

PROJETO
PLANO DE CONTINGÊNCIA EM SAÚDE PARA POVOS INDÍGENAS ALTAMENTE VULNERÁVEIS E EM
CONTATO INICIAL

COMPONENTES N° 1.
DIAGNÓSTICOS SOBRE A SITUAÇÃO DE LA SAÚDE E COMO ENFRENTAR A COVID 19 EM POVOS
INDÍGENAS EM REGIÕES DE FRONTEIRA AMAZÔNICA

ATIVIDADE N° 1.
INFORME DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE DE POVOS INDÍGENAS COM BASE TERRITORIAL E
TRANSFRONTEIRIÇA BRASIL-GUIANA-SURINAME

PRODUTO N° 2.
ESTUDO TERRITORIAL E SITUAÇÃO DE SAÚDE NA FRONTEIRA BRASIL / GUIANA / SURINAME

Consultor
FÁBIO TOZZI
Colaboração
ROBERTA CERRI

ABRIL 2022

Índice

Lista de mapas	4
Lista de tabelas	4
Lista de figuras	5
Lista de Gráficos.....	5
Apresentação	6
Introdução	6
Parte I: Contexto Territorial.....	7
1. Alcance Territorial.....	7
2. População e territorialidade Indígena	9
2.1. Povos Indígenas transfronteiriços Brasil/Suriname - Tiriyo	10
2.2. Povos indígenas transfronteiriços Brasil/Guiana - WaiWai ^[OBJ]	12
2.3. Povos Indígenas em região próxima à fronteira.....	14
2.3.1. Tunayana ^[OBJ]	14
2.3.2. Katxuyana e Kahyana	15
2.3.3. Zo'é	15
2.3.4. Povos Indígenas Isolados	16
3. Processos socioeconômicos e pressões territoriais	19
Parte II: Situação de Saúde na região de fronteira Brasil / Guiana / Suriname	21
1. Sistemas de Saúde	21
1.1. Direito à saúde e condução dos serviços.....	22
1.2. Organização da Atenção Primária à Saúde (APS) na tríplice fronteira Brasil/Guiana/Suriname	24
1.3. Rede de atenção à saúde.....	27
1.4. Recursos Humanos	29
1.5. Interculturalidade	30
2. Perfil Epidemiológico na TI Tumucumaque	32
2.1. Perfil de Morbidade	32
2.2. Covid-19	35
3. Situação de Saúde na TI Zo'é ^[OBJ]	35
3.1. Perfil demográfico	36
3.2. Assistência à Saúde	38
3.3 Rede de Referência	42
3.4. Saúde do povo Zo'é na pandemia COVID 19	43
4. Pandemia COVID-19 na região de fronteira Brasil, Guiana e Suriname e povos indígenas	44

Parte III: Mapeamento de atores e diálogos sobre sistemas de saúde e organizações indígenas e indigenistas na fronteira BR/GUI/SUR	49
Conclusão e Recomendações	52
Referências	54

Lista de mapas

Mapa 1: Alcance territorial da área de estudo

Mapa 2: Terras Indígenas (Brasil) na fronteira com Guiana, Suriname Guiana Francensa

Mapa 3: Concentração geográfica dos povos indígenas no Suriname

Mapa 4: Concentração geográfica dos povos indígenas na Guiana

Mapa 5: Localização dos registros de indígenas isolados na área de atuação da FPEC/Funai.

Mapa 6: Pressões territoriais

Mapa 7: Pistas de pouso ilegal no norte do Pará

Mapa 8: Distribuição de aldeias e Polos Base do DSEI Amapá e Norte do Pará

Mapa 9: Centros de saúde surinameses na fronteira Suriname/Brasil/Guiana

Lista de tabelas

Tabela 1: Distribuição de aldeias, população, residências e famílias no Parque Indígena Tumucumaque

Tabela 2: Povos Indígenas e Território de estudo

Tabela 3 - Contexto dos sistemas de saúde e prestação de serviços na região

Tabela 4 – Nascimentos e Taxa de Natalidade Zo'é

Tabela 5 - Mortalidade Geral da População Indígena Zo'é

Tabela 6 - Mortalidade Infantil Zo'é

Tabela 7: Causas de Mortalidade da População Zo'é distribuídas por CID (Classificação Internacional das Doenças).

