



PROGRAMA

"Marco Estratégico para Proteção dos Povos Indígenas em
Isolamento Voluntário e Contacto Inicial"

Proteção e Assistência à Saúde dos Povos Indígenas Isolados e
de Recente Contato no Brasil

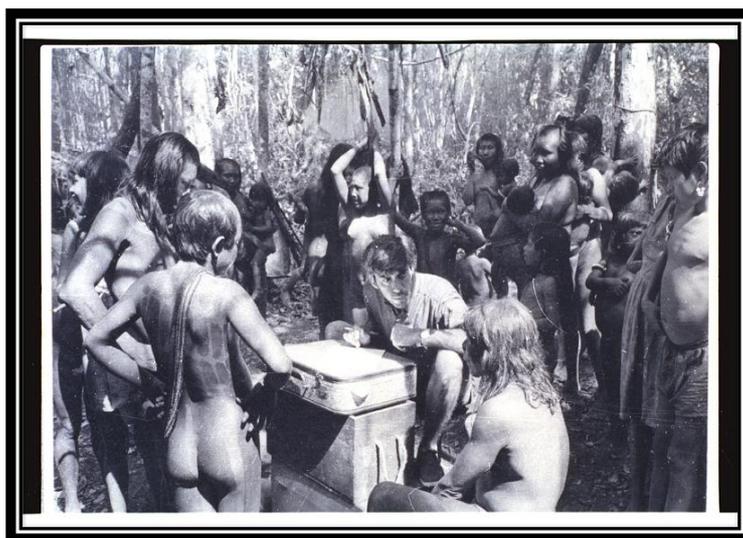
Douglas A. Rodrigues
Consultor Nacional de Saúde - Brasil

São Paulo, março de 2014



Indígena Panará fotografado na ocasião do contato, em 1973, aproximando-se da linha de presentes deixados pelos sertanistas. Foto do acervo Projeto Xingu/EPM/Unifesp

Aproximação física entre indígena Panará e sertanista da FUNAI, em 1973. Foto do acervo do Projeto Xingu/EPM/Unifesp



Médico em trabalho assistencial com indígenas Kayapó Metuktire, recém-contactados, Parque Indígena do Xingu, 1970. Foto do acervo Projeto Xingu/EPM/Unifesp.

Índice

1	A ocupação indígena no Brasil	6
1.1	Os Índios e os colonizadores europeus	6
2	O impacto das doenças advindas do contato entre indígenas e colonizadores.....	9
3	Contato e Contágio: a depopulação e o excesso de mortalidade pós contato.....	13
4	Aspectos históricos da política de saúde indígena no Brasil.....	15
5	O Sistema de Saúde Público Brasileiro – SUS e a atenção à saúde dos Povos Indígenas no Brasil.....	20
6	Cronologia da criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS) no Brasil.....	22
7	O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS): estrutura e modelo de atenção.....	24
7.1	Capacidade Instalada e Força de Trabalho do SASI-SUS.....	27
7.2	Modelo de Atenção à Saúde do SASI-SUS.....	30
8	Povos Indígenas de Recente Contato no Brasil.....	32
9	Povos Indígenas Isolados no Brasil.....	39
9.1	Localização das referências a índios isolados no Brasil, situação fundiária e principais ameaças.....	41
10	Assistência à Saúde dos Indígenas de Recente Contato no Brasil.....	73
11	Proposições e diretrizes para a elaboração de Planos de Contingência para situações de contato com Índios Isolados e intervenção em surtos epidêmicos em Índios de Recente Contato no Brasil.....	77
12	Sumário de recomendações finais.....	90
	Referências Bibliográficas.....	96
	Anexo I – Relatório da Oficina Nacional de Promoção da Saúde e Proteção de direitos de Índios Isolados e de Recente Contato.....	99
	Anexo II – Modelo de ficha médico-antropológica utilizada pelo Projeto Xingu/EPM/Unifesp.....	123
	Anexo III – Minuta de portaria normatizando ações de saúde e Planos de Contingência para situações de contato com II e surtos epidêmicos em grupos de RC.....	
	Links para legislação sobre saúde dos povos indígenas no Brasil.....	127

Relação de siglas

OTCA	Organização do Tratado de Cooperação Amazônica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
	Serviço de Proteção ao Índio e localização de Trabalhadores Nacionais
SPI ou SPI	
OPAN	Operação Amazônia Nativa
SIASI	Sistema de Informações em Saúde Indígena
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
SUSA	Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
EVS	Equipe Volante de Saúde
UAE	Unidade de Atendimento Especial
SUCAM	Superintendência de Controle de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
SASI-SUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
DSY	Distrito Sanitário Yanomami
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSPI	Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas
COSAI	Coordenação de Saúde Indígena
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
CASAI	Casa de Saúde do Índio
TI	Terra Indígena
CCIIRC	Coordenação Geral de Índios Isolados e de Recente Contato
FPE	Frente de Proteção Etnoambiental
COPIRC	Coordenação de Políticas para Povos Indígenas de Recente Contato
SAFPE	Serviço de Apoio às Frentes de Proteção Etnoambiental
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial
ONG	Organização não Governamental
IIRC	Índios Isolados e de Recente Contato
CIMI	Conselho Indigenista Missionário
ISA	Instituto Socioambiental
CTI	Centro de Trabalho Indigenista
IIRSA	Iniciativa para Integração da Infraestrutura na América do Sul
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
DASI	Departamento de Atenção à Saúde Indígena
LALI	Laboratório de Línguas
SUS	Sistema Único de Saúde

Relação de Quadros e Figuras

Quadro 1	Mortalidade que se seguiu ao contato em alguns grupos indígenas no Brasil, 1912 a 1981.....	13
Figura 1	A Saúde Indígena na Estrutura do Ministério da Saúde.....	26
Figura 2	Estrutura Organizacional da Secretaria Especial de Saúde Indígena.....	27
Figura 3	Distribuição territorial dos 34 DSEI que compõe o SASI-SUS, 2013.....	28
Figura 4	Estrutura do Distrito Sanitário Especial Indígena.....	29
Figura 5	Fluxo dos serviços de saúde nos DSEI.....	31
Quadro 2	Povos Indígenas de Recente Contato, Terras Indígenas em que vivem e Frentes de Proteção Etnoambiental às quais estão adscritos, setembro de 2013.....	35
Quadro 3	Povos Indígenas de Recente Contato, Terras Indígenas em que vivem e os DSEI aos quais estão adscritos, setembro de 2013.....	36
Quadro 4	Referências da existência de grupos isolados, confirmadas e em estudo de acordo com diferentes fontes, 2011 – 2013, Brasil.....	41
Quadro 5	Referências a grupos isolados no Brasil, de acordo com municípios, estados, situação fundiária, fontes de informação e situações de risco de contato, 2011.....	42
Figura 6	Localização das Frentes de Proteção Etnoambiental, Brasil, 2010.....	49
Quadros 6 a 16	Referências a grupos indígenas isolados sob responsabilidade das Frentes de Proteção Etnoambiental, 2006, 2012, 2013.....	51-66
Quadro 17	Informações, referências confirmadas e não confirmadas de Índios Isolados no Brasil, 2013.....	67
Figura 7	Mapa Geral das referências de Índios Isolados no Brasil e na América do Sul, 2011.....	68
Figura 8	Referências de Índios Isolados e de Recente Contato em estudo no Brasil em 2010	69
Quadro 18	Empreendimentos do PAC que afetam terras indígenas no Brasil, 2013.....	72
Quadro 19	Empreendimentos do PAC que afetam terras indígenas e/ou regiões com presença de índios isolados e de recente contato no Brasil, 2013.....	73
Quadro 20	Óbitos relacionados a surtos de doenças infecto-contagiosas em grupos de recente contato, 2012-2013.....	75
Quadro 21	População e principais doenças que acometem grupos de recente contato em 4 DSEI da região Norte, Brasil, 2013.....	75
Quadro 22	Óbitos registrados entre grupos de recente contato, Brasil, janeiro a outubro de 2013.....	76
Quadro 23	População indígena de Recente Contato, de acordo com a etnia e DSEI, Brasil, 2013.....	77

Apresentação

O presente trabalho é o produto da consultoria indicada pela Secretaria Especial de Saúde indígena do Ministério da Saúde do Brasil e contratada pela Secretaria Permanente da Organização do Tratado de Cooperação Amazônica – SP/OTCA, organismo internacional com sede em Brasília.

De acordo com o termo de referência compete ao Consultor Nacional de Saúde abordar os seguintes temas:

1. Mapeamento institucional das instâncias existentes de prestação de serviços de saúde no nível nacional, regional e local;
2. Recolhimento e sistematização das experiências, passadas e presentes, de primeiro contato e de atenção à saúde dos povos indígenas de recente contato;
3. Estudo do desenvolvimento de equipes especializadas de atenção à saúde para os povos indígenas em isolamento e contato inicial;
4. Com base no trabalho de investigação sobre a localização dos territórios dos povos indígenas em isolamento, o registro da situação geográfica de cada povo isolado com relação às comunidades vizinhas e vetores de ameaças à saúde presentes em cada área;
5. Organização de Oficina Nacional com o Ministério da Saúde e demais atores especializados para discutir a proposta de uma norma técnica de saúde e uma estratégia sanitária a ser compartilhada e considerada através da região¹.

Dr. Douglas A. Rodrigues

Médico Sanitarista, Especialista em Medicina Preventiva e Social, Doutor em Saúde Coletiva

1. A ocupação Indígena do Brasil

¹ A Oficina Nacional foi realizada nos dias 19 a 21 de novembro de 2013, na sede da Fundação Nacional do Índio em Brasília e o relatório final encontra-se anexado a este documento.

Sabe-se que a ocupação do território brasileiro por populações paleoíndias ocorreu há mais de 12 mil anos. São conhecidas e amplamente aceitas teorias migratórias a partir do nordeste da Ásia, utilizando a faixa de terra denominada Beríngia, que teria aflorado em consequência de glaciações que baixaram em cerca de 50 metros o nível do mar, colonizando inicialmente o Alasca e a América do Norte e posteriormente ocupando o restante do continente Americano.

Contudo, nem todas as pesquisas consideram essa migração como única fonte de povoamento das Américas. Sítios arqueológicos no sudeste do Piauí, na Bahia e Minas Gerais mostram indícios de ocupação humana no Brasil com datações de até 25.000 anos (GUIDON, 1992). Assim, a presença humana na América do Sul pode ser da mesma época do que a da América do Norte, sugerindo que possam ter ocorrido outras formas de migração, além da terrestre por Behring e Alasca. A travessia do Pacífico com barcos, por navegação costeira e entre ilhas não está descartada, à semelhança do que teria ocorrido na ocupação da Austrália há 50 mil anos (MELTZER, 1989). Embora possam divergir nos números e nas rotas migratórias, há consenso de que o continente americano era intensamente povoado por ocasião da chegada dos europeus ao continente americano.

1.1 Os índios e os colonizadores europeus

Estudos que estimaram a população das Américas por ocasião da chegada dos europeus ao continente, em 1492, caracterizam-se pela grande variabilidade de estimativas, que vão de 1 a 8,5 milhões de habitantes para as terras baixas da América do Sul. Esses estudos permitem afirmar, no entanto, que por ocasião da chegada dos portugueses havia, no Brasil, entre um milhão e 6,8 milhões de pessoas na Amazônia,

Brasil Central e costa Nordeste (CUNHA, 1992), o que equipararia a densidade demográfica do Brasil à da Península Ibérica em 1500.

O etnólogo Kurt Nimuendaju contabilizou cerca de 1400 povos indígenas - de grandes famílias linguísticas como Tupi-Guarani, Jê, Aruak, Karib, Xirianá e Tukano no território que correspondia ao Brasil, registrando a imensa dispersão e diversidade de povos que habitavam o território brasileiro por ocasião da chegada dos portugueses (IBGE, 1992). Na Europa do século XVI, após o primeiro impacto causado pela existência de *outros homens*, a imagem dos indígenas formou-se a partir dos relatos dos missionários, viajantes e nobres portugueses, franceses e holandeses, que atuaram como cronistas da vida no novo mundo, associando, por vezes, imagens a seus relatos como o fizeram Pero Magalhães Gandavo (GANDAVO, 1980), Jean de Léry (LÉRY, 1980), Hans Staden (STADEN, 1974) e André Thevet (THEVET, 1978). As diferenças de costumes eram enfatizadas, sendo ressaltadas as práticas consideradas bárbaras como o antropofagia, a poligamia e a feitiçaria, promovendo, no imaginário dos europeus, ideias ambíguas e negativas sobre os índios do Novo Mundo. Duas concepções opostas sobre a humanidade dos gentios (pagãos) circulavam na Europa no século XVI: a) os índios eram seres humanos que estavam degradados, vivendo como selvagens e canibais, mas possuíam todo o potencial para se tornarem cristãos; e b) eram seres inferiores, animais que nunca se tornariam cristãos podendo ser escravizados e mortos (OLIVEIRA e FREIRE, 2006). A primeira concepção prevaleceu, refletida no papel mediador das missões religiosas católicas nos primeiros séculos da colonização, como ilustra a Bula Veritas ipsa do Papa Paulo III, de 1537, formalizando a visão da igreja católica de que os indígenas eram seres racionais e livres por natureza (VASCONCELOS, 1568).

O papa Paulo III deseja, a todos os fieis Cristãos, que as presentes letras virem, saúde e benção Apostólica. A mesma Verdade, que nem pode enganar, nem ser enganada, quando mandava os Pregadores de sua Fé a exercitar este officio, sabemos que disse: Ide, & ensinai a todas as gentes. A todas disse, indifferentemente, porque todas são capazes de receber a doutrina de nossa Fé. Vendo isto, & envejando o comum inimigo da geração humana, que sempre se oppoem as boas obras, para que pereçam, inventou hum modo nunca dantes ouvido, pera estorvar que a palavra de Deos não se pregasse as gentes, nem ellas se salvassem. Para isto moveu alguns ministros seus, que desejosos de satisfazer a suas cobiças, presumem afirmar a cada passo, que os Indios das partes Occidentaes, & os do Meio dia, & as mais gentes, que nestes nossos tempos tem chegado a nossa noticia, hão de ser tratados, & reduzidos a nosso serviço como animaes brutos, a titulo de que são inhabeis pera Fé Catholica & socapa de que são incapazes de recebella, os poem em dura servidão, & os affligem, & opprimem tanto, que ainda a servidão em que tem suas bestas, apenas he tão grande como aquella copm que affligem a esta gente. Nos outros, pois, que ainda que indignos, temos as vezes de Deos na terra, & procuramos com todas as forças achar suas ovelhas, que andão perdidas fóra de seu rebanho, pera reduzillas a elle, pois este he nosso officio; conhecendo que aquelles mesmos Indios, como verdadeiros homens, não somente são capazes da Fé de Christo, senão que acodem a ella, correndo com grandissima promptidão, segundo nos consta: & querendo prover nestas cousas de remedio conveniente, com authoridade Apostolica, pello teor das presentes, determinamos, & declaramos, que os ditos Indios, & todas as mais gentes que daqui em diante vierem á noticia dos Christãos, ainda que estejam fóra da Fé de Christo, não estão privados, nem devem sello, de sua liberdade, nem do dominio de seus bens, & que não devem ser reduzidos a servidão. Declarando que os dittos Indios, & as demais gentes hão de ser atrahidas, & convidadas á ditta Fé de Christo, com á pregação da palavra divina, & com o exemplo de boa vida. E tudo o que em contrario desta determinação se fizer, seja em si de nenhum valor, nem firmeza; não obstantes quaesquer cousas em contrario, nem as sobredittas, nem outras, em qualquer maneira. Dada em Roma, anno de 1537, aos nove de Junho, no anno terceiro de nosso Pontificado.

O avanço da colonização, as guerras justas², de escravização e extermínio, somadas ao contágio de doenças como a varíola, gripe, sarampo e tuberculose causaram grande mortalidade entre povos indígenas (GORENDER, 1985).

² As guerras Justas foram definidas pela Carta Régia de 1570, de dom Sebastião, como procedimentos legítimos para a escravização dos indígenas. Segundo Jacob Gorender, definiam-se guerras justas como sendo aquelas autorizadas pela Coroa e pelos governadores coloniais ou aquelas travadas em legítima defesa contra ataque de tribos antropófagas. em GORENDER J. "O escravismo colonial" São Paulo: Ática, 1985 p. 490-491

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010 existiam 817.963 pessoas que se autodeclararam indígenas no Brasil. Destes, 315.000 vivem em áreas urbanas e 502.963 em áreas rurais que se supõe serem Terras Indígenas.

A história mostra que os povos indígenas não foram apenas vítimas passivas das doenças e da violência trazidas pelos colonizadores, resumindo sua história a extermínio e mestiçagem. O tamanho dessa população e sua dispersão, como sistematizado por Nimuendajú, juntamente com o espírito libertário e a criatividade desses indivíduos, possibilitaram diversas reações para escapar da escravidão e dos males trazidos pelos europeus. Essas reações variaram de revoltas armadas a grandes deslocamentos para o interior. As revoltas indígenas sugerem reelaborações sócio-culturais complexas variando de alianças com os colonizadores contra inimigos tradicionais a alianças entre diferentes povos indígenas contra os colonizadores. São exemplos: a “Guerra dos Bárbaros” no Nordeste e a revolta de Ajuricaba na Amazônia (POMPA, 2003; PUNTONI, 2002; SOUZA, 1978).

Apesar dessa história, povos ou fragmentos de povos indígenas persistem em situação de isolamento até os dias atuais.

2. O impacto das doenças advindas do contato entre indígenas e colonizadores

Grupos indígenas vivendo em condições de isolamento atingem, ao longo do tempo, uma relação estável com agentes de doenças infecciosas presentes em seu habitat natural, em especial as arboviroses, levando a um estado de equilíbrio demográfico. Quando essa relação é rompida pelo contato com outros povos que carregam consigo diferentes agentes de doenças até então por eles desconhecidos ocorre, invariavelmente, grande aumento da mortalidade dada à grande

vulnerabilidade aos novos patógenos, especialmente os vírus (RIBEIRO, 1996; BLACK et al, 1974).

“A história das relações entre índios e brancos no Brasil nos ensina que as armas de conquista foram alguns apetites e ideias, um equipamento mais eficiente de ação sobre a natureza, bacilos, e vírus, sobretudo vírus.”(RIBEIRO, 1996).

É amplamente conhecido, na história do Brasil, o ocorrido com os povos indígenas que aqui habitavam originariamente, ao entrarem em contato com as sociedades europeias e africanas durante os primeiros séculos da colonização e que levou vários deles à extinção. Nessa troca de patógenos, os indígenas foram os grandes perdedores uma vez que, a não ser por certas micoses como o Tokelau, de pequena gravidade e pouco potencial de expansão, e da treponematose conhecida como Pinta ou Boubá, não são conhecidas doenças que foram transmitidas aos colonizadores pelos povos originários do Brasil.

Entre as doenças adquiridas pelos indígenas no convívio com nossa sociedade, a gripe assume grande importância na mortalidade, a ponto de vários grupos indígenas atribuírem nomes para a doença antes desconhecida. De acordo com Darcy Ribeiro, seu impacto é tão grande na mortalidade que logo lhe é atribuído um nome e um significado sobrenatural. Assim, os Urubu chamam-na de *catar* (catarro), os Kaingang de *cofuro* (tosse, espirro) e os Tucano *dechon*.

Os Xokleng de Santa Catarina, antes de sua pacificação, teriam contraído gripe de duas crianças doentes, roubadas de colonos, que a disseminaram em suas aldeias ocasionando muitas mortes, o que os levou a matá-las, tal o pavor com o ocorrido.

A perda populacional que segue ao contato, quando não extingue totalmente o povo indígena, pode atingir proporções alarmantes, que chegam a mais de 80%.

Assim ocorreu com os Kaingang paulistas, que tiveram sua população reduzida a menos da metade nos primeiros anos após o contato. Vejamos abaixo o relato do Dr. Luiz Benedito Horta Barboza, da Escola Politécnica de São Paulo, que abandonou a carreira docente para dedicar-se ao Serviço de Proteção aos Índios e que testemunhou o ocorrido (RIBEIRO op cit):

“Só esse incômodo, a influenza ou cofuro como eles o denominaram pois não o conheciam antes das relações conosco, matou até agora mais de metade das crianças, mulheres e homens que existiam no princípio de 1912! Houve mesmo um grupo, o do Congue-Hui (nome de liderança), que foi totalmente aniquilado no curto espaço de alguns dias. Isso se deu de março a abril de 1913. Quando nos chegou, no Ribeirão dos Patos, a notícia de estar o povo daquele chefe morrendo de cofuro, para lá partiram os abnegados auxiliares da inspetoria; mas ao chegarem, nada mais encontraram senão ossadas à flor da terra!”

Os indigenistas do Serviço de Proteção ao Índio e Localização dos Trabalhadores Nacionais (SPILTN) em São Paulo e Santa Catarina passaram a proibir os Kaingang e Xokleng de realizarem suas grandes cerimônias, nas quais se juntavam pessoas de várias aldeias, pois notaram que a cada uma delas se seguia grandes ataques de gripe, muitas vezes fatais.

Noel Nutels, médico sanitaria pioni no atendimento à saúde de populações indígenas no Brasil, relata a morte de 25 indígenas Kalapalo, em 1946, durante uma epidemia de gripe que se seguiu a seu primeiro contato com a vanguarda da Expedição Roncador-Xingu. Em 1950, nova epidemia da doença matou 12 pessoas entre os Kamayurá (NUTELS, 1968).

A gripe foi também a principal causa de morte também entre os Panará no período de aproximação e contato, ocorrido em 1973. Os sobreviventes relatam que, ainda antes do contato oficial, muitos começaram a apresentar tosse, febre, dores no

peito, sintomas que levavam adultos e crianças rapidamente à morte (HEELAS, 1979; RODRIGUES, 2013).

O sarampo, embora controlado no Brasil, ainda é uma doença frequente em vários países e sua introdução em território nacional é uma grande preocupação das autoridades sanitárias, especialmente em regiões onde são menores as coberturas vacinais como é o caso de algumas terras indígenas, especialmente na Amazônia. Uma epidemia de sarampo em um grupo isolado pode levá-lo à beira da extinção em curto espaço de tempo, como já vimos ocorrer em passado não muito distante.

Os Kaingang paulistas experimentaram-na (a doença sarampo), pela primeira vez em 1913, um ano depois da pacificação, levada pelos cafeicultores que invadiam a região. Alastrou-se rapidamente por todos os grupos e o que se seguiu, segundo o mesmo Dr. Luiz Bueno Horta Barboza, que presenciou o surto “é impossível de ser evocado por uma descrição qualquer; a mortalidade dos doentes atingiu proporções enormes e a tribo ficou reduzida e ainda está se reduzindo a uns míseros restos do que era” . A gripe e o sarampo foram as principais causas de mortalidade que quase exterminou os Kaingang, reduzindo-os de cerca de 1.200 pessoas em 1912, para menos de 200, quatro anos depois (Horta Barboza LB, 1954:71, apud RIBEIRO, 1956).

No Xingu, Nutels refere-se a uma epidemia de sarampo que atingiu 654 pessoas causando 114 mortes, uma taxa de letalidade de 17,5%, mesmo com os cuidados médicos disponíveis à época.

A malária é a terceira doença de grande importância na mortalidade que se segue ao contato. Entre os Yanomami, na década de 1980, foi a principal causa de morte. Também para essa doença os grupos isolados tem pouca resistência, além de não

possuírem fatores de proteção detectados em outras populações como a anemia falciforme na África e a Talassemia no Mediterrâneo, que conferem certa proteção para a malária, em especial para a espécie mais grave, que é a Malária provocada pelo *P. falciparum* (Black, 1974).

3. Contato e Contágio: a depopulação e o excesso de mortalidade pós-contato

Não há, no Brasil, registros sistematizados sobre o impacto do contato na mortalidade dos grupos indígenas isolados. O quadro 1 ilustra com alguns exemplos a alta mortalidade que segue à quebra do estado de isolamento e suas principais causas diretas.

Quadro 1. Mortalidade que se seguiu ao contato em alguns grupos indígenas no Brasil, 1912 a 1981.

Nome	Família linguística	Contato/período de tempo	População inicial	População final	Depopulação (%)	Principais Causas de morte
Aikeawara	Tupi-Guarani	1960 - 1965	126	34	33	Gripe e varíola
Asurini Tocantins	Tupi-Guarani	1953 - 1962	190	35	81,5	Gripe, Sarampo, Varicela
Gavião Parkatêjê	Jê	1956 - 1966	580	176	70	Gripe, Malária
Awá-Guajá do Alto Turiçu	Tupi-Guarani	1976 - 1981	91	25	72,5	Gripe, Malária, Calazar (L. visceral)
Kaingang de SP	Jê	1912 - 1956	1200	87	92,7	Gripe, sarampo, blenorragia, varíola
Grupos do Alto Xingu	Aruak, Karib, Tupi	1954 - 1955	650	536	18	Sarampo
Urubu Kaapor	Tupi-Guarani	1950 - 1951	750	590	21	Sarampo
Xokleng Santa Catarina	Jê	1941 - 1943	400 a 600	106	73,5 a 82,3	Sarampo, Gripe, Coqueluche, gonorreia
Munduruku	Munduruku	1875 - 1956	18.910	1200	93	Sem informação
Nambikwara	Nambikwara	1948 - 1956	10000	1000	90	Gripe, malária, sarampo, tuberculose
Karajá	Karajá	1940 - 1956	4000	1000	75	Gripe, sarampo, malária, tuberculose
Suruí Paiter	Mondé	1980 - 1986	800	200	75	Sarampo, Tuberculose

Fontes: Povos Indígenas no Brasil, Instituto Socioambiental; Gonçalves Tocantins (1877); Ehrenreich (1940); Levy-Strauss (1948); Robert e Yolanda Murphy (1954); Darcy Ribeiro (1956), Francis Black (1994).

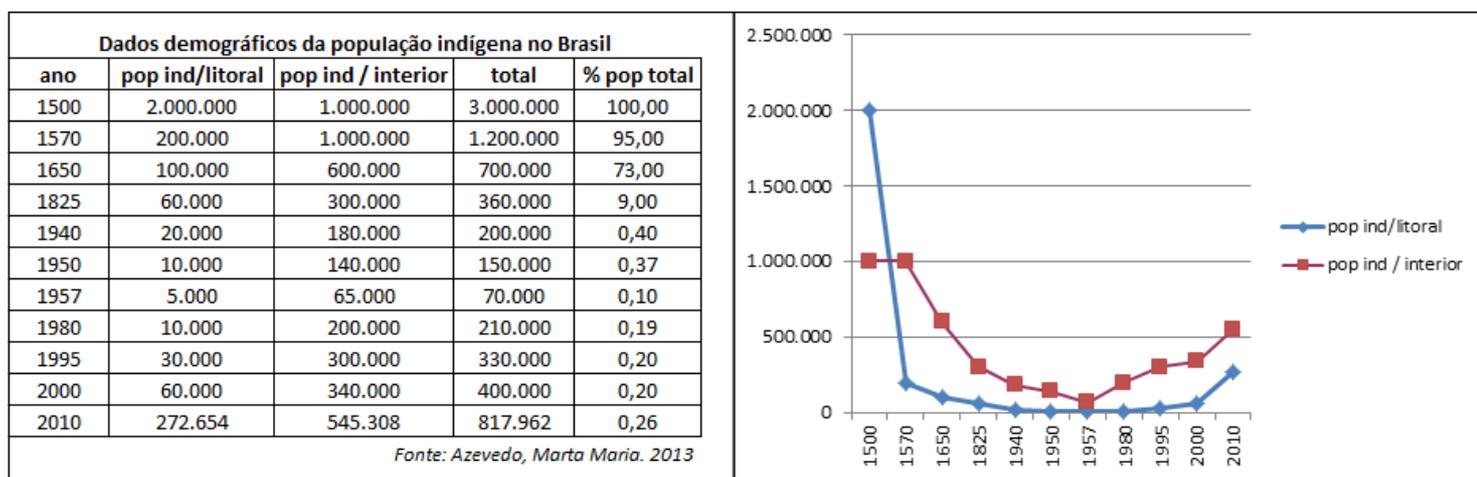
Existem, entretanto, exemplos de contatos melhor sucedidos, como o ocorrido com os Enawenê-Nawê do Mato Grosso, contatados pela OPAN – Operação Anchieta, hoje Operação Amazônia Nativa, organização indigenista não governamental. Contatados em 1974 somavam 130 pessoas atualmente são 556 indivíduos (SIASI, 2012). Outra experiência exitosa digna de menção foi a dos Zo'ê. Contatados em 1987 pela Missão Novas Tribos do Brasil, foi avaliada por uma equipe coordenada pela FUNAI, em 1989, em parceria com o Projeto Xingu da Escola Paulista de Medicina da UNIFESP, Projeto Saúde e Alegria de Santarém e Núcleo de História Indígena e do Indigenismo da Universidade de São Paulo. Constatada a precariedade das condições de saúde da população, a FUNAI retirou os missionários da área em 1991 instalando uma política assistencial própria que vem se mostrando eficaz até o presente (NOGUEIRA, 2013).

Os Panará, reduzidos a 20% da população anterior ao contato, foram transferidos para o Parque Indígena do Xingu em 1975, onde passaram a receber assistência médica sistemática, somam hoje cerca de 450 pessoas (RODRIGUES, 2013). Os grupos Altoxinguanos eram cerca de 700 indivíduos por ocasião da chegada da Expedição Roncador – Xingu em 1946. Protegidos pela criação do Parque Indígena do Xingu, onde passaram a contar com assistência sistemática à saúde somam hoje mais de 3.500 pessoas (DSEI XINGU, 2013).

