjunto de políticas públicas articuladas nas mais diversas áreas, a fim de apoiar os gestores e os profissionais de saúde dos municípios no planejamento e implementação de ações voltadas para esses povos que possuem tantas especificidades. No entanto, as grandes áreas geográficas e a dificuldade de acesso impõem limites à implantação de ações e agentes, como as Equipes Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2021).

Porém, compreender que deve ocorrer a interrelação entre saúde, educação, saneamento básico, ações de incentivo à produção de alimentos e/ou promoção de práticas extrativistas sustentáveis, pode contribuir com a Soberania e Segurança Alimentar destas populações.

Segundo a Declaração de Nyéléni na conferência mundial de soberania alimentar realizada em Mali define-se:

A soberania alimentar é o direito dos povos de decidir seu próprio sistema alimentar e produtivo, pautado em alimentos saudáveis e culturalmente adequados, produzidos de forma sustentável e ecológica, o que coloca aqueles que produzem, distribuem e consomem alimentos no coração dos sistemas e políticas alimentares, acima das exigências dos mercados e das empresas, além de defender os interesses e incluir as futuras gerações (FÓRUM MUNDIAL PELA SOBERANIA ALIMENTAR, 2007).

Em consonância a definição de Soberania Alimentar têm-se a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN, Lei nº 11.346/2006), aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República em 15 de setembro de 2006, reafirma esse conceito:

A Segurança Alimentar e Nutricional - SAN 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 (Artigo 3º, Lei 11.346/2006 - LOSAN).

Em resposta às demandas das comunidades extrativistas e ribeirinhas apontadas ao longo do tempo no âmbito da Comissão foi criado o Planafe - Plano Nacional de Fortalecimento das Comunidades Extrativistas e Ribeirinhas (2017-2019), um dos planos de implantação da Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT), sendo um dos instrumentos para concretização da Política em questão (Brasil, 2017).

Dentre os objetivos do Planafe está o enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional e as desigualdades nos territórios, e a promoção do desenvolvimento sustentável conforme as demandas dos ribeirinhos articulando diálogos

e estabelecendo interlocução entre os representantes dos órgãos federais e das comunidades ribeirinhas durante sua elaboração. O Planafe se baseia em quatro eixos essenciais, sendo eles: gestão ambiental e territorial, inclusão social, fomento à produção sustentável e infraestrutura (Brasil, 2017).

As famílias contam com apoio de programas sociais de transferência de renda e manutenção da segurança alimentar como o Bolsa Família e a Aposentadoria Rural. A diminuição da abrangência da Aposentadoria Rural e do Bolsa Família em decorrência de cortes realizados tiveram impacto negativo na gestão da insegurança alimentar dessa população (Recine *et al.*, 2019).

A seguir encontram-se os principais programas envolvidos e suas ações para melhoria da saúde e enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional e das desigualdades nos territórios onde concentram-se as Populações Ribeirinhas:

Programa de Garantia de Preços para a Agricultura Familiar (PGPAF) (2006 - até o momento)

Criado com o objetivo de proteger a renda dos agricultores através do planejamento dos seus investimentos e custeio da safra com equivalência em seus produtos. Além disso, o programa garante às famílias agricultoras um desconto no pagamento do financiamento, em caso de baixa no mercado, correspondente à diferença entre o preço de mercado e o preço de garantia do produto. A responsabilidade da realização do levantamento dos custos de produção e dos preços de mercado dos produtos listados no PGPAF é da Companhia Nacional de Abastecimento - Conab (CONAB, 2021).

Toda vez que o preço médio mensal de mercado se apresentar abaixo do preço de garantia da safra, será calculado um bônus em percentual equivalente a essa diferença de preços. Este bônus será aplicado pelo banco no saldo devedor dos financiamentos de custeio do Pronaf efetivados para os produtos do PGPAF, garantindo que os agricultores familiares tenham assegurado o custo de produção para o pagamento do financiamento. O bônus do PGPAF é calculado todo mês pela Companhia Nacional de Abastecimento e divulgado pelo MAPA. A Conab faz um levantamento nas principais praças de comercialização dos produtos da agricultura familiar e que integram o PGPAF (CONAB, 2021).

Programa de Aquisição de Alimentos (PAA)

O PAA foi estabelecido por meio da Lei nº 10.696/2003. É um programa que tem como objetivo promover a compra de alimentos da agricultura familiar que é repassado aos indivíduos em situação de vulnerabilidade social, contribuindo para a garantia da Segurança Alimentar e Nutricional dos mesmos (Spinelli; Canesqui, 2002). A luta dos movimentos sociais desde a década de 90 por melhores demandas para a agricultura familiar, foi importante para a criação do PAA em 2003 (Carmargo *et al.*, 2013). O programa tem contribuído com a diminuição de famílias em situação de insegurança alimentar e nutricional por meio das compras de alimentos produzidos por agricultores familiares (Hespanhol, 2013).

Compõe o público alvo do PAA os agricultores familiares, principalmente aqueles organizados em cooperativas e associações, assentados da reforma agrária, silvicultores, extrativistas, pescadores, indígenas e integrantes de povos e comunidades tradicionais.

A operacionalização do programa é realizada pelo Ministério da Cidadania através dos estados, Distrito Federal e municípios e também conta com a participação da Companhia Nacional de Abastecimento (Conab), que é uma empresa pública vinculada ao Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA).

No ano de 2019, o PAA teve redução de 77,3% em repasses quando comparado ao ano de 2014. Em 2020, ano de início da pandemia, o programa foi beneficiado com recurso de 500 milhões de reais por meio da Medida Provisória nº 957. Em 2021, o orçamento total do programa caiu para 135,2 milhões de reais e, deste valor, 58 milhões foram destinados aos agricultores (O JOIO E O TRIGO, 2022). Ainda no ano de 2021, o PAA foi substituído pelo Programa Alimenta Brasil, porém, o atual presidente brasileiro em 2023 retornou com o nome PAA.

Política de Garantia de Preços Mínimos para os Produtos da Sociobiodiversidade (PGPMBio)

Tem como objetivo dar suporte e assegurar a renda de produtores rurais através do incentivo da produção aliada a proteção do meio ambiente pela contribuição com a redução do desmatamento e assim garantindo, também, a regularidade do abastecimento nacional. Além de garantir renda às populações que possuem for-

mas próprias de organização social, como cooperativas e associações, pois garante preço mínimo de produtos extrativistas para produtores rurais (Brasil, 2017; CONAB, 2021).

Os produtos florestais extrativistas não madeireiros sustentados pela PGPM-Bio são: Açaí, Andiroba, Babaçu, Baru, Borracha Extrativista, Buriti, Cacau, Castanha do Brasil, Juçara, Macaúba, Mangaba, Murumuru, Pequi, Piaçava, Pinhão, Pirarucu e Umbu. A Conab é responsável por acompanhar o mercado dos produtos florestais não madeireiros, quando os preços estão abaixo do preço mínimo publicado pelo MAPA, o governo federal paga um bônus a todos que comprovem, por meio de nota fiscal, a realização de venda de seu produto por um valor inferior ao mínimo (Brasil, 2017; CONAB, 2021).

Programa de transferência de renda

O Programa Bolsa Família é um programa federal, criado pela Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que tem como objetivo a superação da pobreza e para tal atua em três eixos: transferência direta de renda às famílias em situação de extrema pobreza; ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde, educação e assistência social, por meio das condicionalidades; e coordenação com programas e/ou ações complementares nas esferas federal, estadual e municipal (Brasil, 2015).

Entre os objetivos do programa está a promoção do acesso a redes de serviços públicos, combate à fome e a promoção da segurança alimentar e nutricional, porém a dificuldade enfrentada pelos povos ribeirinhos é o isolamento proporcionado pelas adversidades ambientais que restringe a participação dessa população a esse direito (Brasil, 2015).

O Bolsa Família é o maior programa condicionado de transferência de renda do mundo e possui como plano a garantia de uma renda básica a famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, com intuito de estimular a emancipação das famílias para que alcancem autonomia financeira e superem as situações de vulnerabilidade social. Possui como proposta integrar em apenas um programa várias políticas públicas de assistência social, saúde, educação, emprego e renda (BRASIL, 2004; Brasil, 2021; Guimarães, 2022)

Aposentadoria por Idade Rural

A Aposentadoria por Idade Rural é um benefício dado ao cidadão que comprove pelo menos 180 meses trabalhados em atividade rural e idade mínima de 60 anos para homens e 55 para mulheres. Aqueles que trabalham com pesca artesanal e agricultura familiar são considerados segurados especiais e podem conseguir o benefício com redução da idade desde que comprove os 180 meses de trabalho (Brasil, 2018).

Para solicitar o benefício não é necessário comparecer ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), a solicitação pode ser feita online e requer a Autodeclaração do Segurado Especial (pescador, rural, seringueiro e extrativista vegetal) e outros documentos. Porém, é comum que o INSS disponibilize unidades móveis flutuantes (PREVBarco) para prestar atendimento às populações ribeirinhas, comunidades indígenas e quilombolas que vivem às margens dos rios amazônicos em municípios que não há unidades fixas do INSS (Brasil, 2020).

Política Nacional de Atenção Básica e Saúde Ribeirinha

Entre 1994 e 1996, surge inicialmente como programa “Saúde da Família”, que na década seguinte seria implementada como uma estratégia para organizar a atenção básica, passando a ser a base para o planejamento do sistema de saúde reorganizando o modelo assistencial hospitalocêntrico até então vigente no país (Rosa, 2005).

Esse novo modelo promove uma aproximação maior dos serviços de saúde à comunidade, muito importante para povos como os ribeirinhos que estão geograficamente afastados dos polos de saúde fixos. Em 2012 uma revisão na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) contemplou uma série de arranjos e inovações nas modelagens de equipes que foram configuradas na prática cotidiana dos serviços, tais como: Equipes de Consultórios na Rua e das Equipes de Saúde Ribeirinha e Fluvial que desempenha atividades nas Unidades Básicas Fluviais (UBSF) móveis e a Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR), que está ligada a uma Unidade fixa, mas seu acesso às comunidades se dá por via fluvial (Kadri, 2019).

As equipes de ambas são compostas por no mínimo: um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, um médico e doze Agentes Comunitários de Saúde. Em regiões endêmicas, também pode fazer parte da equipe um microscopista, e as equipes fluviais que são credenciadas em Saúde Bucal devem incluir ainda, na equipe

mínima, um cirurgião-dentista e um técnico/auxiliar em saúde bucal (Kadri, 2019).

O atendimento das equipes ribeirinhas ocorre por 14 dias (8 horas diárias) e 2 dias são destinados à educação permanente e planejamento. Já as equipes fluviais – embora duas equipes possam dividir a mesma UBS fluvial – podem permanecer embarcadas até 20 dias/mês em razão da logística do percurso de deslocamento (Kadri, 2019).

A partir de 2014 houve a oportunidade de ampliação do número de profissionais vinculados às Equipes Ribeirinhas e as Equipes Fluviais que atuam em áreas de grande dispersão populacional, além de incentivos logísticos para apoio em terra e de transporte. As equipes puderam acrescentar: dois profissionais de nível Superior dentre aqueles previstos no NASF, até 12 microscopistas em áreas endêmicas, 24 ACS, 11 auxiliares/técnicos de enfermagem. É preferível que as duas últimas categorias residam nas comunidades assistidas (Kadri, 2019).

A atenção desenvolvida pela UBS Fluvial promove um cuidado preventivo e longitudinal, centrado na família e com um conjunto de ações básicas de serviços. Algumas embarcações além da assistência, também desenvolvem pesquisa, ensino e atividade de educação e prevenção por meio da arte (Kadri, 2019).

Pela determinação do PNAB as embarcações devem se ater à: as UBSF devem possuir registro específico junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde; garantia do repasse federal de incentivo mensal para custeio das equipes de saúde e de apoio; ter espaços favoráveis para o desenvolvimento de ações de saúde por uma equipe multidisciplinar; modelo de atenção à saúde baseado na vigilância em saúde e na promoção da saúde, com acompanhamento das famílias de forma integral, com resolutividade e atenção às necessidades das pessoas (Kadri, 2019).

É importante entender a peculiaridade da vida que se organiza na mobilidade do território ribeirinho cujas características se alteram sazonalmente de acordo com as cheias e vazantes. Em regiões de várzea na Amazônia, a atenção à saúde no município é dada por demandas de uma população flutuante que migra intensamente entre a cidade e a zona rural por conta das atividades extrativistas em área rural (que ocorrem durante vazante dos rios) e acesso aos serviços na zona urbana (em especial no período da enchente, quando é possível se locomover pelas vias fluviais) (Kadri, 2019).

Outro aspecto a destacar é o acesso ao município que é determinado pelo tipo de transporte, a potência do motor e a sazonalidade do rio – cheia ou vazante – são condições que interferem na distância e no tempo de deslocamento dentro

do território amazônico, as viagens de barco podem variar de 6 a 12 horas, em via aérea o tempo não passa de 50 minutos por isso, a maneira mais apropriada de medir distância no território ribeirinho e o deslocamento é o tempo, e não os quilômetros (Kadri, 2019).

Essa peculiaridade reflete na diferença da rotina de atendimentos em uma embarcação, pois o dia inicia às sete da manhã, há intervalo para almoço e os atendimentos seguem até o último paciente. Nesse momento a embarcação navega

Quadro 2. Diferenças no processo de trabalho entre modelo de UBS Fluvial e UBS tradicional.

	UBS/Equipe Tradicional	UBSF/Equipe Fluvial
Território	Como a UBS é fixa e a população tem distribuição dispersa, a área de abrangência da Unidade é muito ampla, dificultando acesso e comprometendo o seguimento dos usuários que residem distante.	Como a UBS é móvel, é possível posicioná-la onde o território é usado, ou seja, perto da população adscrita. Funcionamento em conformidade ao ciclo fluvial de cheia e vazante
Monitoramento e avaliação	Os atendimentos são reportados diariamente para as bases de dados nacionais por via eletrônica on-line. Risco reduzido de atraso de repasses federais	Sem acesso à internet, os dados dos atendimentos são reportados quando a embarcação retorna à sede do município, o que pode ocasionar atraso de repasse de recursos.
Equipe	Em diferentes níveis, todos os membros da equipe são profissionais de saúde.	Além dos profissionais de saúde, a equipe conta ainda com tripulação (comandante, operador de máquinas, marinheiro, serviços gerais e outros).
Gestão do cuidado	Foco na assistência individual. Uma vez que o serviço está sempre disponível, usuários vêm à Unidade sozinhos ou com 1 ou 2 membros da família. Os demais permanecem em outras atividades domésticas ou econômicas.	Foco na assistência à família. Porque o serviço não está disponível em tempo integral, comumente toda a família é atendida nas consultas. Isso influencia na qualidade do atendimento, uma vez que o profissional pode contar com suporte familiar para seguimento do plano terapêutico.
Processo de trabalho	Rotinas organizadas em agenda por tipo de atendimento, por ex.: dia da hipertensão, do pré-natal, consulta pediatria, etc.	Rotinas integradas. Disposição para atender qualquer demanda necessária no dia que a Unidade está na comunidade.
Educação Permanente em Saúde	Reuniões agendadas, horário para o 'acontecimento' da EPS.	Acontece em ato no processo do cuidado durante a consulta, na visita domiciliar ou no intervalo de deslocamento da Unidade, pois é preciso discutir estratégias para superar "nós críticos" do cotidiano durante a prestação do cuidado.

Fonte: Kadri, 2019.

para a próxima comunidade a ser atendida no próximo dia. Essa rotina traz um problema imediato, relacionado à carga horária dos profissionais, pois a UBS Fluvial deve funcionar vinte dias por mês (Kadri, 2019).

Na prática isso significa que os profissionais embarcados vão exceder a jornada de trabalho prevista. Em comum acordo entre a Secretaria Municipal de Saúde e os profissionais, fazem uso do banco de horas, no qual os profissionais têm direito a dez dias úteis de folga no retorno à sede do município. Há, então, revezamento na equipe sobre as folgas, fica determinado que parte da equipe continua trabalhando na UBS Fluvial enquanto a outra parte está de folga, e assim os atendimentos seguem na sede (Kadri, 2019). Além disso há outras diferenças no trabalho em uma UBS Fluvial exploradas no quadro 2.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população ribeirinha convive com especificidades culturais, territoriais e relacionadas à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, educação e transporte que impactam diretamente na situação de insegurança alimentar e nutricional e no acometimento de doenças nesse grupo. Assim, os ribeirinhos merecem ações e políticas específicas para melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORGES, B. E. S. **Estresse oxidativo associado à infecção pelo HPV e às lesões precursoras do câncer de colo uterino em mulheres ribeirinhas**. 2016. 88 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Medicina Tropical, Belém, 2016. Programa de Pós-Graduação em Doenças Tropicais. Disponível em: <http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/9187>. Acesso em: 26 out 2021.

BRASIL. Casa Civil. **LEI Nº 10.836, DE 9 DE JANEIRO DE 2004**. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Revogado pela Lei nº 14.284, de 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.836.htm#:~:text=Cria%20o%20Programa%20Bolsa%20Fam%C3%ADlia,transfer%C3%Aancia%20de%20renda%20com%20condicionalidades. Acesso em: 30/10/2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 20 out 2021

BRASIL. **Decreto de 27 de fevereiro de 2023**. Designa os representantes da sociedade civil para compor o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA, com mandato de dois anos. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-de-27-de-fevereiro-de-2023-466469927>, Acesso em: 02 mai. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 6040 de 07 de fevereiro de 2007**. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm. Acesso em: 11 out. 2021.