Tabela 8. Números de COVID-19 na Amazônia Brasileira

Tabela 9: Vacinação nos municípios do entorno das Terras Indígenas no norte do Pará

Tabela 10: Percentuais de vacinação nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Brasil)

Tabela 11: Instituições locais e contribuições ao projeto

Tabela 12: Mapeamento de atores na fronteira Brasil/Suriname

Lista de figuras

Figura 1: Percentual de doses aplicadas de vacina COVID-19 em indígenas do DSEI AP/Norte Pará.

Figura 2: Situação das vacinação no Brasil, Suriname e Guiana.

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Diagnósticos mais frequentes (5) que representam 94,18% (n=2.798) do total de consultas segundo Capítulos CID-10 por faixas etárias

Gráfico 2: Diagnósticos mais frequentes (5) das doenças infecciosas que representam 95,33% (n=1.370) do total de consultas segundo Capítulos CID-10 por faixas etárias

Gráfico 3: Distribuição da população Zo'é de acordo com sexo e faixa etária

Gráfico 4: Pirâmide etária da população Zo'é

Gráfico 5: Número de casos de malária por ano na TI Zo'é

Gráfico 6: Casos confirmados de Leishmaniose Tegumentar Americana na população indígena Zo'é no período de 2012 a 2019

Gráfico 7: Dispersão do log₁₀ do número de óbitos e do log₁₀ do número de casos por milhão de habitantes em países e territórios amazônicos selecionados.

Apresentação

O presente documento técnico encaminha o Produto 2 previsto no Contrato de Prestação de Consultoria à Organização do I Tratado de Cooperação Amazônica - SP/OTCA (BID/CM/MS/624//2021) realizada pelo consultor Fabio Lambertini Tozzi em colaboração com Roberta Cerri (doutoranda Fiocruz); tem como objetivo elaborar um diagnóstico sobre a situação de saúde e o enfrentamento da COVID-19 em povos indígenas na região de tríplice fronteira entre o Brasil, a Guiana e o Suriname, no âmbito do projeto "Plano de Contingência em Saúde para Povos Indígenas Altamente Vulneráveis e em Contato Inicial e complementar a consultoria já realizada e finalizada (ATN-OC-1834RGT3767).

Introdução

Este estudo faz parte do componente "Diagnósticos sobre a situação de saúde e como lidar com a COVID-19 em Povos Indígenas em regiões de fronteira amazônica" do projeto "Plano de contingência de saúde para povos indígenas altamente vulneráveis e em contato inicial" cujo objetivo é melhorar o conhecimento sobre a situação de saúde dos povos indígenas na fronteira Brasil/Guiana/Suriname, região também conhecida como Platô das Guianas. Como resultado, busca-se apontar a capacidade de resposta dos sistemas de saúde frente à pandemia de COVID-19, identificando obstáculos e oportunidades para solucionar problemas estruturais e conjunturais no território.

Os povos indígenas que hoje habitam esta faixa de fronteira que vai, do lado brasileiro, do Amapá ao norte do Pará, pegando parte do leste de Roraima, possuem uma história em comum de relações comerciais, políticas, matrimoniais e rituais que remontam a pelo menos três séculos (Gallois et al, 2003). Essas relações, que existem até hoje, não se restringem aos limites das fronteiras nacionais, portanto, qualquer planejamento de saúde para a região deve considerar a importância e a amplitude das redes de relações regionais. Assim, tanto na saúde como em outras esferas da vida cotidiana destes povos, suas estratégias de vida não dependem unicamente dos Estados e, como indígenas amazônicos, não vivem isolados entre si, apesar dos limites geopolíticos.

Deste modo, é importante ressaltar que nas próximas páginas apresentaremos um conjunto de dados e informações provenientes, em sua maioria, de um levantamento e análise documental produzidos por agentes estatais sob uma perspectiva baseada em preceitos da ciência e da burocracia do mundo dito ocidental e não na perspectiva indígena. Ainda assim, considera-se ser de grande valor e subsídio para um levantamento de hipóteses e recomendações visando a gestão de risco em caso de epidemias.