As informações existentes, embora precárias, indicam que a quebra do isolamento levou a reduções populacionais maciças na grande maioria dos grupos contatados. Enquanto alguns logram atingir um determinado grau de acomodação que lhes permite sobreviver, outros continuam diminuindo até o desaparecimento. Entre os diferentes fatores envolvidos nesse processo três são fundamentais: o contato inicial

com a sociedade nacional, a assistência à saúde qualificada após o contato e a garantia e proteção de seus territórios.

A população indígena no Brasil é de 817.963 pessoas, das quais 502.783 vivem em terras indígenas e 315.180 em áreas urbanas (IBGE, 2010). De acordo com alguns autores, esse montante é cerca de 27% da população originária existente no Brasil por ocasião da chegada dos portugueses e 0,26% da população total do Brasil (AZEVEDO, 2013).



Fonte: Azevedo, 2013 disponível em <http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/quem-sao>

4. Aspectos Históricos da Política de Saúde Indígena no Brasil

O entendimento da política de saúde indígena no Brasil requer um breve relato histórico sobre as relações entre os povos originários das Américas, neste texto denominados sociedades indígenas, e a sociedade nacional, porque é nesse contexto que são estabelecidas as políticas públicas direcionadas a estes povos.

Desde o início, o encontro entre os europeus e as sociedades originárias foi marcado pelo conflito e a oposição. Em diferentes períodos histórico-econômicos e até os dias atuais, os indígenas foram considerados obstáculos ao modelo de desenvolvimento econômico nacional. A relação que se estabeleceu entre os povos indígenas e os colonizadores, caracterizada pela profunda desigualdade de forças, gerou uma série de

fatores que determinaram condições de subordinação e dependência. Entre esses fatores está o acesso à assistência à saúde.

A partir da colonização, vários povos indígenas estiveram sob o conflito armado, sucumbiram em função do trabalho escravo e, principalmente, foram vitimados pelas inúmeras epidemias de doenças contagiosas como gripe, varíola, sarampo, doenças sexualmente transmissíveis e malária, entre outras. Muitas etnias foram exterminadas. Permanecem, desde o Brasil colonial, situações regionais de conflito entre indígenas e colonizadores, que têm como pano de fundo interesses políticos e econômicos, espelhando as relações de força que permeiam a sociedade nacional e entre esta e as sociedades indígenas³. A sobrevivência destes povos depende das políticas públicas eleitas como prioritárias a nível nacional, dos agentes de contato, que atuam como intermediários e interlocutores no processo, e da face da sociedade nacional que é apresentada aos indígenas no nível regional, uma vez que o processo saúde-doença para os povos indígenas tem determinantes específicos, ligados a disponibilidade de uso de seus territórios tradicionais e à relação de contato com a sociedade envolvente. No início do Brasil colônia a assistência à saúde dos indígenas era feita pelos missionários. Com a intenção de salvar suas almas e corpos, atendiam também aos interesses da Coroa Portuguesa e dos governantes locais por ela indicados. O governo dava suporte aos missionários que, por sua vez, colaboravam na pacificação dos indígenas e na sua submissão (RODRIGUES e MENDONÇA, 2010).

Os primeiros anos da República foram caracterizados por uma grande expansão das linhas ferroviárias e telegráficas em direção à região Centro Oeste do país. A ocupação do Brasil Central provocou o contato com novos grupos indígenas, muitas

³ Apenas como exemplos, podemos citar a situação fundiária dos Guarani Kaiowá no Mato Grosso do Sul, o impacto sofrido pelas etnias que vivem em regiões de grandes projetos agrícolas e de infra-estrutura como a construção da hidrelétrica de Belo Monte, os conflitos para a demarcação da T.I. Xavante de Marawatsede, os projetos de leis e emendas à Constituição visando retirar direitos indígenas garantidos, como rever a demarcação das terras indígenas, possibilitar a exploração de recursos naturais em terras indígenas, sempre sob a justificativa da necessidade de crescimento econômico do país e de “relevantes interesses nacionais” nunca claramente explicitados.

vezes de maneira violenta. A assistência a saúde, quando existia, era limitada à administração de medicamentos pelos sertanistas e mateiros.

No início do século XX foi criado o Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais – SPILTN⁴ (1910), dando início a uma nova fase da política indigenista. As ideias iluministas e evolucionistas consideravam que a sociedade moderna daquela época teria atingido o auge da civilização, enquanto a sociedade indígena era primitiva, povos “que viviam na idade da pedra”. Nessa linha de pensamento, os indígenas, ao entrarem em contato com a sociedade moderna, fatalmente abandonariam suas práticas culturais tradicionais, transformando-se em novos cidadãos brasileiros, trabalhadores nacionais, assimilados pela sociedade majoritária. Para que os indígenas alcançassem esse suposto estágio civilizatório, o SPI construiu escolas onde se ensinava o português e alguns ofícios, especialmente aqueles ligados ao cultivo da terra, como parte do processo que os transformaria em trabalhadores nacionais. As mulheres aprendiam a cozinhar, costurar e outros afazeres típicos de donas de casa, enquanto os homens aprendiam agricultura e pecuária. Por considerarem os indígenas despreparados para viver na sociedade moderna a política indigenista desta época tinha uma postura protecionista, que tinha como estratégia a busca do contato “pacífico”, tendo como máxima a diretriz do Marechal Cândido Rondon, primeiro diretor do SPI, ao promover o contato com grupos indígenas: “Morrer se preciso for, matar nunca!” Os indígenas eram atraídos com presentes e alimentos e colocados em aldeamentos onde seriam gradualmente assimilados.

Junto com os presentes vinham doenças e remédios, criando assim novas dependências. Essa política protecionista, embora tenha assegurado a sobrevivência de alguns povos, os excluiu do acesso à informação e formação, que garantiria o

⁴ Neste texto o SPILTN será chamado de SPI, sigla pela qual ficou mais conhecido.

diálogo e interlocução menos desfavorável com a sociedade nacional. Ao contrário, na maioria das vezes a “pacificação” acarretava, em curto espaço de tempo, em desestruturação social, fome e miséria.

A assistência à saúde dos indígenas caracterizava-se por sua desorganização e descontinuidade (COSTA, 1987). Com a criação do SPI o quadro não se alterou. Não foi instituída qualquer forma de oferta sistemática de serviços de saúde. A primeira tentativa organizada que objetivava levar ações de saúde aos índios e às populações rurais de difícil acesso surge na década de 50, ocasião em que é criado, no Ministério da Saúde, o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), liderado pelo médico sanitarista Noel Nutels.

As atividades do SUSA concentravam-se na vacinação, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis trazidas pelo contato. Desde aquela época Noel Nutels afirmava a importância de estabelecer ações de saúde sistemáticas dirigidas aos povos indígenas e à população regional para controlar os agravos aos quais estavam submetidos (COSTA, 1987).

O governo tinha posturas opostas em sua política indigenista: uma, paternalista, que propunha o contato e a pacificação dos índios, intermediando a relação interétnica; e outra, etnocêntrica, que considerava os índios como seres primitivos e selvagens, que deveriam ser integrados a qualquer custo (DAVIS, 1978).

Nesse cenário de posições inflamadas e antagônicas, no final da década de 50, Rondon e muitos de seus aliados, que haviam dirigido o SPI desde sua criação, perderam espaço político, e uma nova geração de oficiais do exército e funcionários públicos assumiram o controle do órgão. A política indigenista adquire um caráter nacional, os interesses econômicos prevalecem sobre as questões humanitárias, crescem as denúncias de corrupção dentro do órgão e de violências cometidas contra

os indígenas, que culminaram com sua extinção e a criação, em 1967, da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) que passou a ser o órgão indigenista oficial, ligado ao Ministério do Interior.

Na década de 1970, durante a ditadura militar, os indígenas voltam à cena nacional, destacados novamente como empecilhos ao progresso. Surgem novas denúncias de genocídio. A ocupação do Centro Oeste e Norte do país ganhou novo impulso com o Projeto de Integração Nacional, que previa a construção de um sistema rodoviário na região amazônica (Rodovias Transamazônica, Cuiabá-Santarém, Perimetral Norte, além de estradas de interligação) e de obras de infraestrutura, como usinas hidrelétricas e parques de exploração mineral, afetando inúmeros povos indígenas que ali habitavam, em total ou relativo isolamento. Novamente os interesses econômicos nacionais e internacionais direcionavam a política indigenista brasileira, como o fazem nos dias atuais.

Sob a gestão da FUNAI foi estabelecido um modelo de prestação de serviços de caráter campanhista e eventual, por meio de Equipes Volantes de Saúde (EVS), que se deslocavam para as áreas indígenas para executar ações de assistência à saúde. No Ministério da Saúde, o SUSA, renomeado como Unidade de Atendimento Especial (UAE), passou a trabalhar apenas com o controle da tuberculose e somente em algumas áreas indígenas. Também era de responsabilidade do Ministério da Saúde o controle das principais endemias, com grande destaque para a malária, realizado pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM).

O modelo de atenção baseado nas EVS, de pouca eficácia, caracterizava-se pela grande fragmentação de ações e de ser predominantemente curativo e medicalizante. Carecia de planejamento e de integralidade das ações, era extremamente deficiente em infraestrutura e recursos e não tinha qualquer articulação com outros níveis de

atenção. Não havia um sistema de registro de informações em saúde e os trabalhadores eram despreparados para atuar em situações de interculturalidade. No intuito de complementar as ações das EVS, a FUNAI celebrou vários convênios com entidades governamentais e não-governamentais para desenvolverem ações de saúde. A maior parte dos recursos da saúde eram gastos na compra de medicamentos, diárias, transporte e remoções de pacientes e pagamento de serviços médicos e ambulatoriais em hospitais que, em sua maioria, eram privados (CONFALONIERI, 1989).

Com o passar do tempo, o modelo de atenção das EVS foi se esvaziando. Os poucos profissionais de saúde da FUNAI foram sendo fixados nos centros urbanos, e as ações de saúde voltadas para a assistência médico-hospitalar. As ações nas aldeias tornaram-se cada vez mais esporádicas. No final da década de 1970 início dos anos 1980, a FUNAI só conseguia manter profissionais de saúde, em sua maioria atendentes ou auxiliares de enfermagem, em algumas áreas indígenas. O quadro geral era de desassistência. Em 1979 a FUNAI constata que 70% da população indígena no Brasil encontrava-se em precárias condições de saúde (SELAU, 1992).

5. O Sistema de Saúde Público Brasileiro – SUS e a atenção à saúde dos Povos Indígenas no Brasil

No Brasil, a partir da Constituição da República de 1988, a saúde passou a ser um direito social inerente à condição de cidadão, cabendo ao poder público o dever de garanti-lo.

Art 196. 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.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

As Leis Orgânicas da Saúde, aprovadas dois anos depois, em 1990, (Leis 8080 e 8142 de 1990), conformam a base legal do Sistema Único de Saúde (SUS) nome do sistema de saúde público do Brasil.

Um dos maiores desafios a serem enfrentados pelo SUS para a oferta de serviços adequados aos povos indígenas reside em uma de suas principais características, que é a tendência a priorizar ações de saúde voltadas para áreas urbanas. Da forma como o SUS foi sendo estruturado no Brasil, acumulou-se maior experiência na organização de serviços para grandes aglomerados populacionais, dadas as características de urbanização da população brasileira, da ordem de 84% (IBGE, 2010). Em consequência, a organização e oferta de serviços de saúde para populações rurais e culturalmente diferenciadas encontra dificuldades e, por vezes, obstáculos.

A forma original de concepção do SUS não levava em conta a população indígena como uma de suas prioridades, já que essa atribuição permanecera na FUNAI. O Ministério da Saúde, portanto, só começa a acumular alguma experiência no desenvolvimento de políticas para os grupos etnicamente diferenciados a partir de 1999, com a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), sob responsabilidade da esfera federal do SUS.

6. Cronologia da criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS) no Brasil

Em 1990, ano de início da implantação do SUS, uma grave situação sanitária se instalou entre os Yanomami, em consequência da invasão maciça de suas terras por garimpeiros em anos anteriores. A alta mortalidade de grupos Yanomami isolados ou de recente contato ganhou visibilidade nacional e internacional gerando pressões que deflagraram, como respostas do governo brasileiro, ações de desintrusão da área e a criação do Distrito Sanitário Yanomami (DSY). A responsabilidade pela assistência à saúde dos indígenas foi transferida da FUNAI para o Ministério da Saúde. (Decreto Presidencial de nº. 23 de fevereiro de 1991). O DSY ficou subordinado à Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) em Boa Vista (RR). A FUNASA era, à época, a única estrutura do SUS que permanecia sob gestão federal, já que a municipalização da saúde, uma das principais bandeiras do Movimento Sanitário, estava em curso no país.

Os distritos sanitários indígenas vinham sendo propostos pelo movimento indígena e sanitário desde 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), a primeira realizada após a redemocratização do país e que lançou as bases para a construção do SUS no Brasil. Durante a VIII CNS foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (I CNSPI), que propôs, pela primeira vez, a inserção da assistência à saúde da população indígena sistema nacional de saúde e a criação de Distritos Sanitários Indígenas, especialmente para esse fim.

No nível central da FUNASA, em Brasília, foi criada a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), com a atribuição de coordenar as ações de saúde para população indígena no âmbito do SUS.

A mudança da responsabilidade pela atenção à saúde indígena criou um clima de conflito interinstitucional dentro do governo, tanto no nível central quanto nas estruturas regionais, cujas marcas ainda são visíveis nos dias atuais, como veremos mais adiante. A FUNAI resistiu à perda da responsabilidade pela assistência à saúde indígena. Entretanto, sem recursos financeiros, desativou o que restara de sua estrutura assistencial na área da saúde que, embora precária, garantia condições mínimas de assistência em algumas áreas indígenas. A recém criada FUNASA, sem qualquer experiência indigenista, sob o peso de uma estrutura extremamente centralizada, encontrava dificuldades em sua nova missão, de prover serviços de saúde para os indígenas, enquanto denúncias de agravamento do quadro sanitário nas terras indígenas se acumulavam, com aumento de mortalidade e recrudescimento de várias doenças em praticamente todas as regiões. A luta pela criação do Subsistema de Saúde Indígena ocupou a pauta de reivindicações do movimento indígena e mobilizou indigenistas da área da saúde na década de 1990. Em 1993 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (II CNSPI) que delineou a organização e as diretrizes gerais do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. No ano seguinte, 1994, o médico sanitarista e deputado federal Sérgio Arouca propôs um Projeto de Lei que dispunha sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e funcionamento de serviços de saúde para as populações indígenas. Este projeto, conhecido como Lei Arouca, foi aprovado e regulamentado cinco anos depois, em 1999, e consiste no marco legal que criou subsistema de atenção à saúde indígena (SASI-SUS).

7. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS): estrutura e modelo de atenção

A operacionalização do SASI-SUS é regida pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas⁵, que por sua vez integra a Política Nacional de Saúde. O arcabouço legal formado pela Constituição Federal, cujas disposições foram compatibilizadas com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/1990), garantem o direito a atendimento diferenciado à saúde aos indígenas que vivem em terras indígenas no Brasil, respeitando suas especificidades culturais, pelo Sistema Único de Saúde, com financiamento federal, que pode ser complementado com recursos de estados e municípios.

A gestão do subsistema do coube inicialmente à FUNASA, por meio da criação de um Departamento de Saúde Indígena. Foram criados 34 Distritos Especiais de Saúde Indígena (DSEI), após um processo nacional de territorialização e distritalização sanitária que teve participação indígena.

Em 2010 a gestão do SASI-SUS foi transferida para uma Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), no nível central do Ministério da Saúde (figuras 1 e 2), com a missão de “Implementar um novo modelo de gestão e de atenção no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o Sistema Único de Saúde, descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira e responsabilidade sanitária dos 34 Distritos Sanitário Especiais Indígenas (DSEI)”⁶ A transição da responsabilidade da FUNASA para a SESAI encerrou-se em de 2011⁷.

⁵ A Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena foi aprovada pela Portaria MS n. 354 de janeiro de 2002. disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/geral/politica_nacional_saude_indigena.pdf

⁶ Apresentação do Departamento de Atenção à saúde da SESAI “Saúde indígena no Brasil” em novembro de 2013.

⁷ A criação da SESAI deu-se pelo Decreto nº 7.336/2010. Neste decreto . Ministério da Saúde e a FUNASA teriam 180 dias para a transição do subsistema. Esse prazo foi prorrogado por mais dois decretos, de número 7461 de 18/04/2011 e 7.530, de 21/07/2011, encerrando-se em 31 de dezembro de 2011.

A saúde indígena passou a ser um campo de atuação no qual o Ministério da Saúde tem a responsabilidade integral pelas ações de atenção primária no nível local, coerente com as disposições da Constituição Federal e da Lei Arouca, que determinam que o financiamento, a gestão e a execução da Política de Saúde Indígena é de responsabilidade do governo federal, uma característica que segue uma orientação contrária à tendência de descentralização e municipalização do Sistema Único de Saúde e fonte de conflitos e contradições entre as instâncias de gestão do SUS e do SASI-SUS. (GARNELO e MAQUINÉ, 2013).

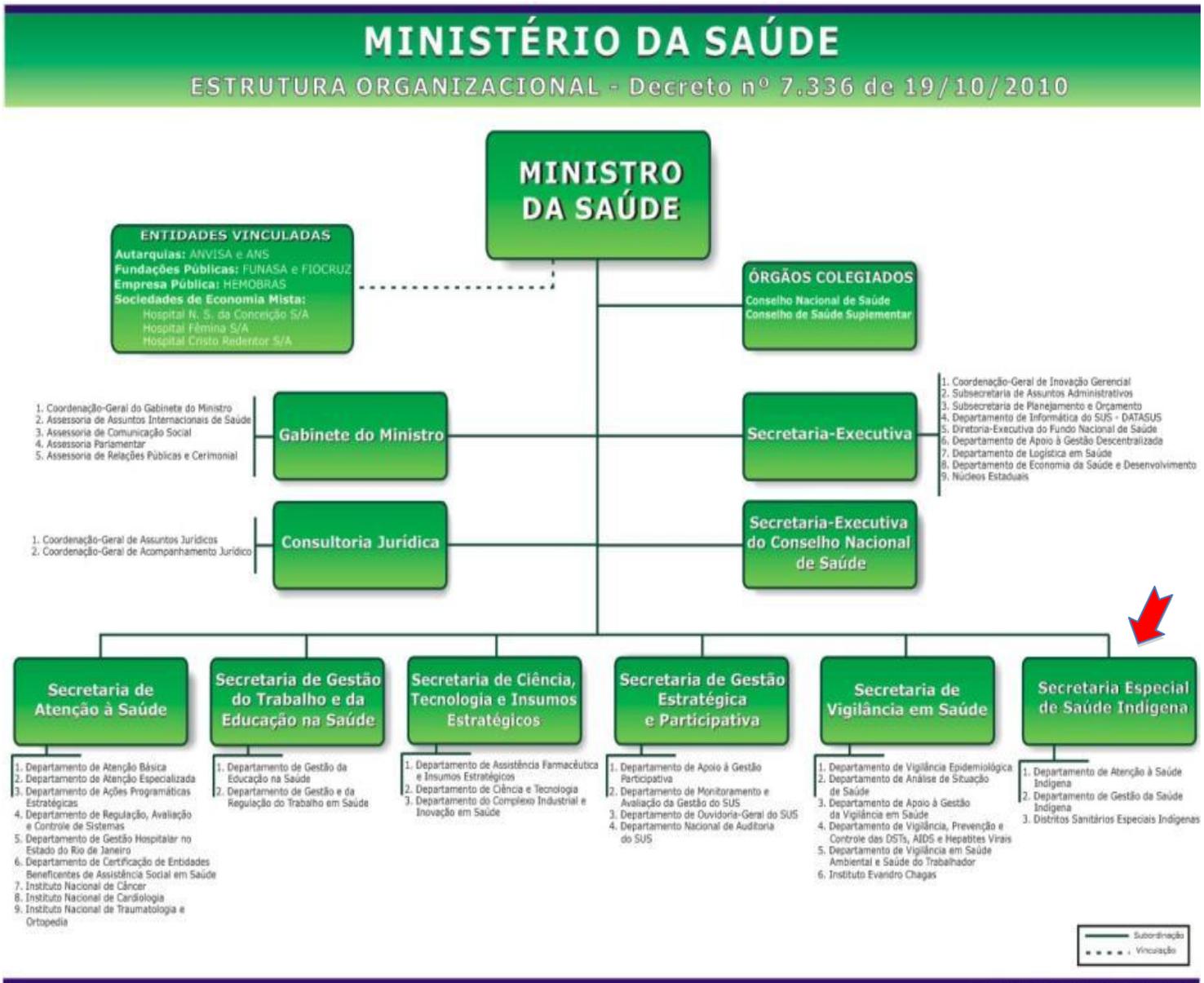
Cabe ressaltar que o princípio da responsabilidade federal pelas ações de saúde nas terras indígenas foi uma das principais conquistas históricas do movimento indígena e indigenista sanitário, baseada na constatação de que o preconceito e hostilidades contra indígenas tem sua maior expressão nos territórios municipais, onde conflitos entre indígenas e não-indígenas são abertos e cotidianos.

Entre as diretrizes do SASI-SUS, de acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) merecem destaque:

- A preparação de recursos humanos para atuação em contextos interculturais;
- O registro adequado das informações epidemiológicas e monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
- A articulação com os sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- A promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
- A execução de ações específicas em situações especiais;
- A articulação diferenciada com os serviços especializados, localizados em distintos níveis de gestão, que servem de referência para assistência especializada (de media e alta complexidade) e atendimento de urgências e emergências;

- A promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
- O controle social

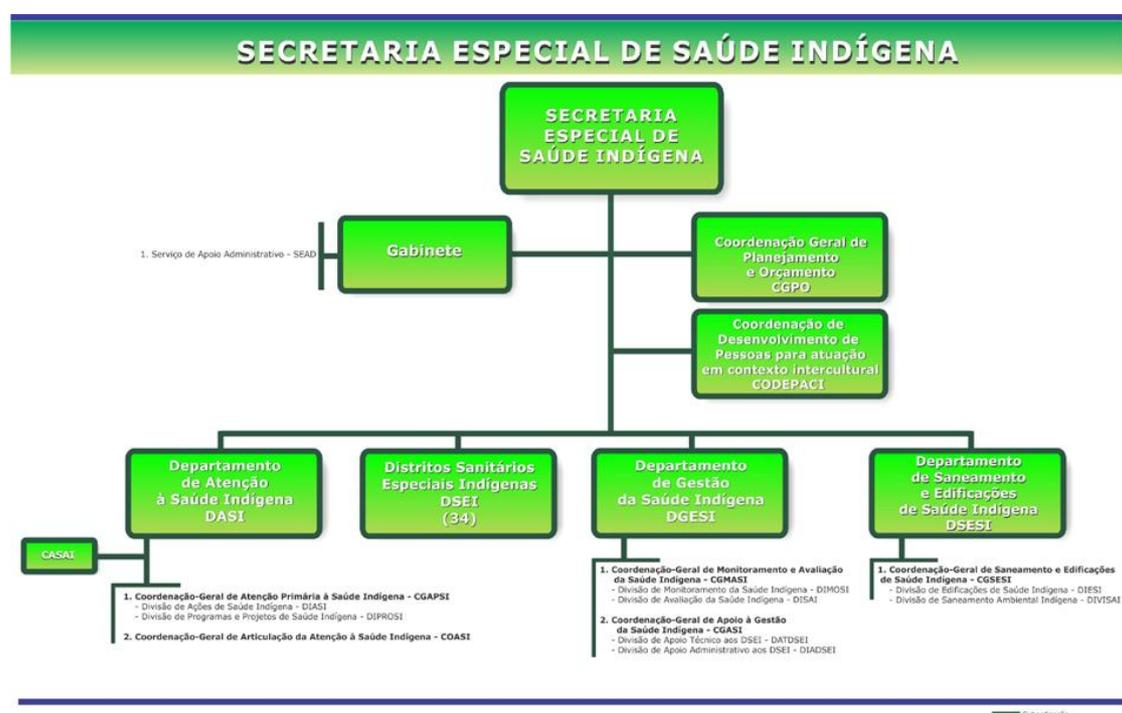
Figura 1. A Saúde Indígena na Estrutura do Ministério da Saúde



Publicado no DOU de 20/10/2010

disponível em www.portalsaude.gov.br, acessado em janeiro de 2014.

Figura 2. Estrutura Organizacional da Secretaria Especial de Saúde Indígena



disponível em www.portaldasaude.gov.br, acessado em janeiro de 2014.

7.1 Capacidade Instalada e Força de Trabalho do SASI-SUS

O SASI-SUS é formado por uma rede de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (figura 3), cujos territórios foram definidos por critérios culturais, epidemiológicos e de distribuição das terras indígenas no país. Essa rede deve ser capaz de oferecer serviços diferenciados de atenção primária à saúde, de acordo com as características epidemiológicas e sócio-culturais dos diferentes povos indígenas que vivem nas terras indígenas. As ações de saúde devem contemplar: a promoção da saúde (saúde ambiental, segurança alimentar), a prevenção das doenças (vacinação, saneamento, atenção a grupos específicos como gestantes, crianças e idosos), o tratamento das doenças mais comuns e de menor complexidade, o atendimento e remoção de urgências e o acolhimento a pacientes indígenas removidos para tratamentos na rede

de serviços de média e alta complexidade e de emergência do SUS, função das Casas de Saúde do Índio (CASAI).

Figura 3. Distribuição territorial dos 34 DSEI que compõe o SASI-SUS, 2013

- 1 – Alagoas/Sergipe
- 2 – Altamira
- 3 – Alto Rio Juruá
- 4 – Alto Rio Negro
- 5 – Alto Rio Purus
- 6 – Alto Rio Solimões
- 7 – Amapá e Norte do Pará
- 8 – Araguaia
- 9 – Bahia
- 10 – Ceará
- 11 – Cuiabá
- 12 – Guamá-Tocantins
- 13 – Kayapó Mato Grosso
- 14 – Kayapó Pará
- 15 – Leste Roraima
- 16 – Médio Rio Solimões e Afluentes
- 17 – Manaus
- 18 – Maranhão
- 19 – Mato Grosso do Sul
- 20 – Minas Gerais e Espírito Santo
- 21 – Médio Rio Purus
- 22 – Interior Sul
- 23 – Parintins
- 24 – Pernambuco
- 25 – Porto Velho
- 26 – Potiguara
- 27 – Rio Tapajós
- 28 – Litoral Sul
- 29 – Tocantins
- 30 – Vale do Javari
- 31 – Vilhena
- 32 – Xavante
- 33 – Xingu
- 34 - Yanomami



Fonte: SESAI, 2013

Figura 4. Estrutura do Distrito Sanitário Especial Indígena



Fonte: apresentação do Departamento de Atenção à Saúde da SESAI na Oficina Nacional de proteção à saúde e promoção de direitos de Índios Isolados e de Recente Contato, Brasília, 2013

A rede de serviços do SASI-SUS conta com a seguinte capacidade instalada:

- 34 DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS (DSEI);
- 354 POLOS BASE: Com a função de apoio técnico e administrativo aos DSEI e às Equipes Multidisciplinares em Saúde (EMSI), localizados, na maioria das vezes, nas terras indígenas;
- 751 POSTOS DE SAÚDE: localizados nas aldeias, são unidades de saúde onde se dá o primeiro atendimento aos indígenas;
- 62 CASAS DE SAÚDE INDÍGENA (CASAI): estruturas localizadas em sedes de municípios de referência para os DSEI, com a finalidade de acolher os indígenas que são encaminhados para tratamentos especializados de média e alta complexidade do SUS.

Em termos de força de trabalho existiam, em 2013, 12.184 profissionais de saúde, em sua grande maioria contratados por empresas terceirizadas assim distribuídos⁸:

- 6.684 profissionais de saúde, saneamento e de apoio administrativo e logístico;
- 4.132 Agentes Indígenas de Saúde;
- 1.387 Agentes Indígenas de Saneamento

7.2 Modelo de Atenção à Saúde do SASI-SUS

- Modelo de atenção proposto para a Saúde Indígena é o da Vigilância da Saúde (PAIM, 1999) e deve, de acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI):
- Garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios do SUS;
- Contemplar sua diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, favorecendo a superação de determinantes que tornam os indígenas mais vulneráveis aos agravos à saúde;
- Reconhecer a eficácia das medicinas tradicionais e o direito dos indígenas de viver de acordo com seus usos e costumes.

Trata-se de um modelo organizacional no formato de sistemas locais de saúde, nos quais o primeiro atendimento e as ações de prevenção como a imunização, o acompanhamento da saúde materno-infantil e o controle das doenças endêmicas deve ser feito no interior das terras indígenas, em Postos de Saúde ou em Polos Base.

As pessoas que necessitam serviços especializados são removidas para sedes de municípios onde devem ser atendidas pela rede de serviços do SUS regional, de

⁸ Apresentação do Departamento de Atenção à Saúde da SESAI na Oficina Nacional de proteção à saúde e promoção de direitos de Índios Isolados e de Recente Contato, Brasília, 2013

acordo com as pactuações feitas pela gestão do DSEI, sendo acolhidas e acompanhadas em seu itinerário terapêutico pelas equipes das CASAI.

O maior desafio, entretanto, reside nas práticas sanitárias que permeiam o modelo de atenção do SASI-SUS. A eficácia das ações de saúde indígena está relacionada à capacidade da gestão dos DSEI e às práticas sanitárias, que devem ser diferenciadas para atender as necessidades dos diferentes povos indígenas.

A figura 5 demonstra o fluxo de atendimento de um DSEI e sua relação com os serviços regionais do SUS.