BRASIL. Diário Oficial da União. **MEDIDA PROVISÓRIA Nº 1.061, DE 9 DE AGOSTO DE 2021**. Institui o Programa Auxílio Brasil e o Programa Alimenta Brasil, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-1.061-de-9-de-agosto-de-2021-337251007>. Acesso em: 30/10/2022

BRASIL. **Lei nº 14.284, de 29 de dezembro de 2021**. Brasília, 2021. Conversão da Medida Provisória nº 1.061, de 2021. Institui o Programa Auxílio Brasil e o Programa Alimenta Brasil; define metas para taxas de pobreza; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e dispositivos das Leis nos 10.696, de 2 de julho de 2003, 12.512, de 14 de outubro de 2011, e 12.722, de 3 de outubro de 2012; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Lei/L14284.htm#art46. Acesso em: 30/10/2022

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Auxílio Brasil**. O que o auxílio Brasil? Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/auxilio-brasil>. Acesso em: 30/10/2022

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Projeto Comunidades Ribeirinhas da Amazônia**, Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/aceso-a-informacao/carta-de-servicos/esporte/esporte-educacao-lazer-e-inclusao-social/projeto-comunidades-ribeirinhas-da-amazonia-1>. Acesso em: 21 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa Nacional de Saneamento Rural** / Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2019b. 260 p. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/documents/20182/38564/MNL_PNSR_2019.pdf. Acesso em: 20 out 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. 2019a. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esfr>. Acesso em: 12 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014**. Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2311_23_10_2014.html. Acesso em: 13 out 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 12 out 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ações de assistência em saúde aos povos e comunidades tradicionais no contexto da pandemia: **Portaria GM/ MS nº 894, de 11 de maio de 2021** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família, Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/acoes_assistencia_povos_comunidades_tradicionais.pdf. Acesso em: 11 out 2021.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Cartilha Bolsa Família** - Transferência de renda e apoio à família no acesso à saúde, à educação e à assistência social, 2015. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/bolsa_familia/Cartilhas/Cartilha_PBF_2015.pdf. Acesso em 25 out 2021.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. **Plano Nacional de Fortalecimento das Comunidades Extrativistas e Ribeirinhas** – PLANAFE: 2017-2019 / Ministério do Meio Ambiente, Secretaria de Extrativismo e Desenvolvimento Rural Sustentável – Brasília, DF: MMA, 2017. Disponível em: http://www.agroecologia.gov.br/sites/default/files/publicacoes/planafe_final_baixa.pdf. Acesso em: 12 out 2021.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. **Plano Nacional de Fortalecimento das Comunidades Extrativistas e Ribeirinhas** – PLANAFE: 2017-2019 / Ministério do Meio Ambiente, Secretaria de Extrativismo e Desenvolvimento Rural Sustentável – Brasília, DF: MMA, 2017. Disponível em: http://www.agroecologia.gov.br/sites/default/files/publicacoes/planafe_final_baixa.pdf. Acesso em: 12 out 2021.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. Instituto Nacional do Seguro Social - INSS. **Aposentadoria por Idade Rural**. Publicado em 30/10/2018. Disponível em: <https://www.gov.br/inss/pt-br/saiba-mais/aposentadorias/aposentadoria-por-idade-rural>. Acesso em: 25 out 2021.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. **PREVBarco Rondônia retoma a navegação para atendimento a populações ribeirinhas**, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/inss/pt-br/assuntos/noticias/prevbarco-rondonia-retoma-a-navegacao-para-atendimento-a-populacoes-ribeirinhas>. Acesso em: 22 out 2021.

BRASIL. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. – Ano IX, n. 18 (Abr./Jun. 2008). Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_sau-de_familia18.pdf. Acesso em: 11 out 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília, 2013. Disponível em https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf. Acesso em: 20 out 2021.

CONAB - Companhia Nacional de Abastecimento. **Boletim da Sociobiodiversidade**, Brasília, DF, v. 5, n. 3, junho de 2021. Disponível em: https://www.conab.gov.br/info-agro/analisesdomercadoa-gropecuarioextrativista/boletimdasociobiodiversidade/boletimsociobio/item/download/37442_5f7524384a22710eb77e01e7ed38e95e. Acesso em: 22 out 2021.

COSTA, J. H. G. *et al.* Prevenção do câncer de colo do útero em comunidades ribeirinhas atendidas pelo Programa Luz na Amazônia, Estado do Pará, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 2, n. 4, p. 17-22, 2011.

COURA, J. R. *et al.* Aspectos epidemiológicos, sociais e sanitários de uma área no Rio Negro, estado do Amazonas, com especial referência às parasitoses intestinais e à infecção chagásica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, p. S327-S336, 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/G9kph66qN-cfy6Gb7FZS4dYS/?lang=pt>. Acesso em: 26 out 2021.

CUNHA, C. B. *et al.* Perfil epidemiológico de pacientes vítimas de escarpelamento tratados na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 27, p. 3-8, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcp/a/xpR3jd46fNZBPGTdkSgGPMH/?lang=pt>. Acesso em: 25 out 2021.

DA SILVA, E. P.; FARIAS, G. G.; ALVES, O. J. A. As políticas públicas e seus reflexos no modo de vida Ribeirinho na comunidade menino deus em Portel (PA). **Cerrados**, v. 14, n. 2, p. 161-183, 2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5761490>. Acesso em: 04 out 2021.

DE SENA, L. W. P. *et al.* Prevalência de enteroparasitose em comunidade ribeirinha do estado do Pará, Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 11, p. e4710-e4710, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4710>. Acesso em: 22 out 2021.

DO NASCIMENTO, L. S. *et al.* Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade ribeirinha da Amazônia. **ANAIS DO CBMFC**, n. 12, p. 1363, 2013. Disponível em: <https://cmfc.emnuvens.com.br/brasileiro/article/view/747>. Acesso em: 26 out 2021.

DOMINGOS, I. M.; GONÇALVES, R. M. População Ribeirinha no Amazonas e a desigualdade no acesso à saúde. **Revista de Estudos Constitucionais, Hermenêutica e Teoria do Direito**, v. 11, n. 1, p. 99-108, 2019. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/RECHTD/article/view/rechtd.2019.111.06/60747117>. Acesso em: 12 out 2021.

FARIAS, A. S. **Conhecendo a Atenção Primária Ribeirinha**. Livro eletrônico. Curso de Atenção à Saúde da População Ribeirinha, UnaSus. Manaus, AM. Universidade do Estado do Amazonas. 2021. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/ARES/23855/1/Ebook_Unidade_Conhecendo-APopula%C3%A7%C3%A3oRibeirinha_Final_ISBN.pdf. Acesso em: 25 out 2021.

FECURY, A. Alves. **Aspectos epidemiológicos da infecção pelo vírus da hepatite C em populações ribeirinhas do estado do Pará, na Amazônia brasileira**. 2015. [tese] [internet]. Belém – PA: Universidade Federal do Pará; 2015. 83p. Disponível em: http://repositorio.ufpa.br/jspui/bitstream/2011/9088/1/Tese_AspectosEpidemilgicosInfeccao.pdf. Acesso em: 26 out 2021.

FEITOSA, E. S. *et al.* Snakebites as a largely neglected problem in the Brazilian Amazon: highlights of the epidemiological trends in the State of Amazonas. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 48, supl. 1, p. 34-41, June 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0105-2013>. Acesso em 15 out. 2021.

FERREIRA, I. **Hábito alimentar das comunidades caboclas da Amazônia**. Agência USP de notícias. Instituto de Biociência. São Paulo, 26 de outubro de 2020. Disponível em: <http://www.usp.br/agen/repgs/2002/pags/118.htm#:~:text=O%20peixe%20e%20os%20produtos,prato%20regado%20a%20muita%20farinha>. Acesso em: 20 out 2021

FERREIRA, R. T. B. *et al.* **Transmissão oral da doença de Chagas pelo consumo de açaí: um desafio para a Vigilância Sanitária**. Fiocruz. 2014. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/9712/Vig_Sanit_Debate_2_4-11.pdf;jsessionid=1E00808B0E02A3852CCE52614FA190CB?-sequence=2. Acesso em: 28/10/2022

FIOCRUZ. Saúde dos povos e populações do campo, da floresta e das águas: a Fiocruz e sua atuação estratégica na temática de saúde e ambiente relacionada aos povos e populações do campo, da floresta e das águas. 160 p. Série Fiocruz: **Coleção saúde, ambiente e sustentabilidade**, v. 7. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. Disponível em: https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/02/07_saude_POVOS_final_.pdf. Acesso em: 12 out 2021.

FÓRUM MUNDIAL PELA SOBERANIA ALIMENTAR. **Declaração de Nyéléni**. Nyéléni, Selingue, Mali, 28 de fevereiro de 2007. Disponível em: https://www.cidac.pt/files/5514/2539/9126/Declarao_de_Nyeleny.pdf. Acesso em: 25 out. 2021.

- FRANCO, E. C. *et al.* Promoção da saúde da População Ribeirinha da região amazônica: relato de experiência. **Revista Cefac**, v. 17, p. 1521-1530, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/fm3wGQQnWsgjr5Lpkjvp7jt/?lang=pt>. Acesso em: 30 de out 2022.
- GAMA, A. S. M. *et al.* Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2018.v34n2/e00002817/pt/>. Acesso em: 14 set 2024.
- GAMA, A.S. M. *et al.* Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nWyTKM4WRV5Gxr4pS-VT4Mnp/>. Acesso em: 04 de set. 2024.
- GOMES, K. M. *et al.* Anemia e parasitoses em comunidade ribeirinha da Amazônia brasileira. **Rev Bras Anal Clin**, v. 48, n. 4, p. 389-93, 2016. Disponível em: <http://www.rbac.org.br/artigos/anemia-e-parasitoses-em-comunidade-ribeirinha-da-amazonia-brasileira/>. Acesso em: 22 out 2021.
- GONÇALVES, R. M.; DOMINGOS, I. M. População Ribeirinha no Amazonas e a desigualdade no acesso à saúde. **Revista de Estudos Constitucionais, Hermenêutica e Teoria do Direito (RECHTD)**11(1):99-108, janeiro-abril 2019 Unisinos. Disponível em: <http://www.revistas.unisinos.br/index.php/RECHTD/article/view/rechtd.2019.111.06/60747>. Acesso em: 20 out 2021
- GUIMARÃES, A. F. *et al.* Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 11, 2020. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176=62232020000100012-&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 25 out 2021.
- GUIMARÃES, C. **O Brasil se despede do Bolsa Família**. Escola Politécnica Joaquim Venâncio - EPSJV/Fiocruz, 2022. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-brasil-se-despede-do-bolsa-familia>. Acesso em: 30 de out 2023.
- HANBURY, S. **Por falta de peixes e de apoio do governo, ribeirinhos da Amazônia estão passando fome**. Agência de notícias Mongabay. 4 agosto 2020. Traduzido por Eloise de Vylder. Disponível em: <https://brasil.mongabay.com/2020/08/por-falta-de-peixes-e-de-apoio-do-governo-ribeirinhos-da-amazonia-estao-passando-fome/>. Acesso em: 20 de out 2021
- HESPANHOL, R. A. de M. Programa de Aquisição de Alimentos: limites e potencialidades de políticas de segurança alimentar para a agricultura familiar. **Sociedade & Natureza**, v. 25, p. 469-483, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sn/a/B36qfftFW6HZMBQVCX4z4Vm/?lang=pt>. Acesso em: 25 out 2021.
- HINKE, T. Z. **Perfil nosológico da População Ribeirinha do baixo rio Machado em Rondônia/Amazônia Ocidental-Brasil**. 2009. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/42/42135/tde-03032010-101656/publico/TieneZinganoHinke_Doutorado.pdf. Acesso em: 26 out 2021.
- IBGE. Pesquisa de Informações Básicas Municipais (2021). **Municípios com Programa de Saúde da Família ou da estrutura similar, por existência de equipe atendendo grupos específicos e classe de tamanho da população do município, 2021**. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/9475>. Acesso dia 15 de agosto de 2024.

KADRI, M. R. *et al.* Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jJWLyMsndVmG3N9BTc5M4GG/?lang=pt>. Acesso em: 22 out 2022.

LEITE, L. de A. **Levantamento dos fatores de risco para o Acidente Vascular Cerebral em sujeitos adultos de diferentes regiões do estado de Rondônia, assistidos pelo projeto “FOB-USP em Rondônia”**. 2022. Dissertação (Mestrado em Ortodontia e Saúde Coletiva) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2022. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25144/tde-01092022-100521/publico/LeticiaAzevedoLeite_Rev.pdf. Acesso em: 12 de set. 2024

LIMA, M. M. M. de A. **Aspectos clínicos e epidemiológicos da infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) em mulheres da população urbana e ribeirinha no município de Santarém-PA**. 2013. 70 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Núcleo de Medicina Tropical, Santarém, 2013. Programa de Pós-Graduação em Doenças Tropicais. Disponível em: <http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/7387>. Acesso em: 26 out 2022.

LIRA, T. de M.; CHAVES, M. do P. S. R. Comunidades ribeirinhas na Amazônia: organização sociocultural e política. **Interações** (Campo Grande), v. 17, p. 66-76, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/inter/a/MXbhGK5VDQbX4bMQzRYDRLN/?lang=pt>. Acesso em 04 out 2022.

MARIOSIA, D. F.; FERRAZ, R. R. N.; SANTOS-SILVA, E. N. dos. Influência das condições socioambientais na prevalência de hipertensão arterial sistêmica em duas comunidades ribeirinhas da Amazônia, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1425-1436, maio 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.20362016>>. Acesso em: 26 out 2021.

MOTA, B.G. *et al.* Prevalência de diabetes mellitus autorreferido e fatores associados em população rural e tradicional de Goiás: estudo transversal. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 25, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/hFdKG66DBWJ8qtQzYCHqRKn/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 12 de set 2024

MURRIETA, R. S. S. *et al.* Consumo alimentar e ecologia de populações ribeirinhas em dois ecossistemas amazônicos: um estudo comparativo. **Revista de Nutrição**, v. 21, p. 123s–133s, jul. 2008.

NOGUEIRA, W. P. *et al.* **Prevalência e fatores associados à infecção por sífilis, HIV, hepatite B e C em População Ribeirinha**. 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/18265>. Acesso em: 26 out 2021.

O desmonte da segurança alimentar, em números. **O Joio e o Trigo**, 2022. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasmidias/o-desmonte-da-seguranca-alimentar-em-numeros/>. Acesso em: 02 mai. 2023.

OLIVEIRA, B. F. A. de *et al.* Prevalência de hipertensão arterial em comunidades ribeirinhas do Rio Madeira, Amazônia Ocidental Brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1617-1630, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gZhV5BssxCQXnKMz9ghCBdb/#>. Acesso em: 04 de set. 2024.

OLIVEIRA, C. S. F. de *et al.* Hepatitis B and C virus infection among Brazilian Amazon riparians. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 44, n. 5, p. 546-550, 2011.

PANTOJA, N. G. P. **A utilização da água de rio para o consumo humano nas comunidades ribeirinhas na região de Coari a Itacoatiara / Amazonas – Brasil**, 2015. Tese (Mestrado), Curso de Química, Uni-

versidade Federal do Amazona, Manaus, 2015. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/4820/2/Disserta%3a7%3a3o%20-%20Nilda%20Gorethe%20P.%20Pantoja.pdf>. Acesso em: 20 out 2021.

PINHEIRO, A. K. C. *et al.* Doenças Infecciosas E A Rede De Atenção Primária À Saúde Em Comunidades Ribeirinhas. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, 2021. Disponível em: <https://web.p.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=14148536&AN=152615834&h=ey3BhQhN0PGOKd3kBW-FP3r5lZYQhM4dWR%2b02rJFRghdwUW6Xr7lXEAYAQo1ft%2bozIR3gLzhFnJ9Wta%2bDlLrO-9g%3d%3d&url=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d14148536%26AN%3d152615834>. Acesso em: 26 out 2021.

PLANSAB. **Plano Nacional de Saneamento Básico**. Ministério do Desenvolvimento Regional, Secretaria Nacional de Saneamento, Brasília, 2019. Disponível em: https://antigo.mdr.gov.br/images/stories/ArquivosSDRU/ArquivosPDF/Versao_Conselhos_Resolu%C3%A7%C3%A3o_Alta_-_Capa_Atualizada.pdf. Acesso em 12 out 2021.

RAMALHO, E. E. *et al.* **Disseminação da COVID-19 em cidades e comunidades ribeirinhas da Amazônia Central**. 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/406/507/504>. Acesso em: 25 out 2021.

RECINE, E. *et al.* Extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: comida de verdade e cidadania golpeadas. **Fase**, 2019. Disponível em: <https://fase.org.br/pt/informe-se/artigos/extincao-do-conselho-nacional-de-seguranca-alimentar-e-nutricional-comida-de-verdade-e-cidadania-golpeadas/>. Acesso em: 22 out 2021.

RHS. Rede Humaniza SUS. Departamento de Atenção Básica. **Você conhece as UBS Fluviais?**, 2013. Disponível em: <https://redehumanizaus.net/66937-voce-conhece-as-ubs-fluviais/>. Acesso em: 30 de out 2022.

ROSA, W.de A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 13, p. 1027-1034, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/FQGxm7s89ZQtmJHXXMgSYyg/?lang=pt>. Acesso em: 25 out 2021.

SAMBUICHI, R. H. R. *et al.* **Programa de aquisição de alimentos e segurança alimentar: modelo lógico, resultados e desafios de uma política pública voltada ao fortalecimento da agricultura familiar**. Texto para Discussão, 2019. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9319/1/TD_2482.pdf. Acesso em: 25 out 2021.

SANTOS, J. *et al.* **Populações ribeirinhas e educação do campo: análise das diretrizes educacionais do município de Belém-PA, no período de 2005-2012**. 2014. Disponível em: http://ppgedufpa.com.br/bv/arquivos/File/m14_jeni.pdf. Acesso em: 24 out 2021.

SENADO FEDERAL. **Senado aprova criação de Bolsa Verde para ações de preservação do meio ambiente**. Senado Notícias, Brasília, 2011. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2011/09/28/senado-aprova-criacao-de-bolsa-verde-para-acoes-de-preservacao-do-meio-ambiente>. Acesso em: 22 out 2021.

SILVA, A. M. B. *et al.* Ocorrência de enteroparasitoses em comunidades ribeirinhas do Município de Igarapé Miri, Estado do Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude, Ananindeua**, v. 5, n. 4, p.

45-51, dez. 2014 . Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232014000400006&lng=pt&nrm=i-so>. Acesso em 25 out. 2021.

SILVA, A. M. *et al.* Ethno-knowledge and attitudes regarding snakebites in the Alto Juruá region, Western Brazilian Amazonia. **Toxicon**, v. 171, p. 66-77, 2019.

SILVA, S. A.; MOURA, E. C. de. Determinantes do estado de saúde de crianças ribeirinhas menores de dois anos de idade do Estado do Pará, Brasil: um estudo transversal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 26, n. 2, p. 273-285, Feb. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200007>> acesso em 25 out. 2021

SISVAN. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional**. 2024. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/>. Acesso em: 14 set 2024.

SOUZA, S. B. de *et al.* Perfil epidemiológico da doença de Chagas aguda na região norte do Brasil no ano de 2015-2019. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 7, p. e8200-e8200, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/8200/5105>. Acesso em: 28 de out 2022

TAKAHASHI, C. L. **Condições de Vida E Saúde De Ribeirinhos Da Floresta Nacional De Pau Rosa Maués Amazonas- Brasil**, 2021. Dissertação ((Mestrado em Ciência e Tecnologia para Recursos Amazônicos) - Universidade Federal do Amazonas. Disponível em: https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/8683/14/Disserta%c3%a7%c3%a3o_CamilaTakakashi_PPGCTRA.pdf. Acesso em: 12 de set. 2024

UESUGUI, H. M. **Soroprevalência de hepatite a associado a fatores de risco em comunidade ribeirinha urbana - Vila Candelária Porto Velho, Rondônia, Amazônia Ocidental, Brasil**. 2003. 64 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Medicina Tropical, Porto Velho, 2003. Programa de Pós-Graduação em Doenças Tropicais. Disponível em: <http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/9219>. Acesso em: 26 out 2021.

CAPÍTULO 6

Insegurança Alimentar e Nutricional de Imigrantes e Refugiados no Brasil

Sílvia Oliveira Lopes, Dayane de Castro Morais, Núbia de Souza de Morais, Elyzabeth Aiko Carneiro Ozawa, Mayda Souza Soares, Thaís Cupertino Fialho, Elizangela da Silva Miguel, Sílvia Eloiza Priore

INTRODUÇÃO

A população brasileira é composta por diversas raças e etnias, sendo que o fluxo migratório faz parte da formação do nosso povo. A imigração no Brasil iniciou-se com a chegada dos europeus, principalmente de portugueses e espanhóis, seguido dos africanos e italianos. Outros povos também fizeram parte deste movimento migratório, desde a colonização do país, como os açorianos, alemães, japoneses, poloneses, sírios, entre muitos outros povos que trouxeram consigo, além da força de trabalho as suas diferentes culturas (Busko, 2017; Granada *et al.*, 2017).