Para este estudo, buscamos desenvolver as seguintes atividades: (i) análise documental e bibliográfica da situação de saúde e da pandemia de COVID-19 entre os povos indígenas e a população do entorno da área de fronteira selecionada, neste caso, da faixa de fronteira Brasil/Suriname/Guiana, com ênfase em processos colaborativos e na identificação de grandes linhas de atuação para fase

posterior e para eventualmente serem incorporadas nos planos de contingência; e ii) mapeamento dos atores e diálogos entre agentes dos sistemas de saúde, organizações indígenas e indigenistas.

O estudo é composto por quatro (4) etapas ou produtos: (i) Plano de Trabalho; (ii) Relatório sobre o diagnóstico preliminar sobre o território e do estado das redes de atenção à saúde dos povos indígenas na fronteira selecionada; (iii) Relatório sobre as necessidades sentidas e exigidas pelos atores locais e (iv) Relatório final de diagnóstico e recomendações de saúde. Os relatórios incluem dados e informações apresentados ou disponibilizados pelas autoridades públicas dos países participantes seja diretamente ao projeto ou por meio de busca em plataformas oficiais na internet, bem como informações disponibilizadas por organizações da sociedade civil. As análises levam em conta a legislação nacional, os marcos regulatórios das instituições governamentais e as diretrizes definidas pela OTCA e Programa de Povos Indígenas da OPAS/OMS.

A primeira e segunda etapa foi desenvolvida pela consultora Leonor Valentino em colaboração com Fábio Ribeiro. Na ocasião, foi realizado um minucioso levantamento das principais características territoriais e antropológicas da região. Na fase seguinte, buscamos, entre os documentos e sistemas de informação oficiais, dados sobre a situação de saúde na região e os validamos em diálogos com atores institucionais e locais que também nos informaram sobre suas percepções e experiências vividas no contexto saúde. Então, foi possível discutir linhas de ação para um plano de contingência que tenha como objetivo mitigar os impactos de grandes epidemias, como a Covid-19. Para isso, foi promovido pela OTCA um encontro entre instituições indígenas e indigenistas que atuam na região e a qual foi realizada na cidade de Santarém, Pará, Brasil.

Este relatório final tem como objetivo analisar os dados obtidos e traçar recomendações a partir dos resultados obtidos nas fases 2 e 3. Seu conteúdo está dividido em três grandes partes: (I) Contexto Territorial; (II) Situação de Saúde na região de fronteira e (III) Mapeamento de atores institucionais e organizações indígenas.

Cabe destacar que em decorrência da amplitude do território, da disponibilidade de dados e da capacidade técnica para o tempo disponível, priorizamos dois estudos de caso no lado brasileiro: Terra Indígena Parque do Tumucumaque e Terra Indígena Zo'é. O primeiro por ser uma faixa de fronteira "viva" compartilhada pelo mesmo grupo indígena - Tiryó - e o segundo, por ser um povo altamente vulnerável, considerado pelo governo do Brasil como de recente contato e que possui um serviço de saúde que pode ser entendido como referência de assistência diferenciada e de resultados efetivos.

Além disso, completamos o estudo com uma análise comparada dos sistemas de saúde e da situação de covid-19 (dados epidemiológicos e vacinação) na região amazônica Guiana e do Suriname. Por fim, apresentamos um mapeamento de atores e recomendações ao projeto. Esperamos que o conteúdo aqui organizado possa subsidiar a elaboração de possíveis planos de contingência e orientar mudanças nos sistemas de saúde da região.