Figura 5. Fluxo dos serviços de saúde nos DSEI



Fonte: SESAI 2013

8. Povos Indígenas de Recente Contato no Brasil

De acordo com o artigo 151 do regimento interno da FUNAI (portaria 1.733 de 27/12/2012) a definição de grupos de recente contato está no inciso V ao artigo 149:

Art. 151 - Para efeito deste regimento interno considera-se "grupos isolados de recente contato" a denominação contida no inciso V do artigo 149. (grifo nosso)

Ao consultar o artigo 149 do regimento, entretanto, constata-se que o mesmo não possui incisos e não faz nenhuma referência ao que seriam os grupos isolados e de recente contato:

Art. 149 - Ao Serviço de Acompanhamento das Ações de Infraestrutura Comunitária - SEIC compete acompanhar, monitorar e avaliar ações de infraestrutura comunitária, em terras indígenas.

A definição de grupos de recente contato surge apenas no Plano Plurianual da FUNAI 2012-2015⁹, objetivo 0951, página 35:

... são aqueles grupos (povos ou fragmentos de povos) que mantêm relações de contato permanente e/ou intermitente com segmentos da sociedade nacional e que, independentemente do tempo de contato, apresentam singularidades em sua relação com a sociedade nacional e seletividade (autonomia) na incorporação de bens e serviços. São portanto grupos que mantêm fortalecidas suas formas de organização social e suas dinâmicas coletivas próprias, e que definem sua relação com o Estado e a sociedade nacional com alto grau de autonomia”

Dessa forma pode-se afirmar que grupos de recente contato, no Brasil, são aqueles que o órgão indigenista define como tal, sendo de sua competência exclusiva, por

⁹ Disponível em http://www.funai.gov.br/arquivos/conteudo/ouvidoria/pdf/aceso-a-informacao/Plano_plurianual-PPA_2012-2015.pdf

meio da Coordenação Geral de Índios Isolados e de Recente Contato (CGIIRC), coordenar e implementar a política de Estado relacionada a esses grupos, e a articulação interinstitucional com vistas a garantir a promoção dos direitos (incluindo o acesso às ações e serviços de saúde) dos grupos de recente contato, conforme regimento da FUNAI (Portaria 1.733/2012).

Art. 192 - À Coordenação-Geral de Índios Isolados e Recém Contatados - CGIIRC compete:

I - promover a implementação de políticas, programas e ações de proteção territorial e a promoção e proteção dos direitos dos povos indígenas isolados ou de recente contato;

II - coordenar e supervisionar ações de localização, monitoramento, contato e proteção dos índios isolados e de suas terras, bem como as ações voltadas a povos indígenas de recente contato executadas pelas Frentes de Proteção Etnoambiental;

IX - articular intersetorial e interinstitucionalmente ações de formação de servidores de outras instituições com relação à política de recente contato e de proteção de povos indígenas isolados.

Art. 194 - Ao Serviço de Apoio às Frentes de Proteção Etnoambiental - SAFPE compete:

I - apoiar a execução articulada e o monitoramento dos planos de trabalho das Frentes de Proteção Etnoambiental com as Coordenações Regionais;

II - apoiar as ações de proteção e promoção de direitos de povos indígenas isolados e de recente contato executadas pelas Frentes de Proteção Etnoambiental e Coordenações Regionais; e

III - apoiar a Coordenação Geral na articulação intersetorial e interinstitucional no âmbito das ações de proteção e promoção de direitos de povos indígenas isolados e de recente contato.

Art. 197 - À Coordenação de Políticas para Povos Indígenas de Recente Contato - COPIRC compete:

I - coordenar a elaboração de diretrizes para as políticas voltadas à proteção e promoção dos direitos dos povos indígenas de recente contato;

II - manifestar-se intersetorial e interinstitucionalmente e controlar a implementação de políticas sociais universais junto aos povos indígenas de recente contato;

IV - coordenar, monitorar e articular a implementação de políticas, programas e ações governamentais e da sociedade civil voltadas à proteção e promoção dos direitos das populações indígenas de recente contato;

IX - controlar e analisar os pedidos de autorização de ingresso em terras indígenas com presença de povos indígenas de recente contato em articulação

com as Frentes de Proteção Etnoambiental e com a finalidade de subsidiar e orientar a Presidência da FUNAI.

A FUNAI trabalha, atualmente, com 17 grupos que são considerados de recente contato, sob responsabilidade de 12 Frentes de Proteção Etnoambiental (FPE), e três Coordenações Regionais (quadro 2). Muitos outros grupos e povos indígenas no Brasil encaixam-se na definição de recente contato definida pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos e adotada pela CGIIRC/FUNAI¹⁰, o que indica que a relação oficial de apenas 17 grupos de recente contato no Brasil está mais relacionada à capacidade operacional da FUNAI do que aos critérios adotados para a caracterização de grupos indígenas como sendo de recente contato.

¹⁰ Diretrizes de proteção para os povos indígenas em isolamento e contato inicial da região Amazônica, Chaco e região oriental do Paraguai. ACNUDH, em cooperação com a AECID, Genebra, maio de 2012, páginas 10 e 11.

Quadro 2. Povos Indígenas de Recente Contato, Terras Indígenas em que vivem e Frentes de Proteção Etnoambiental às quais estão adscritos, setembro de 2013.

GRUPO DE RECENTE CONTATO	TERRA INDÍGENA	FPE/CR - FUNAI
Yanomami	Yanomami	FPE Yanomami e Ye'kuana
Ye'kuana	Yanomami	FPE Yanomami e Ye'kuana
Zo'e	Zo'é	FPE Cuminapanema
Arara	Cachoeira Seca	FPE Médio Xingu
Araweté	Araweté do Igarapé Ipixuna	FPE Médio Xingu
Parakanã	Apyterewa	FPE Médio Xingu
Akuntsu	Omerê	FPE Guaporé
Kanoê	Omerê	FPE Guaporé
Awa-Guajá	Awa, Alto Turiaçu, Carú e Araribóia	FPE Awa-Guajá
Piripkura	Piripkura	FPE Madeirinha-Juruena
Suruwaha	Suruwaha	FPE Purus
Korubo	Vale do Javari	FPE Vale do Javari
Uru-Eu-Wau-Wau	Uru-Eu-Wau-Wau	FPE Uru-Eu-Wau-Wau
Avá-Canoeiro	Avá-Canoeiro	CR Palmas
Juma	Juma	CR Madeira
Hüpdah, Yuhupde	Rio Negro	CR Rio Negro
Waimiri-Atroari	Waimiri-Atroari	FPE Waimiri-Atroari
Total = 17		

Fonte: CGIIRC/FUNAI, 201

Na SESAI não há, até o presente, qualquer orientação ou norma técnica que faça referência à assistência à saúde aos grupos de recente contato, ficando os mesmos sob a responsabilidade dos DSEI cujos territórios sanitários incluem suas aldeias. Não existem equipes de referência especialmente dedicadas a esses grupos, à exceção dos Zo'é¹¹, no estado do Pará, ligados ao DSEI Guamá-Tocantins. Nesse grupo, desde o contato estabelecido em 1989, anterior à implantação do DSEI, a saúde recebeu atenção especial, com a criação, pela FUNAI, de estruturas assistenciais no interior da

¹¹ Os Zo'é constituem uma experiência a parte, que pode servir como modelo bem sucedido de assistência à saúde dos grupos de recente contato no Brasil e dos que vivem em locais de difícil acesso na Amazônia.

terra indígena e a manutenção de equipes multiprofissionais de saúde em caráter permanente. O quadro 3 mostra os DSEI aos quais os grupos de recente contato estão adscritos:

Quadro 3. Povos Indígenas de Recente Contato, Terras Indígenas em que vivem e os DSEI aos quais estão adscritos, setembro de 2013.

GRUPO DE RECENTE CONTATO	TERRA INDÍGENA	DSEI
Yanomami	Yanomami	Yanomami
Ye'kuana	Yanomami	Yanomami
Zo'é	Zo'é	Guatoc
Arara	Cachoeira Seca	Altamira
Araweté	Araweté do Igarapé Ipixuna	Altamira
Parakanã	Apyterewa	Altamira
Akuntsu	Omerê	Vilhena
Kanoê	Omerê	Vilhena
Awa-Guajá	Awa, Alto Turiaçu, Carú e Araribóia	Maranhão
Piripkura	Piripkura	Porto Velho
Suruwaha	Zuruwaha	Médio Purus
Korubo	Vale do Javari	Vale do Javari
Uru-Eu-Wau-Wau	Uru-Eu-Wau-Wau	Porto Velho
Avá-Canoeiro	Avá-Canoeiro	Araguaia
Juma	Juma	Porto Velho
Hupda, Yuhupde	Rio Negro	Alto Rio Negro
Waimiri-Atroari	Waimiri-Atroari	não fornecido

Fonte: SESAI, 2013

Em alguns casos, como nos Waimiri-Atroari, Parakanã e Xikrin do Cateté, existem recursos mitigatórios oriundos dos grandes projetos de infra-estrutura que impactaram suas terras que, sob gestão da FUNAI, desenvolvem ações de saúde de forma quase autônoma em relação aos DSEI.

A articulação entre a FUNAI e a SESAI para o estabelecimento de propostas de atenção diferenciada aos grupos de recente contato não é adequada. Há uma zona nebulosa de sobreposição de responsabilidades entre as duas instituições, permeada por ruídos e entendimentos distintos, que dificulta ações colaborativas.

A assistência à saúde dos grupos de recente contato passou a ser objeto de discussão institucionalizada entre a FUNAI e SESAI somente a partir da publicação da Portaria

Interministerial Nº 171, em 06 de fevereiro de 2013, que constituiu grupo de trabalho *com a finalidade de elaborar diretrizes e estratégias de ações em saúde para os Povos Indígenas isolados e de recente contato, bem como Plano de Contingência para situações de contato com povos isolados e surtos epidêmicos em povos de recente contato* (Art 2º da Portaria 171/2013).

Também tem contribuído de forma significativa para dar visibilidade à situação dos IIRC no Brasil, as atividades organizadas pelo programa “Marco Estratégico para Elaborar uma Agenda Regional de Proteção dos Povos Indígenas em Isolamento Voluntário e Contato Inicial”, da OTCA, como a missão em parceria com a FUNAI no Vale do Javari, em 2012, verificando indícios de grupos isolados e reuniões internacionais em Lima, em agosto de 2013, e na Zona Intangível Tagaeri-Taromenane, no Parque Nacional Yasuni, no Equador, em novembro de 2013, que reuniram especialistas e representantes dos Ministérios da Saúde dos países membros da OTCA, oportunizando a discussão de metodologias de trabalho e troca de experiências em proteção e assistência à saúde de grupos isolados e de recente contato. Os relatórios dessas atividades estão disponibilizados no sítio da OTCA na internet <http://otca.info/portal/index.php?p=index>.

Em novembro de 2013, com apoio da OTCA, foi realizada, em Brasília, a Oficina Nacional sobre Metodologias de Atenção à Saúde, Proteção e Promoção de Direitos dos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato, que reuniu técnicos da FUNAI, SESAI, de diferentes setores do governo relacionados à temática indigenista, instituições indigenistas da sociedade civil e representantes indígenas, cujo relatório final está no anexo I deste documento.

As reuniões do GTI e as discussões da oficina evidenciaram a necessidade de maior articulação entre a FUNAI e a SESAI, mais especificamente entre a CGIIRC/FPE e o

DASI/DSEI. Foram relatados diferentes cenários do trabalho conjunto entre equipes de saúde dos DSEI e das FPE, evidenciando que a falta de uma política clara entre as instituições na área da saúde faz com que as ações assistenciais em área dependam, na maioria das vezes, de relações pessoais que se estabelecem entre integrantes das equipes de saúde dos DSEI e de indigenistas das FPE, e da disposição e possibilidade de compartilharem conhecimentos e recursos. Esse quadro é agravado pelo fato de que as equipes dos DSEI são contratadas por meio de terceirizações com organizações não governamentais e têm alta rotatividade. Da mesma forma, parte das equipes das FPE tem contratos precários, embora com menor rotatividade de pessoal do que a verificada nas equipes dos DSEI. Em determinadas situações, quando as relações entre as equipes começam a dar resultados, mudam as pessoas e nem sempre o acúmulo anterior é aproveitado.

Documentos disponibilizados pela CGIIRC e COPIRC são ilustrativos das dificuldades para assistência a pacientes indígenas de grupos de recente contato que necessitam tratamentos especializados, fora de suas aldeias. A estrutura da maioria das CASAI não é adequada ao acolhimento desses pacientes e as dificuldades regionais do SUS no provimento de serviços de média e alta complexidade implicam em filas de espera, que acabam por prolongar em demasia a permanência desses pacientes especiais nos centros urbanos, o que é prejudicial, tanto pelo afastamento prolongado de suas comunidades, quanto pela possibilidade de contágio com novas doenças pelo convívio com outros doentes nas CASAI.

9. Povos Indígenas Isolados no Brasil

Não cabe aqui detalhar a política de Estado do Brasil para os povos isolados. Entretanto, alguns pontos fundamentais são apresentados a seguir, por sua relevância e interface com a saúde dos grupos isolados e de recente contato.

É recente a mudança de paradigma no trato com indígenas isolados na política indigenista brasileira. A avaliação dos efeitos deletérios do contato forçado entre esses grupos indígenas e a sociedade nacional suscitou um movimento capitaneado por sertanistas¹², indigenistas, ONG e FUNAI, convertendo o paradigma do contato para o do não-contato que culminou com a criação, na FUNAI, das Frentes de Proteção Etnoambiental (FPE), ligadas a uma Coordenadoria Geral de Índios Isolados e de Recente Contato (CGIIRC)¹³.

A CGIIRC trabalha com uma metodologia de acúmulo e qualificação de informações a respeito de índios isolados, dividida em quatro categorias, que vão desde a informação sobre a existência de índios isolados em determinada região, que pode ser fornecida por qualquer pessoa, muitas vezes de indígenas contactados, até a confirmação da existência de um determinado grupo indígena, sua localização e a interdição do território com a finalidade de protegê-lo. O Sistema de Proteção a Índios Isolados da FUNAI trabalha com as seguintes categorias (VAZ, 2011):

- a. **Informação sobre índio isolado:** é todo e qualquer relato sobre a possível existência de índio ou grupo indígena isolado numa determinada região do território nacional;

¹²Nos anos 1960, na FUNAI, foi criado o cargo de sertanista, reunindo servidores que realizavam atrações de povos indígenas e tinham diversas origens funcionais. Atualmente, o cargo é regulamentado através da Portaria FUNAI 3628/87 (06/11/1987).

¹³As frentes de Proteção Etnoambiental foram criadas pela portaria FUNAI N^o 290/2000. A Coordenação Geral de Índios Isolados e de recente contato foi criada pela reforma administrativa da FUNAI, em 2012.

- b. **Referência sobre presença de índio isolado:** trata-se de um conjunto de informações sobre a existência de índio ou grupo indígena isolado devidamente qualificado pela CGIIRC. Por conjunto de informações compreende-se todo tipo de relato sobre presença de indígenas ou de objetos de seu uso, de malocas, conflitos, saques e vestígios diversos que caracterizem ocupação de local por indígena além de documentos administrativos, informações bibliográficas, cartográficas, entre outros relatos ou registros que comprovem a existência de índios isolados. Somente o trabalho realizado em campo por uma equipe técnica da CGIIRC poderá comprovar ou refutar a existência de índio ou grupo indígena.
- c. **Referência de Índio Isolado confirmada:** quando o trabalho de campo da equipe especializada da CGIIRC comprova a existência de índio ou de grupo indígena isolado e determina sua localização geográfica. A partir desse ponto, caso a região não seja uma Terra Indígena (TI) devidamente identificada, devem ser adotados procedimentos de regularização do território (interdição e demarcação e registro como TI).
- d. **Referência de Índio Isolado refutada:** quando a equipe especializada da CGIIRC não constata, no trabalho de campo, a existência de índio ou grupo indígena isolado a partir das informações recebidas.

Para o mapeamento dos grupos isolados no Brasil foram utilizadas as informações parciais de 2013, fornecidas pela CGIIRC. Outras fontes de informação foram consultadas e relatam números semelhantes. O Conselho Indigenista Missionário (CIMI) em publicação de 2011 (LOEBENS & NEVES, 2011) contabilizou 90 referências e o trabalho do indigenista Antenor Vaz (op cit.), 70 referências. O quadro 4 relaciona as informações das três fontes consultadas:

Quadro 4. Referências da existência de grupos isolados, confirmadas e em estudo de acordo com diferentes fontes, 2011 – 2013, Brasil.

FONTE	Referências confirmadas	Referências não confirmadas/Informações	Total
CGIIRC/FUNAI 2013, dados preliminares	26	78	104
Antenor Vaz (2011)	23	47	70
Loebens e Neves (2011)	Não informado	Não informado	90

9.1 Localização das referências a índios isolados no Brasil, situação fundiária e principais ameaças.

Nos dados oficiais da CGIIRC não foram disponibilizadas informações sobre as principais ameaças aos grupos isolados, razão pela qual foram utilizadas outras fontes de informação, além das fornecidas pelo órgão indigenista. Uma delas, feita em 2011 pelo Conselho Indigenista Missionário (quadro 5), faz referência às principais ameaças e localiza os municípios do entorno das referências de índios isolados.

Quadro 5. Referências a grupos isolados no Brasil, de acordo com municípios, estados, situação fundiária, fontes de informação e situações de risco de contato, 2011.

N ^o	Referência/Povo	Município	UF	Situação da Terra	Fonte	Riscos
01	Isolados do rio Envira	Feijó e Jordão	AC	TI Kampa e isolados - Registrada	Funai. Comprovação por sobrevôos	Pressão das madeiras no Perú
02	Isolados do Alto Tarauacá	Feijó e Jordão	AC	TI Alto Tarauacá Registrada	Funai e indígenas Kaxinawá	Pressão das madeiras no Perú
03	Isolados do Xinane	Santa Rosa e Feijó	AC	TI Xinane - Delimitada	Cimi, Funai	Pressão de madeiras no Perú
04	Isolados na TI Mamoadate	Assis Brasil e Sena Madureira	AC	Dentro e fora da TI Mamoadate - Registrada	Cimi, Funai, indígenas Jaminawa e Manchineri	Parte do grupo está no Perú, sem proteção. Área de influência da rodovia transoceânica e de concessões de exploração madeireira
05	Isolados do rio Chandless	Manuel Urbano e Santa Rosa	AC	Sem providências	Indígenas Kulina, Ribeirinhos e Cimi	Área de influência da rodovia transoceânica. Parque Estadual criado em área tradicionalmente ocupada pelos índios
06	Isolados do Igarapé Tapada	Mâncio Lima	AC	Sem providências	Indígenas Nawa e Nukini, Cimi e Funai	Região sujeita à exploração madeireira e garimpos do Perú. Rota de narcotráfico. Parque Estadual da Serra do Divisor
07	Isolados do Rio Inauini	Boca do Acre e Pauini	AM	Dentro e fora da TI Inauini/Teuini - Registrada	Indígenas, Funai e Cimi	Invasão por grupos de extrativistas
08	Hi-Merimã	Tapauá	AM	TI Hi-Merimã - Registrada	Funai e Cimi	Invasão por grupos de extrativistas

N ^o	Referência/Povo	Município	UF	Situação da Terra	Fonte	Riscos
09	Isolados do Igarapé Jacareúba/Katauxi	Lábrea e Canutama	AM	Restrição de uso, portaria Funai n ^o 215 de 03/03/2010	Funai e Cimi	Avanço da frente econômica do agronegócio promovendo desmatamento e monocultura da soja, assentamento do Incra e ecoturismo
10	Isolados do rio Ipixuna e Paraná-Ipixuna	Tapauá e Canutama	AM	Sem providências	Funai, Cimi, Ribeirinhos	Área de influência da BR 319. Risco de contato e conflitos com extrativistas
11	Isolados do alto rio Marmelos	Humaitá, Manicoré, Machadinho do Oeste	AM/RO	Sem providências	Indígenas Tenharim e Cimi	Construção da PCH Tabajara (PAC2) e frente econômica do agronegócio-monocultura de soja
12	Isolados do Kurekete	Lábrea	AM	Sem providências	Cimi e indígenas Kaxarari	Área de influência da rodovia BR 317. Invasão de fazendas
13	Isolados do rio Ituxi	Lábrea	AM	Sem providências	Cimi e indígenas Kaxarari	Invasão de fazendas e projeto de construção de PCH (PAC2)
14	Isolados do igarapé Waranaçu	Santa Izabel do Rio Negro e São Gabriel da Cachoeira	AM	TI Alto Rio Negro - Registrada	Funai e ISA	
15	Isolados do rio Uaupés	Santa Izabel do Rio Negro e São Gabriel da Cachoeira	AM	TI Alto Rio Negro - Registrada	Funai e ISA	
16	Isolados do rio Curicuari	Santa Izabel do Rio Negro e São Gabriel da Cachoeira	AM	TI Alto Rio Negro - Registrada	Funai e ISA	
17	Isolados do igarapé do Natal	Santa Izabel do Rio Negro	AM	Sem providências	Funai	
18	Isolados do Igarapé Bafuanã	Izabel do Rio Negro	AM	Sem providências	Funai	
19	Isolados do baixo rio Cauaburi	Santa Izabel do Rio Negro	AM	TI Yanomami - Registrada	Funai	
20	Isolados do igarapé Joari	Tapauá	AM	Sem providências	Cimi	
21	Isolados do Bararati	Apuí, Sucurundi e Cotriguaçu	AM/MT	Sem providências	Funai e Cimi	Exploração madeireira, garimpos, fazendas e projetos de colonização
22	Isolados do rio Pardo	Apuí e Colniza	AM/MT	Ti Kawahiva do rio Pardo. Identificada com contestações judiciais	Funai, Cimi, Indígenas Arara, Cinta-Larga e mateiros da região	Condomínio de fazendas e grilagem no interior da TI; invasão por madeireiros; garimpo próximo, área de influência da rodovia MT 206
23	Isolados do rio Copaca/Uarini	Uarini	AM	Sem providências	Cimi e indígenas da aldeia Miratu	Caçadores e pescadores; área de influência do gasoduto Urucu-Tefé-Caruauri

Nº	Referência/Povo	Município	UF	Situação da Terra	Fonte	Riscos
24	Isolados do rio Maturá	Manicoré	AM	Dentro e fora da TI Pinatuba - Registrada	Cimi e indígenas da aldeia Tracuá	Conflito e risco de contágio por doenças com indígenas da etnia Mura
25	Isolados do Alto Xerua	Itamarati	AM	TI Deni e Kanamari do Juruá - Registrada	Indígenas Kanamari e Cimi	Conflito e risco de contágio por doenças com indígenas das etnias Kanamari e Deni
26	Isolados do igarapé Naua	Benjamim Constant, Atalaia do Norte e São Paulo de Olivença	AM	TI Vale do Javari - Registrada	Funai	Risco de contágio por doenças que atingem os grupos contatados da TI Javari, em especial a gripe, malária e hepatite B. Invasão por pescadores e caçadores no verão
27	Isolados do Rio Branco/Itaquai	Benjamim Constant, Atalaia do Norte e São Paulo de Olivença	AM	TI Vale do Javari - Registrada	Funai, Cimi, indígenas do Vale do Javari e CIVAJA	Risco de contágio por doenças que atingem os grupos contatados da TI Javari, em especial a gripe, malária e hepatite B. Invasão por pescadores e caçadores no verão
28	Isolados do igarapé Urucubaca	Benjamim Constant, Atalaia do Norte e São Paulo de Olivença	AM	TI Vale do Javari - Registrada	Funai	Risco de contágio por doenças que atingem os grupos contatados da TI Javari, em especial a gripe, malária e hepatite B. Invasão por pescadores e caçadores no verão
29	Isolados do igarapé Alerta	Benjamim Constant, Atalaia do Norte e São Paulo de Olivença	AM	TI Vale do Javari - Registrada	Funai	Risco de contágio por doenças que atingem os grupos contatados da TI Javari, em especial a gripe, malária e hepatite B. Invasão por pescadores e caçadores no verão
30	Isolados do igarapé Inferno	Benjamim Constant, Atalaia do Norte e São Paulo de Olivença	AM	TI Vale do Javari - Registrada	Funai	Risco de contágio por doenças que atingem os grupos contatados da TI Javari, em especial a gripe, malária e hepatite B. Invasão por pescadores e caçadores no verão
31	Isolados do igarapé Lambança	Benjamim Constant, Atalaia do Norte e São Paulo de Olivença	AM	TI Vale do Javari - Registrada	Funai	Risco de contágio por doenças que atingem os grupos contatados da TI Javari, em especial a gripe, malária e hepatite B. Invasão por pescadores e caçadores no verão
32	Isolados do rio Pedra	Benjamim Constant, Atalaia do Norte	AM	TI Vale do Javari - Registrada	Funai	Risco de contágio por doenças que atingem os grupos contatados da TI Javari, em especial a gripe, malária e hepatite B. Invasão por pescadores e caçadores no verão

Nº	Referência/Povo	Município	UF	Situação da Terra	Fonte	Riscos
33	Isolados do rio Itui	Benjamim Constant, Atalaia do Norte e São Paulo de Olivença	AM	TI Vale do Javari - Registrada	Funai	Risco de contágio por doenças que atingem os grupos contatados da TI Javari, em especial a gripe, malária e hepatite B. Invasão por pescadores e caçadores no verão
34	Isolados do rio Quixito	Atalaia do Norte	AM	TI Vale do Javari - Registrada	Funai	
35	Isolados do igarapé São Salvador	Atalaia do Norte	AM	TI Vale do Javari - Registrada	Funai	
36	Isolados do igarapé Cravo	Atalaia do Norte	AM	TI Vale do Javari - Registrada	Funai	
37	Isolados do igarapé Amburus	Atalaia do Norte	AM	TI Vale do Javari - Registrada	Funai	
38	Isolados do igarapé Flecheiras	Atalaia do Norte	AM	TI Vale do Javari - Registrada	Funai	
39	Isolados do rio Boia	Jutaí e São Paulo de Olivença	AM	Sem providências	Funai	Garimpo, exploração madeireira
40	Isolados do rio Parauri	Barreirinha e Itaituba	AM/PA	Sem providências	Funai	
41	Isolados da Ti Waiãpi	Rio Mutururá	AP	TI Waiãpi - registrada	Funai, Indígenas Waiãpi	Risco de contágio e conflito com grupos Waiãpi
42	Isolados do igarapé Água Branca	Bom jardim e São João do Caru	MA	Ti Caru - Registrada	Funai, Cimi	Invasão de madeireiros, construção ilegal de estradas e desmatamento
43	Isolados Awá-Guajá	Bom Jardim, Zé Doca, Centro Novo e São João do Caru	MA	Ti Awá-Guajá - Homologada	Funai, Cimi	Invasão de madeireiros, construção ilegal de estradas e desmatamento
44	Isolados da Rebio Gurupi	Centro do Guilherme, Centro Novo, Bom Jardim e São João do Caru	MA	Sem providências	ISA, indígenas Ka'apor	Invasão de madeireiros, serrarias, construção ilegal de estradas, desmatamento e mineração
45	Isolados dos rios Buriticupu, Lagoa do Marajá, Lagoa Samaúma e Lagoa Buritizal, Lago Meju, Lago dos Patos	Amarante do Maranhão, Arame, Santa Luzia, Bom Jesus das Selvas e Buriticupu	MA	TI Arariboia - Registrada	Funai, Cimi	Invasão de madeireiros, e caçadores, construção ilegal de estradas, queimadas
46	Isolados da Serra da Desordem	Montes Altos, Sítio Novo, lajeado Novo	MA	TI Krikati - Homologada	Cimi, indígenas Krikati	Invasão de madeiras

Nº	Referência/Povo	Município	UF	Situação da Terra	Fonte	Riscos
47	Isolados do igarapé Jararaca	Centro do Guilherme, Centro Novo e Zé Doca	MA	Ti Alto Turiaçu - Registrada	Cimi, indígenas Ka'apor	Invasão de madeiras, serrarias, estradas ilegais, queimadas
48	Isolados do igarapé Bandeira, igarapé Mão de Onça e Sessa da Desordem	Bom Jardim e São João do Caru	MA	Ti Caru - Registrada	Funai, Cimi	Invasão de madeiras, estradas ilegais, desmatamento
49	Isolados do rio Moreru/Pacutinga	Cotriguaçu	MT	Dentro e fora da TI Escondido - Registrada	Cimi, Funai	Área de migração, assentamentos
50	Isolados Apiaká	Apiacás e Alta Floresta	MT	GT da Funai	Funai, indígenas Apiaká, Cimi	Exploração madeira, grandes fazendas, projetos de construção de 07 PCH
51	Isolados Kwahib ou Piripikura do rio Madeirinha	Colniza e Rondolândia	MT	GT da Funai	Funai, Cimi, Opan	Terra invadida por fazendas. Risco de extinção
52	Isolados do Pontal	Apiacás	MT	Sem providências	Funai	Grandes fazendas, exploração madeira
53	Isolados "Baixinhos" do Aripuanã	Aripuanã	MT	Parque Indígena Aripuanã - Registrada	Funai, Cimi, Indígenas Cinta-Larga e Arara	Frente de expansão do agronegócio
54	Isolados do Norte da Ti Zoró	Rondolândia, Colniza	MT	TI Zoró - Registrada	Cimi, indígenas Zoró	Fazendas e exploração madeira. Ficam dentro e fora da TI Zoró
55	Isolados do rio Tenente Marques	Juína	MT	Parque Indígena Aripuanã - Registrada	Funai, Cimi	Exploração madeira
56	Isolados do rio Cabixi	Comodoro	MT	Sem providências	Cimi, indígenas Maimandê	Exploração madeira, grandes fazendas
57	Isolados do rio Iquê	Juína	MT	Ti Enawenê-Nawê - Registrada	Funai	
58	Isolados na TI Kaiapó	São Felix do Xingi, Ourilândia	PA	Ti Kaiapó - Registrada	Funai, ISA	
59	Isolados próximos a TI Koatinemo	Altamira	PA	Sem providências	Cimi	Complexo hidroelétrico do Rio Xingu (Belo Monte)
60	Isolados na Ti Mekragnoti no Iriri Novo	Altamira, S. Felix do Xingu, Peixoto de Azevedo, Matupá	PA/MT	TI Mekragnoti - Registrada	Funai, ISA	Complexo hidroelétrico do Rio Xingu (Belo Monte)
61	Isolados do Parque Indígena do Tumucumaque	Óbidos	PA	Parque Indígena do Tumucumaque - Registrada	Funai, ISA	
62	Isolados na Ti Kikrin do Cateté	Marabá	PA	Ti Xikrin do Cateté - Registrada	Cimi, ISA	
63	Isolados da Serra do Cachimbo		PA	Sem providência	Funai	