Juntamente com o fluxo migratório, têm-se os refugiados. Na Declaração de Cartagena, em 1984, o conceito de refugiado foi ampliado, sendo que, diferente dos imigrantes que se mudam por vontade própria em busca de melhores condições de vida, os refugiados podem ser considerados imigrantes forçados. Nesta Declaração foram discutidos os direitos humanos e o compromisso que os países deveriam ter com os refugiados internacionais (Busko, 2017).

Segundo a Agência da Organização das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR):

As pessoas refugiadas estão fora do seu país de origem devido a reais temores de perseguição relacionados à questões de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opinião política. Também são consideradas refugiadas quem foi forçado a deixar seus países devido a conflitos armados, violência generalizada e graves violações dos direitos humanos (ACNUR, 2020a; UNHCR, 2020).

Essa definição de refugiados está em consonância com a legislação brasileira, regulamentada pela Lei nº 9.474, de 22 de julho de 1997 (Brasil, 1997). A ACNUR afirma que os refugiados e imigrantes devem possuir os mesmos direitos, assistências e obrigações que a população local do referido país. Entre esses estão os direitos civis básicos, que dizem respeito a não sujeição à tortura e a tratamento degradantes, além de liberdade de pensamento e deslocamento. Há também a preocupação em garantir os direitos econômicos e sociais como direito ao trabalho, educação, assistência médica e alimentação (ACNUR, 2010; ACNUR, 2020a; UNHCR, 2020).

Até 2022, existiam no mundo cerca de um bilhão de migrantes e refugiados. Este número tem aumentado devido às mudanças climáticas, guerras, conflitos e outros problemas políticos e sociais, intensificando as crises e vulnerabilidades deste grupo (Nisbet, Lestrat, Vatanparast, 2022; WHO, 2022). Em relação às migrações forçadas, em função de guerra, perseguição, violência e violações de direitos humanos, a ACNUR relata um recorde de crescimento nos últimos anos, chegando a 108,4 milhões de indivíduos migrantes em 2022, que corresponde a um aumento de 19,1 milhões em relação ao ano anterior (ACNUR, 2023).

O Brasil acolhe “a maior população de refugiados da América do Sul”, vinda de aproximadamente 80 diferentes países, sendo que estes concentram-se em grandes centros urbanos e são na sua maioria, homens (Santana, 2018). A maioria da população de refugiados no Brasil (aproximadamente 90%) possuíam entre 18 a 45 anos, de acordo com a última pesquisa (ACNUR, 2022a).

Segundo os dados do Relatório Anual 2021 do Observatório das Migrações Internacionais, estima-se que, entre 2011 e 2020, residiam no Brasil cerca de 1,3 milhão de imigrantes, sendo a maioria oriunda da Venezuela, Haiti, Síria e Congo (Cavalcante; Oliveira; Silva, 2021).

Importante ressaltar que quando um indivíduo deixa o seu país de origem de forma involuntária e repentina, situação conhecida como deslocamento forçado, ele passa por diversas mudanças, entre elas, nos hábitos alimentares. “Os hábitos alimentares são impulsionados pela disponibilidade de alimentos, práticas culturais e religiosas, normas sociais, experiências individuais e preferências de gosto” (Gingell *et al.*, 2022).

Nesse sentido, imigrantes e refugiados são também vulneráveis à insegurança alimentar e nutricional devido às dificuldades de acesso a alimentos de quali-

dade, em quantidade suficiente e de sua cultura. Um dos fatores que podem influenciar o acesso aos alimentos por essa população é a renda, visto que, muitas vezes, esses indivíduos possuem subempregos com renda baixa, o que interfere de forma negativa a aquisição de alimentos pela família (Gingell *et al.*, 2022). Este fato influencia também nas condições de saúde dessas pessoas e no acesso aos serviços de saúde, em seus diferentes níveis de atenção, mesmo com a Lei nº 13.445 de 24 de maio de 2017, direcionada aos imigrantes no Brasil, que instituiu no Artigo 4º, inciso VIII o “acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória” (Brasil, 2017).

Sendo assim, esse capítulo tem como objetivo avaliar as condições de segurança alimentar e nutricional e de saúde da população de imigrantes e refugiados do Brasil.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS CONDIÇÕES DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E SAÚDE DE IMIGRANTES E REFUGIADOS NO BRASIL

No Brasil há um crescente aumento no número de refugiados e migrantes, com aproximadamente 62 mil refugiados reconhecidos de 2015 a 2021 e cerca de 1,3 milhão de migrantes residindo no país em 2020. Essas populações prioritariamente estão inseridas em contextos urbanos (ONU, 2022). Este processo migratório caracterizou o país como sendo o sexto maior a receber pessoas, ficando atrás de Argentina, Colômbia, Chile, Venezuela e Peru (IOM, 2022). As principais nacionalidades dos imigrantes brasileiros, no período de 2015 a 2021, foram Bolívia, Venezuela e outras diferentes nacionalidades da América Central (Figura 1).

Na Figura 2 são apresentadas algumas características de migrantes em nível mundial, relacionadas ao número, países mais acessados, sexo, idade e ocupação.

Estes padrões de migração também corroboram com os achados na esfera nacional, segundo o OBMigra, em seu Relatório “Refúgio em número 2023” (Junger *et al.*, 2023). Observa-se a crescente solicitação de reconhecimento da condição de refugiado no Brasil, com exceção dos anos de menor mobilidade de pessoas, causados pela pandemia de COVID-19 (Figura 3).



Figura 1. Principais nacionalidades receptoras de residência por país da América Latina, período 2015-2021.

Fonte: IOM, 2022.

Em 2022, as principais solicitações de reconhecimento da condição de refugiado no Brasil foram advindas especialmente, da Venezuela, Cuba e Angola, correspondendo a 84,7% (n= 50.355) das solicitações nesse ano (Junger *et al.*, 2023). Os principais estados de interesse destes migrantes foram Roraima e São Paulo (Junger *et al.*, 2023).

Nos últimos anos o número de mulheres e crianças migrantes, principalmente refugiadas, tem aumentado (Guerra, 2021; Junger *et al.*, 2023). Destaca-se que crianças apresentam alta vulnerabilidade relacionada à “exploração, violência, negligência, tráfico, abusos e outras iniquidades”, nesse contexto de migração (Tavares, Oliveira, Pereira, 2022).



População migrante total

Número total de migrantes internacionais:

281 milhões
de pessoas

3,6%
da população mundial

Países com maior número de emigrantes

1º) Índia
17,5 milhões

2º) México
11,8 milhões

3º) China
10,7 milhões

País de destino mais procurado

Estados Unidos da América



Distribuição por sexo e fase da vida, segundo população mundial/ População total de imigrantes

Homens
3,7% / 51,9%

Mulheres
3,5% / 48,1%

Crianças
1,4%

Idade

73%
com 20 a 64 anos

População trabalhadora migrante

Homens
96 milhões

Mulheres
68 milhões

Figura 2. Características gerais da migração mundial.

Fonte: UNDESA, 2020; IOM, 2021; IOM, 2024

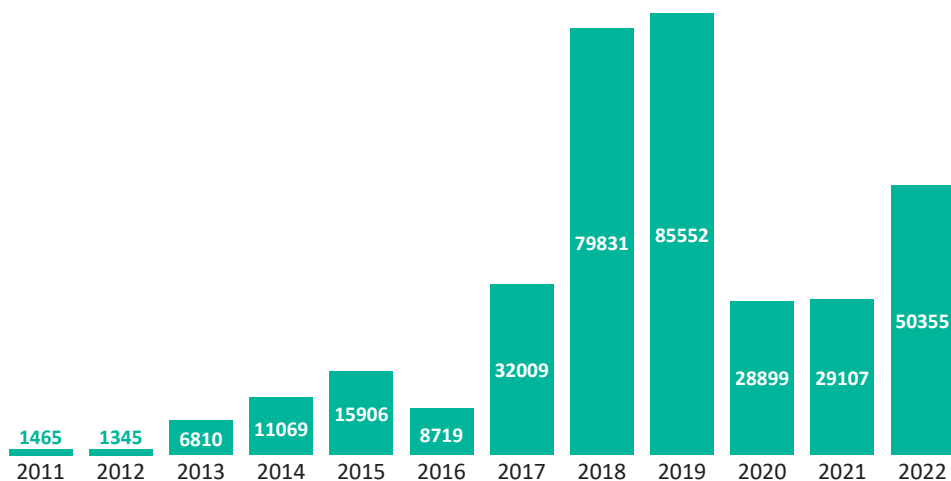


Figura 3. Número de solicitantes de reconhecimento da condição de refugiado no Brasil, segundo ano de solicitação, no período de 2011 a 2022.

Fonte: Junger *et al.*, 2023. Elaborada pelas autoras.

Ressalta-se que não existem dados sistematizados sobre as condições de saúde e acesso aos serviços básicos desse grupo, uma vez que os sistemas de notificação não identificam esse grupo, subnotificando as doenças e agravos vivenciados pelos mesmos (Teléfora; Carvajal; Ferreira, 2024).

Uma revisão integrativa sobre refúgio e alimentação, na perspectiva da segurança alimentar e nutricional, indicou que refugiados apresentam altas prevalências de insegurança alimentar, seja ela mensurada por escalas, ingestão alimentar ou antropometria, em função da baixa ingestão de energia e de alimentos fonte de proteína, vitaminas e minerais (como frutas e verduras), além da omissão de refeições. Os estudos incluídos reforçam que as principais causas da insegurança alimentar e nutricional são a baixa renda, dificuldade em encontrar alimentos tradicionais de seu país de origem, falta de condições e de habilidades culinárias para adquirir e preparar alimentos, idioma distinto do país de origem e por não terem hábito de consumo de alimentos disponíveis no país em que estão refugiados (Barcelos *et al.*, 2023).

Ainda, nessa revisão é apontada a presença de dupla carga de má nutrição entre os refugiados, marcada pela desnutrição e excesso de peso, sendo discutido que a desnutrição é uma realidade de muitos países de origem desses refugiados, e que a má alimentação que perpetua a migração, é condicionante da desnutrição e excesso de peso nesse público (Barcelos *et al.*, 2023).

Ao considerar a situação de segurança alimentar e nutricional e saúde dos migrantes no Brasil, ainda são escassas as informações, sendo os estudos pontuais em termos de localidades e nacionalidades. Porém, a vulnerabilidade desse grupo o torna mais susceptível à insegurança alimentar e nutricional em função das dificuldades de comunicação devido os diferentes idiomas, diferenças culturais e problemas em obter a documentação, (Teléfora; Carvajal; Ferreira, 2024).

Estudos realizados com imigrantes bolivianos que residem em São Paulo apontaram que os mesmos vivenciam “um quadro crescente de patologias associadas às precárias condições de vida e de trabalho” (Goldberg, Silveira, 2013), com altas prevalências de problemas dermatológicos e respiratórios, como a tuberculose (Goldberg, Silveira, 2013; Melo, Campinas, 2010). De uma forma geral, imigrantes e refugiados apresentam doenças e agravos que devem ser considerados no cuidado em saúde como a desnutrição; doenças gastrointestinais; problemas respiratórios, posturais, de articulação e de saúde mental; doenças infecciosas (especialmente, as crianças), como malária, tuberculose e infecção por HIV; uso de álcool e drogas e atraso no desenvolvimento psicofísico de crianças (Goldberg, Silveira, 2013; Granada *et al.*, 2017; Aragão *et al.*, 2023).

A ocorrência de doença e causa de morte dos imigrantes, apontada pela literatura, demonstram que estes só procuram habitualmente a atenção primária na perspectiva da prevenção de doenças e agravos, recorrendo aos médicos e hospitais quando a doença se agrava ou em situações de emergência (Granada *et al.*, 2017). Essa situação pode ser explicada pela discriminação, violência e precariedade socioeconômica vivenciada por este grupo, contribuindo para o menor acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, afetando a saúde mental, física e qualidade de vida dos mesmos (Goldberg, Silveira, 2013; Granada *et al.*, 2017).

POLÍTICAS E PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS RELACIONADOS AOS IMIGRANTES E REFUGIADOS NO BRASIL

A chegada dos imigrantes e refugiados se dá ao longo do território nacional, e na última década há um número crescente de municípios brasileiros que acolhe este grupo. Os desafios para os municípios são grandes por serem os primeiros a terem uma resposta para esta população, tendo que articular iniciativas locais de proteção e integração,

envolvendo diferentes áreas e estratégias de ação, buscando garantir o acesso a direitos sociais, econômicos, culturais e políticos. A valorização desses esforços fortalece as práticas de acolhimento e apoio, promovendo a troca de conhecimentos e experiências entre os envolvidos e impulsionando a disseminação e adaptação dessas iniciativas para outros locais. O papel das cidades nas respostas abrangentes e integrais para refugiados tem sido destacado tanto em nível global, como no Pacto Global sobre Refugiados aprovado pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 2018, que reconhece as autoridades e atores locais como fundamentais para a consolidação dessas respostas (ONU, 2022).

Tratando-se da oferta de serviços de saúde para os refugiados, o Sistema Único de Saúde (SUS) atende a imigrantes, refugiados e solicitantes de refúgio no país (Santana, 2018), considerando a saúde como um direito universal, sem distinção de raça, cor e nacionalidade, além de outras especificidades, ou seja, o SUS é destinado a toda e qualquer pessoa que se encontra em território brasileiro (Brasil, 2011). A assistência de saúde pública, fornecida pelo SUS é reforçada pela “Nova Lei da Migração brasileira”, a Lei nº 13.445/2017, que estabelece que “ao migrante é garantida no território nacional, em condição de igualdade com os nacionais, a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”. Como apontado anteriormente, nessa lei é regulamentado que o migrante deve ter “acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória” (Brasil, 2017).

Nesse contexto de saúde, as políticas de alimentação e nutrição no país, a constar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) não abordam as especificidades desse grupo em questão (Teléfora; Carvajal; Ferreira, 2024).

A Agência da Organização das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR) atua no Brasil em cooperação com os Governos Federal, Estaduais e Municipais, bem como outras entidades públicas, apoiando o fortalecimento de políticas, planos e espaços de participação social para refugiados, solicitantes de refúgio e outras pessoas sob a responsabilidade da agência. A ACNUR reconhece que a proteção e integração dessas populações é uma responsabilidade compartilhada entre diferentes atores, incluindo setores público e privado, organizações não-governamentais, academia e instituições internacionais. A ACNUR fornece apoio técnico aos Conselhos e Comitês para pessoas refugiadas e migrantes, bem como ao planejamento de políticas públicas e à iniciativa Cidades Solidárias (ACNUR, 2022b).

O Comitê Nacional para os Refugiados (Conare), criado pela Lei nº 9.474 de 1997, é um órgão federal responsável por reconhecer a condição de refugiado no Brasil, enquanto Estados e Municípios estabelecem comitês e conselhos para refugiados e migrantes, impulsionando políticas públicas locais. O Conare está vinculado ao Ministério da Justiça e Segurança Pública, tendo entre os representantes membros da sociedade civil e dos Ministérios da Saúde, Educação, Economia, Relações Exteriores, Justiça e Segurança Pública (Teléfora; Carvajal; Ferreira, 2024). O ACNUR é membro observador de vários desses comitês e presta suporte técnico na elaboração e implementação de políticas públicas para refugiados e migrantes (ACNUR, 2022b). A Figura 4 representa a distribuição territorial destes Conselhos e Comitês.

Ressalta-se que os estados fronteiriços, como o Acre, Roraima e Amapá, não apresentam políticas públicas específicas para acolher a população refugiada e imigrante, sendo que “órgãos não governamentais e secretarias vinculadas às prefeituras (em geral dos grandes centros) unem esforços a fim de resolver situações” urgentes (França, Ramos, Montagner, 2019).

Internacionalmente, a discussão sobre o cuidado com migrantes e refugiados tem se fortalecido. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) existem acordos e orientações relacionadas a esta população. Os pactos globais relacionados são o “Pacto Global sobre Refugiados”, de 2018 e “Pacto global para segurança e organização e migração regular”, de 2019. Já as resoluções e orientações são fruto de Assembleias Mundiais de Saúde, da OMS e da Organização Internacional para Migração, publicadas a partir de 2008, bem como da Agenda 2030 para alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS (Brasil, 2017; WHO, 2022).

Estes acordos e pactos têm como intuito fornecer “a base para políticas avançadas e promover ações multisetoriais para incluir refugiados e migrantes na formulação de políticas”, considerando os países de origem, trânsito e os de destino (WHO, 2022). Ainda, prezam pela garantia de “moradia adequada, alimentação, assistência médica, educação, tratamento equitativo e oportunidades econômicas”, os quais são necessários para a garantia de direitos e integridade desta população (WHO, 2022).

Em 2022 foi criado o Fórum Nacional de Conselhos e Comitês Estaduais para Refugiados, Apátridas e Migrantes (FONACCERAM), liderado pelo Comitê Estadual de Atenção a Migrantes, Refugiados, Apátridas e Vítimas do Tráfico de Pessoas no Rio Grande do Sul (COMIRAT-RS) e com o apoio da ACNUR. O Fórum reuniu dez

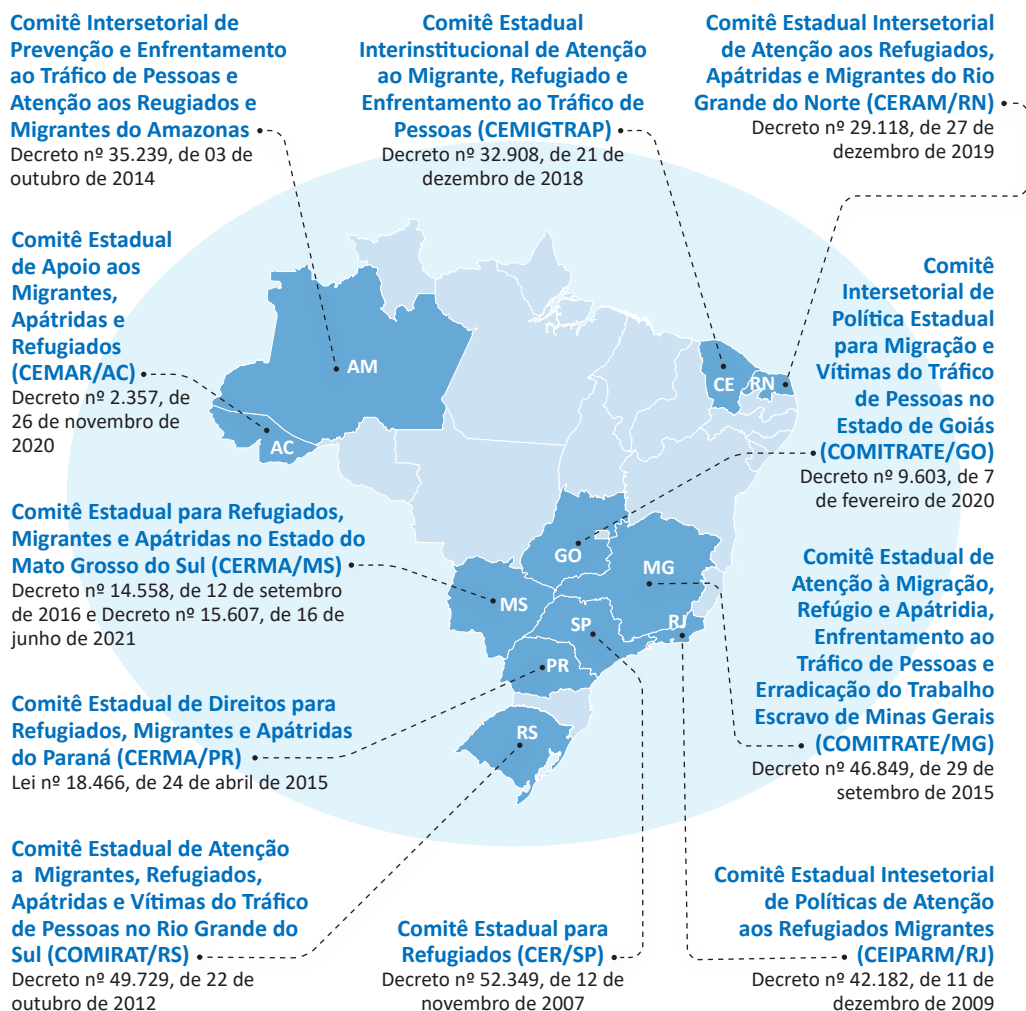


Figura 4. Conselhos e Comitês Estaduais para Refugiados, Apátridas e Migrantes, no Brasil.