Parte I: Contexto Territorial

1. Alcance Territorial

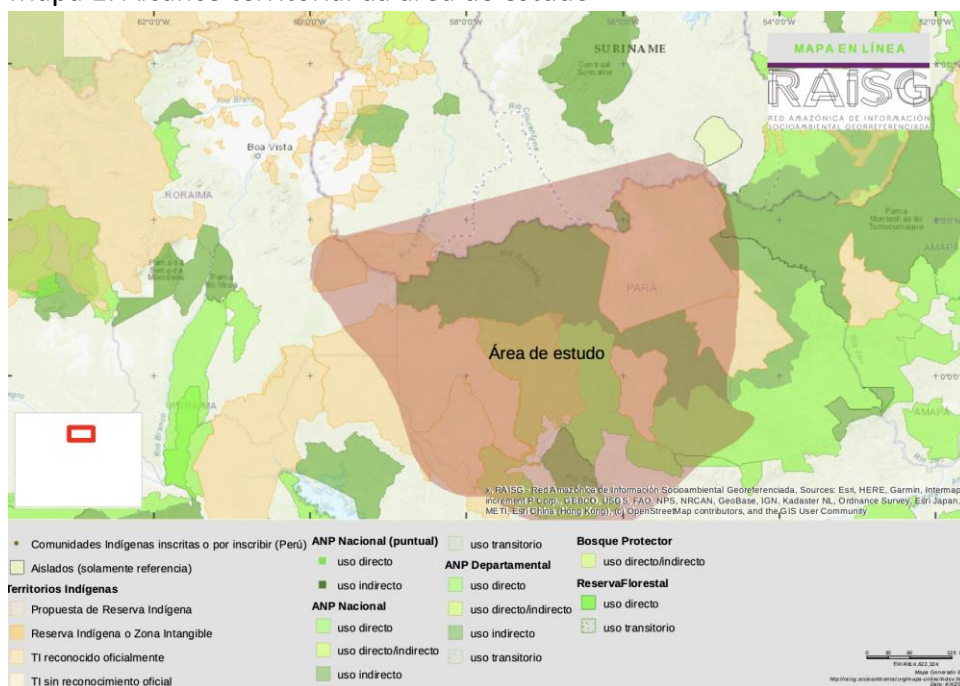
A região abrangida por este diagnóstico compreende a tríplice fronteira entre o Brasil, a Guiana e o Suriname. A região é considerada remota em relação aos centros urbanos e caracterizada, em sua maior parte, por floresta densa, bem preservada e de difícil acesso.

No Brasil, a área abrange o extremo leste do estado de Roraima e noroeste e o Norte do Para com as bacias dos rios Mapuera, Trombetas, Jatapu e Paru de Oeste. Toda a extensão da fronteira brasileira nessa região é coberta de floresta, seja por áreas de conservação ou Terras Indígenas. Consideramos como parte dessa fronteira 6 Terras Indígenas (TIs) : TI WaiWái (Roraima); TI Trombetas-Mapuera (Pará), TI Nhamundá-Mapuera (porção paraense); TI Kaxuyana-Tunayana (porção paraense), TI Parque do Tumucumaque (Pará), TI Paru D'Este e TI Zo'é (Pará) com uma área aproximada de dez milhões de hectares.

Na Guiana, a região é abrangida pelas nas bacias dos rios Essequibo e New River, e inclui duas Regiões administrativas: a porção sul da região 6, *East Berbice-Corentyne*, que cobre todo o leste do país e faz fronteira com o Suriname a leste e com Brasil ao sul; e porção sul da região 9, *Upper Takutu-Upper Essequibo*, onde há um território indígena formalmente reconhecido pelo Estado, o *Kanashen Community Owned Conservation (COCA)*. O acesso ao território indígena é terrestre.

No Suriname, abrange a bacia dos rios Sipaliwini, Kuruni (afluentes do rio Corentino, que divide o Suriname e a Guiana) e Tapanahoni (afluente do rio Maroni, que divide o Suriname e a Guiana Francesa). A área está inserida no grande distrito de Sipaliwini, que abrange toda a região sul do país. Na fronteira com Brasil, Parque Tumucumaque, está localizada a Reserva Ambiental Sipaliwini, área de ocupação tradicional do povo Tiryó. O acesso à região é feito majoritariamente por via aérea, a partir de Paramaribo, sendo que todas as aldeias Tiryó dispõem de pistas de pouso. Contudo, indígenas do lado brasileiro da fronteira vivendo nas TIs Parque do Tumucumaque, Kaxuyana-Tunayana, Nhamundá-Mapuera e Trombetas-Mapuera acessam a região surinamesa por via fluvial e terrestre.