Nº	Referência/Povo	Município	UF	Situação da Terra	Fonte	Riscos
64	Isolados da cabeceira do rio Mapuera	Oriximiná	PA	Sem providências	Funai, Cimi	
65	Isolados do médio rio Cachorrinho	Oriximiná	PA	Sem providências	Funai, Cimi	
66	Isolados na TI Bacajá	Altamira	PA	TI Bacajá - registrada	Cimi, indígenas contatados da TI Bacajá	Complexo hidroelétrico do Rio Xingu (Belo Monte)
67	Isolados do Riozinho do Anfrízio	Altamira	PA	Sem providências	Funai, Cimi, ISA	Exploração madeira, Garimpo, grilagem de terras
68	Isolados do Cuminapanema	Óbidos	PA	Sem providências	Funai, Cimi	
69	Isolados do rio Mapari	Oriximiná, Óbidos, Alenquer, Almerim, Laranjal do Jari	PA/AP	Nos limites do Parque Indígena do Tumucumaque	Funai	
70	Isolados do alto rio Ipitanga	Almeirim, Alto Alegre, Alenquer	PA	Nos limites da TI Paru D'Este	Funai, Cimi	
71	Isolados do rio Tanauru – “Índios do Buraco”	Chupiniguaia	RO	Portaria de Restrição nº 1.283 (30/10/2009)	Funai, Cimi	Terra invadida por fazendas.
72	Isolados do pântano do rio Guaporé	Pimenteira	RO	Sem providências	Cimi e regionais	Sobreposição com o Parque Estadual de Corumbiara. Avanço de fazendas, desmatamento
74	Isolados da Serra do Onça (Jururei)	Alvorada do Oeste, Urupá	RO	Decisão judicial favorável à demarcação	Funai, Cimi	Território invadido por colonos e fazendeiros. Estão sendo empurrados para a TI Uru-eu-wau-wau com risco de conflitos. Área de influência da rodovia BR 249
75	Isolados Yraparaquara	Seringueiras, São Miguel do Guaporé, Costa Marques, Guajará-Mirim	RO	TI Uru-eu-wau-wau - Registrada	Funai, Cimi	Exploração madeira próxima à TI
76	Isolados da Serra da Cotia	Guajará-Mirim	RO	Sem providências	Cimi, seringueiros, indígenas Tupari	Garimpos nas proximidades. Unidade de conservação ambiental
77	Isolados do rio Novo e cachoeira do rio Pacas Novas	Guajará-Mirim	RO	Sem providências	Cimi, seringueiros, indígenas Oro Wari	RESEX Pacas Novas
78	Isolados do Parque Estadual do Guajará-Mirim	Guajará-Mirim, Nova Mamoré	RO	Sem providências	Cimi, indígenas Oro Wari	Exploração madeira, rota de tráfico de drogas, Área de influência da BR 421

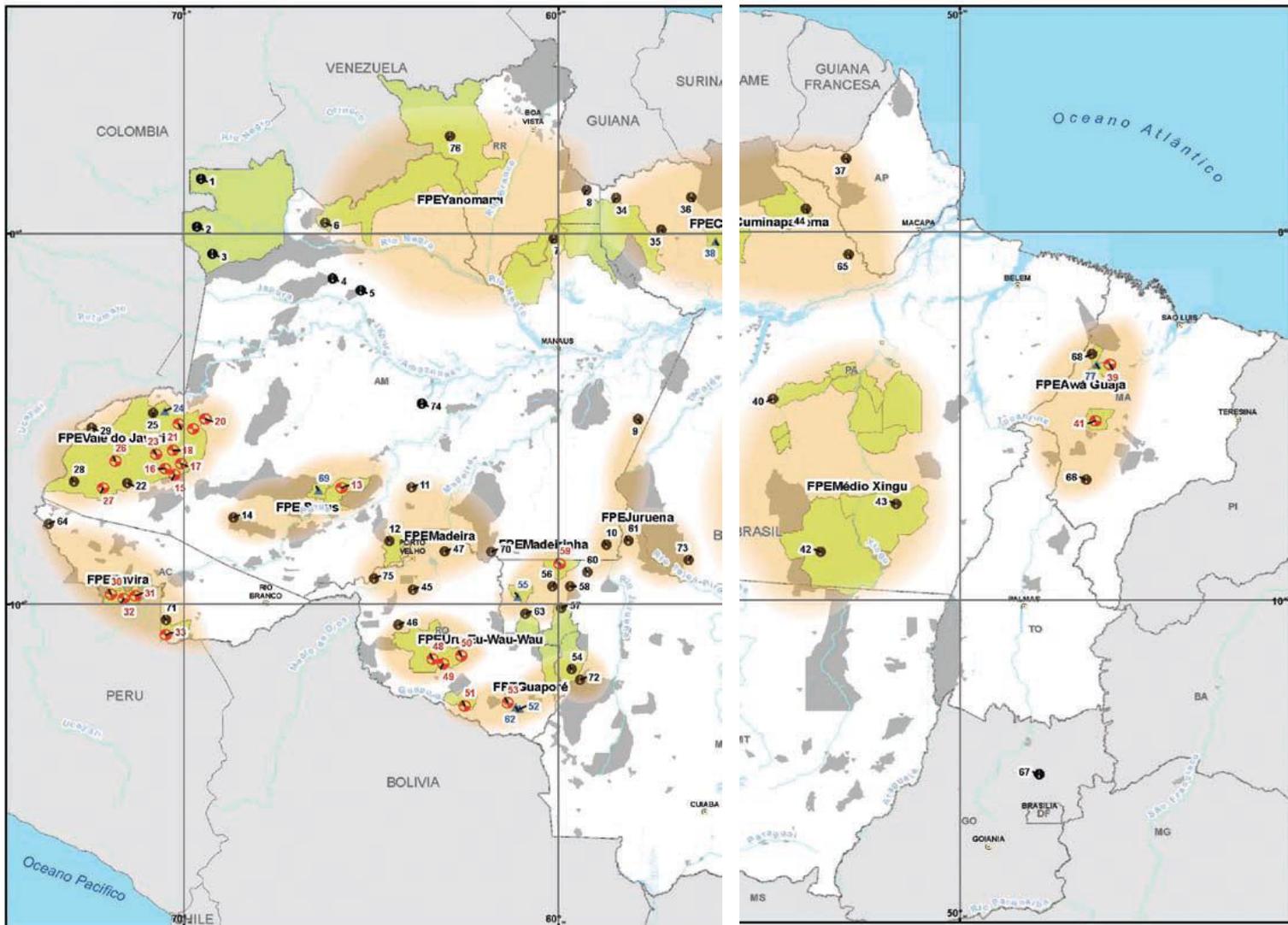
Nº	Referência/Povo	Município	UF	Situação da Terra	Fonte	Riscos
79	Isolados do rio Mutum	Nova Mamoré, Porto Velho	RO	Sem providências	Cimi, CUNPIR	Grilagem de terras públicas
80	Isolados do Parque Nacional do Bom Futuro	Porto Velho, Buritis	RO	Sem providências	Funai, Cimi, indígenas Karitiana	Grilagem de terras públicas, exploração madeireira, garimpo
81	Isolados do rio Formoso e Jaci-Paraná	Nova Mamoré, Buritis, Campo Novo	RO	Sem providências	Cimi, CUNPIR, indígenas Pa'acas Novas	Invasão das terras por fazendas
82	Isolados do igarapé Karipuinha	Porto Velho e Lábrea	AM/RO	Sem providências	Funai, Cimi	Hidrelétricas Madeira e Jirau, expansão do agronegócio
83	Isolados do Rio Jacundá	Cujubim, Itapuã, Candeias do Jamari, Porto Velho	RO	Sem providências	Funai, Cimi	Exploração madeireira, próxima
84	Isolados da REBIO Jaru	Ji-Paraná	RO	Sem providências	Cimi, indígenas Gavião e Arara	Exploração madeireira, implantação de fazendas. Sobreposição com REBIO Jaru
85	Isolados do alto rio Alalaú	São Sebastião do Uatumã, São José da Baliza	AM/RR	Ti Waimiri-Atroari - Registrada	Funai	
86	Isolados do Monte Caburaí	Uiramutã	RR	TI Raposa Serra do Sol - Registrada	Indígenas Ingaricó	
87	Isolados da Serra da Estrutura	Mucajaí	RR	Ti Yanomami - Registrada	Funai	
88	Isolados do alto rio Jatapú	Caroebe	RR	Sem providências	Funai	
89	Isolados na TI Inãwébohona	Pium, Lagoa da Confusão	TO	TI Inãwébohona - Homologada	Cimi, indígenas Karajá e Javaé	Projeto de rodovia TO 242, cortando o Parque Indígena do Araguaia
90	Isolados de Minaçu (Ava-Canoeiro)	Minaçu	GO	Sem providências	Funai	

Fonte: adaptado de LOEBENS e NEVES. Povos Isolados na Amazônia – a luta pela sobrevivência, 2011.

A figura 6 indica a localização das Frentes de Proteção Etnoambiental (FPE) e os quadros 6 a 16, a seguir, relacionam as referências de povos isolados com as respectivas FPE, etnias e evolução da qualificação das informações e referências no período entre 2006 e 2013, de acordo com dados preliminares fornecidos pela

CGIIRC, revelando a complexidade do processo de identificação e verificação de informações e referências.

Figura 6. Localização das Frentes de Proteção Etnoambiental, Brasil, 2010.



Adaptado de VAZ, Antenor, “Isolados no Brasil – Política de Estado: Da tutela para a Política de Direitos – Uma Questão Resolvida? Brasil, Iwgia, 2011. http://www.iwgia.org/publications/search-pubs?publication_id=453

LEGENDAS DO MAPA DA FIGURA 6



Quadro 6. Referências a grupos indígenas isolados sob responsabilidade da Frente de Proteção Etnoambiental Awá-Guajá, 2006, 2012, 2013

Cod	Nome Referência	Frente	Etnia (possível, língua)	Situação 2006	Situação 2012	Situação 2013	Terra Indígena	UF
39	Awá-Guajá Igarapé Presídio/ Juriti:	Awá-Guajá	Awá-Guajá	Confirmada	Referência Confirmada	Referência Confirmada	Caru Regularizada	MA
41	TI Araribóia	Awá-Guajá	Awá-Guajá	Confirmada	Referência Confirmada	Referência confirmada	Arariboia Regularizada	MA
66	Serra do Cipó	Awá-Guajá	Desconhecida	Referência Não trabalhada	Referência	Informação	Fora de TI	MA
68	Igarapé Mão de Onça	Awá-Guajá	Awá-Guajá	Referência Não trabalhada	Referência	Referência	Awá Homologada	MA
Info s/ No	Igarapé Mutum	Awá-Guajá	Awá Guajá	N	n	Informação	Fora de TI	MA
Info s/ No	Rio Arraias	Awá-Guajá	Awá Guajá	N	n	Informação	TI Krikati	MA
Info s/ No	Rio Gurupi	Awá-Guajá	Awá-Guajá	N	n	Informação	Rebiox Gurupi	MA
Info s/ No	Cana Brava	Awá-Guajá	Awá-Guajá	N	n	Informação	Cana Brava	MA
Info s/ No	Igarapé Jararaca	Awá-Guajá	Awá Guajá	N	n	Informação	Alto Turiaçu	MA

Cod	Nome Referência	Frente	Etnia (possível, língua)	Situação 2006	Situação 2012	Situação 2013	Terra Indígena	UF
39	Awá-Guajá Igarapé Presídio/ Juriti:	Awá-Guajá	Awá-Guajá	Confirmada	Referência Confirmada	Referência Confirmada	Caru Regularizada	MA
41	TI Araribóia	Awá-Guajá	Awá-Guajá	Confirmada	Referência Confirmada	Referência confirmada	Arariboia Regularizada	MA
66	Serra do Cipó	Awá-Guajá	Desconhecida	Referência Não trabalhada	Referência	Informação	Fora de TI	MA
68	Igarapé Mão de Onça	Awá-Guajá	Awá-Guajá	Referência Não trabalhada	Referência	Referência	Awá Homologada	MA
Info s/ No	Igarapé Mutum	Awá-Guajá	Awá Guajá	N	n	Informação	Fora de TI	MA
Info s/ No	Rio Arraias	Awá-Guajá	Awá Guajá	N	n	Informação	TI Krikati	MA
Info s/ No	Rio Gurupi	Awá-Guajá	Awá-Guajá	N	n	Informação	Rebiox Gurupi	MA
Info s/ No	Cana Brava	Awá-Guajá	Awá-Guajá	N	n	Informação	Cana Brava	MA
Info s/ No	Igarapé Jararaca	Awá-Guajá	Awá Guajá	N	n	Informação	Alto Turiaçu	MA

Quadro 7. Referências a grupos indígenas isolados sob responsabilidade da Frente de Proteção Cuminapanema, 2006, 2012, 2013

Cod	Nome Referência	Frente	Etnia (possível, língua)	Situação 2006	Situação 2012	Situação 2013	Terra Indígena	UF
34	Alto Rio Mapuera	Cuminapanema	Desconhecida	Referência não trabalhada	Informação	Informação	Trombetas/ Mapuera Declarada	PA
35	Trombetas/ Mapuera	Cuminapanema	Desconhecida	Referência não trabalhada	Informação	Referência	Identificação Kaxuyana	PA
36	Rio Mapari	Cuminapanema	Desconhecida	Referência não trabalhada	Informação	Referência	Fora de TI	PA
37	Alto Amapari	Cuminapanema	Desconhecida	Referência não trabalhada	Referência	Referência	Fora de TI	PA
44	Alto Rio Ipitinga	Cuminapanema	Desconhecida, possivelmente Waiana Apalai	Referência não trabalhada	Informação	Referência	Fora de TI	PA
65	Jari	Cuminapanema	Desconhecida	Referência não trabalhada	Informação	Informação	Fora de TI	PA

Quadro 8. Referências a grupos indígenas isolados sob responsabilidade da Frente de Proteção Etnoambiental Guaporé, 2006, 2012, 2013

Cod	Nome Referência	Frente	Etnia (possível, língua)	Situação 2006	Situação 2012	Situação 2013	Terra Indígena	UF
51	Massaco	Guaporé	Desconhecida, Possivelmente Sirionó	Referência Confirmada	Referência Confirmada	Referência Confirmada	Massaco Regularizada	RO
53	Índio do buraco/ Tanaru	Guaporé	Desconhecida	Referência Confirmada	Referência Confirmada	Referência Confirmada	Tanaru Restrição de USO	RO
54	Rio Tenente Marques	Guaporé	Desconhecida, possivelmente Nabikuara	Referência não trabalhada	Referência	Referência	Parque do Aripuanã Regularizada	MT
72	Emawenê-Nawé (Rio Iquê)	Guaporé	Desconhecida	n	Informação(vinculada a 54)	Informação	Enawenê-Nawé Regularizada	MT
* (info sem número)	Corumbiara	Guaporé	Desconhecida	n	Informação	Informação	Fora de TI	RO

Quadro 9. Referências a grupos indígenas isolados sob responsabilidade da Frente de Proteção Etnoambiental Madeira, 2006, 2012, 2013.

Cod	Nome Referência	Frente	Etnia (possível, língua)	Situação 2006	Situação 2012	Situação 2013	Terra Indígena	UF
11	Rio Mucuí // JUMA	Madeira	desconhecida	Referência não trabalhada	Informação	Informação	Fora de TI	AM
(info sem número)	Manicorezinho	Madeira	desconhecida	n	Informação	Informação	Fora de TI	AM
(info sem número)	Ig. Preto	Madeira	desconhecida	n	Informação	Informação	TI Tenherim Ig Preto	AM
(info sem número)	Rio Maici / Piranhã	Madeira	desconhecida	n	Informação	Informação	TI Piranhã	AM
47	Cachoeira do Remo	Madeira	Desconhecida	Referência não trabalhada	Informação	Informação	Fora de TI	RO
45	Bom Futuro	Madeira	Desconhecida	Referência não trabalhada	Referência	Referência	Fora de TI	RO
75	Rio Coti	Madeira	Desconhecida	n	Referência	Referência	Fora de TI	AM / RO
70	Kaidjuwa	Madeira	Desconhecida	n	Referência	Referência	Tenharim Marmelos Regularizada	AM
12	Jacareúba-Katawixi	Madeira	Conhecida Regionalmente por Katawaixi	Referência não trabalhada	Referência Confirmada	Referência Confirmada	Jacareúba / Katauixi Restrição de Uso	AM

Quadro 10. Referências a grupos indígenas isolados sob responsabilidade da Frente de Proteção Etnoambiental Madeirinha-Juruena, 2006, 2012, 2013

Cod	Nome Referência	Frente	Etnia (possível, língua)	Situação 2006	Situação 2012	Situação 2013	Terra Indígena	UF
56	Igarapé Boca da Mata	Madeirinha / Juruena	Desconhecida	Referência não trabalhada	Informação	Informação	Fora de TI	MT
57	Médio Rio Branco	Madeirinha / Juruena	Desconhecida	Referência não trabalhada	Informação	Informação	Aripuanã // Regularizada	MT
58	Arara do Rio Branco	Madeirinha / Juruena	Desconhecida	Referência não trabalhada	Informação	Informação	Arara do Rio Branco Regularizada	MT
63	Norte da TO Zoró	Madeirinha / Juruena	Desconhecida	Referência não trabalhada	informação	informação	Zoró Regularizada	RO
73	Serra do Cachimbo	Madeirinha / Juruena	Desconhecida	n	Informação	informação	Fora de TI	PA
* (info sem número)	Rio dos Peixes	Madeirinha / Juruena	possivelmente Kaiabi	n	Informação	informação	Apiakás	MT
* (info sem número)	Norte da Munduruku	Madeirinha / Juruena	Desconhecida	n	n	Informação	Munduruku	PA
9	Rio Parauari	Madeirinha / Juruena	Desconhecida	Referência não trabalhada	Referência	Referência	Fora de TI	AM/PA
10	Alto Rio Canumã	Madeirinha / Juruena	Desconhecida	Referência não trabalhada	Informação	Referência	Fora de TI	AM

Cod	Nome Referência	Frete	Etnia (possível, língua)	Situação 2006	Situação 2012	Situação 2013	Terra Indígena	UF
60	Igarapé Pacutinga	Madeirinha / Juruena	Desconhecida	Referência não trabalhada	Referência	Referência	Fora de TI	MT
61	Pontal	Madeirinha / Juruena	Desconhecida	Referência não trabalhada	Referência	Referência	Pontal dos Apiacás e Isolados // em estudo	MT
56	Igarapé Bica da Mata	Madeirinha / Juruena	Desconhecida	Referência não trabalhada	Informação	Informação		
59	Kawahiva do Rio Pardo	Madeirinha / Juruena	Tupi Kawahiv	Referência Confirmada	Referência Confirmada	Referência Confirmada	Rio Pardo // Em estudo // Restrição de Uso	MT

Quadro 11. Referências a grupos indígenas isolados sob responsabilidade da Frente de Proteção Etnoambiental Médio Xingu, 2006, 2012, 2013

Cod	Nome Referência	Frente	Etnia (possível, língua)	Situação 2006	Situação 2012	Situação 2013	Terra Indígena	UF
40	Riozinho do Anfrizo	Médio Xingu	Desconhecida	Referência não trabalhada	Informação	Informação	Cachoeira Seca (em estudo)	PA
42	Iriri Novo	Médio Xingu	Desconhecida, Possivelmente Kaiapó	Referência não trabalhada	Informação	Informação	Menkragnoti Regularizada	PA
Info s/ No	Cabeceira do Ipiaçava	Médio Xingu	Desconhecida	n	n	Informação	TI Trincheira Bacajá	PA
Info s/ No	Cabeceira do Ipiaçava e Bacajá	Médio Xingu	Desconhecida	n	n	Informação	TI Trincheira Bacajá	PA
Info s/ No	Cab Piranhaquara	Médio Xingu	Desconhecida	n	n	Informação	TI Arawetw Ig Ipixuna	PA
Info s/ No	Ig Mossoró	Médio Xingu	Desconhecida	n	n	Informação	Fora de TI	PA
Info s/ No	Interfluvio Carajari	Médio Xingu	Desconhecida	n	n	Informação	Fora de TI	PA
43	Rio Fresco	Médio Xingu	Desconhecida, Possivelmente Kaiapó	Referência não trabalhada	Informação	Referência	Kayapó Regularizada	PA
81	Igarapé Itata	Médio Xingu	Desconhecida	-	Referência	Referência	TI Restrição de uso	PA

Quadro 12. Referências a grupos indígenas isolados sob responsabilidade da Frente de Proteção Etnoambiental Purus, 2006, 2012, 2013

Cod	Nome Referência	Frente	Etnia (possível, língua)	Situação 2006	Situação 2012	Situação 2013	Terra Indígena	UF
13	Hi-Merimã	Purus	Hi-Merimã, Família Lingüística Arawá	Referência Confirmada	Referência Confirmada	Referência Confirmada	Hi Merimã, Homologada	AM
14	Igarapé Maburruã	Purus	Desconhecida	Referência não trabalhada	Informação	Informação	Fora de TI	AM
Info s/ No	Rio Cuniuá	Purus	Desconhecida	n	n	informação	Fora de TI	AM
Info s/ No	Ig do Sol	Purus	Desconhecida	n	n	Informação	Fora de TI	AM

Quadro 13. Referências a grupos indígenas isolados sob responsabilidade da Frente de Proteção Etnoambiental Uru-Eu-Wau-Wau, 2006, 2012, 2013

Cod	Nome Referência	Frente	Etnia (possível, língua)	Situação 2006	Situação 2012	Situação 2013	Terra Indígena	UF
46	Igarapé Oriente	Uru-Eu_Wau-Wau	Desconhecida	Referência Não Trabalhada	Informação	Informação	Fora de TI	RO
49	Bananeira	Uru-Eu_Wau-Wau	Tupi Kawahiv	Referência Confirmada	Informação	Informação vinculada a Ref 48	Uru-Eu-Wau-Wau Regularizada	RO
Info s/ No	Tiradentes	Uru-Eu_Wau-Wau	Desconhecida, possivelmente Amondawa	n	Informação	Informação	Uru-Eu-Wau-Wau Regularizada	RO
Info s/ No	Baixo Cautário	Uru-Eu_Wau-Wau	Desconhecida	n	n	informação	Fora de TI	RO
48	Cautário	Uru-Eu_Wau-Wau	Desconhecida	Referência Confirmada	Referência Confirmada	Referência Confirmada	Uru-Eu-Wau-Wau Regularizada	RO
50	Serra da Onça / Jurureí	Uru-Eu_Wau-Wau	Jururei, Tupi Kawahiv	Referência Confirmada	Referência Confirmada	Referência Confirmada	Uru-Eu-Wau-Wau Regularizada	RO

Quadro 14. Referências a grupos indígenas isolados sob responsabilidade da Frente de Proteção Etnoambiental Vale do Javari, 2006, 2012, 2013

Cod	Nome Referência	Frente	Etnia (possível, língua)	Situação 2006	Situação 2012	Situação 2013	Terra Indígena	UF
22	Rio Pedra	Vale do Javari	Desconhecida	Referência não trabalhada	Informação	Informação	V. Javari Regularizada	AM
26	Igarapé São Salvador	Vale do Javari	Desconhecida	Referência não trabalhada	Informação	Informação	V. Javari Regularizada	AM
Info S/ No	Ig Pedro Lopes	Vale do Javari	Desconhecida	n	n	Informação	V. Javari Regularizada	AM
Info S/ No	Curuçá Ipixuna	Vale do Javari	Desconhecida	n	n	Informação	Fora de TI	AM
Info S/ No	Batã Ipixuna	Vale do Javari	Desconhecida	n	n	Informação	V. Javari Regularizada	AM
Info S/ No	Quixito	Vale do Javari	Desconhecida	n	n	informação	Fora de TI	AM
27	Igarapé Cravo	Vale do Javari	Desconhecida	Referência não trabalhada	Informação	Referência	V. Javari Regularizada	AM
28	Igarapé Amburus	Vale do Javari	Desconhecida	Referência não trabalhada	Informação	Referência	V. Javari Regularizada	AM
29	Igarapé Flecheira	Vale do Javari	Desconhecida	Referência não trabalhada	Informação	Referência	Fora TI	AM
15	Igarapé Nauá	Vale do Javari	Desconhecida	Referência Confirmada	Referência Confirmada	Referência Confirmada	V. Javari Regularizada	AM

Cod	Nome Referência	Frente	Etnia (possível, língua)	Situação 2006	Situação 2012	Situação 2013	Terra Indígena	UF
16	Rio Itaquaí	Vale do Javari	Desconhecida	Referência Confirmada	Referência Confirmada	Referência Confirmada	V. Javari Regularizada	AM
18	Igarapé Alerta	Vale do Javari	Desconhecida, possivelmente Kulina da Família Lingüística Arawá	Referência Confirmada	Referência Confirmada	Referência Confirmada	V. Javari Regularizada	AM
19	Igarapé Inferno	Vale do Javari	Desconhecida	Referência Confirmada	Referência Confirmada	Referência Confirmada	V. Javari Regularizada	AM
20	Rio Bóia	Vale do Javari	Desconhecida	Referência não trabalhada	Referência Confirmada	Referência Confirmada	FORA DE TI	AM
21	Igarapé Lambança	Vale do Javari	Desconhecida	Referência não trabalhada	Referência Confirmada	Referência Confirmada	V. Javari Regularizada	AM
23	Rio Ituí	Vale do Javari	Korubo (Isolado), Língua pano	Confirmada	Referência Confirmada	Referência Confirmada	V. Javari Regularizada	AM
25	Rio Quixito	Vale do Javari	Grupo Falante da Língua Pano	Referência não trabalhada	Referência Confirmada	Referência Confirmada	V. Javari Regularizada	AM
Referência sem número	Ituí / Itaquaí	Vale do Javari	Korubo	n	Referência Confirmada	Referência Confirmada	V. Javari Regularizada	AM
Referência sem número	Rio Esquerdo	Vale do Javari	Desconhecida	n	Referência Confirmada	Referência Confirmada	V. Javari Regularizada	AM
Referência sem número	Ig. São José	Vale do Javari	Desconhecida	n	Informação	Referência Confirmada	V. Javari Regularizada	AM

Quadro 15. Referências a grupos indígenas isolados sob responsabilidade da Frente de Proteção Etnoambiental Waimiri-Atroari, 2006, 2012, 2013

Cod	Nome Referência	Frente	Etnia (possível, língua)	Situação 2006	Situação 2012	Situação 2013	Terra Indígena	UF
8	Alto Rio Jatapu	Waimiri-Atroari	Desconhecida	Referência não trabalhada	Informação	Informação	Fora da TI	RR
80	Médio Macucuaú	Waimiri-Atroari	Desconhecida	n	Informação	Informação	Fora da TI	RR
78	Rio Pitinga	Waimiri-Atroari	Desconhecida	n	Referência	Referência	Trombetas Mapuera – Declarada	RR
79	Cabeceira do Camanaú	Waimiri-Atroari	Desconhecida	n	Referência	Referência	Waimiri Atroari Regularizada	RR
7	Alto Rio Alalaú	Waimiri-Atroari	Pirititi (Denominação Waimiri-Atroari)	Referência não trabalhada	Referência Confirmada	Referência Confirmada	Restrição de uso	RR, AM

Quadro 15. Referências a grupos indígenas isolados sob responsabilidade da Frente de Proteção Etnoambiental Yanomami, 2006, 2012, 2013

Cod	Nome Referência	Frente	Etnia (possível, língua)	Situação 2006	Situação 2012	Situação 2013	Terra Indígena	UF
1	Igarapé Waranaçu	Yanomami	Possivelmente Maku	Referência não Trabalhada	Informação	Informação	Alto Rio Negro Regularizada	AM
2	Rio Uauapes	Yanomami	Possivelmente Maku	Referência não trabalhada	Informação	Informação	Alto Rio Negro Regularizada	AM
3	Rio Curicuriari	Yanomami	Possivelmente Maku	Referência não trabalhada	Informação	Informação	Alto Rio Negro Regularizada	AM
4	Igarapé do Natal	Yanomami	Desconhecida	Referência não trabalhada	Informação	Informação	?	AM
5	Igarapé Bafuanã	Yanomami	Desconhecida	Referência não trabalhada	Informação	Informação	?	AM
(info sem número)	Surucucu/Kataroa	Yanomami	Yanomami (Puduthëri)	n	n	Informação	Yanomami Homologada	AM
(info sem número)	Parawa u	Yanomami	Yanomami (Xihouthëri)	n	n	Informação	Yanomami Homologada	AM
(info sem número)	Rio Padauiri	Yanomami	Hoaxipokoproapethëri	n	n	Informação	Yanomami Homologada	
(info sem número)	Awaris	Yanomami	Yanomami	n	n	Informação	Yanomami Homologada	
(info sem número)	Surucucu/Wathou	Yanomami	Yanomami	n	n	Informação	Yanomami Homologada	

Cod	Nome Referência	Frente	Etnia (possível, língua)	Situação 2006	Situação 2012	Situação 2013	Terra Indígena	UF
(info sem número)	Ig. Jacitara	Yanomami	Yanomami	n	n	Informação	Yanomami Homologada	AM
6	Baixo Rio Cauaburi	Yanomami	Desconhecida	Referência não trabalhada	Informação	Referência	Yanomami Homologada	AM
76	Serra da Estrutura / Moxihatëtêma	Yanomami	Desconhecida Moxihatëtêma.	n	Referência Confirmada	Referência Confirmada	Yanomami Homologada	RR

Quadro 16. Referências a grupos indígenas isolados sob responsabilidade da Frente de Proteção Etnoambiental Envira, 2006, 2012, 2013

Cod	Nome Referência	Frente	Etnia (possível, língua)	Situação 2006	Situação 2012	Situação 2013	Terra Indígena	UF
30	Xinane e Igarapé do Douro	Envira	Desconhecida, possivelmente Jaminawá- Pano	Referência Confirmada	Referência Confirmada	Referência Confirmada	Alto Tarauacá Homologada	AC
31	Igarapé Xinane e Imbula	Envira	Desconhecida	Referência Confirmada	Referência Confirmada	Referência Confirmada	Kampa e Isolados do Rio Envira Regularizado	AC
32	Rio Jaminawá	Envira	Desconhecida	Referência Confirmada	Referência Confirmada	Referência Confirmada	Riozinho do Alto Envira Delimitada	AC
33	Cabeceira do Rio Iaco e Rio Chandiles	Envira	Masco	Referência Confirmada	Referência Confirmada	Referência Confirmada	Mamoadate Regularizada	AC
64	Igarapé Tapada	Envira	Desconhecida	n	Informação	Referência	Fora de TI	AC
71	Mascko-Piro	Envira	Mascko-Piro	n	Referência	Informação vinculada a ref 33	Mamoadate	AC

O quadro 17 mostra os registros de Índios Isolados no Brasil, em outubro de 2013, de acordo com sua localização dentro ou fora de terras indígenas. A quase totalidade de registros confirmados de grupos isolados encontra-se no interior das terras indígenas (apenas um grupo encontra-se fora de TI). Uma das hipóteses é de que esses grupos vêm sendo compelidos a adentrar em terras indígenas pelas pressões às quais vêm sendo submetidos.