Fonte: ACNUR, 2022b.

conselhos e comitês estaduais temáticos em um encontro virtual, onde foi validada e assinada a Carta Constitutiva do Fórum. Suas competências incluem o planejamento e desenvolvimento de estratégias junto aos governos locais, a identificação e priorização de agendas comuns para discussão e incidência com o Governo Federal, o estabelecimento de comissões e grupos de trabalho para aprofundar temas relevantes e a promoção dos direitos, proteção e integração local das pessoas refugiadas, apátridas e migrantes (FONACCERAM, 2022).

Além destas ações, o “Relatório de Indicadores de Governança da Migração Segundo Perfil 2022 do Brasil” (OIM, 2022), elaborado pela Organização Internacional para as Migrações (OIM), lista seis dimensões de governança de migração, apresentadas no Quadro 1, ressaltando os ganhos nas ações brasileiras de amparo a esta população.

Quadro 1. Dimensões da migração e destaques brasileiros para o atendimento a estas dimensões.

Direitos dos migrantes	<ul style="list-style-type: none"> • Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 • Lei Nacional de Saúde (Lei nº 8.080 de 1990) institui o Sistema Único de Saúde (SUS) • Lei Nacional de Educação (Lei nº 9.394, de 1996) • Lei de Migração (Lei nº 13.445 de 2017) e seu Decreto Regulamentador (Decreto nº 9.199, de 20 de novembro de 2017) • Sistema Único de Assistência Social (SUAS)
Formulação de políticas baseadas em evidências e aplicação de um enfoque integral de governo	Lei nº 13.844, de 2019: determinou a reestruturação da administração pública federal, como mudanças de competências de ministérios, onde a atribuição relativa à migração passou a ser responsabilidade do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP). Houve a criação do Comitê Nacional para os Refugiados (Conare), Conselho Nacional de Imigração (CNIg) e o Comitê Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas (CONATRAP). Todos estes são órgãos colegiados de natureza deliberativa, normativa e consultiva
Construção de parcerias para lidar com a migração e questões relacionadas	Estabelecimento de acordos com outros países sobre desenvolvimento técnico e social, criação da agência dedicada à gestão da cooperação internacional, a Agência Brasileira de Cooperação
Fomento ao bem-estar socioeconômico dos migrantes e da sociedade	Lei de Migração (Lei nº 13.445, de 2017): “tem como um de seus princípios o acesso igualitário e gratuito ao trabalho (Art. 3, Inciso XI) e garante os direitos trabalhistas a todas as pessoas imigrantes (Art. 4, Inciso XI), independentemente de sua nacionalidade ou de sua condição migratória” (OIM, 2022)
Abordagem eficaz das dimensões de mobilidade da crise	Lei de Migração (Lei nº 13.445, de 2017, Art. 14): prevê o visto temporário e autorização de residência por acolhida humanitária. Exemplo desta ação foi a “Operação Acolhida” que realiza o trabalho de recepção, identificação e acolhimento dos migrantes e refugiados venezuelanos
Garantia de que a migração ocorra de forma segura, ordenada e regular	<ul style="list-style-type: none"> • “Coordenação-Geral de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas e Contrabando de Migrantes do Departamento de Migrações da Secretaria Nacional de Justiça (SENAJUS), a qual possui entre suas atribuições: coordenar as instâncias de gestão integrada da Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas” (OIM, 2022). Acordos bilaterais firmados com Argentina, México e Polônia para combater o tráfico de pessoas. • Política Nacional de Busca de Pessoas Desaparecidas, criada pela Lei nº 13.812, de 2019 • Comissão Nacional para Erradicação do Trabalho Escravo (CONATRAE)

Fonte: OIM, 2022. Elaborada pelas autoras.

As políticas, programas e ações voltadas para a promoção da segurança alimentar e nutricional e saúde de imigrantes e refugiados estão em consonância com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis: **2- Fome Zero e Agricultura Sustentável** na vertente de “acabar com a fome e garantir o acesso de todas as pessoas, em particular os pobres e pessoas em situações vulneráveis, incluindo crianças, a alimentos seguros, nutritivos e suficientes durante todo o ano”; **3- Saúde e bem-estar** que visa “garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades” e **10- Redução das desigualdades** que tem o intuito de “reduzir as desigualdades no interior dos países e entre países”. O objetivo 10, em específico, tem como suas metas fortalecer a economia e igualdade nos países, com consequente redução do fluxo migratório dos mesmos; bem como “facilitar a migração e a mobilidade ordenada, segura, regular e responsável das pessoas, inclusive por meio da implementação de políticas de migração planejadas e bem geridas” (Brasil, 2016).

AÇÕES PARA ENFRENTAMENTO DA INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, MELHORIA DA SAÚDE E DAS DESIGUALDADES DE IMIGRANTES E REFUGIADOS NO BRASIL

As ações para enfrentamento da crise dos refugiados são geralmente realizadas pelo Governo (Federal, Estadual e/ou Municipal) e por agências humanitárias, com participação da sociedade civil, que fornecem assistência a esta população visando à preservação de seus direitos, principalmente relacionados à saúde e alimentação, tanto de forma emergencial como contínua (França, Ramos, Montagner, 2019). A ACNUR Brasil e a Organização Internacional para as Migrações (OIM – ONU migração) são as principais Agências que assistem os refugiados no país.

No Brasil, a Operação Acolhida, criada em 2018, é um instrumento de ação do Estado Brasileiro, que apresenta atuação integrada de servidores federais, militares, profissionais de organismos internacionais e entidades da sociedade civil. Seu objetivo é oferecer assistência emergencial aos refugiados e migrantes venezuelanos. As ações da Operação Acolhida consistem em: acolhimento, interiorização e sustentabilidade (Daróz, 2022).

O acolhimento realizado pela Operação Acolhida consiste na oferta de abrigos, bem como de alimentação, proteção, segurança, saúde e atividades sociais e

educativas, na área urbana de Boa Vista, Roraima. Ainda conta com postos de recepção e apoio onde são ‘oferecidos serviços de informações, local para banho, instalações sanitárias, guarda-volumes, local de distribuição de doações e alimentos e refeitório’; e postos de interiorização e triagem, que visa atender pendências relacionadas à regularização migratória e operacionalizar o processo de migração, nos municípios de Pacaraima e Boa Vista (Roraima), e em Manaus (Amazônia). Este acolhimento conta também com um núcleo de saúde direcionado aos refugiados que possui atendimento médico, bem como de fisioterapia, psicologia, nutrição, odontologia, psicologia e assistência social, com o intuito de não sobrecarregar os serviços de saúde da região (Daróz 2022).

A interiorização é uma estratégia que visa diminuir a superlotação e pressão sobre os serviços públicos do estado de Roraima, em função da grande migração de Venezuelanos no estado, resultante da crise humanitária desta população refugiada. A sustentabilidade destas ações é alcançada pelo Acordo de Cooperação Técnica (ACT) entre a União, representada pela Casa Civil, e a Fundação Banco do Brasil, que conta com recursos privados, doados, bem como com a ‘mobilização de recursos internacionais e privados; e promoção, articulação e sinergia entre as iniciativas da sociedade civil, governos e organismos internacionais para o atendimento às necessidades de migrantes e refugiados venezuelanos (Daróz, 2022). Assim, suas ações asseguram a acolhida, identificação, fiscalização sanitária, imunização, regularização migratória e direcionamento dos refugiados da Venezuela OB.

Considerando as Agências relacionadas aos migrantes e refugiados, entre as ações emergenciais tem-se a transferência de dinheiro ou voucher, além oferta de alimentos e moradia, que muitas vezes se dá em campos de refugiados sem infraestrutura adequada, ou em domicílios provisórios (Nisbet, Lestrat, Vatanparast, 2022).

Já as ações contínuas consistem em estratégias para que os refugiados possam se tornar membros ativos e autossuficientes de suas comunidades, gerando sua própria renda e arcando com suas despesas. Entre estas ações destacam-se o acesso aos serviços de saúde; promoção de capacitações e de educação para os refugiados; inserção em programas governamentais, principalmente relacionados à alimentação e nutrição; bem como cultivo de alimentos e jardins pela agricultura urbana, e criação animal (Nisbet, Lestrat, Vatanparast, 2022).

As ações de assistência à saúde estão vinculadas ao SUS e ao SUAS. Para acessar o SUS, pela Atenção Primária, Secundária ou Terciária, os migrantes e refugiados

devem apresentar o seu Cadastro de Pessoa Física (CPF) e o protocolo provisório ou Registro Nacional de Estrangeiros (RNE) e solicitar a emissão do Cartão SUS (Colin; Paiva, 2014). Porém, “as instituições brasileiras devem considerar a dificuldade dos refugiados para obter e apresentar documentos emitidos em seus países de origem ou representações consulares e diplomáticas” (ACNUR, 2018). Os principais serviços da rede de assistência à saúde da população migrante e refugiada (Santana, 2018; Aragão *et al.*, 2023) estão descritos na Figura 5.

Como dito anteriormente, os Municípios e Estados enfrentam desafios para acolher os migrantes. No Quadro 2 destaca-se algumas ações para enfrentamento das adversidades culturais e assistência à saúde para esta população, realizadas em São Paulo e no Rio Grande do Sul (Martin, Goldberg, Silveira, 2018; França, Ramos, Montagner, 2019).

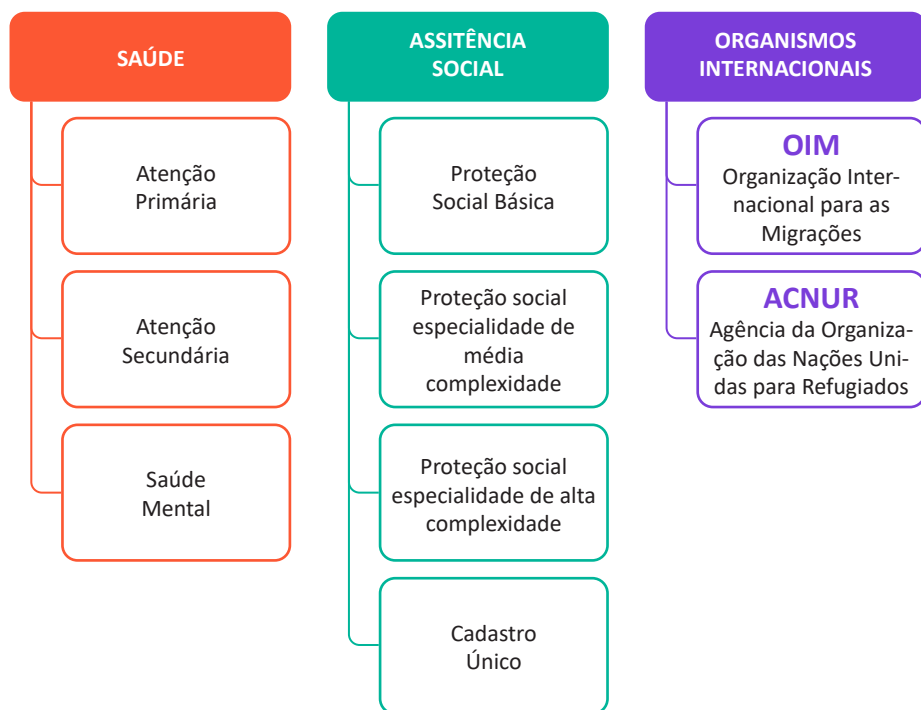


Figura 5. Serviços da rede de assistência à saúde da população migrante e refugiada.

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Quadro 2. Ações de assistência à saúde realizadas por Municípios e Estados brasileiros.

Estado/ Município	Ação realizada
São Paulo	<ul style="list-style-type: none"> - Criação da Política Municipal para Imigrantes (Lei nº 16.478/2016), bem como do Conselho Municipal de Imigrantes; Fórum Permanente de Imigrantes e Centros de Referência e Atendimento para Imigrantes, sendo o primeiro município a ter essa iniciativa (França, Ramos, Montagner, 2019); - Contratação de agentes comunitários imigrantes, de diferentes países, visando maior acolhimento e acesso aos serviços (Martin, Goldberg, Silveira, 2018; França, Ramos, Montagner, 2019).
Rio Grande do Sul	<ul style="list-style-type: none"> - Criação do Comitê Gaúcho de Atenção para Migrantes, Refugiados, Apátridas e Vítimas de Tráfico de Pessoas - COMIRAT (Decreto nº 49.729/2012), com o intuito de “fortalecer políticas públicas, produzir conhecimentos e planos de ação para esta população” (França, Ramos, Montagner, 2019); - Criação do Comitê Municipal de Atenção aos Imigrantes, Refugiados, Apátridas e Vítimas do Tráfico de Pessoas, no município de Porto Alegre (Decreto nº 18.815/2014) que visa “proteção, garantia de direitos e acolhimento de imigrantes e o fomento à produção de conhecimento na área” (França, Ramos, Montagner, 2019).

Importante lembrar a existência de múltiplos desafios em função do estado de saúde em si, geralmente negligenciado no país de origem, somado a outros determinantes como ilegalidade e consequente ausência de documentos, o que dificulta acessar as unidades de saúde; além de discriminação e preconceito; escassez de recursos financeiros; dificuldade em compreender o idioma e as orientações passadas; barreiras sociais e culturais; desinformação sobre direitos de saúde; e receio de detenção e deportação ao procurar estes serviços (WHO, 2022).

No acolhimento à população migrante deve-se atentar principalmente, de acordo com a OMS, ao “acesso aos determinantes de saúde (moradia, alimentação, saneamento e acesso à informação e aos serviços de saúde, entre outros), o combate às vulnerabilidades, desigualdades sociais, pobreza e discriminação, fatores que influenciam a saúde dos imigrantes”, visando adequar o cuidado nas unidades de saúde (Granada *et al.*, 2017; OIM, 2021).

Segundo a OMS, os países devem se organizar para fluxos contínuos e repentinos de refugiados, em função dos conflitos, guerras, perseguições políticas e crises sanitárias, e para tanto devem fortalecer seus sistemas de saúde e proteção social constantemente (WHO, 2022). Além desses fatores, as mudanças climáticas e os consequentes eventos climáticos extremos, como furacões, enchentes e secas tem

intensificado os deslocamentos forçados, caracterizando-os como refugiados climáticos. Em 2022, os desastres climáticos foram responsáveis por mais da metade dos novos deslocamentos, sendo a maioria dentro dos respectivos países, por serem mais localizados (ACNUR, 2024).

Esta situação traz impactos para os refugiados, como apresentado anteriormente, mas também aos países que os recebem, destacando o aumento da demanda aos serviços de saúde, principalmente relacionados ao maior risco de transmissão de doenças infecciosas, carências nutricionais, fome, desnutrição, lesões ocupacionais e condições de saúde mental, com consequente aumento dos gastos públicos (WHO, 2022).

Assim, o cuidado em saúde destes grupos deve considerar ações de promoção à saúde, além de prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos, como doenças infecciosas e carenciais, doenças crônicas e mentais (Figura 6).

Para o planejamento de ações de saúde mais efetivas deve-se considerar a “influência da cultura na expressão dos sintomas, na experiência da doença, na evolução e progressão dos quadros clínicos” (Santana, 2018), pois esta impacta diretamente na qualidade da assistência. Logo, é importante que os protocolos e as posturas relacionadas ao diagnóstico e tratamento de refugiados sejam adaptados para a cultura e idioma dos mesmos, uma vez que seguir o mesmo padrão de cui-

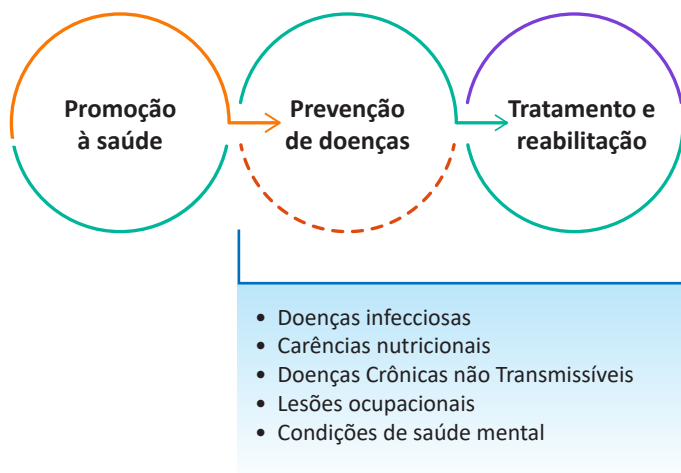


Figura 6. Cuidado em saúde de imigrantes e refugiados.

Fonte: Elaborada pelos autores.

dado do país de origem implica em “não reconhecer a validade cultural das ações de saúde” destes povos (Santana, 2018). Assim, a aculturação, representada pelo “processo de modificação cultural ou adaptação a outra cultura, da qual são retirados traços significativos”, pode interferir na situação de segurança alimentar e nutricional e saúde dos migrantes (Barcelos *et al.*, 2023).

Ressalta-se que quanto mais pronunciadas as diferenças de cultura, idioma e hábitos dos imigrantes e refugiados, quando comparadas à população que os acolhe, inclusive os profissionais de saúde, intensifica-se a dificuldade de comunicação e as chances de erros de comunicação e de conduta profissional. Como o Brasil acolhe povos refugiados de diferentes países, com diferentes culturas e idiomas, os profissionais de saúde enfrentam grandes desafios na prática clínica e manifestam descontentamento em relação à desinformação e despreparo para acolher e atender esta população (Santana, 2018; França, Ramos, Montagner, 2019).