Quadro 17. Informações, referências confirmadas e não confirmadas de Índios Isolados no Brasil, 2013.

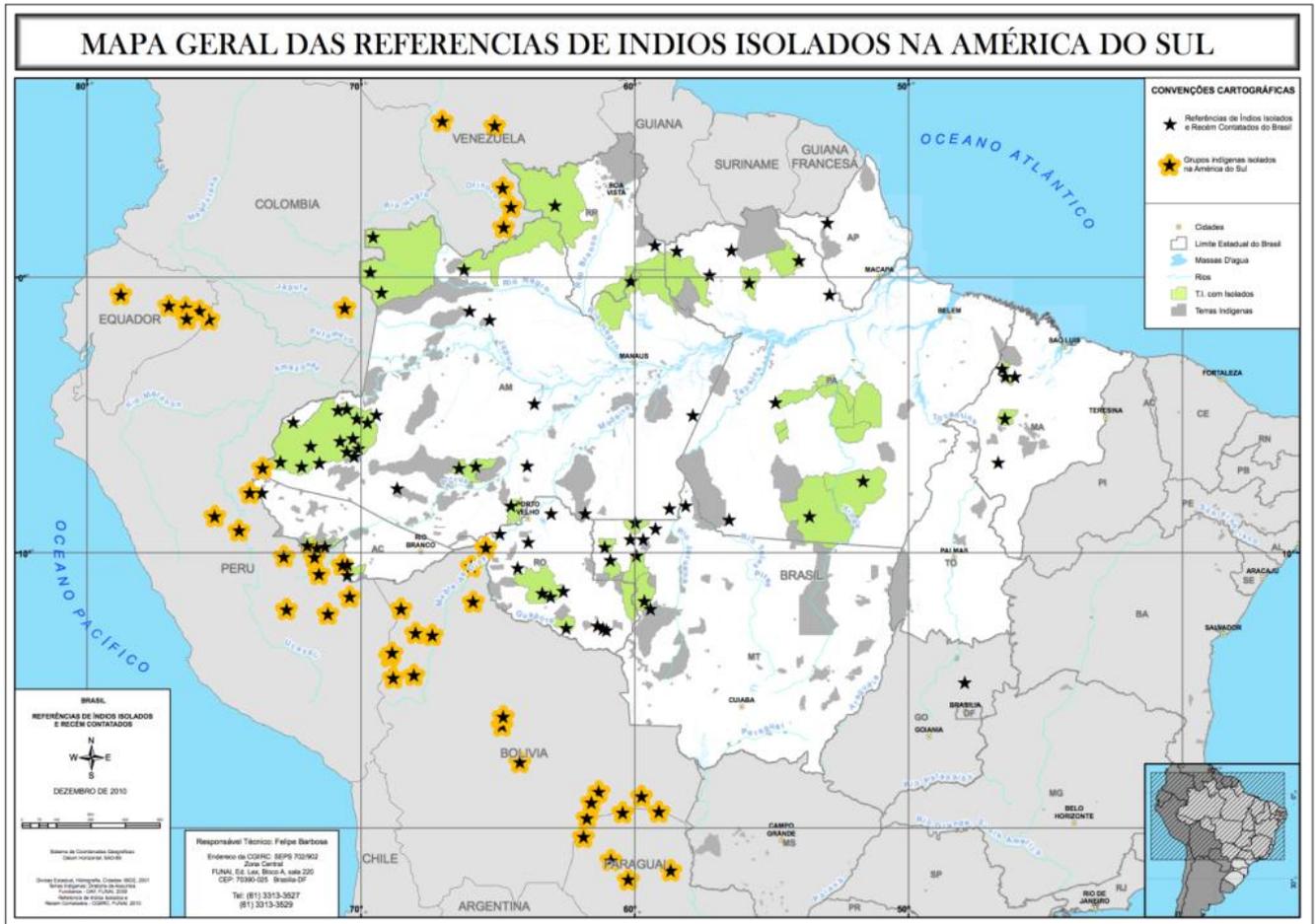
Registros de Índios Isolados	Em Terras Indígenas	Fora de Terras Indígenas
Informações	54	16
Referências não confirmadas	24	10
Referências confirmadas	26	01

Fonte: CGIIRC/FUNAI, apresentação na Oficina Nacional de proteção à saúde e promoção de direitos dos povos indígenas isolados e de recente contato. Brasília, novembro de 2013.

Das 24 referências não confirmadas, 10 encontram-se fora de terras indígenas e das 54 informações, 16 encontram-se fora de terras indígenas.

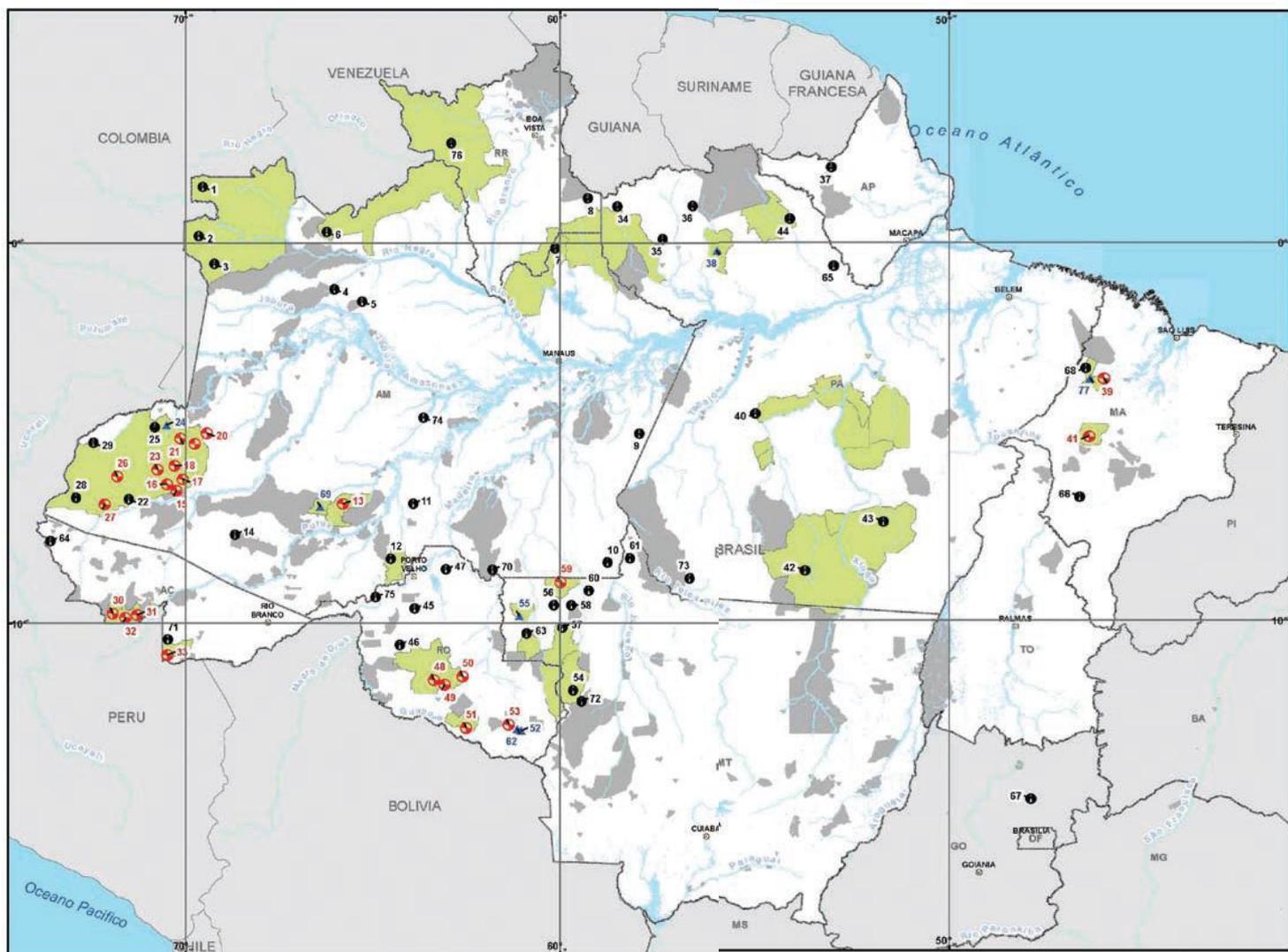
A figura 7 mostra a localização das referências de Índios Isolados no Brasil e na América do Sul em 2011 e a figura 8 mostra a localização das referências no Brasil. Os números das referências no mapa da figura 8 estão relacionados aos dos quadros 6 a 16.

Figura 7. Mapa Geral das referências de Índios Isolados no Brasil e na América do Sul, 2011



Fonte: VAZ, Antenor, "Isolados no Brasil – Política de Estado: Da Tutela para a Política de Direitos – Uma Questão Resolvida? Brasil, Iwgia, 2011. http://www.iwgia.org/publications/search-pubs?publication_id=453

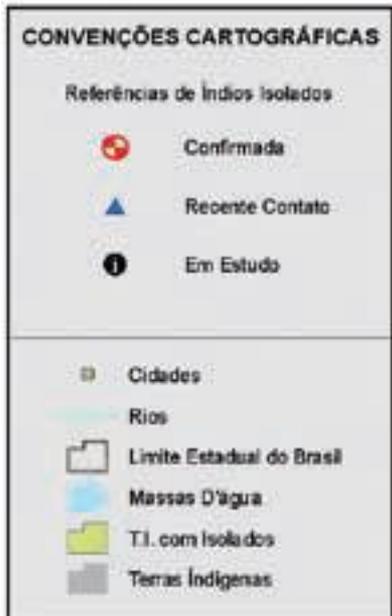
Figura 8. Referências de Índios Isolados e de Recente Contato em estudo no Brasil em 2010.



Fonte: VAZ, Antenor, "Isolados no Brasil – Política de Estado: Da tutela para a Política de Direitos – Uma Questão Resolvida? Brasil, Iwgia, 2011. http://www.iwgia.org/publications/search-pubs?publication_id=453



LEGENDA DO MAPA DA FIGURA 8



Uma medida fundamental para proteção dos índios isolados é seu direito ao isolamento, que se encontra ameaçado, especialmente pelos grandes projetos de infraestrutura em andamento na Amazônia Brasileira, com destaque para a Iniciativa para a Integração da Infraestrutura da América do Sul - IIRSA¹⁴, no contexto macro regional sul-americano, e o Programa de Aceleração do Crescimento – PAC, no contexto brasileiro, que têm em comum a proposta de desenvolver e integrar a infraestrutura de transporte, energia e comunicação. Estes projetos pretendem estabelecer corredores (aéreos, viários, ferroviários e hidroviários) para incrementar o comércio e estabelecer cadeias produtivas relacionadas diretamente com a exploração dos recursos naturais renováveis e não renováveis, conectadas com os mercados do mundo, principalmente da América do Norte, Europa e Ásia. Outra ameaça que merece destaque são as atividades ilegais relativas à exploração madeireira, garimpos e narcotráfico, que não abordaremos neste relatório (quadro 5).

Com relação ao IIRSA, a realização dos megaprojetos impõe a remoção de *barreiras* na Amazônia e Cordilheira dos Andes (sem nenhuma menção às populações originárias que ali habitam) ocupando as regiões estratégicas com *baixa densidade populacional* porém com grandes reservas de matérias primas e biodiversidade (VAZ, 2013). O mesmo autor cita outro pesquisador brasileiro, Carlos Walter Porto-Gonçalves (apud VAZ, 2013):

Os “eixos e os fluxos” visam interligar portos e a integração regional deve cumprir o papel de integrá-los competitivamente aos mercados mundiais. Assim, ignorar a “região” e privilegiar os “fluxos” que circulam pelos “eixos” implica reconfigurar / desconfigurar / configurar blocos de poder que estavam antes conformados pelas unidades territoriais dos diferentes estados que, no caso do Brasil, implicava os municípios e os estados. Além disso, ao privilegiar uma integração regional na perspectiva das oportunidades que se

¹⁴ Lançado em setembro de 2000, durante a reunião dos 12 presidentes sul-americanos e 350 empresários latinoamericanos realizada em Brasília, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) apresentou o Plano de ação para a integração da infraestrutura Sul-americana, disponível em <http://www.oei.es/oeivirt/cimeira2.htm>

abrem nos mercados mundiais , não se parte das realidades locais a serem viabilizadas e, deste modo , são ignorados os grupos sociais que se forjam nessas escalas que tendem a aparecer como obstáculos a esse projeto.”

Os eixos do IIRSA afetam 664 comunidades indígenas, das quais 78% encontram-se em quatro países: Brasil (194), Venezuela (124), Paraguai (120) e Bolívia (80), segundo levantamento feito pelo mesmo autor¹⁵.

No Brasil, o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) prevê um conjunto de empreendimentos de caráter desenvolvimentista e vinculados a interesses econômicos, muitos deles regionais, que impactam direta ou indiretamente um grande número de Terras Indígenas. Na região Norte e Centro Oeste do país vários projetos incidem em territórios ocupados por índios isolados e de recente contato e não sendo conhecidos estudos sobre o impacto dessas obras especificamente sobre esses povos.

Os quadros abaixo relacionam empreendimentos do PAC que afetam Terras Indígenas no Brasil ou regiões com a presença de Índios Isolados e de Recente Contato nos estados do Acre, Amazonas, Goiás, Rondônia, Roraima, Mato Grosso e Pará.

Quadro 18. Empreendimentos do PAC que afetam terras indígenas no Brasil, 2013.

TIPOLOGIA										
Geração de Energia (UHE)	Gasoduto (GD)	Refinarias (R)	Linha de Transmissão (LT)	Rodovias (BR)	Hidroviás (HD)	Ferrovias (FR)	Cabo Ótico (CO)	Porto (P)	Barragem (B)	Integração São Francisco
40	03	02	19	32	01	12	01	02	01	01
Total = 114 Empreendimentos										

Fonte: VAZ A. Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato no Brasil – Políticas, direitos e problemáticas. Trabalho apresentado em maio de 2013, no “Seminário de Especialistas: Povos Indígenas em Isolamento Voluntário e Contato Inicial nas Américas” promovido pela CIDH – OEA .

¹⁵ GONÇALVES, Carlos Walter Porto - “Ou inventamos ou erramos. Encruzilhadas de Integração Regional Sul-Americana”, 2011., pag. 27

Dos 114 empreendimentos do PAC que afetam terras indígenas, 42 atingem 28 referências de grupos isolados e cinco referências de grupos de recente contato, conforme o quadro 19 abaixo.

Quadro 19. Empreendimentos do PAC que afetam terras indígenas e/ou regiões com presença de índios isolados e de recente contato no Brasil, 2013.

TIPOLOGIA	Geração de Energia (UHE)	Gasoduto (GD)	Refinarias (R)	Linha de Transmissão (LT)	Rodovias (BR)	Hidroviás (HD)	Ferrovias (FR)	Cabo Ótico (CO)	Porto (P)	Barragem (B)	Integração São Francisco
<u>REFERÊNCIAS de II e RC ATINGIDAS PELO PAC</u>	21	03	00	07	09	00	01	00	00	00	00
TOTAL	33 Referências										
<u>REFERÊNCIAS DE II ATINGIDAS PELO PAC</u>	19	02	00	04	02	00	01	00	00	00	00
TOTAL	28 Referências										
<u>REFERÊNCIAS DE RC ATINGIDAS PELO PAC</u>	02	01	00	03	00	00	00	00	00	00	00
TOTAL	05 Referências										

Fonte: VAZ A. Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato no Brasil – Políticas, direitos e problemáticas. Trabalho apresentado em maio de 2013, no “Seminário de Especialistas: Povos Indígenas em Isolamento Voluntário e Contato Inicial nas Américas” promovido pela CIDH – OEA .

10. Assistência à Saúde dos Indígenas de Recente Contato no Brasil

O Brasil avançou significativamente na assistência à saúde dos Povos Indígenas com a criação do subsistema de saúde específico, que faz parte do sistema de saúde público brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, não há nada sistematizado sobre o monitoramento, vigilância e assistência à saúde dos grupos isolados, embora as referências confirmadas de grupos de recente contato encontrem-se em sua totalidade no interior das Terras Indígenas e, conseqüentemente, na área de abrangência e de responsabilidade sanitária de algum dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Algumas experiências estão em andamento, como entre os Zo'é, no Pará. Essas experiências, entretanto, revelam-se frágeis, por conta do despreparo e a alta rotatividade dos profissionais que atuam nas equipes de saúde indígena. Em algumas

situações, como no caso dos Waimiri-Atroari, as ações de saúde correm por conta de programas próprios, coordenados pela FUNAI com recursos financeiros específicos, compensatórios pela instalação, em seus territórios, de obras de infraestrutura. Esses projetos tem pouca articulação com a SESAI.

Nesse contexto é estratégica a elaboração de Planos de Contingência, com a finalidade de reduzir os danos que ocorrem tanto em situações de contato com grupos de índios isolados como nos surtos epidêmicos de doenças infecto-contagiosas em grupos de recente contato, com destaque para as infecções respiratórias agudas, diarreias de etiologia viral e doenças imunopreveníveis.

A alta vulnerabilidade sanitária dos povos isolados e de recente contato é indicativa da complexidade do problema, que deve abordado de forma interinstitucional, interdisciplinar e colaborativa, com a participação de indígenas e especialistas de diferentes áreas do conhecimento como política, ciências sociais, saúde coletiva e indigenismo.

Uma importante fragilidade no SASI-SUS é a ausência de informações epidemiológicas, de qualidade e disponíveis, a respeito da população indígena assistida, dificultando o planejamento adequado das ações de saúde. Os quadros abaixo, apresentados pelo Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI) da SESAI durante a Oficina Nacional em novembro de 2013 demonstram o impacto de surtos epidêmicos de doenças infecto-contagiosas em comunidades indígenas de recente contato.

Quadro 20. Óbitos relacionados a surtos de doenças infecto-contagiosas em grupos de recente contato, Brasil, 2012-2013.

DSEI	Etnia	Ano	Causa	Óbitos
DSEI Altamira	Parakanã	2012	Síndrome Respiratória Aguda e Doença Diarreica Aguda	4
DSEI Alto Rio Negro	Hupda	2013	Doença Diarreica Aguda	4
DSEI Alto Rio Negro	Hupda	2012	Síndrome Respiratória Aguda	5
DSEI Guamá-Tocantins	Zo`e	2012	Síndrome Respiratória Aguda	-
DSEI Guamá-Tocantins	Zo`e	2013	Hepatite A	-
DSEI Médio Rio Purus	Suruwahá	2012 / 2013	Malária	-
DSEI Vale do Javari	-	2012	Doença Diarreica Aguda	5
DSEI Altamira	Arawete	2011	Síndrome Respiratória Aguda e Doença Diarreica Aguda	3

Fonte: DASI/SESAI, dados preliminares extraídos em 12/11/2013.

Quadro 21. População e principais doenças que acometem grupos de recente contato em 4 DSEI da região Norte, Brasil, 2013.

	DSEI ALTAMIRA	DSEI MARANHÃO	DSEI GUAMA-TOCANTINS	DSEI MÉDIO PURUS
ETNIA(S) DE RECENTE CONTATO	Araweté; Parakanã e Arara da Cachoeira Seca	Awa-Guajá	Zo`é	Suruwaha
POPULAÇÃO	1.064	382	268	150
PRINCIPAIS DOENÇAS REGISTRADAS	Doenças Respiratórias Doenças Diarreicas	Doenças Respiratórias; Doenças Diarreicas; Doenças Infecciosas e parasitárias	Doenças Respiratórias; Doenças Infecciosas e parasitárias; febre de origem desconhecida; malária.	Doenças Respiratórias Malária

Fonte: DASI/SESAI, dados preliminares extraídos em 12/11/2013.

Quadro 22. Óbitos registrados entre grupos de recente contato, Brasil, janeiro a outubro de 2013.

ETNIA	NÚMERO DE ÓBITOS
Arara	1
Parakanã	1
Hüpdah	6
Z'océ	1
Uru-eu-wau-wau	1
Korubo	1
Yanomami	147
Yekuana	1

Fonte: FormSUS - CGMASI/SESAI/MS. Dados preliminares extraídos em 12/11/13.

Dos 34 DSEI que compõe o SASI-SUS, 19 (56%) possuem referências a grupos isolados e grupos de recente contato no território sob sua responsabilidade sanitária. São eles:

UF	Distrito Sanitário Especial Indígena
AC	Alto Rio Juruá
AM	Alto Rio Purus, Médio Rio Purus, Vale do Javari, Médio Rio Solimões, Alto Rio Solimões, Alto Rio Negro, Parintins
AP	Amapá e Norte do Pará
MT	Araguaia e Kaiapó Mato Grosso
PA	Kayapó Pará, Guamá-Tocantins, Altamira e Rio Tapajós
RO	Porto Velho e Vilhena
RR	Leste de Roraima e Yanomami

Segundo dados do sistema de informações em saúde indígena (SIASI) a população indígena de recente contato no Brasil era de 26.744 pessoas em outubro de 2013 (quadro 23).

Quadro 23. População indígena de Recente Contato, de acordo com a etnia e DSEI, Brasil, 2013.

DSEI	ETNIA	SEXO		POPULAÇÃO TOTAL
		MASCULINO	FEMININO	
Altamira	Arara	245	244	489
	Araweté	225	227	452
	Parakanã	268	258	526
Alto Rio Negro	Hüpdah	1.557	1.512	3.069
Araguaia	Ava-Canoeiro	3	5	8
Guamá-Tocantins	Z'océ	141	127	268
Leste de Roraima	Waimiri-Atroari	1	0	1
Maranhão	Guaja	199	183	382
Médio Rio Purus	Suruahá	76	74	150
Porto Velho	Juma	2	4	6
	Uru-Eu-Wau-Wau	70	50	120
Vale de Javari	Korubo	16	16	32
Vilhena	Akuntsu	2	3	5
	Canoe	3	1	4
Yanomami	Yanomami	10.839	10.036	20.875
	Yekuana	167	190	357
Total		13.814	12.930	26.744

Fonte: SIASI - CGMASI/SESAI/MS. Dados referentes a junho de 2013.

11. Proposições e diretrizes para a elaboração de Planos de Contingência para situações de contato com Índios Isolados e intervenção em surtos epidêmicos em Índios de Recente Contato no Brasil.

As possibilidades de contato de povos indígenas isolados podem ser definidas em três contextos distintos. No primeiro, que independe da ação da Funai, o próprio povo indígena isolado procura estabelecer relação. No segundo, comunidades do entorno – indígenas ou não – procuram estabelecer contato. No terceiro, o contato é realizado pela FUNAI, quando a situação de risco, em função da pressão econômica e de exploração dos recursos naturais existentes não pode ser revertida pelo Estado, havendo a necessidade de intervenção do órgão indigenista para garantir a sobrevivência do grupo.

As proposições e diretrizes aqui descritas foram sistematizadas a partir da seguinte metodologia:

- participação nas reuniões do Grupo de Trabalho Interministerial criado em fevereiro de 2012, nas quais estavam presentes representantes da FUNAI (nível central e FPE), DASI/SESAI (nível central e DSEI), e especialistas em saúde indígena convidados;
- participação na reunião regional de consultores nacionais de saúde e representantes de Ministérios da Saúde em setembro de 2013, em Lima, Peru;
- entrevistas com representantes do DASI/SESAI e da CGIIRC/FUNAI
- pesquisa bibliográfica;
- visita à área Zo'é, grupo de recente contato no estado do Pará;
- sistematização dos relatos e propostas da Oficina Nacional sobre metodologias de atenção à saúde, proteção e promoção de direitos dos povos indígenas isolados e de recente contato no Brasil, realizada em Brasília de 18 a 21 de novembro de 2013.

Para melhor entendimento das recomendações e diretrizes propostas, é necessária a definição de alguns conceitos e princípios fundamentais. Utilizaremos as siglas II para a categoria Índios Isolados, RC para a categoria de Recente Contato e IIRC quando nos referirmos a ambas:

a) **Vulnerabilidade sócio-epidemiológica:** consiste num conjunto de fatores, individuais e coletivos, que fazem com que os grupos isolados e de recente contato sejam mais suscetíveis a adoecer e morrer em função, principalmente, de doenças infecciosas simples como gripes, diarreias e doenças imunopreveníveis, pelo fato de não terem memória imunológica para os agentes infecciosos corriqueiros na

população brasileira e não terem acesso, no caso dos isolados, à imunização ativa por vacinas.

Outros fatores que concorrem para sua maior vulnerabilidade são sua forte relação e dependência do meio ambiente onde vivem e a possibilidade de contatos, ainda que fugazes, com profissionais de saúde, indigenistas e com populações do entorno de suas áreas, em especial com grupos indígenas contatados que compartilham seus territórios.

A grande vulnerabilidade sanitária dos povos indígenas isolados e de recente contato exige do serviço de saúde competências, habilidades e estruturas específicas para proteger a saúde desta população, diminuir a mortalidade consequente a doenças adquiridas pelo contato e mitigar seus efeitos deletérios nas condições de saúde do grupo.

b) **Precaução:** Diante das evidências diretas ou indiretas da presença de II, o contato deve ser evitado, e a proteção de seus territórios garantida por parte do Estado brasileiro. Faz parte do princípio da precaução a divulgação e conscientização, regional e nacional e internacionalmente, de sua presença e do risco de extinção física do grupo que o contato inadvertido pode acarretar.

c) **Prevenção Primária**, que envolve diferentes aspectos como:

- Identificar com a maior precisão possível a língua (família ou tronco linguístico) de cada referência conformada com apoio de especialistas. Um grupo importante é o do Laboratório de Línguas Indígenas da UnB, com importante atuação no Vale do Javari (LALI: www.laliunb.com.br);
- capacitar profissionais de saúde dos DSEI com IIRC para atuação junto a esses povos, em ambientes de interculturalidade. Essa capacitação deve ser

interdisciplinar, envolvendo áreas de conhecimento como a saúde coletiva, antropologia, linguística, indigenismo, política indigenista e de saúde indígena, reforçando a importância do respeito e articulação com os sistemas tradicionais de cuidado e cura;

- promover a colaboração e troca de informações entre os diferentes bases de dados (SESAI, FUNAI e organizações da sociedade civil como o ISA, CIMI, OPAN e CTI¹⁶, entre outras) para melhor conhecimento de sua localização e principais ameaças às quais estão sujeitos;
- adoção de medidas de saúde dirigidas à população do entorno, especialmente indígenas, visto que a maioria das referências a II encontra-se em Terras Indígenas compartilhadas com outros grupos/povos que mantém contato com a sociedade nacional. As mesmas medidas devem ser adotadas junto a comunidades de não-indígenas do entorno. Essas medidas incluem a manutenção de altos níveis de cobertura vacinal (acima de 90%), acesso a serviços de saúde para diagnóstico e tratamento precoce e controle efetivo das principais endemias, em especial a malária e leishmaniose cutâneo-mucosa e visceral (calazar);
- assegurar que os profissionais de saúde, indigenistas, militares e pessoal de apoio que circulam nesses territórios, estejam livres de qualquer doença infecto-contagiosa, com especial atenção para as viroses respiratórias, doenças diarreicas virais, malária, calazar e tuberculose;
- estabelecer códigos de conduta para os profissionais de saúde indigenistas, militares e pessoal de apoio que circulam nesses territórios, no sentido de

¹⁶ ISA – Instituto Socioambiental: www.socioambiental.org; CIMI – Conselho Indigenista Missionário: www.cimi.org.br; CTI – Centro de Trabalho Indigenista: www.trabalhoindigenista.org.br; OPAN – Organização Amazônia Nativa: www.amazonianativa.org.br

evitar contatos íntimos, troca de bens de consumo e alimentos industrializados.

d) **Prevenção Secundária:** consiste na adoção de medidas diferenciadas, rápidas e eficazes de intervenção, com o objetivo de evitar a alta morbi-mortalidade que se instala por ocasião do contato e dos subsequentes surtos epidêmicos que assolam grupos de RC, colocando em risco sua sobrevivência física e sócio-cultural.

- Entre as medidas, a realização de inquéritos soro-epidemiológicos, com o intuito de mapear as principais doenças para as quais esses povos não tem imunidade pode ser uma importante ferramenta, considerando que atualmente existem tecnologias pouco invasivas (retirada de uma gota de sangue por punção digital) e factíveis de serem realizadas em campo.

e) **Resolutividade** que consiste em:

- Efetuar o maior número de ações e procedimentos dentro das terras indígenas evitando, sempre que possível, a remoção de pessoas para centros urbanos para tratamentos de saúde;
- Incorporar tecnologias adequadas ao trabalho em campo, como acesso à internet, disponibilização de kits para realização de exames subsidiários em campo, de aparelhos de RX e Ultrassonografia portáteis, supervisão e apoio à distância para as equipes de campo utilizando-se recursos da Telemedicina e Telessaúde;
- Identificar e pactuar com os serviços de saúde de referência do SUS regional e nacional e com as Casas de Saúde Indígena (CASAI), o acolhimento e tratamento diferenciado de indígenas de recente contato e de grupos onde houve a quebra do isolamento, respeitando suas especificidades;

f) Intervenção mínima:

De acordo com as necessidades, priorizando as ações indispensáveis à proteção da saúde dessa população, como a imunização. Deve ser evitada a presença de equipes grandes e acesso de jornalistas e outros profissionais de mídia (o número de componentes da equipe não deve exceder o número de indígenas do grupo contatado). A presença de profissionais do sexo feminino é fundamental para facilitar a abordagem às mulheres.

O Plano de Contingência para situações emergenciais constitui uma ferramenta de gestão com a finalidade de minimizar os efeitos negativos de situações que põem em risco a saúde e a defesa da vida, o bem estar, a autodeterminação, e demais direitos dos índios isolados e de recente contato.

Recomendações para a elaboração dos Planos de Contingência:

- definir quebra de isolamento de II e surtos epidêmicos em grupos de RC como emergências de saúde pública, de notificação obrigatória e imediata nos moldes do Decreto 7616 de 17/11/2011¹⁷;
- Instituição de grupo de trabalho permanente designando técnicos da SESAI/DASI e FUNAI/CGIIRC para o acompanhamento e proposição de normas técnicas e diretrizes para atenção à saúde dos IIRC;

¹⁷ Decreto 7616 de 17/11/2011. Art. 2º A declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN ocorrerá em situações que demandem o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública. Art. 3º A ESPIN será declarada em virtude da ocorrência das seguintes situações: I - epidemiológicas; II - de desastres; ou III - de desassistência à população.

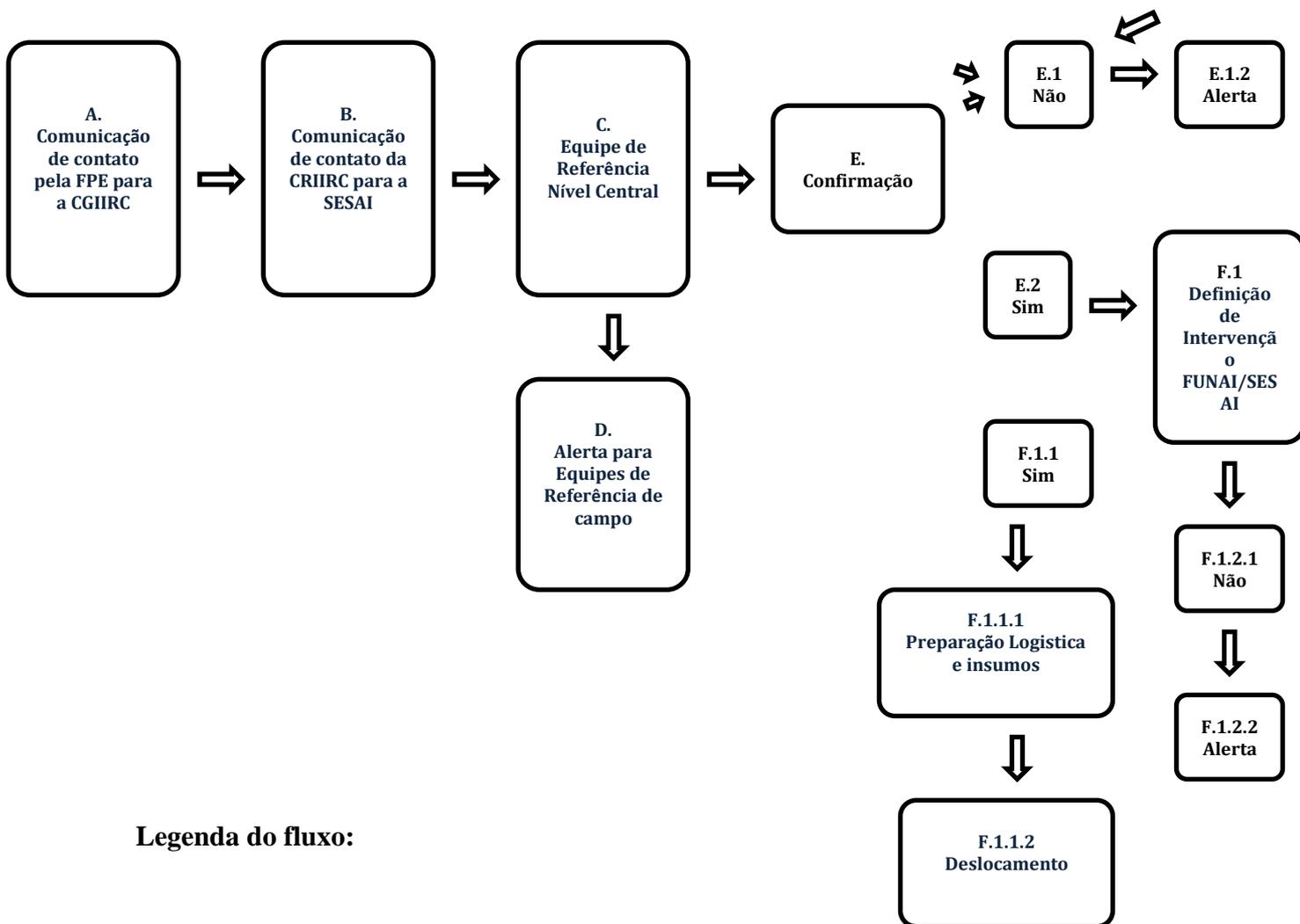
- Estabelecimento de critérios para avaliação de risco da situação de contato ou do surto epidêmico como por exemplo:
 - Número total de pessoas do grupo afetado, sexo e idade estimada;
 - Número de óbitos pós contato ou decorrentes do surto epidêmico;
 - Total de pessoas com febre, mal-estar, sudorese, calafrios e outros sintomas sugestivos de doença infecciosa;
 - Número de pessoas com suspeita de infecção respiratória (taquipnéia, cianose, tiragem intercostal);
 - Número de pessoas “acamadas”(em redes, hipoativos, sem conseguir ingerir alimentos);
 - Número de crianças (menores de 4 anos de idade) com diarreia.
- Definir orçamento específico para ações de saúde dirigidas aos IIRC em casos de surtos epidêmicos e situações de quebra de isolamento;
- Elaborar, em cada DSEI com presença de IIRC, em conjunto com as Frentes de Proteção Etnoambiental da FUNAI (FPE), de Plano de Ação adequado à realidade local, considerando as necessidades de qualificação das equipes, fornecimento regular de insumos e equipamentos e pactuação com a rede de referência do SUS regional para o suporte em casos de surtos e epidemias, com qualificação do nível de resolubilidade local e regional e acionamento de apoio do nível central quando necessário;
- Capacitar as equipes das FPE em ações básicas de promoção e prevenção em saúde;
- Instituir e qualificar equipes de campo e de referência regional, no âmbito dos DSEI e das FPE;

- Instituir e qualificar equipe de referência nacional, com a participação de instituições e profissionais experientes, que possam intervir em situações de contato com grupos de II e surtos epidêmicos em grupos de RC, garantindo eficiência na sua convocação e mobilidade;
- Constituir referências focais, para monitoramento de ameaças e possibilidades de contato, com especial atenção para a incorporação de indígenas de grupos contatados que compartilham territórios com os II.

Os Planos de Contingência deverão ter pelo menos:

a) definição do fluxo das informações e da necessidade de intervenção

Proposta de fluxo de informações e necessidade de intervenção para situações de quebra de isolamento, elaborada em conjunto com técnicos do DASI/SESAI e CGIIRC/FUNAI



Legenda do fluxo:

A – Comunicação de contato pela Frente de Proteção Etnoambiental à Coordenação Geral de Índios Isolados e Recente Contato/CGIIRC FUNAI

B- Comunicação de contato da CGIIRC para a SESAI;

C - Equipe de Referência Nível central da SESAI e FUNAI e colaboradores de outras instituições previamente identificados;

D- Alerta para Equipes de Referência de campo – Equipe de Referência Central colocar em alerta as equipes de referência de campo, previamente capacitadas para executar Plano de Contingência;

E. Confirmação - Da informação do contato pela FUNAI e necessidade de intervenção. Caso essa confirmação esteja relacionada a área de fronteira, o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Defesa deverão ser acionados;

E.1. Não – Configuração de negativa de situação de contato;

E.1. 2 Alerta – manter equipe de campo em alerta por tempo determinado conforme Plano de Contingência;

E.2 Sim – Contato Confirmado, realizar detalhamento das informações, conforme estabelecido no Plano de Contingência;

F.1 Definição de Intervenção FUNAI/SESAI – Definir qual estratégia de campo a ser utilizada pela equipe de saúde, conforme previsto no Plano de Contingência local;

F.1.1 Sim – Definida intervenção de campo da saúde – equipe de campo e insumos necessários para sua atuação;

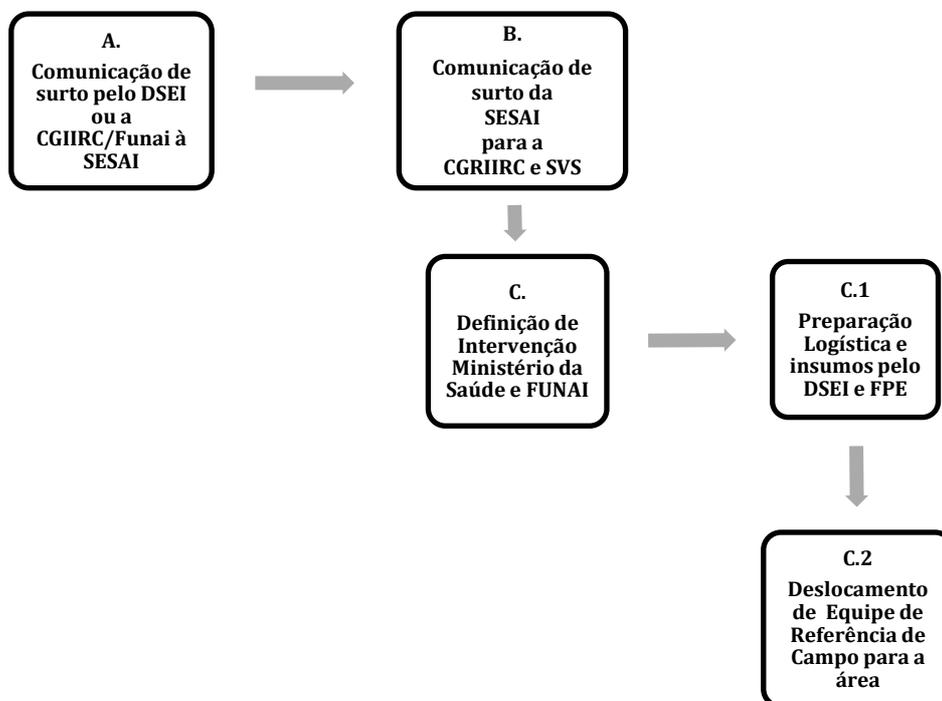
F.1.2 Não – Definido pela não intervenção imediata da equipe de campo da saúde, conforme estabelecido no Plano de Contingência;

F.1.1.1 - Logística e Insumos – organizar a logística e os insumos necessários para a atuação da equipe de campo;

F.1.1.2 Deslocamento da Equipe de Referência – No caso da definição pela intervenção da saúde – deslocar equipe nacional de referência para apoiar a equipe de campo durante a intervenção, garantindo acesso a todos os meios de transporte, comunicação e insumos necessários;

F.1.2.1 Alerta - No caso da definição pela não intervenção da saúde, manter a equipe de saúde e equipe de referência nacional em alerta.

Proposta de fluxo de informações e necessidade de intervenção para situações de surtos epidêmicos, elaborada em conjunto com técnicos do DASI/SESAI e CGIIRC/FUNAI



Legenda do fluxo:

A – Comunicação de surto epidêmico pelo DSEI ou CGIIRC/Funai à SESAI em 24 horas;

B- Comunicação de surto epidêmico pela SESAI para a Secretaria de Vigilância em Saúde/SVS e CGIIRC;

C. Definição de Intervenção pelo Ministério da Saúde – Definir qual estratégia de campo a ser utilizada pela equipe de saúde, conforme previsto no Plano de Contingência local. Acionar outros órgãos governamentais tais como Ministério da Defesa, FUNAI, universidades, secretarias de estados e municípios;

C.1. Preparação da logística pelo DSEI e FPE para atuação da equipe de saúde.
Monitoramento pela SESAI e CGIIRC;

C.2 Deslocamento da equipe de referência para o campo.

b) Constituição de Equipes de Referência

- **Equipe de Referência de Nível Central:** formada por técnicos do DASI/ SESAI, CGIIRC/FUNAI, para gerenciar conjuntamente as situações que envolvem o planejamento e monitoramento das ações de saúde dirigidas a povos indígenas isolados e de recente contato. É altamente recomendável o recrutamento de colaboradores de instituições governamentais e não governamentais, com experiência em saúde indígena indigenismo. Deve promover a capacitação das equipes locais e regionais, a elaboração do plano de intervenção e a relação dos materiais e insumos necessários, envolvendo os DSEI e serviços de referência, monitorar as ações desenvolvidas e constituir grupo técnico para elaborar os protocolos para atuação das equipes de campo. Finalmente deve constituir uma equipe nacional de referência a ser acionada para intervenção em casos de necessidade.
- **Equipe de Referência Local/Regional:** formada por profissionais da DSEI/SESAI e FPE/FUNAI, (indigenista, médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, pessoal habilitado para tradução (linguista ou interprete indígena), antropólogo com conhecimento da organização social do grupo indígena e responsável pela logística. Deve planejar, coordenar e executar o Plano de Contingência em campo e contar com equipe a distância para dar suporte durante as intervenções. Nenhum membro da

equipe deve atuar em campo junto aos povos indígenas se estiver com sinais e/ou sintomas de febre e/ou gripe ou outras doenças contagiosas que ofereçam riscos para a saúde desses povos. Deve ser definida a necessidade de quarentena para a equipe, de cerca de uma semana, com objetivo principal de prevenir a gripe nos integrantes da equipe. É necessária a incorporação de tecnologia de ponta para comunicação rápida e georeferenciamento. A equipe deverá contar com pelo menos uma profissional do sexo feminino, como facilitadora da aproximação com as mulheres indígenas.

- Por ocasião do contato, a equipe de campo deve ser capaz de fazer o monitoramento epidemiológico e obter informações sobre a situação de saúde do grupo e realizar as intervenções necessárias (ver proposta de ficha médica individual no anexo II);
 - Realizar ações para informação e sensibilização periódica junto aos moradores das áreas do entorno dos povos IIRC, instituições governamentais e não governamentais e a sociedade civil sobre a situação desses povos. Deve ser dada atenção especial à saúde das comunidades do entorno diante da possibilidade de transmissão de doenças.
- b) Materiais e Insumos básicos e logísticos: Imunobiológicos (elenco de vacinas adotado para a população indígena, e vacinas especiais considerando-se o perfil epidemiológico do grupo, de preferência utilizando-se vacinas polivalentes, de administração mais fácil), medicamentos, materiais para suporte básico de urgência, alimentos, gerador portátil, equipamentos e insumos para permanência em campo e transporte para áreas de difícil acesso

(helicóptero, aviões, barcos, carros etc), insumos e equipamentos de RX e Ultrassonografia portáteis e equipamentos adequados para atendimento odontológico em campo.

- c) Registro adequado dos indígenas, com fichamento que permita o acompanhamento individual e das famílias extensas. Um modelo (anexo II) que vem sendo utilizado com sucesso pelo Projeto Xingu, da EPM/Unifesp, pode ser utilizado ou servir como referência para a construção desse instrumento, fundamental para o monitoramento demográfico, sócio-cultural e epidemiológico da população contactada ou de recente contato.

12. Sumário de Considerações Finais

1. Historicamente as epidemias assolaram inúmeros povos indígenas brasileiros, fazendo com que muitos desaparecessem sem que o Estado tenha reconhecido sua existência. A dificuldade desses povos em desenvolverem, em curto prazo, defesas orgânicas para combater doenças infectocontagiosas, os coloca em uma situação de extrema vulnerabilidade sanitária.
2. A condição de vulnerabilidade, a falta de proteção adequada por parte do Estado Brasileiro e a assimetria na relação desses povos com o Estados e a sociedade nacional ameaça e põe seus direitos em risco. Uma gripe comum pode dizimar uma comunidade inteira ou boa parte dela, como ocorreu com frequência em passado recente.
3. O conhecimento acumulado sobre povos indígenas contactados nas três últimas décadas indica que estes povos passaram por situações esporádicas de contato com segmentos da sociedade nacional, muitas das quais traumáticas. Podem

também ter estabelecido contato com outros povos indígenas, inclusive em situações de rivalidade.

4. À exceção dos Avá-canoeiro, os demais grupos indígenas isolados ou os de recente contato, localizam-se na Amazônia Legal, em regiões de difícil acesso. A FUNAI considera atualmente 104 registros que indicam a possível presença de grupos, dos quais 26 estão confirmados e são acompanhados pela Coordenação Geral de Índios Isolados e Recente Contato da Funai.
5. A atual política de proteção aos povos indígenas isolados e de recente contato, preconiza que estas áreas devem ser fiscalizadas permanentemente, e seus recursos naturais preservados, não sendo recomendado o contato por parte das equipes de proteção. Considere-se que muitas destas áreas estão em regiões de que têm como características redes de saúde públicas menos estruturadas e serem objeto de projetos governamentais de desenvolvimento econômico. Atividades ilegais de exploração de madeira, garimpo e narcotráfico também são encontradas em várias regiões de IIRC e constituem ameaças à sua integridade.
6. O Subsistema de Saúde Indígena, constituído pela SESAI e a rede de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, é responsável pela implementação das ações de atenção integral à saúde dos povos indígenas, incluídos os grupos isolados e de recente contato.
7. Embora o Estado brasileiro tenha reconhecido e sistematizado a presença destes povos fora e dentro de Terras Indígenas, não existem normatizações ou diretrizes que contemplem medidas diferenciadas de atenção à saúde, adequadas às especificidades e necessidades de saúde destes povos.

8. O que pode contribuir de forma determinante para a alta mortalidade destes povos é a falta de equipes de saúde capacitadas para realizar as intervenções necessárias para mitigar os efeitos deletérios à saúde e a alta mortalidade observada nos grupos indígenas que sucede seu contato com a sociedade nacional.
9. Entre os desafios colocados para o setor saúde organizar uma intervenção adequada junto aos IIRC destaca-se a falta de recursos humanos capacitados, a localização dos povos isolados em áreas de difícil acesso, em regiões onde vivem grupos indígenas que mantêm contato definitivo com a sociedade nacional e que constituem vetores de contato e contágio. É com esses grupos, que compartilham territórios com povos isolados ou de recente contato, que ocorre, com maior frequência, a quebra da condição de isolamento.
10. Promover a saúde dos povos contactados que compartilham territórios com grupos isolados e de recente contato, contribui para proteção de sua saúde e a dos IIRC.
11. A Terra Indígena Vale do Javari é um exemplo e uma prioridade. Lá vivem aproximadamente cinco mil índios das etnias Kanamari, Kulina Pano, Kulina Arawa, Marubo, Matis, Matsés e Mayoruna, que têm contato frequente com a sociedade nacional, compartilhando o território com grupos de contato recente como os Korubo e Tsohom Djapá. A estimativa do número de índios isolados da Terra Indígena Vale do Javari, de diferentes etnias, aproxima-se a da população indígena de contato frequente.
12. O Vale do Javari deve ser considerado uma região prioritária pois é grande a possibilidade de um contato com grupos isolados de forma espontânea por

parte dos indígenas com a equipe da FUNAI, com outros indígenas contatados, com a população regional, militares ou missionários presentes naquela região.

13. O monitoramento e fiscalização periódica pela Frente de Proteção Etno-Ambiental Vale do Javari/FUNAI tem detectado a forte presença destes grupos isolados em diferentes calhas de rios.
14. Há um grupo local de RC, os Korubo, com o qual a equipe da Frente de Proteção da FUNAI mantém contato, que demanda uma abordagem diferenciada e emergencial da saúde, devido a alta incidência de malária e hepatites virais, incluindo a hepatite Delta, de alta mortalidade.
15. As práticas sanitárias junto aos IIRC devem ser permeadas pela escuta e diálogo intercultural, respeitando-se as práticas tradicionais de cura e cuidado;
16. Cabe à FUNAI, coordenar as ações que visam implementar o Sistema de Proteção para Índios Isolados e de Recente Contato, garantindo a proteção dos territórios dos povos indígenas isolados e a integridade física e cultural destes povos, o que inclui articular meios para provimento de assistência adequada à saúde;
17. As Frentes de Proteção atuam em regiões onde existem referências de índios isolados e recente contato, desenvolvem atividades de pesquisa de campo através de expedições e sobrevoos para conhecimento das áreas de ocupação e fazem levantamentos etno-históricos para dimensionar e identificar o território desses povos indígenas. Implementam programas de proteção, vigilância e fiscalização e realizam o controle de acesso a esses territórios.

18. O Planejamento conjunto e colaborativo das ações de saúde entre a FUNAI e a SESAI, poderá evitar novas tragédias em situações de contato, mediante disponibilização e atuação imediata de equipes multiprofissionais de saúde com efetiva capacidade técnica e boas condições de trabalho.

Referências Bibliográficas

- AZEVEDO MM. Evolução da População Indígena no Brasil. Disponível em www.funai.gov.br, acessado em novembro de 2013.
- BLACK FL, Hierholzer W, Pinheiro F, Evans AF, Woodall JP, Opton EM et al. Evidence for persistence of infectious agents in isolated human populations. *Am. J. Epidemiol.* 1974 100(3): 230-250.
- CARNEIRO MC. Política Indigenista no Século XIX. In: Cunha MC organizadora. *História dos Índios do Brasil*. São Paulo: Cia das Letras; 1992, p. 133-154.
- CONFALONIERI UEC. O Sistema Único de Saúde e as Populações indígenas; por uma integração diferenciada. *Cad Saude Pub*, Rio de Janeiro, 5 (4): 441-450 out/dez 1989.
- COSTA DC. Política Indigenista e Assistência à Saúde: Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 4(3):388-401, out/dez, 1987.
- DAVIS SH. *Victims of the Miracle – Development and the Indians of Brazil*. New York: Cambridge University Press, 1977.
- FUNASA. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.
- Gandavo, PM. *Tratado da Terra do Brasil. História da Província de Santa Cruz*. Belo Horizonte, Itatiaia, São Paulo, EDUSP, 1980.
- GARNELO ML, MAQUINÉ AL. Financiamento do Subsistema de Saúde Indígena nos Planos Plurianuais (PPA) no Brasil. Projeto Saúde e Condições de Vida de Povos Indígenas na Amazônia. PRONEX/FAPEAM/CNPq. Manaus, 2013.
- GORENDER J. *O escravismo Colonial*. São Paulo: Ática, 1985 p. 490-91.
- GUIDON, N. As ocupações pré-históricas do Brasil. In: Cunha MC, organizadora. *Historia dos Índios do Brasil*. São Paulo: Cia das Letras; 1992, p. 38-9.
- HEELAS R. *The Social Organization of Panara [tese]*. University of Oxford, 1979.
- LÉRY, J. *Viagem à Terra do Brasil*. Belo Horizonte, Itatiaia, São Paulo, EDUSP, 1980.
- LOEBENS FG, NEVES JLO (org). *Povos indígenas isolados na Amazônia: a luta pela sobrevivência*. EDUA, Manaus, 2011, 366 p.
- MELTZER, DJ. Why don't we know when the first people came to North America. *American Antiquity*. 1989; 54(3):471:90.
- NACIONES UNIDAS – DERECHOS HUMANOS, Oficina del Alto Comisionado. *Directrices de Protección para los Pueblos Indígenas en Aislamiento Y en Contacto Inicial de la Región Amazónica, el Gran Chaco y la región oriental de Paraguay*. Ginebra, mayo

de 2012.

NIMUENDAJU K. Mapa Etno Histórico. IBGE edição fac-similar. Rio de Janeiro: IBGE [Brasília-DF]: Ministério da Educação, 2002. 94 p.

NUTELS N 1968, PAHO, Seventh Meeting of Advisory Committee on Medical Research, Washington D.C. Junho de 1968.

Oliveira JP e Freire CAR. A presença indígena na formação do Brasil. Brasília: MEC; 2006.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z & ALMEIDA FILHO. Epidemiologia & Saúde, 5ª edição, MEDSI, Rio de Janeiro, 1999, p. 473-487.

POMPA, C. Religião como tradução: missionários, tupi e “tapuias” no Brasil colonial. Bauru, SP: EDUSC, 2003.

PUNTONI, P. A guerra dos bárbaros: povos indígenas e a colonização do sertão nordeste do Brasil, 1650-1720. São Paulo: Hucitec/Edusp/FAPESP, 2002.

RIBEIRO D. Convívio e Contaminação. In: Os índios e a civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno. Sétima edição brasileira. São Paulo: Companhia das Letras, 1996 p. 305-345.

RIBEIRO FAN. Avaliação do Programa Zo'é 2012-2013. Relatório Técnico

RICARDO CA, RICARDO F (org). Povos Indígenas no Brasil 2006 - 2010. Instituto Socioambiental (ISA). São Paulo, 2011.

RODRIGUES D, MENDONÇA S. Política Indigenista de Saúde no Brasil. Material instrucional do Curso de Especialização em Saúde Indígena da UNIFESP. Disponível em www.unifesp.br.

RODRIGUES D. Saúde e Doença entre os Panará, povos indígena amazônico de contato recente, 1975 – 2007. Tese [Doutorado]. EPM/UNIFESO, 2013.

SELAU MG. A política indigenista governamental: aspectos ideológicos e administrativos da ação médico-sanitária entre as populações indígenas brasileiras (1967 a 1988). Relatório de pesquisa, Brasília, 1992 (mimeo).

SOUZA, M. A expressão amazonense: do colonialismo ao neocolonialismo. São Paulo: Alfa-Omega, 1978.

SOUZA, M. A guerra popular de Ajuricaba. Manaus: Porantim jul 1979. Ano II, n.9, p.8-9.

STADEN H. Duas Viagens ao Brasil. Belo Horizonte, Itatiaia, São Paulo, EDUSP, 1974.

THEVÉT A. As singularidades da França Antártica. Belo Horizonte, Itatiaia, São Paulo, EDUSP, 1978.

VASCONCELLOS S. Chronica da Companhia de Jesus do Estado do Brasil e do que obrarão seus filhos nesta parte do Novo Mundo, pello Padre Simão de Vasconcellos. Lisboa: Anno MDCLXIII, pp. 101-103.

VAZ A. Isolados no Brasil – Política de Estado: Da tutela para a política de direitos – Uma questão resolvida? Informe IEGIA 10. Brasília, 2011, 64 p. Disponível em http://www.abant.org.br/conteudo/005COMISSOESGTS/CAI/Povos_em_Isolamento_Voluntario-Antenor_Vaz.pdf

_____ Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato no Brasil – Políticas, direitos e problemáticas. Disponível em: http://www.abant.org.br/conteudo/005COMISSOESGTS/CAI/Povos_em_Isolamento_Voluntario-Antenor_Vaz.pdf

ANEXO I

Oficina Nacional sobre Metodologias de Atenção à Saúde, Proteção e Promoção de Direitos dos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato

PROGRAMAÇÃO

Contexto

A oficina é parte do programa Marco Estratégico para a elaboração de uma agenda regional de proteção aos povos indígenas isolados e de contato inicial, da Organização do Tratado de Cooperação Amazônica – OTCA, com a participação da Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Guiana, Peru, Suriname e Venezuela.

Objetivo Geral

Promover o intercâmbio, registro e sistematização de experiências, legislação e metodologias de proteção territorial, promoção de direitos e estratégias de atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas isolados e de recente contato.

Objetivos Específicos

- Identificar políticas e marcos normativos nos campos da proteção territorial, da promoção de direitos e de atenção à saúde;
- Identificar práticas e mecanismos de proteção territorial;
- Identificar práticas e métodos de promoção de direitos no campo sócio-cultural;
- Identificar possibilidades de trabalho conjunto entre a FUNAI/MJ, a SESAI/MS e outros órgãos do Governo Federal para a proteção e promoção de direitos dos povos isolados e de recente contato;
- Identificar possibilidades de trabalho conjunto entre a FUNAI/MJ, SESAI/MS na atenção à saúde dos grupos indígenas de recente contato;
- Propor mecanismos específicos de assistência à saúde de grupos isolados em situações de quebra do estado de isolamento.

Metodologia

- Exposição em bloco, por temas, seguido de discussão e sistematização.
- Plenária final.
- Início das atividades da manhã: 8h30 (exceto no primeiro dia).
- Término das atividades da manhã: 12h30.
- Início das atividades da tarde: 14h00.
- Término das atividades da tarde: 18h00.