No que tange a alimentação, os profissionais devem atentar as diferenças existentes entre o local de origem e de acolhida desse grupo, uma vez que quanto maiores das diferenças culturais, maiores são as chances desses indivíduos terem uma alimentação inadequada, e conseqüentemente maior risco de anemia e desnutrição (Teléfora; Carvajal; Ferreira, 2024).

Neste contexto, as ações para enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional, melhoria da saúde e das desigualdades nos territórios devem pautar-se em duas frentes, considerando as ações de governo e as dos profissionais de saúde.

AÇÕES DO GOVERNO, NAS ESFERAS FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL E DISTRITO FEDERAL:

- Apoiar Estados e Municípios que acolhem população migrante e refugiada;
- Fortalecer a assistência à saúde, permitindo o acesso dos imigrantes e refugiados aos serviços de saúde, nos três níveis de atenção (primária, secundária e terciária);
- Propor e custear a elaboração de protocolos e fluxos de atendimento, acolhimento e de materiais de educação em saúde para a Atenção Primária em Saúde, traduzidos para os idiomas mais frequentes entre os imigrantes e refugiados residentes daquela região;
- Contratar intérprete e/ou tradutor para atuar em situações específicas, conforme demanda;
- Incentivar a atuação profissional direcionada ao acolhimento e cuidado dos imigrantes e refugiados;
- Incluir a população migrante e refugiada nos Planos Municipais e Estaduais de Saúde.

AÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, NO CUIDADO A ESTES POVOS:

- Cadastrar, inclusive por meio da busca ativa, e acolher os migrantes e refugiados do território como potenciais usuários dos serviços de saúde;
- Atuar na elaboração e revisão dos protocolos e fluxos de atendimento, acolhimento e de materiais de educação em saúde, específicos para a atenção à saúde dos imigrantes e refugiados residentes daquela região;
- Criar grupos de apoio e organizar reuniões nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com encontros frequentes, pautados nas demandas desta população, com o intuito de transmitir informações relacionadas à saúde e assistência social, além de promover interação social entre os participantes e profissionais, visando a troca cultural e de experiência. A criação de conexões, a partir de grupos e reuniões, permitirá a reinserção destes indivíduos ao convívio social, visto a importância dessa interação para manutenção da saúde física e mental;
- Orientar sobre a alimentação adequada e saudável utilizando o Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014), com foco nas informações sobre processamento de alimentos, para que saibam reconhecer e fazer escolhas saudáveis considerando os alimentos disponíveis no Brasil. Ainda, utilizar o Guia Alimentar do país de origem do paciente imigrante ou refugiado, para fazer orientações que respeitem e valorizam os hábitos e cultura do mesmo. A Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) reuniu em seu site os guias alimentares de 67 países, dos seis continentes, visando a divulgação e facilitação da utilização dos mesmos (<https://www.fao.org/nutrition/educacion-nutricional/food-dietary-guidelines/home/en/%3f>).

A Figura 7 sintetiza os fatores que dificultam o acesso aos serviços de saúde, os atores que devem atuar e os instrumentos a serem utilizados no enfrentamento das dificuldades.

Na assistência em saúde dos imigrantes e refugiados as metodologias participativas têm auxiliado para o “desenvolvimento de um cuidado em saúde culturalmente sensível no Brasil, contribuindo para a inserção dos refugiados no processo de produção do conhecimento acerca do processo saúde/doença” (Santana, 2018). Assim, pode ser uma alternativa a ser implementada na assistência em saúde destes grupos.

Os profissionais de saúde devem considerar, além da vulnerabilidade decorrente da migração e refúgio, as outras vulnerabilidades que podem se somar a esse grupo como ser negro, mulher, deficiente ou LGBTQIA+, adequando e humanizando seu cuidado.

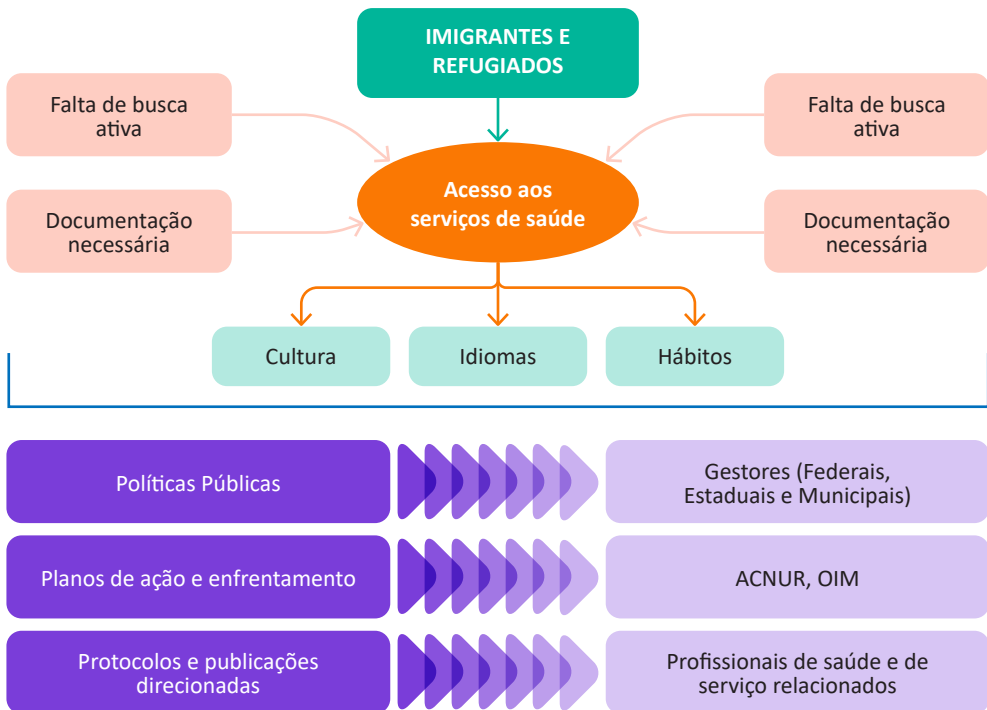


Figura 7. Fatores que dificultam o acesso aos serviços de saúde, bem como os atores e os instrumentos envolvidos no enfrentamento destas dificuldades.

Fonte: Figura elaborada pelas autoras.

Para adequação de protocolos, orientações e metodologias para atendimento em saúde de imigrantes e refugiados algumas publicações tem sido divulgadas, em diferentes idiomas. No Quadro 3 estão destacadas algumas publicações da ACNUR e OIM e seus parceiros.

A OIM – ONU migração realiza ações em mobilidade humana e saúde no Brasil, em parceria com as autoridades de saúde pública. As ações consistem em atendimentos médicos e psicológicos, além de vacinação e orientação em saúde para imigrantes, refugiados e população que acolhe estes grupos, principalmente aquelas mais vulneráveis como os indígenas (ONU, 2022).

A OIM também disponibiliza alguns cursos gratuitos voltados para população de migrantes e refugiados, abordando as temáticas de direito e saúde dos mesmos (Quadro 4).

Quadro 3. Publicações voltadas para o atendimento em saúde de imigrantes e refugiados.

Material (ano)	Responsáveis pela elaboração	Idiomas	Principais conteúdo abordados
Cartilha para acolhimento de migrantes internacionais em unidades de saúde (2021) ¹	Organização Internacional para as Migrações (OIM) – Brasil e parceiros	Português, crioulo haitiano, espanhol, francês e wolof	<ul style="list-style-type: none"> Vocabulário (relacionados ao acolhimento, avaliação, diagnóstico, etc); Identificação do local e intensidade da dor; Sintomas e doenças específicos (cefaleia; hipoglicemia; hiperglicemia; diarreia; constipação; vômito; queixas urinárias; dores: abdominal, orelha, garganta, lombar; síndromes gripais; urgências odontológicas)
Cartilha para Refugiados no Brasil: Direitos e deveres, documentação, soluções duradouras e contatos úteis (2018) ²	Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR) e parceiros	Português, inglês, francês, espanhol e árabe	<ul style="list-style-type: none"> Direitos dos refugiados no Brasil Obrigações dos refugiados no Brasil Residência permanente Soluções duradouras
Guia de atendimento a migrantes internacionais no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (2021) ³	Organização Internacional para as Migrações (OIM) – Brasil e parceiros	Português	<ul style="list-style-type: none"> Introdução às migrações internacionais O papel do SUAS no contexto migratório Atendimento socioassistencial a migrantes no SUAS Atendimento de públicos específicos de pessoas migrantes
Assistência em saúde mental e atenção psicossocial à população migrante e refugiada no Brasil (2021) ⁴	Organização Internacional para as Migrações (OIM) – Brasil e parceiros	Português	<ul style="list-style-type: none"> Principais demandas da população migrante e refugiada na assistência em saúde mental Principais desafios e necessidades das organizações que prestam assistência em saúde mental na Atenção Primária em Saúde a migrantes e refugiados Soluções e boas práticas adotadas pelas organizações no atendimento a migrantes e refugiados Impactos da pandemia de COVID-19 na atuação das organizações e na saúde mental na população migrante e refugiada

continua...

...continuação

Material (ano)	Responsáveis pela elaboração	Idiomas	Principais conteúdo abordados
Somos Todas(os) Migrantes: Acesso a direitos para migrantes e Servidores(es) Públicos ⁵	Organização Internacional para as Migrações (OIM) – Brasil e parceiros	Português	<ul style="list-style-type: none"> • Direito à regularização migratória • Direito à participação social e política • Direito à saúde • Direito à assistência social • Direito de crianças e adolescentes • Direito das mulheres imigrantes • Direito das pessoas LGBTI+ • Associações e serviços de apoio a imigrantes
Estratégias para atenção integral à saúde de migrantes internacionais no Brasil (2022) ⁶	Organização Internacional para as Migrações (OIM) – Brasil e parceiros	Português	<ul style="list-style-type: none"> • Território de Saúde: diversidade e constituição • Fatores culturais, étnico-raciais e de gênero que influenciam o atendimento de saúde a populações migrantes • Mapeamento e planejamento do cuidado e atenção em saúde • Rede e Organização Interinstitucional: o atendimento integral no contexto da migração internacional • Qualificação do registro nos Sistemas de Informação de Saúde no contexto da migração internacional: importância e exemplificação
Políticas locais sobre migração: formulação e desenho da política pública ⁷	Organização Internacional para as Migrações (OIM) – Brasil e parceiros	Português	<ul style="list-style-type: none"> • Elementos estruturais do desenho das políticas Migratórias locais • Alinhamento aos ODS
Governança Migratória Local: Ferramentas e métodos ⁸	Organização Internacional para as Migrações (OIM) – Brasil e parceiros	Português	<ul style="list-style-type: none"> • Governança migratória • Construindo uma política pública para as migrações • As 10 dimensões de governança migratória local

¹ https://brasil.com.int/sites/g/files/tmzbd1496/files/documents/Cartilha-para-Acolhimento-de-Migrantes_0.pdf

² <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/02/Cartilha-para-Refugiados-no-Brasil-ACNUR-2014.pdf>

³ <https://brasil.com.int/sites/g/files/tmzbd1496/files/documents/Guia-Atendimento-a-Migrantes-Internacionais-no-SUAS.pdf>

⁴ https://brasil.com.int/sites/g/files/tmzbd1496/files/documents/AESM_final_online_2021_0.pdf

⁵ https://brasil.com.int/sites/g/files/tmzbd1496/files/documents/guia_imigrantes_pt_simplex_0.pdf

⁶ https://brasil.com.int/sites/g/files/tmzbd1496/files/documents/Estrategias-para-atencao-integral-a-saude-de-migrantes-internacionais-no-brasil_0.pdf

⁷ <https://brasil.com.int/sites/g/files/tmzbd1496/files/documents/Guia-Politicas-Locais-sobre-Migracao.pdf>

⁸ <https://brasil.com.int/sites/g/files/tmzbd1496/files/documents/Governan%C3%A7a%20Migrat%C3%B3ria%20Local%20-%20Ferramentas%20e%20M%C3%A9todos.pdf>

Durante a pandemia da COVID-19 a ACNUR Brasil estabeleceu ações específicas para proteger os refugiados e aqueles que os acolhem. Entre estas ações destacam-se a criação e implantação de um hospital de campanha para refugiados e comunidade local em Boa Vista, Roraima; distribuição de kits de limpeza e de higiene pessoal, colchões, redes, fraldas e roupas para refugiados; ampliação do número de bebedouros e de estruturas para higienização das mãos em abrigos para refugiados; orientações sobre a prevenção ao novo coronavírus e sobre o acesso aos auxílios emergenciais do governo federal para refugiados e imigrantes; apoio financeiro para refugiados em situação de maior vulnerabilidade, durante a pandemia; e realocação de famílias refugiadas para outros abrigos visando garantir o distanciamento social (ACNUR, 2020b).

Assim, além de reconhecer padrões de migração no país, é importante compreender o perfil de inserção destes na organização de ações do Estado. Nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS), são ressaltadas em algumas metas a necessidade de facilitar a migração de mobilidade ordenadas de pessoas, a fim de, estabelecer processos de inclusão da migração, combater diferentes formas de escravidão e diminuir a vulnerabilidade do imigrante, referenciada principalmente na meta 10.7 sobre facilitar “uma migração e mobilidade ordenada, segura, regular e responsável, inclusive através da implementação de políticas de migração planejadas e bem gerenciadas” (OIM, 2022).

Quadro 4. Cursos gratuitos oferecidos pela Organização Internacional para as Migrações (OIM) sobre migrantes e refugiados.

Curso	Descrição	Módulos
Migração e Saúde ¹	Este curso apresenta os principais conceitos, ferramentas práticas, suporte teórico e repertório de atuação para o bom atendimento no âmbito dos serviços públicos e a garantia dos direitos das pessoas migrantes	<ol style="list-style-type: none"> 1. A Saúde como Direito Internacional 2. Migração como Determinante Social de Saúde 3. Superação de Desafios Relacionados ao Cuidado em Saúde de Migrantes 4. Humanização do Cuidado em Saúde da Pessoa Migrante
Crianças e Adolescentes Migrantes ²	Este curso relaciona os direitos dos migrantes com os das crianças e adolescentes no contexto brasileiro e internacional, oferecendo uma visão ampla sobre os cuidados necessários para que seja preservada sua integridade	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direitos de crianças e adolescentes nas migrações 2. Integração das crianças e adolescentes migrantes 3. Defesa de crianças e adolescentes migrantes contra exploração, abuso e violência

...continuação

continua...

Curso	Descrição	Módulos
Proteção Socioassistencial a Migrantes em Situação de Vulnerabilidade ou Violação a Direitos ³	Este curso aborda os mecanismos de proteção socioassistencial a pessoas migrantes, suas características, normas e diferentes contextos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecendo o fenômeno migratório 2. Direitos dos migrantes 3. Desafios para o acesso dos migrantes ao SUAS 4. Atendimento socioassistencial a migrantes nas ofertas da proteção social básica 5. Atendimento socioassistencial a migrantes na proteção social especial 6. Atendimento socioassistencial a migrantes na proteção social especial (alta complexidade)
MigraCidades: Aprimorando a Governança Migratória Local ⁴	Este curso apresenta o papel essencial de cada nível de Governo no desenvolvimento e aplicação de políticas migratórias efetivas, e reúne os instrumentos necessários para a promoção da governança migratória local	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estrutura Institucional de Governança 2. Capacitação de servidores públicos e sensibilização sobre direitos dos migrantes 3. Participação social e cultural de migrantes 4. Transparência e acesso à informação para migrantes 5. Parcerias Institucionais 6. Acesso à saúde 7. Acesso à educação 8. Acesso à Assistência Social 9. Acesso ao mercado de trabalho 10. Acesso e acolhimento às vítimas de violência de gênero migrantes aos serviços de proteção
Direitos dos imigrantes e orientações para o atendimento ⁵	O curso trata sobre direitos e proteção dos imigrantes, buscando ampliar a visão do participante sobre o fenômeno, apresentando orientações imprescindíveis para o atendimento dessas pessoas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Introdução às migrações internacionais 2. Os migrantes no Direito internacional 3. Direitos dos imigrantes na legislação brasileira 4. Vulnerabilidades em contexto migratório 5. Atendimento a imigrantes 6. Direitos Específicos

¹ <https://www.escolavirtual.gov.br/curso/380>

² <https://www.escolavirtual.gov.br/curso/381>

³ <https://www.escolavirtual.gov.br/curso/382>

⁴ <https://www.escolavirtual.gov.br/curso/297>

⁵ <https://www.escolavirtual.gov.br/curso/388>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acolher a população de imigrantes e refugiados é um desafio em função das dificuldades de compreensão das especificidades dessa população, diferentes culturas e idioma, despreparo dos profissionais e das iniciativas públicas iminentes.

Para o enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional de refugiados é essencial que governos, organizações e instituições fortaleçam as estruturas políticas e sociais existentes, com o intuito de garantir o acesso a alimentos em quantidade e qualidade para estes povos, respeitando a cultura e hábitos regionais dos mesmos.

REFERÊNCIAS

ACNUR. Agência da Organização das Nações Unidas para Refugiados. **Direitos e Deveres dos Solicitantes de Refúgio no Brasil**. Brasília – DF, 2010. Disponível em: https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/02/Direitos-e-deveres-dos-solicitantes-de-ref%C3%BAgio-no-Brasil_ACNUR-2010.pdf. Acesso em: 23 mar. 2022.

ACNUR. Agência da Organização das Nações Unidas para Refugiados. **Cartilha para refugiados no Brasil**. Direitos e deveres, documentação, soluções duradouras e contatos úteis. 2018. 140p. Disponível em: https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/02/Cartilha-para-Refugiados-no-Brasil_ACNUR-2014.pdf. Acesso em: 23 maio 2023.

ACNUR. Agência da Organização das Nações Unidas para Refugiados. **Protegendo Refugiados no Brasil e no Mundo**. Brasília-DF, 2020a. Disponível em: https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2020/03/Cartilha-Institucional-Final_site.pdf. Acesso em: 22 mar. 2023.

ACNUR. Agência da Organização das Nações Unidas para Refugiados. **5 ações do ACNUR Brasil para proteger refugiados da COVID-19**. 2020b. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/2020/06/19/5-acoes-do-acnur-brasil-para-proteger-refugiados-da-covid-19/>. Acesso em: 22 maio 2023.

ACNUR. Agência da Organização das Nações Unidas para Refugiados. **No dia Mundial do Refugiado, Brasil atualiza dados sobre população refugiada no país**. 2022a. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/2022/06/21/no-dia-mundial-do-refugiado-brasil-atualiza-dados-sobre-populacao-refugiada-no-pais/>. Acesso em: 26 mar. 2023.

ACNUR. Agência da Organização das Nações Unidas para Refugiados. **Políticas Públicas**. 2022b. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/politicas-publicas/>. Acesso em: 24 jun. 2023.

ACNUR. Agência da Organização das Nações Unidas para Refugiados. **Deslocamento forçado atinge novo recorde em 2022, e ACNUR pede ação conjunta. 2023**. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/2023/06/14/deslocamento-forcado-atinge-novo-recorde-em-2022-e-acnur-pede-acao-conjunta/>. Acesso em: 12 mar. 2024.

ACNUR. Agência da Organização das Nações Unidas para Refugiados. **Mitos e fatos sobre mudanças climáticas e deslocamento humano**. 2024. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/2024/05/10/mitos-e-fatos-sobre-mudancas-climaticas-e-deslocamento-humano/>. Acesso em: 15 agosto 2024.

ARAGÃO, H. T. *et al.* Demandas e utilização de serviços de saúde entre imigrantes de uma região metropolitana do nordeste do Brasil. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.27, p. 1-9, 2023.

BARCELOS, T. N. *et al.* Migração forçada, refúgio, alimentação e nutrição: uma revisão integrativa da literatura na perspectiva da segurança alimentar e nutricional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 33, p. 1-30, 2023.

BRASIL. Lei n. 9.474, de 22 de julho de 1997. Define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951, e determina outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, jul. 1997.

BRASIL. Decreto nº 7508/11, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília, 2014. 156p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 23 de mar. 2022.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. **O Papel da Assistência Social no Atendimento aos Migrantes**. Brasília - DF, 2016. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Guia/guia_migrantes.pdf. Acesso em: 29 de mar. 2022.

BRASIL. Lei n. 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, mai. 2017.

BRASIL. **Transformando nosso mundo**: A agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. 59p. 2017. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/Brasil_Amigo_Pesso_Idosa/Agenda2030.pdf. Acesso em: 28 jun. 2023.

BUSKO, D. Políticas Públicas Educacionais para Imigrantes e Refugiados: Rede de Acolhimento No Rio Grande do Sul. **R. Defensoria Pública**. União. Brasília, DF. nº10. p. 1-504. Jan./Dez. 2017.

CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T.; SILVA, B. G. **Relatório Anual 2021 – 2011-2020**: Uma década de desafios para a imigração e o refúgio no Brasil. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2021

COLIN, D. R. A.; PAIVA, L. S. **OFÍCIO CIRCULAR CONJUNTO N° 02 – 2014 – SENAR/MDS E SNAS/ MDS**. Esclarecimento em relação ao cadastramento de estrangeiros no Cadastro Único e acesso ao Programa Bolsa Família. Brasília – DF, 2014. Disponível em: http://dev.sst.sc.gov.br/arquivos/id_submenu/397/oficio_circular_conjunto_n02snas_senarcadastramento_estrangeiros_cadunico_e_aceso_ao_bolsa_familia.pdf. Acesso em: 29 de mar. 2022.

DARÓZ, C. **Operação Acolhida**: a força-tarefa logística humanitária e o apoio aos imigrantes venezuelanos / Carlos Daróz, Sabrina Celestino. – Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército, 2022. 156 p.: il.; 23 cm. Disponível em: https://bdex.eb.mil.br/jspui/bitstream/123456789/12261/1/Operacao_Acolhida.pdf. Acesso em: 12 agosto 2024.

FRANÇA, R. A.; RAMOS, W. M.; MONTAGNER, M. I. Mapeamento de políticas públicas para os refugiados no Brasil. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 89-106, 2019.

FONACCERAM. Fórum Nacional de Conselhos e Comitês Estaduais para Refugiados e Migrantes.

Carta Constitutiva. Fórum Nacional de Conselhos e Comitês Estaduais para Refugiados e Migrantes. 16 de março de 2022. 4p. 2022. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2022/03/Carta-Constitutiva-do-Forum-Nacional-de-Conselhos-e-Comites-Estaduais-para-Refugiados-e-Migrantes.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2023.

GINGELL, T. *et al.* Determinants of food security among people from refugee backgrounds resettled in high-income countries: A systematic review and thematic synthesis. **PLoS ONE**, v. 17, n. 6, 2022.

GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo v. 22, n. 2, p.283-97, 2013.

GRANADA, D. *et al.* Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. **Interface**, Rio de Janeiro, gv. 21, n. 61, p. 285-96, 2017.

GUERRA, J. V. V. **(In)Segurança Alimentar e Nutricional: Histórias de mulheres refugiadas.** 2021. 167f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Centro de Ciências do Cuidado em Saúde, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2021.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION (IOM). IOM and Specialized Forum on Migration of MERCOSUR and Associated States (FEM), 2022. **Recent Migration Movements in South America – Annual Report 2022.** IOM, Buenos Aires. Disponível em: <https://publications.iom.int/books/recent-migration-movements-south-america-annual-report-2022>. Acesso em: 28 jun. 2024.

JUNGER, G. S. *et al.* **Observatório das Migrações Internacionais.** Ministério da Justiça e Segurança Pública/Departamento das Migrações. Brasília, DF: OBMigra, 2023. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/Obmigra_2020/OBMIGRA_2023/Ref%C3%BAgio_em_N%C3%BAmeros/Refugio_em_Numeros_-_final.pdf. Acesso em: 12 agosto 2024.

MARTIN D.; GOLDBERG A.; SILVEIRA C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n.1, p. 26-36, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/ij/sausoc/a/BTJsmc9wYXWmCKRBkp5LgPc/?lang=pt>. Acesso em: 23 de mar. 2022.

MELO, R. A.; CAMPINAS, L. L. S. L. Multiculturalidade e morbidade referida por imigrantes bolivianos na Estratégia Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 25-35, 2010.

NISBET, C.; LESTRAT, K. E.; VATANPARAST, H. Food Security Interventions among Refugees around the Globe: A Scoping Review. **Nutrients**, v. 14, n. 522, p. 1-44, 2022.

OIM. Organização Internacional para as Migrações. Brasil. **Cartilha para acolhimento de migrantes internacionais em unidades de saúde.** Para comunicação no atendimento em saúde de migrantes nos idiomas crioulo haitiano, espanhol, francês e wolof. 2021. 44p. Disponível em: https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbd1496/files/documents/Cartilha-para-Acolhimento-de-Migrantes_0.pdf. Acesso em: 19 maio 2023.

OIM. Organização Internacional para as Migrações. **Indicadores de Governança da Migração Segundo Perfil 2022** – República Federativa do Brasil. Genebra. 2022.

IOM. International Organization for Migration. **Global Migration Indicators 2021**. International Organization for Migration (IOM), Geneva, 2021. Disponível em: https://publications.iom.int/system/files/pdf/Global-Migration-Indicators-2021_0.pdf. Acesso dia 14 de agosto de 2024.

IOM. International Organization for Migration World Migration Report 2024. International Organization for Migration (IOM), Geneva, 2024. Disponível em: <https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbd11496/files/documents/2024-05/world-migration-report-2024.pdf>. Acesso dia 14 de Agosto de 2024.

ONU. Organização das Nações Unidas. **I Relatório Cidades Solidárias Brasil**. Proteção e Integração de Pessoas Refugiadas no Plano Local. 56p. 2022. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2022/05/Relatorio-Cidades-Solidarias-Brasil.pdf>. Acesso em: 12 agosto 2024.

SANTANA, C. Humildade cultural: conceito estratégico para abordar a saúde dos refugiados no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 11, p. 1-2, 2018.

TAVARES, A.O.; OLIVEIRA, T.C.C.V.; PEREIRA, A.S. Refugiados no Brasil: Direitos, Políticas Públicas e Segurança Alimentar e Nutricional. **Segur. Aliment. Nutr.** v. 29, p. 1-11, 2022.

TELÉFORA, K.S.; CARVAJAL, N.M.R.; FERREIRA, A.A. Cuidado em nutrição de pessoas imigrantes, refugiadas e apátridas. In: BAGNI, U.V.; FERREIRA, A.A.; BORGES, T.L.D. **Nutrição Inclusiva**. Diversidade e inclusão em alimentação e nutrição. p.315-326. Manoel Editora. 2024.

UNDESA. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2020). **International Migration 2020 Highlights**. Disponível em: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/international_migration_2020_highlights_ten_key_messages.pdf. Acesso dia 14 de agosto de 2024.

UNHCR. The UN Refugee Agency. **Annual Public Health Global Review, 2020**. Disponível em: <https://www.unhcr.org/60dc89e24/2020-annual-public-health-global-review#ga=2.59746349.1884416379.1648769275-1766533046.1644434599>. Acesso em: 29 mar. 2022.

WHO. World Health Organization. **World report on the health of refugees and migrants: summary**. 2022. 48p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240054462>. Acesso em: 12 agosto 2024.

CAPÍTULO 7

Insegurança Alimentar e Nutricional de Grupos LGBTQIA+

Francilene Maria Azevedo, Júlia Milagres Alves, Lara Camargo de Oliveira, Marina Amaral Cruz, Dayane de Castro Morais, Sílvia Eloiza Priore

INTRODUÇÃO

A comunidade LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros, Queers, Intersexo, Agêneros, Assexuados e mais) é representada por pessoas não caracterizadas pelas normas binárias de gênero (homem/mulher ou feminino/masculino), e não apresentam sexualidade do tipo heterossexual (definida pela relação com o sexo oposto) (Brasil, 2013). As siglas que representam o grupo podem sofrer alterações conforme necessidade de representar orientação sexual e ou identidade de gênero (Cremer; De Faria, 2022). Ressalta-se que alguns materiais, inclusive governamentais, ainda adotam a sigla LGBT para discutir sobre esse grupo em questão.

Essa população é representada nacionalmente pela Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos (ABGLT), que possui caráter consultivo e contribui na elaboração de documentos sobre a população LGBTQIA+, para garantir os direitos sociais fundamentais à educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, entre outros (Facchini; França, 2009).

Embora a comunidade LGBTQIA+ tenha sido reconhecida em algumas sociedades, a história mostra que a violência contra o grupo é algo recorrente. Nos últimos dois séculos a violência, institucionalizada ou não, contra os LGBTQIA+ tem muitas marcas que se evidenciam com o surgimento das primeiras leis anti-homossexuais no início do século XIII. Durante o período nazista essa população foi muito perseguida, pois considerava-se a homossexualidade uma doença a ser tratada a partir de métodos de tortura, nos campos de concentração, o que ocasionou a mor-

te de muitos desses indivíduos (Sena *et al.*, 2022). A partir desse momento histórico nazista, surgem três símbolos do movimento LGBT: o triângulo rosa invertido, utilizado para identificar homens gays; o triângulo preto invertido, destinado às mulheres ditas “antissociais”, grupo que incluía as lésbicas; e o triângulo rosa e amarelo, que identificava os judeus homossexuais (Kishi, 2020; Rodrigues, 2019).

No Brasil, durante o período colonial, a homossexualidade era considerada crime, sendo apontada como uma prática imoral e chamada de crime contra a segurança da honra e honestidade das famílias (Belin; Neumann, 2020; Pretes; Vianna, 2007). Na Era Vargas, foi proibida toda e qualquer forma de expressão ligada à comunidade LGBT+, assim como qualquer representação que não fosse aceita pela moral e bons costumes da época. No período da ditadura militar, os grupos LGBT+ do Brasil começaram a se organizar e encontraram formas de iniciar os primeiros protestos (Belin; Neumann, 2020). Porém, somente em 2019 que a criminalização por atos LGBTfóbicos foi consolidada pelo Supremo Tribunal Federal, sendo enquadrado como crime de racismo, de acordo com a Lei nº 7.716/89 (Gonçalves *et al.*, 2020).

O Art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 prevê que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988). A garantia desse direito não deve causar quaisquer prejuízos aos indivíduos, todavia, quando se trata da população LGBTQIA+ não é executado de maneira igualitária e aqueles com maior vulnerabilidade socioeconômica são mais afetados (Brasil, 2013).

Na saúde, o atendimento a esta população ainda é cercado de preconceitos e discriminações, o que viola os direitos humanos e gera inúmeras consequências na vida de quem se desvia do padrão heteronormativo imposto pela sociedade conservadora, desde consequências sociais, morais, de saúde e mentais (Cardoso; Ferro, 2012). Os lugares e profissionais que deveriam acolher e cuidar muitas vezes desmoralizam e desrespeitam este grupo, perpetuando um estigma social que impacta fortemente a saúde desta população (Cardoso; Ferro, 2012; Santos; Silva; Ferreira, 2019).

Apesar dos avanços, após a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) no ano de 2011 (Brasil, 2013), que tem foco na saúde da população LGBT+ na Atenção Básica, é importante que ela seja de fato colocada em prática nos atendimentos, baseando-se na equidade e acolhimento (Cardoso; Ferro, 2012).

CLIQUE PARA LER E BAIXAR

Não deixe de ler a **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT)** (https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf).



A PNSI LGBT é composta por objetivos e diretrizes cuja operacionalização demanda ações das instâncias governamentais, sobretudo das secretarias estaduais e municipais de saúde, dos conselhos de saúde e sociedade civil. Essas ações buscam evitar a discriminação nos espaços que prestam serviços públicos de saúde (Brasil, 2013).

Para o melhor entendimento das informações abordadas nesse capítulo, os principais termos utilizados para definir as diferentes designações referentes ao sexo e gênero (Quadro 1) e orientações sexuais (Quadro 2) estão definidas a seguir.

Quadro 1. Termos usualmente empregados para o entendimento e designação de gênero e sexo.

Termo	Definição
Sexo biológico	Refere-se às características biológicas que a pessoa tem ao nascer, que podem ser definidos pelos cromossomos, genitália, composição hormonal e outros fatores.
Intersexualidade	Descreve pessoas que nascem com anatomia reprodutiva ou sexual e/ou padrão de cromossomos que não podem ser classificados como femininos ou masculinos.
Gênero	Definido como homem ou mulher como uma construção social e não de uma condição biológica.
Identidade de gênero	Genero ao qual a pessoa se identifica, sendo feminino, masculino ou uma combinação dos dois, independentemente do seu sexo biológico.
Cisgênero	Pessoa com sexo biológico e anatomia alinhados com sua identidade de gênero. Ou seja, a pessoa se identifica quanto ao seu gênero com seu sexo biológico.
Transgênero	Pessoa que não se identificam com o sexo biológico que nasceu. Ou seja, se reconhece com gênero oposto ao que socialmente imposto no seu nascimento.
Agênero	Pessoa que tem identidade de gênero neutra e não se identifica com nenhuma identidade de gênero.
Não-binário	Pessoa que sua expressão de gênero não se limita às definições binárias de masculino e feminino. O termo engloba todas as identidades de gênero que não são estritamente masculinas ou femininas.
Mulher trans	Uma mulher trans é a pessoa que se identifica como sendo do gênero feminino, embora tenha sido biologicamente designada como pertencente ao sexo/gênero masculino.
Homem trans	Homem trans é o indivíduo cujo sexo é biologicamente designado como feminino que se reconhece como sendo do gênero masculino.

Fonte: Lima, 2023; Melo, 2021.

Quadro 2. Termos usualmente empregados para o entendimento e designação sobre sexualidade e orientação sexual.

Termo	Definição
Sexualidade	São as construções culturais que permeiam os relacionamentos afetivos relacionados aos prazeres e aos intercâmbios sociais e corporais, que engloba o desejo sexual.
Orientação sexual	Definida como a atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou de mais de um gênero e, logo, ter relações íntimas e sexuais com eles.
Heteronormatividade	Determina uma norma socialmente imposta sobre gênero e orientação sexual, em que os indivíduos deveriam se relacionar apenas com sexo biológico oposto.
Bissexual	Pessoa que se relaciona afetiva e sexualmente com pessoas de ambos os gêneros (feminino/masculino).
Assexual	Indivíduo que não sente atração sexual por nenhuma outra pessoa, independentemente do seu gênero.
Heterossexual	Pessoa que se sente atraída sexual, emocional ou afetivamente por pessoas do sexo/gênero oposto.
Homossexual	Indivíduo atraído amorosa, física e afetivamente por pessoas do mesmo sexo/gênero.
Gay	Pessoa do gênero masculino que tem desejos e/ou relacionamento afetivo-sexual com pessoas do gênero masculino.
Lésbica	Pessoa do gênero feminino que tem atração afetiva e/ou sexual por pessoas do mesmo gênero.
Pansexualidade	Indivíduos que têm atração por outras pessoas, independentemente da sua identidade de gênero ou sexo biológico.
Queer	Designa indivíduos que se identificam com todas as orientações sexuais e gêneros, não se encaixando em somente um deles.

Fonte: Lima, 2023; Melo, 2021.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL: CONDIÇÕES DE SAÚDE E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

No contexto epidemiológico, a invisibilidade da população LGBTQIA+ ainda gera discussões, e os movimentos sociais reivindicam que essa população esteja contemplada em pesquisas demográficas, culturais e sociais como o Censo Demográfico, mas ainda sem respostas positivas (Carvalho; Barreto, 2021). Estes levantamentos desempenham papel importante na dimensão nacional, pois a partir delas é possível traçar um panorama situacional da população, além de ser fundamental para a construção de políticas, na distribuição de recursos aos estados

e municípios e no desenvolvimento de novos estudos. Apesar da implementação das políticas de promoção de equidade em saúde os conhecimentos sobre questões de gênero e orientação sexual ainda precisam ser ampliados (Oliveira, 2022; Pinto *et al.*, 2020).

Um levantamento feito por Pinto e colaboradores (2020), mostrou que entre 2015 e 2017 foram notificados 24.564 atos de violência contra a população LGBTQIA+ no Brasil, segundo dados extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Destaca-se que metade dos indivíduos se autodeclaravam da cor/raça negra (50%), e grande número eram transexuais ou travestis (46,6%). Além disso, a natureza de violência mais frequente foi a física (75%), e o provável autor do ato violento era do sexo masculino (66,2%) (Pinto *et al.*, 2020).

No entanto, os números reais podem ser ainda maiores, pois muitos atos violentos contra esse grupo não são registrados. Segundo dados do Ministério da Saúde, apontados no Painel de Indicadores do Sistema Único de Saúde (SUS) voltados para Prevenção de Violências e Cultura de Paz, dois em cada três indivíduos LGBT+ entrevistados (67%) já sofreram algum tipo de discriminação motivada pela identidade sexual ou pelo gênero, proporção que alcançou 85% em travestis e transexuais. E 14,5% dos participantes do estudo feito na Parada Gay, na cidade de São Paulo, apontaram que já sofreram algum tipo de preconceito em serviços de saúde (Brasil, 2008a).

Os dados do Disque 100, canal de denúncias do Governo Federal, indicam a ocorrência de quase 3 mil violações contra a população LGBTQIA+ em 2019. Quanto aos dados das vítimas, 32% se declaram gays, pessoas trans somam 31%, seguidos de lésbicas com 9,7% e bissexual com 2,5% (Agência IBGE, 2022).

Segundo a ONG *Transgender Europe* (TGEU), em quase 9 anos de apuração (2008-2016), 900 travestis e transexuais foram mortos no Brasil, dado que coloca o país no topo da lista da violência contra essa população (TGEU, 2018). De acordo com a Associação Nacional de Travestis e Transsexuais, a expectativa de vida de uma pessoa trans no Brasil é de aproximadamente 30 anos, menos da metade da expectativa de vida geral do brasileiro de 74,9 anos, no período da pesquisa (IBGE, 2013; BENEVIDES,; SIMPSON, 2018). Importante destacar que número significativo de casos são subnotificados, enquanto deveriam ser tratados como crimes de ódio, muitas vezes são abordados como infrações comuns ou sequer são notificados (Melo *et al.*, 2021).