PRIMEIRO DIA - 18/11/2013

9h00 às 10h15 – Abertura da Oficina:

- 1) Ministério das Relações Exteriores
- 2) Ministério da Justiça
- 3) Ministério da Saúde
- 4) Organização do Tratado de Cooperação Amazônica
- 5) Banco Interamericano de Desenvolvimento

10h15 às 10h30 – Intervalo para café

10h30 às 11h30 – Mesa 1

“Panorama atual das questões de atenção à saúde, proteção e promoção de direitos dos povos indígenas isolados e recém-contatados no Brasil – quem são, onde estão e quais problemas enfrentam?”

Atuação das Frentes de Proteção Etnoambiental da FUNAI.

- *Carlos Travassos, Coordenador Geral de Povos Indígenas Isolados e Recém-Contatados (CGIIRC/FUNAI).*

A atenção à saúde dos grupos isolados e de recente contato no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

- *Dra. Mariana Maleronka Ferron, Diretora do Departamento de Atenção à Saúde (DASI/SESAI).*

11h30 às 12h30 – Esclarecimentos e debates

12h30 às 14h00 – Intervalo para almoço

14h00 às 16h15 – Roda de debates 1

“Marcos jurídicos internacionais e nacionais sobre atenção à saúde, proteção e promoção de direitos dos povos indígenas isolados e de recente contato.”

- Ministério das Relações Exteriores
- Secretaria Nacional de Articulação Social/PR
- Procuradoria Federal Especializada na FUNAI
- Subchefia de Assuntos Jurídicos da Casa Civil/PR
- Ministério Público Federal
- Advocacia-Geral da União
- Secretaria de Direitos Humanos/PR
- Conselho Nacional de Justiça
- Ministério da Justiça

16h15 às 16h30 – Intervalo para café

16h30 às 17:15 h – Exposição de Davi Kopenawa Yanomami

17h15 às 18:00h – Perguntas e debates

SEGUNDO DIA - 19/11/2013

8h30 às 10h15 – Mesa 2

“Políticas públicas de proteção e promoção de direitos dos povos indígenas isolados e recém contatados.

Apresentação do produto resultante da consultoria contratada pelo Programa OTCA/BID para realização de diagnóstico institucional da política brasileira de proteção e promoção de direitos dos povos indígenas isolados e de recente contato.

- *Antenor Vaz, Facilitador Nacional do Programa OTCA/BID.*

Apresentação da FUNAI sobre o sistema de proteção e as atividades junto aos grupos isolados e de recente contato.

- *Clarisse Jabur e Leonardo Lênin, Coordenação-Geral de Índios Isolados e Recém-Contatados (CGIIRC/FUNAI)*

10h15 às 10h30 – Intervalo para café

10h30 às 11h15 – Continuação da Mesa 2

Perfil epidemiológico e organização da atenção à saúde dos grupos de recente contato.

Dra. Mariana Amorim e Herika Mauririo, Coordenação-Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena (CGAPSI/DASI) e Coordenação Geral de Monitoramento e Avaliação da Saúde Indígena (CGMASI/DASI)

- */DASI)*

11h15 às 12h30 – Perguntas e debates

12h30 às 14h00 – Intervalo para almoço

14h00 às 18h00 – Roda de debates 2

“Aportes de outras instituições governamentais às políticas de atenção à saúde, proteção e promoção de direitos dos povos indígenas isolados e de recente contato, com indicativos de atuação conjunta”.

- Ministério da Defesa.
- Ministério do Desenvolvimento Social.
- Ministério da Educação.
- Ministério do Meio Ambiente.
- Ministério de Minas e Energia.
- Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão.

TERCEIRO DIA - 20/11/2013

8h30 às 10h15 – Painel 1

“Experiências de atenção à saúde, proteção e promoção de direitos de povos indígenas isolados e de recente contato”.

Casos de proteção de grupos isolados.

- *Terras Indígenas Massaco, Vale do Javari e Kawahiva do Rio Pardo, dentre outras – Coordenadores de Frentes de Proteção Etnoambiental (FPE/FUNAI)*
- *A experiência do CTI – Conrado Von Brixen Rodrigo Octavio*

10h15 às 10h30 – Intervalo para café

10h30 às 11h30 – Painel 2

“A visão dos indígenas que compartilham territórios com povos isolados”.

- *Ninawá (AC) – Francisco de Assis Mateus de Lima.*
- *Vale do Javari (AM) – Eriverto da Silva Vargas – Beto Marubo.*

11h30 as 12h30 - Perguntas e debates.

12h30 às 14h00 – Intervalo para almoço

14h00 às 16h15 – Painel 3

“Experiências de atenção à saúde, proteção e promoção de direitos de povos indígenas de recente contato”.

- *Enawenê-Nawê (MT) – Ivar Luiz Vendruscolo Busatto (OPAN).*
- *Zo'é (PA) – Suely de Brito Pinto – DSEI GUATOC/Equipe de Saúde Zo'é*
- *Zuruahá (AM) – Guenter Francisco Loebens (CIMI).*
- *Jaumir Marques Ferreira, Coordenador do DSEI Porto Velho/SESAI.*

16h15 às 16h30 – Intervalo para café

16h30 às 18h00 – Perguntas e debates

QUARTO DIA - 21/11/2013

8h30 às 10h15 – Mesa 3

“Plano de contingência para situações de contato com povos indígenas isolados e de surtos epidêmicos em povos indígenas de recente contato”.

Mapeamento linguístico e Antropológico dos Grupos Isolados.

- *Ana Suelly Arruda Câmara Cabral, Laboratório de Línguas Indígenas da UnB.*
- *Ricardo Verdum - Associação Brasileira de Antropologia (ABA).*

Possibilidades tecnológicas em áreas remotas.

- *Setor de Telessaúde do Ministério da Saúde - Renato Apolinário - SESAI/CGMASI*

Diretrizes à elaboração de um Plano de Contingência para situações de contato com grupos isolados.

- *Douglas Rodrigues, Consultor Nacional de Saúde do Programa OTCA/BID.*

10h15 às 10h30 – Intervalo para café

10h30 às 11h30 – Mesa 4

“Possibilidades de geoprocessamento conjunto em territórios da saúde indígena.”

- Setor de Informações em Saúde e geoprocessamento da SESAI\\

Renato Apolinário Francisco – CGMASI/SESAI

- Coordenação Geral de Geoprocessamento da FUNAI

José Antônio de Sá – Coordenador Geral

- Instituto Socioambiental - ISA

Alicia Rolla

11h30 às 12h30 – Perguntas e debate

12h30 às 14h00 – Intervalo para almoço

14h00 às 18h00 – Plenária Final

- Proposta de articulação entre SESAI e FUNAI para atenção à saúde, proteção e promoção de direitos dos povos indígenas isolados e de recente contato.

- Definição de propostas de atuação conjunta entre instituições governamentais e/ou da sociedade civil para atenção à saúde, proteção e promoção de direitos dos povos indígenas isolados e de recente contato.
- Encerramento da Oficina.

Oficina Nacional sobre Metodologias de Atenção à Saúde, Proteção e Promoção de Direitos dos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato

Relatório Final

Antenor Vaz – Facilitador Nacional
Douglas Rodrigues – Consultor Nacional de Saúde

Contexto:

A realização da oficina nacional foi recomendada pelo programa *Marco Estratégico para a elaboração de uma agenda regional de proteção aos Povos Indígenas Isolados e de Contato Inicial, da Organização do Tratado de Cooperação Amazônica – OTCA*. Inicialmente estavam programadas duas oficinas, sendo a primeira para a discussão específica da atenção à saúde (a ser organizada pelo Consultor Nacional de Saúde contratado pela OTCA), e a segunda discussão de metodologias de proteção e promoção de direitos (a ser organizada pelo Facilitador Nacional contratado pela OTCA).

A partir da constatação de que a atenção à saúde não pode ser desvinculada da proteção territorial e social e da promoção dos direitos indígenas os organizadores propuseram à coordenação técnica da OTCA a realização de uma única oficina, com o intuito de proporcionar a abordagem integral das necessidades dos grupos indígenas isolados e de recente contato. Com a anuência da coordenação técnica da OTCA, a oficina foi realizada em Brasília, no período de 18 a 21 de novembro de 2013, na sala multiuso da sede central da FUNAI (SBS Quadra 02 Lote 14 Edifício Cleto Meireles) em Brasília.

Objetivo:

Promover o intercâmbio de experiências, legislação e metodologias de proteção territorial, promoção de direitos e estratégias de atenção diferenciada à saúde dos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato.

Metodologia:

Foi realizada uma única Oficina de Trabalho de 32 horas (8 períodos de 4 horas, durante 4 dias) com a participação de diferentes setores do governo, instituições

indigenistas da sociedade civil e representantes indígenas, conforme programação anexada.

A Oficina foi organizada no formato de mesas temáticas, rodas de conversa e exposições dialogadas, sempre seguidas de perguntas e debates com a palavra aberta a todos os participantes.

O último período de 4 horas, no dia 21/11 à tarde foi reservado para a realização de uma plenária final para a sistematização de propostas de trabalho junto aos povos indígenas isolados e de recente contato e articulação interinstitucional.

Coordenação:

Antenor Vaz e Douglas Rodrigues (OTCA)

Apoio:

Felipe Parente, Felipe Lucena, Fernando de la Roca, Vera Lopes dos Santos e Raiane Taffille

Público-alvo:

Representantes e trabalhadores da SESAI e FUNAI, de Ministérios que mantém interface com a política indigenista (em especial a política de proteção para grupos indígenas isolados e de recente contato), ONGs indigenistas e representantes indígenas.

Desenvolvimento da Oficina:

As atividades foram intensas e tiveram a participação diária de 30 pessoas em média. As mesas e rodas de debates seguiram um caminho que teve início, nos dois primeiros dias, com a apresentação do panorama atual dos grupos indígenas isolados e de recente contato, nos recortes da política indigenista para estes povos (metodologia de trabalho indigenista, situação fundiária, principais ameaças e problemas) e sanitário (perfil epidemiológico e acesso a serviços de saúde por parte dos grupos de recente contato). Em seguida discutiu-se os marcos jurídicos que norteiam a atenção à saúde indígena e a proteção dos povos isolados e de recente contato. Infelizmente não tivemos a participação (ou a justificativa de ausência) de atores importantes como a Secretaria Nacional de Articulação Social/PR, Procuradoria Federal Especializada na FUNAI, Subchefia de Assuntos Jurídicos da Casa Civil/PR, Ministério Público Federal, Advocacia-Geral da União e da Secretaria de Direitos Humanos/PR, Conselho Nacional de Justiça, cujo convite ficou a cargo do representante da Secretaria Nacional de Articulação Social/PR

Nas apresentações e debates dos dois primeiros dias concluiu-se pela falta de articulação adequada entre os diferentes setores do governo que tem interface com a política indigenista e especialmente entre os dois órgãos diretamente envolvidos com essa política – a FUNAI/MJ e a SESAI/MS, ressaltando que entre estes dois últimos a

interlocução tem melhorado a partir dos últimos meses, especialmente entre a CGIIRC/FUNAI e o DASI/SESAI

O Facilitador Nacional contratado pelo programa OTCA/BID apresentou um diagnóstico institucional da política brasileira de proteção e promoção de direitos dos povos indígenas isolados e de recente contato apontando fragilidades, especialmente aquelas relacionadas ao conflito entre a proteção dos direitos indígenas e o modelo de desenvolvimento no país e na região transfronteiriça. No Brasil, foram destacados inúmeros projetos e obras vinculadas ao Programa de Aceleração do Crescimento – PAC, que ameaçam os povos indígenas amazônicos como um todo e, em especial, os grupos indígenas isolados e de recente contato .

Nas mesas que abordaram o sistema de proteção dos grupos isolados e de recente contato, o perfil epidemiológico (dos grupos de recente contato), seu acesso à serviços de saúde, e as ações da FUNAI e da SESAI, ficou marcada a necessidade de maior aproximação entre as duas instituições para o desenvolvimento de ações integradas e conjuntas. As FPE e a CGIIRC demonstraram descontentamento com a forma como pacientes de grupos de recente contato são alojados na CASAI e com as dificuldades para conseguir os tratamentos necessários no menor tempo possível afirmando que sua permanência nos centros urbanos deveria ser a menor possível porém isso não ocorre pois ficam “aguardando nas filas do SUS”. Ficou evidente a existência de muitos ruídos na relação das FPE e CGIIRC com os DSEI e com a SESAI.

A SESAI indicou a existência, em 2013, em suas bases de dados, de 26.744 indígenas considerados de recente contato. Foram registrados 159 óbitos de indígenas recém contatados de janeiro a outubro de 2013, a maioria entre os Yanomami. Quanto à morbidade, os dados apresentados pela SESAI mostram as Infecções Respiratórias Agudas, Doenças Diarreicas e Malária como as principais causas de adoecimento, muitas vezes manifestando-se na forma de surtos epidêmicos.

Ficou evidenciado que as informações a respeito dos grupos isolados não são compartilhadas com as demais instâncias de governo que tem interface com a proteção dos direitos dos isolados. Também não há compartilhamento adequado de informações entre a SESAI e CGIIRC/FUNAI. Destacou-se que a responsabilidade pelos grupos indígenas isolados e de recente contato é uma atribuição exclusiva da FUNAI e isso acaba fazendo com que outras instituições, em especial a SESAI, não desenvolvam políticas e ações específicas para atenção à saúde desses grupos, configurando um quadro nacional diverso. Foram apontadas que algumas experiências bem sucedidas, como o caso do Zo'é dependem quase que exclusivamente do entendimento e diálogo entre as FPE e os DSEI no nível local, o que ocorre de maneira informal, dependendo da relação entre as pessoas em cada região. Neste sentido conclui-se ser indispensável que a FUNAI/CGIIRC e a SESAI compartilhem informações entre si e com as demais instâncias de governo que, de forma direta ou indireta formulam e executam políticas que afetam os grupos indígenas isolados e de recente contato.

Novamente a participação de outros órgãos de governo convidados deixou a desejar. Apenas os Ministérios da Defesa, do Meio Ambiente, da Educação e das Relações Exteriores atenderam ao convite. As grandes ausências foram as do Ministério das

Minas e Energia, do Planejamento, Orçamento e Gestão e do Desenvolvimento Social.

Os dois dias subsequentes discutiram possibilidades de parcerias com organizações indigenistas que desenvolvem ações junto a grupos de recente contato e mesmo atividades de mapeamento de grupos isolados como o ISA, CIMI, OPAN e CTI, entre outros. O indígena Beto Marubo, do Vale do Javari, falando acerca do compartilhamento de território com grupos indígenas isolados e de recente contato ressaltou a importância da participação dos indígenas contatados nas atividades de proteção aos isolados e de contato recente.

A participação do LALI/UnB trouxe importantes contribuições e possibilidade de trabalho conjunto no mapeamento linguístico e cultural dos grupos isolados e de recente contato no Brasil e a possibilidade de elencar especialistas nos diferentes grupos, que poderão assessorar a FUNAI e a SESAI na execução das políticas de proteção, promoção de direitos e atenção à saúde para os grupos isolados e de recente contato, bem como contribuir para a implementação dos planos de contingência nos casos de contato com grupos isolados.

O representante da ABA elencou as ameaças que pairam sobre os grupos indígenas isolados e de recente contato, em especial as obras do PAC e projetos do IIRSA, programa conjunto dos governos dos 12 países da América do Sul que visa promover a integração sul-americana através da integração física dos países membros, com a modernização da infraestrutura de transporte, energia e telecomunicações mediante ações conjuntas, muitas das quais impactam diretamente territórios indígenas, incluindo os isolados e de recente contato, além de incidir sobre diversas áreas de proteção ambiental. Destacou ainda a falta de consulta prévia adequada aos povos afetados, de acordo com a resolução 169 da OIT, da qual o Brasil é signatário.

As apresentações dos responsáveis pelo setor de geoprocessamento da FUNAI e da SESAI evidenciaram que não há trabalho colaborativo entre os dois órgãos, cada um fazendo o que entende ser melhor dentro de sua visão institucional. Nos debates que seguiram as apresentações concluiu-se que para uma colaboração efetiva é necessário compartilhamento de bases de dados bem como a definição de sistemas operacionais compatíveis e estabelecimento de protocolos e pactos quanto ao uso e disponibilização das informações.

A apresentação do InSA além de reforçar os impactos dos grandes projetos sobre as terras indígenas, e conseqüentemente sobre os grupos isolados e de recente contato, mostrou a experiência da RAISG – rede amazônica de informação socioambiental georeferenciada – como um exemplo de trabalho cooperativo entre diferentes países fronteiriços (Brasil Colômbia, Equador, Venezuela Guiana, Perú, Suriname, e Guiana Francesa). Foi ressaltada a importância de formulação de protocolos de cooperação, de modo a balizar nomenclaturas, sigilo de informações, etc.

A plenária final teve como metodologia a divisão dos participantes nos seguintes grupos temáticos:

- 1- CAPACITAÇÃO / INTERCÂMBIO DE EXPERIÊNCIAS
- 2- ARTICULAÇÃO INTERINSTITUCIONAL

- 3- CONTROLE SOCIAL E MONITORAMENTO
- 4- FORTALECIMENTO INSTITUCIONAL
- 5- COOPERAÇÃO (GOVERNO, SOCIEDADE CIVIL, UNIVERSIDADES, etc)

As resoluções e encaminhamentos por grupo seguem abaixo:

GRUPO 1: Capacitação / Intercâmbio de Experiências

- 1- Realizar uma Oficina em cada localidade, com DSEI, FPE e CR com o objetivo de nivelar as informações sobre II e RC e estabelecer agenda conjunta. Deverá contar com a participação da FUNAI e SESAI nacional e a presença dos parceiros estratégicos – governamentais e não governamentais. Poderá tratar de: definir as prioridades para atuação conjunta, caracterizar o território, compartilhar o Plano de contingência, definir critérios/ perfil das pessoas das equipes para atuação conjunta, Identificar as pessoas* das equipes locais nos DSEI e FPE, contexto local II RC, incluir os temas específicos de acordo com a realidade local; sensibilizar o maior número possível de pessoas de cada DSEI sobre a política de Proteção II e RC;
- 2- Priorizar na agenda oficinas com povos indígenas que co-habitam as áreas onde há referências RC e II;
- 3- Organizar a capacitação continuada para essas pessoas*. Políticas de Proteção II e RC e Políticas de Saúde; metodologias de trabalho de campo, aspectos antropológicos, indigenismo e linguísticos - Estratégia: concentração e dispersão/entrada conjunta em área;
- 4- Realizar Intercâmbio de experiências in loco, sobre metodologias de trabalho com II e RC, entre as frentes e DSEI, com a participação de parceiros;
- 5- Incluir na agenda a participação de técnicos e índios de outros países da região que vivenciam desafios semelhantes para troca de experiência em metodologias de trabalho;
- 6- Definir desenho básico da Oficina de nivelamento – equipe SESAI e FUNAI.

GRUPO 2: Articulação Interinstitucional

- 1- Proposta de que as interfaces da FUNAI e o MMA (IBAMA, ICMBio, outros) na gestão de territórios de índios isolados e de recente contato seja abordada de forma específica no âmbito da PNGAT, nas situações de sobreposição de TT'S e UC'S;
- 2- Que a PNGAT deve priorizar os PGTA'S naquelas onde há uso compartilhado de povos indígenas isolados e já contatados;
- 3- Que a FUNAI deve passar por fortalecimento Institucional para exercer suas atribuições em trabalho e atividades de índios isolados sem depender de apoio logístico de outras instituições;

- 4- Que a FUNAI irá encaminhar a todos os órgãos e instituições públicas ou da sociedade civil, relacionados com o tema de índios isolados e de recente contato, um “Informe” sobre quem são e onde estão os povos indígenas isolados e outras informações importantes, os contatos com a CGIIRC e as unidades descentralizadas FUNAI e recomendações específicas de como repassar informações sobre a presença de índios isolados e ações de prevenção e precaução;
- 5- SESAI, FUNAI e colaboradores locais e regionais devem realizar um mapeamento da prevalência de doenças na região do entorno dos povos isolados de recentes contatos com vistas ao planejamento e execução de ações de prevenção e controle de doenças;
- 6- Realização de planejamento conjuntos entre as instituições que atuam diretamente nas regiões onde há presença de índios isolados e de recentes contatos.

GRUPO 3: Controle Social e Monitoramento

1. É necessário informar (disponibilizar à sociedade) a região (não necessariamente a localização exata) das referências (incluindo as confirmadas) e informações dos grupos indígenas Isolados e de Recente contato no Brasil;
2. Realizar mapeamento de atores na região (com referências e informações acerca de grupos indígenas isolados e de recente contato) para criação de comitês / comissão que permita a participação social no planejamento e ação do Plano de Contingência;
3. Fazer diagnóstico da pressão/ameaças dos planos de governo sobre essas regiões (citada no item 2) e pedir a paralisação das obras / estudos até que a FUNAI defina o território indígena;
4. Como assegurar a possibilidade de que os grupos indígenas de recente contato tenham interlocução com outros atores que não exclusivamente o Estado;

GRUPO 4: Fortalecimento Institucional

1. Fortalecimento da FUNAI e SESAI por meio de dotação orçamentária específica para sua atuação e implementação da política específica de proteção e promoção de direitos dos povos indígenas isolados e de recente contato;
2. Garantir a estrutura mínima necessária ao atendimento à saúde indígena de acordo com o objetivado pelo GTI, ou seja dar condições de resolubilidade local (chegando ao atendimento dos casos de média e alta complexidade e evitando ao máximo a retirada dos pacientes da Terra Indígena). Mas também ter articulação com a rede ambulatorial e hospitalar regional para

que os indígenas sejam atendidos especialmente, como prioridade (inclusive resolver a questão da documentação de identificação, que a rede exige, sem seguir a lei);

3. Fortalecer a articulação em nível nacional entre as instituições de maneira a possibilitar a atuação conjunta nas unidades regionais. Isso significa que as instituições devem compartilhar suas estruturas físicas (edificações, transporte, comunicação, etc);
4. Realizar concurso para contratação de servidores que atuem nas unidades locais avançadas (da FUNAI e SESAI) com jornada de trabalho diferenciada e previsão de curso de formação no processo seletivo e apresentação de experiências em indigenismo por meio de provas de título
5. Manter a possibilidade de contratação de mão de obra terceirizada e/ou indígena para prover serviços locais e específicos como mateiros, serviços gerais, piloto de barcos, etc... Estas contratações não devem ser operadas por empresas de cunho religioso (que desenvolvem o proselitismo).
6. Regulamentação do poder de polícia de segurança pública dos servidores das FPE`s na perspectiva de serem protagonistas na proteção etnoambiental dos grupos indígenas isolados e de recente contato (que já é atribuição exclusiva da FUNAI/CGIIRC/FPE`s).

GRUPO 5: Cooperação / Governo, Sociedade Civil, Universidades, Instituições

1. Levantamento do atores locais (governo, ONGs, Universidades, Especialistas e indígenas) que trabalham políticas de proteção de PIIRC, a ser realizado pelas FPE`s e DSEI`s e promovido pelo GTI;
2. Com base nas Diretrizes da Alto Comissariado das nações Unidas para os Direitos Humanos – ACNHDH, sobre PIIRC, fomentar a identificação e o compartilhamento de informações referentes a PIIRC que habitam áreas de fronteira;
3. O GTI priorizará locais onde serão realizadas oficinas de trabalho sobre o tema, envolvendo órgãos governamentais, ONG`s, universidades, especialistas e representantes indígenas.
4. Inclusão da discussão sobre PIIRC nas agendas das comissões bilaterais e / ou nos foros internacionais.

Ao longo das apresentações alguns expositores convidados apresentaram recomendações, transcritas abaixo:

**Apresentação da Diretora do Departamento de Atenção à Saúde Indígena
DASI/SESAI/MS – Dra. Mariana Maleronka Ferron**

1. Levantamento das estruturas/insumos/equipes de atendimento a povos de Recente Contato.
2. Definição de planejamento de ações de saúde para cada local, com avaliação de impacto econômico e definição de painel de indicadores para monitoramento e avaliação.
3. Elaboração de Planos de Contingência para diferentes cenários, também com com avaliação de impacto econômico e definição de painel de indicadores para monitoramento e avaliação.

Apresentação do Facilitador Nacional / OTCA – Antenor Vaz

Desafios

- a. A médio e longo prazos, faz-se necessário estruturar e capacitar os quadros da FUNAI/CGIIRC dotando-os com os meios necessário para implementar o Sistema de Proteção ao Índio Isolados e de Recente Contato - SPIIRC.
- b. Por outro lado, as instituições aqui representadas, governamentais ou não, podem, a luz de suas competências regimentais:
- c. Formularem um pacto em defesa da autodeterminação dos povos indígenas, reconhecendo:
 - i. O direito de permanecerem isolados se assim os grupos indígenas pretendem
 - ii. O isolamento deve ser entendido como não consentimento para execução de qualquer tipo de obra que afetam direta ou indiretamente seus territórios
- d. pautar e considerar a política de proteção e promoção de direitos para II e RC em seus planejamentos;
- e. contribuir para a promoção de interlocução e intervenção junto ao Legislativo, Judiciário, Executivo e sociedade nacional em geral de modo a conhecerem e considerarem a Política Pública para Índios Isolados e de Recente Contato.
- f. Contribuir para a elaboração de um plano de comunicação que possibilite informar a sociedade brasileira acerca da existência de grupos indígenas isolados, sua vulnerabilidade e o respeito que o Estado deve ter para com a autodeterminação desses povos.

- g. A proteção dos II e RC não deve ser tarefa apenas de um grupo reduzido (seja do estado ou da sociedade civil organizada). É oportuno que se aumente o lastro de “adeptos operantes” (expertos, ONGs indígenas e indigenistas e sociedade em geral) por meios de fóruns e comitês, etc. com o propósito de apoiar, articular, monitorar a Política de Proteção ao Índio Isolados e de Recente Contato.

- h. Numa ótica emergencial é plausível a concepção de um “plano de contingência” que contemple os aspectos da saúde (o que já está em curso) e os aspectos socio-antropológicos. A implementação do “plano de contingência” só ocorrerá adequadamente se a FUNAI e a SESAI trabalharem juntas.

Coordenadora de política de proteção e promoção aos povos indígenas de recente contato – COPIRC/FUNAI – Clarisse Jabur

Passos e estratégias para a construção da política para povos de recente contato

1. Fomento, implementação e avaliação dos Programas para Povos Indígenas de Recente Contato (Awá-Guajá, Korubo e Zo'ê);
2. Capacitação das equipes das FPE e das equipes dos DSEI com II e RC
3. Busca de assessorias especializadas (linguística, antropológica e indigenista);
4. Levantamento de informações quantitativas e qualitativas nas Frentes de Proteção Etnoambientais, nas Coordenações Regionais da Funai sobre questões comuns;
5. Monitoramento de políticas sociais universais junto a povos indígenas de recente contato;
6. Elaboração e implementação de marcos legais que reconheçam as singularidades do contexto, das necessidades e das formas de organização social desses povos;
7. Implementação de ações de promoção e desenvolvimento social diferenciadas e ações de proteção territorial, com respeito à autonomia desses povos indígenas;
8. Atividades de mediação e esclarecimentos;
9. Realização do Seminário Ampliado sobre Política para Povos Indígenas de Recente Contato.

Coordenação de Proteção e Localização de Índios Isolados – COPLI/FUNAI – Leonardo Lenin.

Cenários e Desafios

1. Processos de regulamentação fundiária;
2. Projeto de desenvolvimento nacional e regional;
3. Necessidade de ampliação de recursos humanos e orçamentários;
4. Crescimento demográfico das populações indígenas isoladas;
5. Reocupação territorial dos povos indígenas isolados;
6. Trabalho com entorno / Parceria com população indígena/ regionais;

Departamento de Atenção à Saúde Indígena – DASI/SESAI/MS – Mariana Amorim

Desafios:

1. Estabelecer uma oferta de serviços de saúde de acordo com as demandas e características sanitárias e culturais dos povos de recente contato, bem como da população que habita os cordões de proteção sanitária;
2. Gerar informação relevante que permita melhorar os critérios, estratégias e procedimentos à proteção da saúde dos povos de recente contato;
3. Oferecer apoio antropológico/educação permanente para equipe profissional que atua com povos indígenas de recente contato;
4. Aproximação e compartilhamento de territórios, reocupação e pressão territorial;
5. Garantia das condições necessárias a reprodução física e cultural;
6. Impactos decorrentes de empreendimentos;
7. Políticas transfronteiriças e fragilidade das estruturas de atenção à saúde dessas localidades;
8. Áreas de difícil acesso, em regiões onde há problemas de saúde que afetam a população indígena que está em contato com a sociedade nacional de forma frequente, ou seja, em áreas co-habitadas por povos isolados e/ou de recente contato e outros povos indígenas que já estão sob impacto de diferentes endemias;
9. Promover a saúde dos povos de contato mais frequente que habitam essas terras indígenas, contribui para proteção a saúde dos povos isolados e de recente contato.
10. Processo de sedentarização dos índios de recente contato, favorecendo a incidência de algumas doenças que podem acometer um número maior de indivíduos; Necessidades de saúde a partir da concepção de cada povo; Importância do diálogo com a população, lideranças indígenas, cuidadores tradicionais.

Conselho Indigenista Missionário – CIMI - Regional Norte I – Günter Francisco Loebens.

Alguns desafios na atenção a saúde do povo Suruwaha

1. Formação dos profissionais de saúde sobre a cultura Suruwaha e noções de antropologia. Fundamental para uma postura de respeito ao povo;
2. Respeito ao princípio da complementaridade da medicina ocidental frente a medicina tradicional;
3. Demora nos tratamentos de saúde fora da área;
4. O exercício do controle social – em que espaço e por quem;
5. Correção dos limites da terra.

Outras considerações

1. Existem situações em que são cada vez mais frequentes os contatos entre grupos “isolados” e povos indígenas contatados, como por exemplo no vale do Javari. A atenção a saúde deve acontecer em todas as aldeias, mas o cuidado deve ser redobrado nessas situações, o que infelizmente não está acontecendo, expondo os “isolados” a graves riscos;
2. O tema dos grandes empreendimentos que impactam territórios dos povos isolados como as hidrelétricas em construção ou projetadas: Santo Antônio, Jirau, Belo Monte, Tabajara, São Luis e outras no rio Tapajós. Qual a política? Mitigação dos impactos que sequer se conhece? Esperar que os “isolados” achem outro refúgio?
3. Existe um conjunto de referências sobre povos indígenas isolados em relação aos quais não existe uma prova cabal de sua existência, em realidades de risco iminente. Situações em que o administrador público com conhecimento das informações que existem a respeito, também não tem condições de negá-la. Diante destas situações o Estado não pode se omitir, tem que agir preventivamente;
4. É necessário uma solução definitiva em relação a exploração ilegal de madeira no interior das terras indígenas do Maranhão por onde transitam os grupos Awá Guajá isolados;
5. Por fim quero externar mais uma preocupação. O controle pelo Estado da interlocução com um povo considerado como de “contato recente”

não me parece a política de proteção mais adequada e muito menos uma política que favoreça a autonomia desse povo. Esta exclusividade, me parece ainda mais perigosa em contextos mais isolados.

Centro de Trabalho Indigenista – CTI. Conrado R. Otavio

Desafios

- 1- Empoderamento da FUNAI
- 2- Reordenamento territorial da Amazônia brasileira
- 3- Aumento e consolidação da capacidade de controle territorial das Frentes de Proteção Etnoambiental
- 4- Metodologia efetiva de proteção da floresta e sua biodiversidade

Coordenador da Frente de Proteção Etnoambiental Yanomami – Yekuana – João B. Catalano

Desafios para 2014

- 1 - Desintrusão da Terra Indígena Yanomami
- 2 - Garantir a sobrevivência dos isolados

Laboratório de Línguas e Literaturas Indígenas da Universidade de Brasília – LALI / UNB - Ana Suelly Arruda Câmara Cabral / Sanderson Soares Castro de Oliveira

Contribuições: PENSANDO NOS POVOS ISOLADOS

CRIAÇÃO DE UM BANCO DE DADOS

1. Nomes de linguistas especialistas em línguas, famílias ou troncos linguísticos específicos, aos quais as línguas dos povos isolados para os quais há referências possam ser geneticamente relacionadas.
2. Informações sobre possíveis contribuições que esses linguistas podem fornecer em caso de consultas ou de necessidade de intérprete.
3. Nomes de indígenas que tenham vocação para intérpretes e que possam ser, quando necessário, convocados para ajudar em situações de contato.
4. Bibliografia sobre as línguas e culturas indígenas de povos da região onde se encontram os grupos isolados e que podem ser parentes potenciais destes.
5. Elaboração de vocabulários e frases em línguas faladas nas regiões de isolados para que sirvam de instrumentos em situações emergenciais de contato.

AÇÕES EDUCACIONAIS

1. Apoio à instrumentalização de profissionais da área da saúde e de outras áreas, inclusive indigenistas, sobre as línguas e culturas indígenas do Brasil, especialmente línguas e culturas das regiões onde esses profissionais atuam, no caso de contextos de índios de recente contato, ou onde podem vir a atuar, nos casos de regiões onde há presença de isolados.
2. Promoção de cursos ou treinamentos de profissionais de saúde e outros sobre aspectos fonológicos e gramaticais, focalizando os aspectos gramaticais e lexicais que revelam aspectos culturais dos povos que as falam.
3. Cursos que focalizem estratégias de comunicação entre sertanistas e profissionais da área de saúde com indígenas que procurarem o contato ou que, em situações de risco, devam ser contatados.
4. Cursos de línguas indígenas com enfoques nas gramáticas e em aspectos culturais dessas línguas que melhorem a comunicação dos profissionais que atuam em áreas de indígenas de recente contato com esses índios.
5. Elaboração de materiais linguísticos de apoio à comunicação de profissionais que atuam em contextos de índios isolados.

MAPA DIGITAL

1. Criação de um mapa digital contendo as referências de índios isolados e as TIs de índios de recente contacto.
2. O mapa seria ao mesmo tempo um instrumento de localização desses povos e um banco de dados com informações linguísticas e culturais sobre eles ou sobre os prováveis parentes dos isolados.
3. O mapa conteria informações bibliográficas, inclusive relatos de cronistas e viajantes que percorreram a região.
4. O mapa conteria relatórios técnicos e documentos históricos sobre os povos isolados ou de recente contacto.
5. O mapa conteria informações sobre cultura material dos povos coletadas pelos sertanistas em suas viagens de monitoramento e identificação de referências.
6. O mapa conteria dados linguísticos sonoros de línguas de índios de recente contato e de indígenas que, embora vivam em semi-isolamento, já tiveram sua língua identificada.

O QUÊ A EXPERIÊNCIA COM GRUPOS DE RECENTE CONTATO NOS MOSTRA:

1. Na história do contato dos índios do Brasil surge normalmente uma interlíngua, seja a partir do Português, seja a partir da língua indígena. Em ambos os casos, nenhuma das línguas é aprendida perfeitamente.
2. Como na maioria dos casos o Português gradativamente tem substituído as línguas nativas, em alguns casos tem-se optado pela fala na língua nativa, mas sem nenhum conhecimento gramatical desta. Criam-se assim formas de falar com características marcantes que podem inclusive influenciar a fala de crianças indígenas que vivem mais intensamente em contato com os “brancos” que atuam nas TIs.
3. É fundamental que os profissionais que atuam em Terras indígenas de índios de recente contato conheçam bem a língua, não só entendendo o que os indígenas falam, mas falando com propriedade a língua nativa. Nesse sentido, é muito importante que conheçam a gramática da língua.
4. É fundamental que os indígenas de recente contato, se tiverem acesso ao Português, que aprendam desde cedo a falá-lo corretamente.

Trabalho contínuo

1. Para que linguistas, antropólogos, historiadores, biólogos, engenheiros florestais, geógrafos e indigenistas especializados em educação possam contribuir nas situações de contato recente, ou de preparação para o contato inesperado, é necessário um conjunto de ações intermitentes e sequenciadas a médio e longo prazo de forma que provoquem impactos positivos nas ações e políticas voltadas para os povos em tela.

Condições de trabalho

1. A realidade do Brasil com povos tão especiais ainda isolados e de recente contato exige instrumentos mais sofisticados de armazenamento de dados e de coletas destes.
2. Exige a melhoria das condições de trabalho dos sertanistas e demais profissionais da floresta que monitoram e que atuam na defesa das áreas dos isolados e de recente contato.
3. **Esses profissionais** necessitam também de instrumentos essenciais para que o seu trabalho seja **melhor aproveitado**, como câmeras de vídeo de alta resolução, gravadores digitais de alta resolução, impressoras multifuncionais, entre outros, que auxiliem no trabalho de registro dos momentos raros que permitem a coleta de dados fundamentais para o reconhecimento e, conseqüentemente, para a

preparação mais adequada do que nos compete para o presente e para um futuro dignos desses povos da floresta.

Conclusão:

O Laboratório de Línguas e Literaturas Indígenas da Universidade de Brasília (LALLI) se põe à disposição para colaborar em qualquer iniciativa da FUNAI e entidades a ela associada que requeira o trabalho especializado de linguistas e a formação de profissionais nessa área em prol da qualidade de vida seja dos povos de recente contato, seja dos povos isolados.

Consultor Nacional para Saúde da OTCA – Douglas Rodrigues

PLANOS DE CONTINGÊNCIA EM CASO DE CONTATO

1. Há consenso que a premissa fundamental para a manutenção da saúde e qualidade de vida, é a autonomia e o não-contato;
2. portanto o modelo de desenvolvimento é o principal fator de risco para a saúde dos grupos indígenas isolados;
3. Há contradição entre o paradigma do não-contato e a política desenvolvimentista do estado brasileiro em cuja lógica os indígenas permanecem “obstáculos ao desenvolvimento”;
4. Há necessidade de medidas efetivas e urgentes de mitigação das consequências sanitárias que o contato acarreta;
5. As situações de contato devem caracterizar uma **emergência sanitária**, devendo ser adotadas todas as medidas possíveis para proteger a saúde dessa população.
6. Os fluxos de informação e acionamento das equipes devem estar bem definidos, sendo necessária a implementação de um sistema de monitoramento constante das situações de possível contato.
7. As equipes para a atuação nos Planos de Contingência devem ser altamente especializadas e coordenadas **de forma conjunta** (SESAI e FUNAI).
8. Os recursos e equipes devem estar disponíveis para mobilização com agilidade nos casos necessários. (portarias, decretos etc).

Recomendações:

1. Um processo de aproximação e diálogo intercultural, a troca de informações, a valorização do protagonismo e do conhecimento indígena, o envolvimento de todos os interlocutores e a formação de pessoal na área de saúde indígena é estratégica para evitar os erros do passado;

2. As respostas passam pelo desenvolvimento de políticas de saúde diferenciadas, que possam ser exequíveis no âmbito da atenção à saúde indígena;
3. Há necessidade de estabelecer planos de contingência para situações de quebra do estado de isolamento dos grupos indígenas isolados e surtos epidêmicos em grupos de contato recente;

Instituto Socioambiental – ISA - Alicia Rolla

Alguns dos principais desafios no processo de criação de Espaço de intercâmbio e articulação de informação por meio da RAISG.

- ◆ Criar um ambiente de confiança
- ◆ Chegar a um acordo sobre os limites entre os países
- ◆ Submeter os dados ao crivo do outro
- ◆ Chegar a um consenso nas definições e critérios (formulação de protocolos (acordos políticos, operativos e técnicos);
- ◆ Superar o problema das línguas
- ◆ Equacionar escalas
- ◆ Não descolar o técnico do político!

Associação Brasileira de Antropologia – ABA – Ricardo Verdum CAI/ABA

Direito de consulta e o consentimento prévio - No caso dos indígenas isolados

1. •No caso dos povos indígenas em isolamento voluntário, **o direito de ser consultado a fim de obter seu consentimento livre, prévio e informado deve ser interpretado à luz da sua decisão de permanecer em isolamento e da necessidade de maior proteção dada a sua vulnerabilidade**, o que pode ser refletido em sua decisão de não usar esse tipo de mecanismos de participação e consulta.
2. •**Princípio da autodeterminação.** Respeito e garantia do direito à autodeterminação.

A PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 171, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2013

É uma excelente oportunidade para que a SESAI e FUNAI construam uma agenda positiva:

1. elaborar **Diretrizes e Estratégias de Ações em Saúde** para Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato;
2. elaborar **Plano de Contingência da Saúde** para Situações de Contato com Povos Isolados e Surtos Epidêmicos em Grupos de Recente Contato.
3. Prazo máximo 240 dias (início de outubro).

CONCLUSÃO DO SEMINÁRIO:

A Oficina atingiu os objetivos ao proporcionar:

- o encontro e o diálogo entre diferentes atores, governamentais e não governamentais, que tem interface com os grupos indígenas isolados e de recente contato;
- a aproximação entre a FUNAI/CGIIRC e a SESAI/DASI;
- possibilidades de parcerias com a academia e organizações indigenistas;
- possibilidades de parcerias com lideranças indígenas que compartilham territórios com grupos isolados e de recente contato;
- caminhos possíveis de colaboração interinstitucional para a proteção e atenção à saúde dos grupos isolados e de recente contato.

Participantes:

NOME	ÓRGÃO	MAIL
Antenor Vaz	OTCA / Consultor	uinala@yahoo.com
Altair José Algayer	FPE Guaporé/FUNAI	altairalgayer@gmail.com
Arlene Santos Morais	FUNAI/COGEM	arlene.morais@funai.gov.br
Alicia Rolla	ISA	alicia@socioambiental.org
Ângela Vargas	FNSUS/SAS/MS	angela.vargas@saude.gov.br
Clarise Jabur	CGIIRC/FUNAI	clarisse.jabur@funai.gov.br
Carlos Travassos	CGIIRC/FUNAI	carlos.travassos@funai.gov.br
Carlos Perafan	BID	carlospe@iadb.org
Carlos Macedo	OTCA	carlos.macedo@otca.org.br
Conrado R. Otavio	CTI	conrado@trabalhoindigenista.org.br
Daniel R. Cangussu	FPE Purus / FUNAI	cangussu.isolados@gmail.com
Douglas Rodrigues	OTCA / Consultor	douglas.rodrigues@unifesp.br
Denílson Pereira Passos	SESAI/CGMASI	denilson.passo@saude.gov.br
Elias dos Santos Bigio	FPE Mad. Juruena/FUNAI	eliasbigio@gmail.com
Eustáquio Soares	Min. Defesa	eustaquio.soares@defesa.gov.br
Eriverto Vargas	TI. Vale do Javari	betomarubo@hotmail.com
Fernando Ernesto B. S.	CGMT/FUNAI	fernando.sopra@funai.gov.br
Fernando de La Roque	SESAI/DESESI	fernando.delaroque@saude.gov.br
Fabício Amorim	FPE Vale do Javari/FUNAI	amorim.fabricio@yahoo.com.br
Fabio Nogueira Ribeiro	FPE Cuminapanema FUNAI	fabaonr@gmail.com
Felipe de Lucena R. A.	ASINT/ FUNAI	felipe.alves@funai.gov.br

Fábio Amadeus R da S.	MD / DESAS	fabioamadeumd@gmail.com
Guilherme D. Siviero	FPE Envira / FUNAI	gdsiviero@hotmail.com
Guenter Fco. Loebens	CIMI Regional Norte I	guenterfran@gmail.com
Guilherme Fitzgibbon A. P.	MME / DDH	guilherme.fitzgibbon@itamarati.gov.br
Gustavo Vieira P Cruz	ASPAR / FUNAI	gustavo.cruz@funai.gov.br
Ivar Luiz V. Busatto	OPAN	ivar@amazonianativa.org.br
Jaumir Marques Ferreira	DSEI-PVH/SESAI	jaumir.ferreira@saude.gov.br
Jánio Oliveira Coutinho	SEAR / MMA	janio.coutinho@mma.gov.br
José Roberto Sobral	CGEEI/MEC	jose.correia@mec.gov.br
João Batista Catalano	FPE Yanomami	joao.catalano@hotmail.com
Jair Condor	FPE Mad. Juruena / FUNAI	tabriga@hotmail.com
Kate Tomé de Sousa	SESAI/CGMASI	kate.sousa@saude.gov.br
Kamila A Pacheco	FUNAI	kamila.pacheco@funai.gov.br
Luana Alves de P. e Silva	FNSUS/SAS/MS	luana.paula@saude.gov.br
Leonardo Lenin	CGIIRC/FUNAI	leonardo.santos@funai.gov.br
Mariana Amorim Alencar	SESAI/MS	mariana.alencar@saude.gov.br
Marcello Mazzaro	SESAI/DASI/CGMASI	marcello.mazzaro@saude.gov.br
Maria Aurina P Diniz	MEC/GM/AI	mariadiniz@mec.gov.br
Maria Angélica B Fontão	SESAI / DASI	maria.fontao@saude.gov.br
Maria Pabont Triana	Consult. Socioambiental	mpabont@yahoo.com
Marta Lucia Pabon	Unal – Letícia - Colombia	martapabon@yahoo.com
Mauro Henrique M Sousa	MME/ CONJUR	mauro.sousa@mme.gov.br
Mario Antonio Jupter Silva	FUNAI / CR Juruá	
Maria Lia Silva Zerbini	SESAI/CGMASI	maria.zerbini@saude.gov.br
Mariana M. Ferron	DASI/SESAI/MS	mariana.ferron@saude.gov.br
Nikolas Castro Santana	CGMASI/SESAI	nikolas.santana@saude.gov.br
Natalia Shimada	DAS II / MRE	natalia.shimara@itamarati.gov.br
Otavio Carvalho	FUNAI/CGPC/COGEM	otavio.carvalho@funai.gov.br

Paulo Sergio Ribeiro	MD	paulo.ribeiro@defesa.gov.br
Rodrigo M Prates	EMCFA/MD	rodrigo.prates@defesa.gov.br
Roberta A Cerri Reis	SESAI/DASI/CGAPSI	roberta.aguiar@saude.gov.br
Rita Potyguara	CGEEI/MEC	rita.nascimento@mec.gov.br
Renata Otto Diniz	CGIIRC/FUNAI	tatadiniz@gmail.com
Ricardo Verdum	ABA	rverdum@gmail.com
Sirlene Bendazzoli	CGIIC/FUNAI	sibendazzoli@uol.com.br
Sharon Austin	OTCA	sharon.austin@otca.org.br
Shirley C. Dos Santos	CESIPAM/MD	shirley.santos@sipam.gov.br
Sanderson C. S. de Oliveira	LALI / UNB	sandersoncs@gmail.com
Silvia Angelise S. Almeida	FUNAI	silvia.almeida@funai.gov.br
Tâmara A. Guedes	SGTES/MS	tamara.guedes@saude.gov.br
Tatiana Eustáquia M. P. M.	PNCT/SUS/MS	tatiana.magalhaes@saude.gov.br
Terri Valle de Aquino	FPE Envira / FUNAI	aquino.terri@gmail.com
Vera Lopes dos Santos	SESAI/DASI/DIPROSI	veral.santos@saude.gov.br

ANEXO II – Modelo de Ficha Médica utilizado pelo Projeto Xingu EPM/Unifesp

PROJETO XINGU - Departamento de Medicina Preventiva - UNIFESP

FOTO	FOTO	FOTO	Nº	.	.
			TRIBO		
Data:	Data:	Data:	DATA	/	/
			SEXO	NASCIMENTO:	
			M	F	/ /

DATA	RESIDE EM:	NOMES DO ADULTO:
		NOMES DA CRIANÇA:
		P/ PAI:
		P/ MÃE:

CASOU-SE COM	Nº	TRIBO

FILIAÇÃO	Nº	TRIBO
PAI:		
MÃE:		

FILHOS	Nº	CÔNJUGE	FILHOS	Nº	CÔNJUGE

PRIMEIRA OBSERVAÇÃO CLÍNICA		
PELE:	GÂNGLIOS:	OLHOS, OUVIDOS, NARIZ E OROFARINGE:
TÓRAX:	PULMÕES:	CORAÇÃO:
ABDOME:	FÍGADO:	BAÇO:
GENITAIS:	EXTREMIDADES:	PESO (GRAMAS):
		ALTURA (CM):

VACINA	DATA DA APLICAÇÃO						
BCG ID Vacina contra Tuberculose							
Sabin - Anti-Poliomielite							
DPT - Tríplce Bacteriana							
Vacina Tetravalente - DPT + Hib							
DT - Dupla Bacteriana							
SRC - Tríplce Viral							
Pentavalente							
Vacina contra Hepatite B							
Varicela							
Rotavirus							
Pneumococo							
FA - Vacina contra Febre Amarela							
VAG - Vacina Anti-Gripal							

JOLUI - (11) 3259-7886

ANEXO III - MINUTA DE PORTARIA Nº DE JANEIRO DE 2014.

Estabelece diretrizes e estratégias para ações de saúde junto aos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato, bem como o Plano de Contingência para assistência à saúde em Situações de Contato com Povos Isolados e na ocorrência de Surtos Epidêmicos em Grupos de Recente Contato.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhes conferem os incisos I e II do parágrafo único do Art. 87 da Constituição Federal de 1988, e

Considerando o disposto no Art. 231 da Constituição Federal de 1988, que reconhece aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens;

Considerando o disposto na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), que em seu Capítulo V dispõe sobre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

Considerando o disposto na Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o Estatuto do Índio;

Considerando a Portaria nº 254/GM/MS, de 31 de janeiro de 2002, que aprova, na forma do Anexo, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;

Considerando que cabe ao Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS), a gestão do subsistema de atenção à Saúde Indígena, em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, de forma a garantir o acesso da população indígena à atenção integral à saúde;

Considerando que cabe ao Ministério da Justiça, por intermédio da Fundação Nacional do Índio (FUNAI/MJ), coordenar as ações de proteção dos Povos Indígenas Isolados e de Contato Recente, garantindo a proteção dos seus territórios e sua integridade física e cultural;

Considerando que a maior vulnerabilidade dos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato exige competências e habilidades específicas dos serviços de saúde para garantir a atenção integral à sua saúde;

Considerando a Portaria Interministerial nº 171, de 6 de fevereiro de 2013, que institui o Grupo de Trabalho com a finalidade de elaborar diretrizes e estratégias de ações de saúde para Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato, bem como a elaboração

de Plano de Contingência para assistência à saúde em situações de contato com Povos Isolados e ocorrência de surtos epidêmicos em Grupos de Recente Contato, resolve:

Art. 1º Estabelecer diretrizes e estratégias para ações de saúde junto aos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato, bem como o Plano de Contingência para assistência à saúde em Situações de Contato com Povos Isolados e na ocorrência de Surtos Epidêmicos em Grupos de Recente Contato.

Parágrafo Único. As diretrizes e estratégias das ações de saúde, bem como o Plano de Contingência para situações de contato com Povos Isolados e surtos epidêmicos em grupos de Recente Contato, citados no *caput* do presente artigo estão definidos no ANEXO desta Portaria.

Art. 2º Para efeitos desta portaria, a relação dos Povos Indígenas Isolados e dos Povos Indígenas de Recente Contato é estabelecida pela FUNAI, de acordo com critérios técnicos por ela definidos.

Art. 3º As situações de contato caracterizam emergência sanitária, devendo ser adotadas todas as medidas possíveis para proteger a saúde dessa população e diminuir a alta morbimortalidade que historicamente segue-se ao contato.

Parágrafo 1º As equipes de saúde designadas para realizar as ações dirigidas a essa população deverão ser capacitadas de acordo com Programa de Qualificação de Profissionais de Saúde para atuação em contexto com Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato a ser definido pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo 2º O citado no Parágrafo 1º deverá abordar os aspectos antropológicos e a atenção diferenciada em saúde, além de ser desenvolvido de forma articulada com a FUNAI e Instituições de Ensino Superior.

Art. 4º Para os efeitos dessa Portaria, considera-se:

I – Vulnerabilidade: Consiste em:

- a) Conjunto de fatores individuais e coletivos que fazem com que os grupos isolados e de recente contato sejam mais suscetíveis a adoecer e morrer em função principalmente de doenças infecciosas simples como gripes, diarreias e doenças imunopreveníveis pelo fato de não terem memória imunológica para os agentes infecciosos corriqueiros na população brasileira e não terem acesso, no caso dos isolados, à imunização ativa por vacinas.
- b) Contribui para sua maior vulnerabilidade sua forte relação e dependência do meio ambiente onde vivem e suas relações de contato, ainda que fugazes, com profissionais de saúde, indígenas e com populações do entorno de suas áreas em especial com grupos indígenas contatados que compartilham seus territórios.
- c) A vulnerabilidade dos povos indígenas isolados e de recente contato exige do serviço de saúde, competências, habilidades e estruturas específicas para proteger a saúde desta população.

II - Prevenção: Consiste em:

- a) Conhecimento do perfil epidemiológico da população (indígena ou não) do entorno das áreas habitadas por povos indígenas isolados e de recente contato;
- b) Adoção de medidas de saúde dirigidas à população do entorno (indígenas ou não), no sentido de controlar as endemias que porventura existam, garantir boa cobertura vacinal e acesso a serviços de saúde para diagnóstico precoce e tratamento de doenças transmissíveis que, em situações de contato, podem contagiar os grupos isolados e de recente contato;
- c) Garantir que os profissionais da FUNAI e da SESAI (profissionais de saúde, indigenistas e pessoal de apoio) que atuam nesses territórios estejam com a imunização atualizada e livres de doenças transmissíveis que possam causar surtos e epidemias como malária, doenças diarreicas agudas, infecções respiratórias, tuberculose entre outras.

III - Prevenção: Consiste em: Adoção de medidas de intervenção que objetivam evitar impactos negativos na saúde da população quando houver ameaça de danos sérios ou irreversíveis a sobrevivência física dos povos indígenas isolados e de recente contato.

IV - Resolubilidade: Consiste em:

- a) Efetuar o maior número de ações e procedimentos dentro das terras indígenas evitando, sempre que possível, a remoção de pessoas para centros urbanos para tratamentos de saúde dos povos de sua área de habitação;
- b) Incorporar tecnologias adequadas ao trabalho em campo, como acesso à internet, disponibilização de kits para realização de exames subsidiários em campo, de aparelhos de RX e Ultrassonografia portáteis, entre outros que a equipe avalie como necessários, supervisão e apoio à distância para as equipes de campo;
- c) Pactuação com dos serviços de saúde de referência, e com as Casas de Saúde Indígena (CASAI) para o acolhimento diferenciado de indígenas de recente contato e de grupos onde houve a quebra do isolamento, respeitando suas especificidades.

V - Intervenção mínima, de acordo com as necessidades, junto à população de recente contato ou povos isolados, priorizando as ações indispensáveis à proteção da saúde dessa população, como a imunização.

VI - Respeito à cultura, e às práticas tradicionais de cura e autocuidado, por meio da capacitação da equipe em conhecimentos antropológicos e linguísticos sobre as etnias e dos determinantes socioculturais do processo saúde-doença entre povos isolados e de recente contato.

VII - Regionalização do cuidado: Elaboração, por cada DSEI em conjunto com a Frente de Proteção Etnoambiental da FUNAI (FPE), de Plano de Ação adequado à realidade local, considerando os princípios norteadores e as necessidades de

qualificação das equipes, fornecimento regular de insumos e equipamentos, pactuando com a rede de referência o suporte em casos de surtos e epidemias, com definição do grau de resolubilidade local e acionamento de apoio do nível central quando necessário.

Art. 5º O Plano de Contingência para situações emergenciais constitui-se como uma ferramenta de gestão com a finalidade de minimizar os efeitos negativos de situações que põem em risco a saúde e a defesa da vida, o bem estar, a autodeterminação, e demais direitos dos índios isolados e de recente contato.

Parágrafo 1º Promover articulações com países fronteiriços em cujos territórios existam indígenas isolados e de recente contato para promover intercâmbios e realizar ações em parceria quando necessário.

Parágrafo 2º Definir orçamento para as ações de saúde dirigidas aos povos indígenas isolados e de recente contato.

Parágrafo 3º Desenvolver estratégia de monitoramento e avaliação das ações realizadas, que incluam estudos qualitativos de avaliação das estratégias de intervenção.

Art. 6º O detalhamento necessário à implementação das Diretrizes constantes nesta Portaria, bem como para a operacionalização do Plano de Contingência da Saúde para Situações de Contato com Povos Isolados e Surtos Epidêmicos em Grupos de Recente Contato deverá ser realizado por Grupo de Trabalho Permanente, a ser formado pela FUNAI e SESAI.

Parágrafo 1º Os trabalhos do Grupo de Trabalho Permanente de que trata o *caput* do presente artigo serão realizados a partir do diagnóstico e recomendações resultantes do Grupo de Trabalho instituído pela Portaria Interministerial nº 171, de 6 de fevereiro de 2013, constantes no ANEXO desta Portaria.

Parágrafo 2º Garantir que cada povo tenha um Plano de Ação adequado à sua realidade local, elaborado pelo DSEI em conjunto com a Frente de Proteção Etnoambiental da FUNAI (FPE), considerando os princípios norteadores e as necessidades de qualificação das equipes, fornecimento regular de insumos e equipamentos, pactuando com a rede de referência o suporte em casos de surtos e epidemias, com definição do grau de resolubilidade local e acionamento de apoio do nível central quando necessário.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

LINKS PARA LEGISLAÇÃO SOBRE SAÚDE E POVOS INDÍGENAS

Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973- Estatuto do Índio

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6001.htmhttp://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6001.htm

Constituição da Republica Federativa do Brasil 1988

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htmhttp://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema único de Saúde- SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Para saber sobre o controle social no Subsistema de Saúde Indígena, ver Portaria 755/2012,

abaixo.http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei_8.142-1990?OpenDocument

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htmhttp://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

Lei nº 9836, de 23 de setembro de 1999, Lei Arouca

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htmhttp://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm

Portaria nº 254/GM, de 31 de janeiro de 2002- Aprova a Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf

Decreto nº 5.051, de 19 de abril de 2004- Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho- OIT

Portaria nº 644/GM, de 27 de março de 2006- Institui o Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-644.htm><http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-644.htm>

Portaria nº 2.656 de 17 de outubro de 2007, Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no M.S. e regulamentação dos incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas.

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2656.htm>
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2656.htm>

Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm

Portaria nº 755, de 18 de abril de 2012- Dispõe sobre a organização do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0755_18_04_2012.html
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0755_18_04_2012.html

Decreto nº 7.747, de 5 de junho de 2012 - PNGATI Terras Indígenas

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7747.htm#art15
[http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7747.htm - art15](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7747.htm#art15)

Decreto nº 8.065, de 7 de agosto de 2013

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8065.htm#art7
[http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8065.htm - art7](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8065.htm#art7)

I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio

<http://189.28.128.100/dab/docs/geral/1cnsi.pdf>
<http://189.28.128.100/dab/docs/geral/1cnsi.pdf>

VIII Conferência Nacional de Saúde

http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf
http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf

II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas

<http://189.28.128.100/dab/docs/geral/2cnsi.pdf>
<http://189.28.128.100/dab/docs/geral/2cnsi.pdf>

III Conferência Nacional de Saúde Indígena

<http://189.28.128.100/dab/docs/geral/3cnsi.pdf>

IV Conferência Nacional de Saúde Indígena

http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relat_final_4CNSI.pdf
[http://co](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relat_final_4CNSI.pdf)

conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relat_final_4CNSI.pdf

Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas

http://www.funai.gov.br/arquivos/conteudo/cogedi/pdf/LEGISLACAO_INDIGENAS/NISTA/Legislacao-Fundamental/ONU-13-09-2007.pdf