Silva e colaboradores (2019) destacaram em seu trabalho que as pessoas trans apresentam baixa expectativa de vida, justamente pela opressão transfóbica que incluem a expulsão de casa por seus familiares, da escola, e dos serviços de saúde, além da dificuldade de acesso ao mercado formal de trabalho. Portanto, percebe-se que o cenário acerca da saúde e da vida dessa população é marcado por tentativas de sobrevivência (Melo *et al.*, 2021).

Dos dez mil brasileiros entrevistados pelo coletivo “#VoteLGBT” e por pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais e Unicamp, 21,6% dos LGBTQIA+ entrevistados estavam desempregados em 2020 enquanto que a taxa geral no Brasil era de 12,2%, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020). Uma pesquisa realizada pelo *Center for Talent Innovation* revela que 33% das empresas do Brasil não contratariam para cargos de chefia pessoas LGBT+; 41% dos funcionários LGBT+ afirmam ter sofrido algum tipo de discriminação em razão da sua orientação sexual ou identidade de gênero no ambiente de trabalho e 90% dos travestis se prostituem por não terem conseguido nenhum outro emprego, até mesmo aqueles que têm boas qualificações (Santos; Silva; Ferreira, 2019). Nessa perspectiva, o estudo de Pedra (2019) corrobora com o resultado supracitado, pois em uma amostra 141 profissionais do sexo que trabalhavam na região metropolitana de Belo Horizonte, 91,4% se identificaram como transgênero ou homossexuais. Além disso, no que se refere à identificação racial, 67,4% se declararam pretas ou pardas.

Sendo assim, uma grande parcela desse grupo fica fragilizada economicamente, psicologicamente e socialmente, devido aos preconceitos gerados pela e na família e na sociedade. Este cenário resulta no rompimento de seus laços familiares e sociais e sem oportunidade de empregos formais muitas vezes acabam saindo de seus lares e vivendo em situação de rua, com a inexistência de moradia convencional regular, utilizando os logradouros públicos como espaço de moradia, de forma temporária ou permanente (Machado, 2015).

No contexto de viver em situação de rua, uma revisão sistemática publicada em 2019 evidenciou que os estudos realizados com o grupo LGBT+ na América Latina e especificamente no Brasil tendem a contextualizar as condições de desigualdade e pobreza por meio de metodologias participativas, produzindo dados mais qualitativos que quantitativos (Mendes; Ronzani; Paiva, 2019). Os estudos incluídos deram foco ao uso crônico de drogas e as doenças que comumente acometem essa

população. Relacionado ao tipo de drogas mais utilizadas, destaca-se o crack e o álcool, ao passo que as doenças mais comuns e mais estudadas são a hepatite e o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (Mendes; Ronzani; Paiva, 2019). Sendo que um dos estudos que foi realizado no estado de São Paulo destacou que os jovens e os homossexuais caracterizam-se como grupo de maior vulnerabilidade a adquirir o HIV (Grangeiro *et al.*, 2012).

Assim, a discriminação continua sendo uma barreira no alcance da meta de acabar com a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS), causada pelo vírus HIV até 2030, como parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Neste sentido, aproximadamente 62% das novas infecções por HIV ocorreram entre populações específicas, incluindo gays e outros homens que fazem sexo com homens, pessoas trans, profissionais do sexo, pessoas que usam drogas e aquelas privadas de liberdade (Melo *et al.*, 2021).

O Inquérito Nacional de Saúde LGBT+, realizado em 2020, é um estudo de base populacional, realizado de forma online, com 976 indivíduos maiores de 18 anos identificados como LGBT+, das cinco macrorregiões do Brasil. Em relação a orientação sexual, 72,1% se identificaram como homossexual, 23,9% bissexual, 1,6% heterossexual e 2,4% outras orientações sexuais minoritárias. Já considerando a identidade de gênero 41,5% se definiram como cisgênero feminino, 49,9% cisgênero masculino, 4,2% não binários, 1,9% transgênero e 2,6% outros gêneros minoritários (Torres *et al.*, 2021).

Ao comparar os resultados desse Inquérito com os da PNS (2019) verificou-se maiores prevalências de diagnóstico médico de depressão (24,8% x 10,2%), ingestão semanal de álcool (82,7% x 26,4%), tabagismo (20,9% x 12,6%) entre os participantes do Inquérito de Saúde LGBT+. Em contrapartida, o público LGBT+ relatou utilizar menos os serviços de saúde de referência quando comparados aos participantes da PNS (50,2% x 73,8%) (Torres *et al.*, 2021).

Nesse sentido, a posição de vulnerabilidade do grupo LGBTQIA+ compromete a garantia de direitos básicos, como acesso à moradia, alimentação digna, segurança, educação, saúde, lazer e cultura (Brasil, 2013). Uma pesquisa recente desenvolvida no Brasil, composta por uma amostra de 112 indivíduos adultos transgêneros, revelou que 68,8% estão em algum grau de Insegurança Alimentar (IA), sendo 20,2% em IA grave, marcada pela presença de fome (Gomes, 2022). Esses resultados apontam que a IA no grupo LGBTQIA+ é semelhante à da população brasileira,

porém a IA grave é superior, uma vez que na população em geral a prevalência é de 15,5% (VIGISAN, 2022).

Nota-se como determinantes da IA, a discriminação por familiares e pela sociedade em geral, violências físicas e simbólicas, evasão escolar e abuso de drogas como Determinantes Sociais da Saúde dentro de um contexto de vivência LGBTQIA+ em razão de processos discriminatórios, dificuldade de acesso à educação superior e ao mercado formal de trabalho, dentre outros. No período da pandemia de COVID-19, houve piora na saúde física e mental das pessoas LGBTQIA+ devido ao isolamento social e aumento do desemprego (Gomes, 2022; Melo *et al.*, 2021).

A Política Nacional de Segurança da Informação (PNSI) demonstra que, embora seja notável os avanços na conquista de espaços, principalmente, nos meios de comunicação, há aspectos a serem revistos, como a necessidade de que os princípios de universalidade, integralidade e equidade sejam concretizados em políticas públicas que promovam a saúde de pessoas LGBT+ (Silva *et al.*, 2020).

Deste modo, destaca-se a necessidade dar visibilidade à população LGBTQIA+, que representa uma parcela significativa da população brasileira. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2019, cerca de 2,9 milhões de pessoas maiores de 18 anos se declararam homossexuais ou bissexuais, ou seja, 1,9% da população brasileira (IBGE, 2019). Esta pesquisa aponta que a população de homossexuais ou bissexuais é maior entre os que têm nível superior, maior renda, idade entre 18 e 29 anos, que residem na região Sudeste e na zona urbana do país. Em relação a cor ou raça, não houve diferença estatística entre os que se declararam homossexuais ou bissexuais (Agência IBGE, 2022). Ainda não foram publicados outros resultados que caracterizam a população de homossexuais ou bissexuais quanto a questões de violência, trabalho, saúde mental, estilos de vida, coletados nessa edição da PNS. Esses dados foram coletados pela primeira vez em âmbito nacional nessa pesquisa e não contemplam informações sobre identidade de gênero, no entanto, são importantes para caracterizar a população LGBTQIA+.

Em 2018 Spizzirri e colaboradores avaliaram uma amostra de 6000 adultos brasileiros quanto a características sociodemográficas, identidade de gênero, orientação sexual e violência psicológica, física, verbal e sexual autor relatada. O estudo identificou significativa prevalência de pessoas autodeclaradas LGBTQIA+ (12,04%), além disso, os autores evidenciaram alta vulnerabilidade socioeconômica e níveis de violência vivenciados pelo grupo (Spizzirri *et al.*, 2022). Vale ressaltar que esses

dados podem estar subnotificados em função do medo ou receio dos indivíduos em expressar sua orientação sexual, mesmo com todo cuidado e sensibilidade dos pesquisadores ao abordarem o tema.

Neste sentido, o rastreamento e identificação da população LGBTQIA+ é fundamental para inclusão deste grupo nas políticas públicas, sociais e de saúde pois os padrões de renda, escolaridade, composição familiar, comportamentos migratórios, dados de fecundidade são desconhecidos (Lima *et al.*, 2021).

POLÍTICAS E PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS RELACIONADOS

Com o passar dos anos e o surgimento de novas demandas, os programas e políticas governamentais foram evoluindo em função das mobilizações sociais do grupo LGBTQIA+ (Rodrigues, 2019). Atualmente, há uma rede de apoio bem estruturada, mas que ainda carece de aprimoramento e amplitude, principalmente na efetivação e acessibilidade. Com marcos importantes na história LGBTQIA+ no país, têm-se:

- **Brasil sem Homofobia, Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra a população LGBT+ e de Promoção da Cidadania Homossexual (Ministério da Saúde, 2004):** O programa, criado em 2004, foi uma iniciativa do Governo Federal em conjunto com a Sociedade Civil Organizada com o objetivo de promover a cidadania à população LGBT+, buscando o combate à discriminação e violência e a equiparação de direitos. Para isso, o programa buscou ações voltadas para: o apoio a projetos que atuassem no combate à homofobia e na promoção da cidadania homossexual, a capacitação de profissionais e representantes do movimento para “atuar na defesa dos direitos humanos, na divulgação de informações sobre direitos e promoção da autoestima homossexual e no incentivo à denúncia das violações dos direitos humanos à população LGBT+” (BrasiL, 2004). Desde a sua criação, o programa apresentou funcionamento descontinuado e restrito. Conforme destacado por Horst (2016) suas principais ações são: apoio a projetos de ONGs; capacitação de militantes e ativistas; criação de núcleos de pesquisa em universidades públicas; projetos de capacitação de professores da rede pública; programas na área de saúde e prevenção de DST/AIDS; e criação de centros de referência em direitos humanos e combate a crimes de homofobia (Horst, 2016).

- **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNPCDH-LGBT):** Instituído em 2009, Resultado da 1ª Conferência Nacional LGBT+, ocorrida em Brasília entre 5 e 8 de junho de 2008, o PNPCDH-LGBT traz as diretrizes e ações para a elaboração de Políticas Públicas para esse grupo. Neste sentido, os principais objetivos são: Promover os direitos fundamentais da população LGBT+ brasileira, de inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, dispostos no art. 5º da Constituição Federal; promover os direitos sociais da população LGBT brasileira, especialmente das pessoas em situação de risco social e exposição à violência; combater o estigma e a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero (Brasil, 2009). O plano fundamenta-se em 8 princípios e 51 diretrizes e se materializam em 180 ações, sendo 68 de curto prazo e 112 de médio prazo, sendo dividido em dois eixos estratégicos. O primeiro orientado pela promoção e socialização do conhecimento; formação de atores; defesa e proteção dos direitos; sensibilização e mobilização. O segundo eixo está centrado na formulação e promoção da cooperação federativa; articulação e fortalecimento de redes sociais; articulação com outros poderes (públicos ou não); cooperação internacional; gestão da implantação sistêmica da política para LGBT+. O PNPCDH-LGBT não chegou a ser instituído pelo governo na forma de decreto ou portaria, reproduzindo a inexistência formal que também caracteriza o “Brasil sem Homofobia” (Martins *et al.*, 2022).
- **Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN (Decreto nº 7272/2010):** Aponta que para promoção do Direito Humano à Alimentação Adequada é necessário considerar “as diversidades social, cultural, ambiental, étnico-racial, a equidade de gênero e a orientação sexual” existentes no país. Assim, focaliza a população LGBTQIA+ ao destacar a importância de considerar os grupos vulneráveis e minoritários na promoção da segurança alimentar e nutricional, apresentando um elo importante com a Política Nacional de Saúde LGBT (Brasil, 2010).
- **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Portaria de Consolidação: 2836/2011):** A formulação da Política Nacional de Saúde LGBT (PNSI LGBT) seguiu as diretrizes expostas no Programa Brasil sem Homofobia e foi instituída em 2011 como uma ini-

ciativa para a construção de equidade no âmbito do SUS. Essa política, através de suas diretrizes, ações e programas, tem como objetivo a redução das desigualdades relacionadas à saúde da população LGBT+ (Brasil, 2013). Ainda vigente, desde a sua criação nenhum estudo nacional foi conduzido para avaliar a sua implementação, no entanto, avaliações pontuais tem demonstrado a necessidade de reorganizar os modelos de atenção à saúde, no sentido de aprofundar a discussão acerca de questões consideradas fundamentais para a promoção à saúde das pessoas LGBTQIA+ (Brasil, 2013). Silva e colaboradores (2020) avaliaram a implementação da PNSI LGBT no estado do Paraná por meio de grupos focais com profissionais e gestores SUS e encontrou limitações no que diz respeito ao acesso da população LGBT+ à atenção integral à saúde; ações de promoção e vigilância em saúde; educação permanente e educação popular em saúde; monitoramento e avaliação das ações de saúde.

- **Portaria de nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, que redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS):** Essa portaria garante a integralidade da atenção à saúde à transexuais e travestis no SUS. Essa integralidade é garantida pelo acolhimento com humanização e uso do nome social e o encaminhamento ao Serviço de Atenção Especializado no Processo Transexualizador (Brasil, 2017). O processo transexualizador foi instituído em 2008 e passou a incluir procedimentos transgenitalizados nos serviços do SUS para mulheres trans e a partir de 2013 o serviço foi ampliado para homens trans. Dentre os serviços incluídos destaca-se o acompanhamento no pré e pós operatório, que inclui a terapia hormonal (estrógeno ou testosterona), a redesignação sexual (neocolpoplastia ou metoidioplastia), correções dos caracteres femininos/masculinos (Ex. tireoplastia, mastectomia, histerectomia) (Monteiro; Brigeiro; Barbosa, 2019). Todo processo garante a autoaceitação do indivíduo transgênero, que passa a ter características físicas correspondentes ao gênero que o mesmo se reconhece.
- **Decreto nacional nº 8.727, de 28 de abril de 2016:** Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal, seja ela direta, autárquica ou fundacional. Destaca-se que o “nome social é desig-

nação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida, de acordo com sua identidade de gênero que diz respeito as representações de masculinidade e feminilidade, sem guardar relação necessária com o sexo atribuído no nascimento” (Brasil, 2016). Assim, esse decreto tem o intuito de garantir que “os registros dos sistemas de informação, de cadastros, de programas, de serviços, de fichas, de formulários, de prontuários e congêneres dos órgãos e das entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional” deverão conter o campo “nome social” em destaque, acompanhado do nome civil, que será utilizado apenas para fins administrativos internos. Além disso, mediante requerimento do interessado, o nome social constará nos documentos oficiais, acompanhado do nome civil. Ainda, foi vedado o uso de expressões pejorativas e discriminatórias para referir-se a pessoas travestis ou transexuais (Brasil, 2016).

- Decreto nacional nº 11.471, de 06 de abril de 2023: Institui o Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queers, Intersexos, Assexuais e Outras (CNLGBTQIA+). O órgão colegiado é composto por 38 pessoas de forma paritária entre o governo federal e representantes de organizações da sociedade civil e tem o objetivo de contribuir, de forma consultiva e deliberativa, com a formulação de ações, diretrizes e medidas governamentais referentes às pessoas LGBTQIA+. As organizações da sociedade civil deverão ter atuação nacional ou regional e serão selecionadas por meio de processo eleitoral a ser definido no regimento interno do CNLGBTQIA+, exceto para a primeira composição, pois serão indicados pelo Ministro de Estado dos Direitos Humanos e da Cidadania (Brasil, 2023).

Em âmbito nacional, os programas, políticas e leis ainda são escassos e pouco efetivos na erradicação da discriminação da pessoa LGBTQIA+, no entanto, proporciona melhora no acesso aos serviços de saúde e garantia dos direitos fundamentais. A Figura 1 resume os principais marcos históricos para a garantia de maior dignidade para a população LGBTQIA+ (Figura 1).

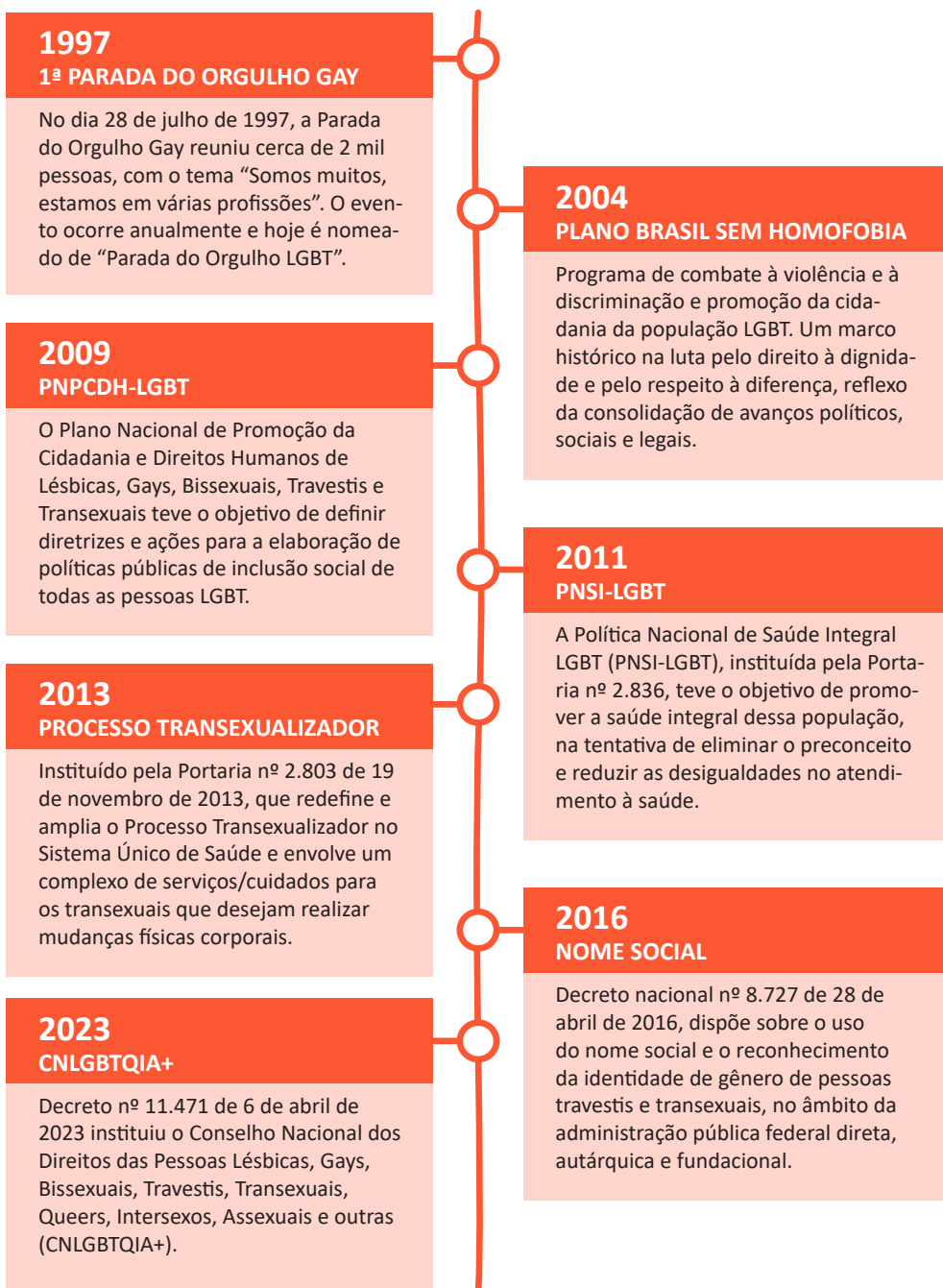


Figura 1. Principais marcos históricos do movimento LGBTQIA+ na busca por direitos e formulação de políticas públicas no Brasil.

LGBT: Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais

Fonte: Figura elaborada pelas autoras.

AÇÕES PARA MELHORIA DA SAÚDE E ENFRENTAMENTO DA INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E DAS DESIGUALDADES NOS TERRITÓRIOS

Para ações de melhoria efetivas torna-se essencial articulações entre as políticas e programas somados às instituições independentes, a partir de uma abertura para discussão e levantamento das pautas mais importantes considerando a heterogeneidade dos grupos (Carvalho; Barreto, 2021). É evidente que são necessárias ações voltadas para campo da saúde e para redução da vulnerabilidade socioeconômica da população LGBTQIA+. Portanto, ações interdisciplinares e multiprofissionais são fundamentais e devem ser uma prioridade do Estado e sociedade civil (Oliveira, 2022).

No campo da saúde pública, é importante implementar projetos e ações de prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), com foco na educação sexual, para todos os indivíduos, sobretudo para os jovens. Neste sentido, o Plano Nacional de Enfrentamento de Aids e das IST entre Gays, Homens que fazem sexo com homens (HSH) e Travestis, publicado pelo Ministério da Saúde, pondera sobre a maior vulnerabilidade ao vírus HIV para gays e bissexuais masculinos, sendo esta condição diretamente associada aos preconceitos, discriminação e segregação à qual este grupo é exposto (Brasil, 2008b). Este plano expressa o compromisso das três esferas de governo e da sociedade civil na implementação de políticas de prevenção e de controle das DST/Aids, assim, é necessário incentivar as Secretarias Municipais de Saúde juntamente com a participação da comunidade, que poderiam atuar na organização de debates nos meios de comunicação (rádio, tv e redes sociais) e escolas, convidando representantes para trazer um plano informativo direcionado à conscientização da população, a fim de minimizar os estigmas (Lionço, 2008).

Na prática clínica, um fluxo de atendimento humanizado que envolva toda a equipe da gestão/unidades básicas/hospitais/polos é também uma ação necessária. Profissionais deverão ser informados, capacitados e sensibilizados pela gestão municipal e estadual sobre o acolhimento às pessoas LGBTQIA+, ressaltando as pessoas trans (Carvalho; Barreto, 2021). O acesso a banheiros de acordo com a sua identidade de gênero, o uso por profissionais de saúde do nome social em prontuários, receituários, fichas, notificações, cadernos de acompanhamento, chamada

verbal na fila de espera são fatores que contribuem para a permanência da pessoa LGBTQIA+ nos serviços de saúde. Além disso, a busca ativa desse grupo deve ser feita nas visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (Melo *et al.*, 2021).

A atuação de uma equipe multiprofissional, a citar-se médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, dentre outros, com acolhimento digno e humanizado é fundamental para garantir o acesso do público LGBT+ nos serviços de saúde. É necessário priorizar práticas de assistência em saúde sexual e reprodutiva, com realização de testes rápidos, orientações e distribuição de preservativos (Lima *et al.*, 2021; Melo *et al.*, 2021).

No campo da Nutrição, os profissionais devem atuar considerando situações como comer compulsivo, insatisfação com o corpo e transtornos alimentares, como anorexia e bulimia, em virtude de pressões estéticas (Lima *et al.*, 2021). Assim, para que profissionais de nutrição possam realizar prescrições, aconselhamento nutricional e promoção de mudanças de comportamento, além de ter conhecimento técnico sobre ciência e estratégias específicas para alcançar os objetivos individuais, é necessário ter habilidades interpessoais e de comunicação. Ademais, é essencial a compreensão da motivação pela qual ocorre a procura de atendimento, orientação e aconselhamento nutricional (Melo *et al.*, 2021). Neste contexto, a entrevista motivacional é uma técnica de aconselhamento em saúde cujo principal objetivo é trazer à tona as motivações intrínsecas e extrínsecas para mudar um dado comportamento. Soma-se também, critério atencioso na anamnese, em níveis bioquímicos, antropométricos, socioeconômicos e históricos, considerando o perfil individual e suas vivências (Melo *et al.*, 2021).

Nesse contexto, vale ressaltar que o Código de Ética e Conduta do Nutricionista, presente na Resolução do Conselho Federal de Nutricionistas nº 599/2018, reforça que os profissionais de nutrição devem apresentar postura de respeito em sua atuação, postulando que “o nutricionista deve desempenhar suas atribuições respeitando a vida, a singularidade e pluralidade, as dimensões culturais e religiosas, de gênero, de classe social, raça e etnia, a liberdade e diversidade das práticas alimentares, de forma dialógica, sem discriminação de qualquer natureza em suas relações profissionais” (Conselho Federal de Nutricionistas, 2018).

Em pessoas trans que passam por várias intervenções hormonais, o profissional deve considerar as alterações metabólicas e corporais, sendo os cuidados

em nutrição importantes no acompanhamento da saúde, para atenuação desses efeitos metabólicos e prevenção de Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT) (Lima *et al.*, 2021). Vale ressaltar que, embora haja consenso na literatura científica em relação às alterações metabólicas e do perfil lipídico, em se tratando de pessoas trans, as pesquisas são escassas. Reforça-se assim, a relevância de investimentos em pesquisas que abordem a temática.

Para avaliação antropométrica dos indivíduos LGBTQIA+ sem processo de transexualização, recomenda-se as mesmas medidas utilizadas no indivíduo adulto ou idoso, considerando parâmetros do gênero designado ao nascimento, e os mesmos pontos de corte adotados pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, a citar-se: peso; estatura; Índice de Massa Corporal (IMC); Perímetro da cintura. Enfatiza-se a importância de indagar se a pessoa se sente à vontade com a avaliação, devido a possibilidade de insatisfação corporal e desconforto com a avaliação das medidas corporais (Brasil, 2011; Lima *et al.*, 2021).

Linsenmeyer e colaboradores (2023) evidenciaram que inexistente consenso quanto a avaliação antropométrica de indivíduos transgêneros. Assim, faz-se necessários estudos que determinem medidas e pontos de corte válidos para avaliação do estado nutricional e risco de agravos a saúde, estratificando por estágio de transição de gênero.

No campo socioeconômico, torna-se fundamental a articulação com empresas privadas e a Secretaria de Assistência Social e Cultura, tendo em vista o oferecimento de projetos de geração de renda e capacitação à população LGBTQIA+, a fim reduzir os índices de desemprego que impactam diretamente na qualidade de vida (Oliveira, 2022). A autonomia financeira é uma forma de fortalecer a dignidade do indivíduo, permitindo que ele tenha acessos a condições mínimas à sobrevivência, que incluem alimentação e moradia.

CLIQUE PARA LER E BAIXAR

Não deixe de ler o **Guia de cuidado e atenção nutricional à população LGBTQIA+** (https://novoportal.crn1.org.br/wp-content/uploads/2021/06/Guia-de-cuidado-e-atencao-nutricional-a-populacao-LGBTQIA_1edicao.pdf)



No âmbito de pesquisas, é preciso que as universidades públicas se engajem mais na produção de conteúdo científico voltado a esta população, como forma de identificar as lacunas que existem de modo mais preciso, propor planejamentos estruturados, intervenções práticas e avaliações, uma vez que os dados referentes à população LGBTQIA+ são escassos, dificultando a elaboração e análises de estratégias (Carvalho; Barreto, 2021). Através da composição de grupos de estudos específicos em diversas áreas, podem ter colaborações significativas no desenvolvimento dos projetos e campanhas locais. Além disso, torna-se um ponto colaborativo na formação de profissionais capacitados para se comunicar com a comunidade e aproximá-la dos serviços de saúde (Melo *et al.*, 2021).

Assim, o ponto imprescindível no enfrentamento das questões de saúde é voltado para ações da sociedade civil nas mais variadas modalidades de organização juntamente com a esfera governamental para a garantia do direito à saúde e para o pleno exercício da democracia e do controle social. A Figura 2 representa uma sistematização dos itens tratados nessa seção, com intuito de resumir as causas e consequências da maior exposição social, econômica e de saúde da população LGBT+, relacionados a Insegurança Alimentar e Nutricional, e aos mecanismos para impedir a sua ocorrência.



Figura 2. Síntese das principais causas da Insegurança Alimentar e Nutricional na população LGBTQIA+ e mecanismos para sua prevenção.

BSH: Brasil Sem Homofobia; LGBT: Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais; PNSI-LGBT: Política Nacional de Saúde Integral; PNPCDH-LGBT: Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos.

Fonte: Figura elaborada pelas autoras.

Assim, destaca-se mais uma vez, a necessidade de estudos nacionais, com amostra representativa, para investigar e se conhecer informações básicas, como tamanho da população, características sociodemográficas e de saúde. Estes podem ser incluídos nos inquéritos nacionais já existentes, o que irá possibilitar a coleta periódica dos dados.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA IBGE NOTÍCIAS. **Em pesquisa inédita do IBGE, 2,9 milhões de adultos se declararam homossexuais ou bissexuais em 2019.** 26 maio 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/33785-em-pesquisa-inedita-do-ibge-2-9-milhoes-de-adultos-se-declararam-homossexuais-ou-bissexuais-em-2019>.
- BELIN, Matheus de Oliveira; NEUMANN, Ricardo. História da homossexualidade no Brasil: abusos, perseguições, repressões e o avanço do movimento LGBTQIA+. **História-Tubarão**, p. 21, 2020. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/16212/1/MatheusdeOliveraTCC.pdf>.
- BENEVIDES, Bruna; SIMPSON, Keila. Mapa dos assassinatos de travestis e transexuais no Brasil em 2017. **Associação Nacional de Travestis e Transexuais-ANTRA**, jan, 2018. Disponível em: <https://antrabrasil.org/wp-content/uploads/2018/02/relatc3b3rio-mapa-dos-assassinatos-2017-antra.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2024.
- BRASIL. **Constituição (1988)** - Constituição da República Federativa do Brasil. Brasil: [s.n.], 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf.
- BRASIL. **Brasil Sem Homofobia**: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: [s.n.], 2004. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf.
- BRASIL. **Painel de Indicadores do SUS no5 Prevenção de Violências e Cultura de Paz**. Brasília: [s.n.], 2008a.
- BRASIL. **Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e das DST entre Gays HSH e Travestis**. [s.n.], 2008b.
- BRASIL. **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBTQIA+**. 2009.
- BRASIL. **Decreto nº 7272 de 25 de agosto de 2010**. Regulamenta a Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. 2010.
- BRASIL. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: [s.n.], 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf.

BRASIL. **Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016**. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis ou transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2016.

BRASIL. **Portaria de consolidação Nº 2**. [S.l.]: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politicas.html>. Acesso em: 18 mar. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 11.471, de 6 de abril de 2023**. Institui o Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queers, Intersexos, Assexuais e Outras. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2023.

BRASIL. **Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2013.

CARDOSO, Michelle Rodrigues; FERRO, Luís Felipe. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, n. 3, p. 552–563, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414=98932012000300003-&lng=pt&tlng=pt.

CARVALHO, Angelita Alves de; BARRETO, Rafael Chaves Vasconcelos. A invisibilidade das pessoas LGBTQIA+ nas bases de dados: novas possibilidades na Pesquisa Nacional de Saúde 2019? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4059–4064, set. 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000904059&tlng=pt.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Resolução CFN nº 599, de 25 de fevereiro de 2018**. Aprova o código de ética e de conduta do nutricionista e dá outras providências. 2018.

CREMER, Maria Oderlândia Duarte; DE FARIA, Emerson Oliveira. DA EFETIVIDADE DO TEXTO LEGISLATIVO NA PROTEÇÃO DA COMUNIDADE LGBTQIA+. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 8, n. 2, p. 1276-1291, 2022.

FACCHINI, Regina; FRANÇA, Isadora Lins. De cores e matizes: sujeitos, conexões e desafios no Movimento LGBT brasileiro. **Revista Latinoamericana**, v. 3, n. 1, p. 54–81, 2009.

GRANGEIRO, Alexandre *et al.* Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 4, p. 674-684, 2012.

GOMES, Savio Marcelino. **Vulnerabilidade de pessoas transgênero à Insegurança Alimentar NATAL/RN 2022**. 2022. 1–108 f. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2022.

GONÇALVES, Alice Calixto *et al.* **A VIOLÊNCIA LGBTQIA+ NO BRASIL**. Clínica de Políticas de Diversidade da FGV Direito SP, 2020.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeções da população**: Brasil e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios. **Pesquisa Nacional de Saúde**, 2019.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Mensal**. Taxa de desocupação - 2020/1º tri. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://painel.ibge.gov.br/pnad/>. Acesso em: 22 jul. 2024.

HORST, Claudio Henrique Miranda. Avaliando o Programa Brasil sem homofobia. **Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social**, v. 1, n. 1, 2016.

KISHI, Marcelo Hideyuki. **Discriminação e preconceito preconceito contra a diversidade diversidade**. 2020. 30 f. Universidade Cruzeiro do Sul, 2020. Disponível em: [https://repositorio.udf.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1581/1/Marcelo Hideyuki Kishi.pdf](https://repositorio.udf.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1581/1/Marcelo%20Hideyuki%20Kishi.pdf).

LIMA, Lewestter Melchior de *et al.* **Guia de cuidado e atenção nutricional à população LGBTQIA+**. Disponível em: https://www.casaum.org/wp-content/uploads/2021/06/Guia-de-cuidado-e-atencao-nutricional-a-populacao-LGBTQIA_1edicao.pdf. Acesso em: 17 mar. 2023.

LINSENMEYER, Whitney; GARWOOD, Sarah; WATERS, Jennifer. An examination of the sex-specific nature of nutrition assessment within the nutrition care process: considerations for nutrition and dietetics practitioners working with transgender and gender diverse clients. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 122, n. 6, p. 1081-1086, 2022.

LIONÇO, Tatiana. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 11–21, jun. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200003&lng=pt&tlng=pt.

MACHADO, Ricardo William Guimarães. População LGBT em situação de rua: uma realidade emergente em discussão. **Revista EDUC**, v. 1, n. 3, p. 57-67, 2015.

MARTINS, Luiza Oliveira *et al.* O Desenvolvimento das Políticas Públicas em Saúde Para o Público LGBTQIA+ no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 17, p. e274111739226-e274111739226, 2022.

MELO, Gabriela *et al.* Cartilha de Saúde LGBTI+ Políticas, instituições e saúde em tempos de COVID-19. **TODXS**. [S.l: s.n.], 2021

MENDES, Kíssila Teixeira; RONZANI, Telmo Mota; PAIVA, Fernando Santana de. População em situação de rua, vulnerabilidades e drogas: uma revisão sistemática. **Psicologia & Sociedade**, v. 31, 2019.

MONTEIRO, Simone; BRIGEIRO, Mauro; BARBOSA, Regina Maria. Saúde e direitos da população trans. **Cadernos de saúde pública**, v. 35, p. e00047119, 2019.

OLIVEIRA, Daniel Canavese de. Representatividade da população LGBTQIA+ nas pesquisas epidemiológicas, no contexto da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: ampliar a produção de conhecimento no SUS para a justiça social. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. 1, 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222022000100900&tlng=pt.

PEDRA, Caio Benevides. A prostituição de travestis e mulheres trans em belo horizonte a partir da ótica da pobreza multidimensional. **Sexualidade & Política-Revista Brasileira de Políticas Públicas LGBTI+**, 2019.

PINTO, Isabella Vitral *et al.* Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, n. suppl 1, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000200404&tlng=pt.

PRETES, Érika Aparecida; VIANNA, Túlio. História da criminalização da homossexualidade no Brasil: da sodomia ao homossexualismo. **Iniciação científica: destaques**, v. 1, p. 313–392, 2007.

RODRIGUES, Vinícius Cainã Silva. O movimento LGBT vai ao mundo: uma análise histórico-discursiva de sua internacionalização. **O Cosmopolítico**, v. 6, n. 1, p. 16, 2019.

SANTOS, Juliana Spinula dos; SILVA, Rodrigo Nogueira da; FERREIRA, Márcia de Assunção. Health of the LGBTI+ Population in Primary Health Care and the Insertion of Nursing. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 4, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000400502&tlng=en.

SENA, Cristiano Pereira *et al.* **POLÍTICAS PÚBLICAS E OS DIREITOS LGBTQIA+ NO BRASIL**. I Congresso Nacional de Humanização na Saúde, 2022. Disponível em: <https://doity.com.br/anais/-conahus>.

SILVA, Amanda de Cassia Azevedo da *et al.* Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) no Paraná, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000100239&tlng=pt.

SILVA, Felipe Cazeiro da; SOUZA, Emilly Mel Fernandes de; BEZERRA, Marlos Alves. (Trans)tornando a norma cisgênera e seus derivados. **Revista Estudos Feministas**, v. 27, n. 2, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2019000200210&tlng=pt.

SPIZZIRRI, Giancarlo *et al.* Proportion of ALGBT adult Brazilians, sociodemographic characteristics, and self-reported violence. **Nature portfolio: Scientific reports**, v. 12, n. 1, p. 11176, 2022.

TGEU - TRANSGENDER EUROPE. **TMM Update Trans Day of Remembrance 2018**. Berlin, Germany: TGEU. Disponível em: <https://transrespect.org/en/tmm-update-trans-day-of-remembrance-2018/>. Acesso em: 22 jul. 2024.

TORRES, J.L.; GONÇALVES, G.P.; PINHO, A.A.; SOUZA, M.H.N. The Brazilian LGBT+ Health Survey: methodology and descriptive results. **Cad. Saúde Pública** v. 37, n. 9, 2021.

VIGISAN. **II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil** [livro eletrônico]: II VIGISAN : relatório final/Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar – PENSSAN. -- São Paulo, SP: Fundação Friedrich Ebert : Rede PENSSAN, 2022. 112p.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população de agricultores familiares, indígenas, quilombolas, situação de rua, ribeirinhos, imigrantes e refugiados e LGBTQIA+ caracteriza-se como de alta vulnerabilidade, principalmente socioeconômica. Os dados epidemiológicos referentes à situação de insegurança alimentar e nutricional e agravos à saúde reforçam a invisibilidade desses grupos, conforme apresentado ao longo do material.

Reforçamos que existem políticas, programas, planos e estratégias que direcionam as ações para promoção da segurança alimentar e nutricional e saúde desses grupos, considerando suas especificidades, inclusive culturais. Porém é necessário que as mesmas sejam mais divulgadas e interiorizadas pelos agentes, que elaboram essas regulamentações e que trabalham com essa população, com o intuito de fortalecer as ações e tornar o serviço de atenção integral mais eficiente.

Assim, a divulgação de materiais como este, que mapeiam a situação de insegurança alimentar e nutricional e de saúde e elencam o arcabouço de políticas públicas relacionadas, pode orientar profissionais, de diferentes setores, promovendo o cuidado adequado, integral e de direito dessa população.