Mapa 1: Alcance territorial da área de estudo



Fonte: Elaboração própria a partir do mapa on-line da Rede Amazônica de Informação Socioambiental (RAISG).

A Guiana e o Suriname, países limítrofes na costa norte da América do Sul, são os dois únicos países que fazem parte simultaneamente das regiões sul-americana e caribenha. Com as mesmas características geográficas e uma história colonial compartilhada, os dois países têm muito em comum, em especial, ressalta-se que são países recém independentes de suas colônias. Falam, como língua oficial, inglês e holandês, respectivamente, o que os isolam dos demais países da América do Sul.

2. População e territorialidade Indígena

A região delimitada é povoada pelos Tiriyo, Katxuyana, Kahyana, Waiwai e Tunayana, falantes de línguas e dialetos da família Caribe; e o povo Zo'é, falante de língua da família Tupi. O critério principal para inclusão é a inserção desses povos e dos seus territórios na região da tríplice fronteira. Os Tiriyo (fronteira Pará/Brasil com Suriname) e Waiwai (fronteira Roraima/Brasil) mantêm trânsitos frequentes e intercâmbios contínuos de famílias e indivíduos indígenas através das fronteiras dos três países, por isso, os caracterizaremos como transfronteiriços. Já a Terra Indígena Zo'é, além de estar inserida em zona fronteira, teve sua inclusão motivada pelo fato do povo Zo'é ser considerado como de *Recente Contato* pelo Estado brasileiro. Observamos ainda que além desses povos mencionados, a região possui referências não confirmadas de povos indígenas em situação de isolamento, ainda não identificados.

Mapa 2: Terras Indígenas (Brasil) na fronteira com Guiana, Suriname Guiana Francensa



Fonte: Iepé, 2020. Disponível em: <https://institutoiepe.org.br/wp-content/uploads/2020/10/MAPA-Povos-Iepe-2020-PORT-WEB.pdf>

Os povos indígenas da região estão envolvidos em uma antiga e extensa rede de intercâmbios baseadas em vínculos linguísticos, de parentesco, rituais, políticos, econômicos e territoriais (Gallois, 2005; Grupioni, 2015). Com exceção dos Zo'é e dos indígenas isolados, os demais povos incluídos na área do estudo viveram processos semelhantes de colonização, sofreram processos de depopulação severa decorrentes do alastramento de epidemias nos séculos XIX e XX, e foram aglomerados em grandes aldeias missionárias, católica e protestantes, na segunda metade do século XX. Nas últimas décadas, eles estão protagonizando processos de redispersão territorial no Brasil, ocupando novamente lugares de habitação antigos dos quais haviam sido removidos por atuação estatal e das missões religiosas.

2.1. Povos Indígenas transfronteiriços Brasil/Suriname - Tiriyo

O povo indígena conhecido no Brasil por Tiriyo e no Suriname por Trio é formado por aproximadamente 3.000 pessoas, falantes da língua Caribe e vivem em dezenas de aldeias situadas às margens dos rios Marapi, Paru de Oeste (ou Erepecuru) e Paru de Leste (do lado brasileiro) e Sipaliwini, Kuruni e Tapanahoni (do lado surinamês). Essas aldeias são interconectadas por caminhos terrestres e fluviais, periodicamente percorridos pelas pessoas ao longo de viagens para trocas, encontros de parentes, deslocamentos para as cidades, tratamentos de saúde, festas e outros. Antes da chegada dos missionários em sua região, os Tiriyo eram diferenciados em vários grupos caribe e mantinham intensas rede de troca e comércio, fluxos migratórios e episódios de guerra entre si. Com a chegada dos missionários franciscanos, do lado brasileiro, e dos protestantes, do lado surinamês, todos esses grupos foram englobados pelo nome Tiriyo, no Brasil, e Trio, no Suriname (Gallois et al, 2003).

No Brasil, os Tiriyo ocupam a faixa oeste do Parque Indígena do Tumucumaque – PIT e estão distribuídos em 55 aldeias localizadas ao longo dos rios Paru de Oeste e Cuxaré. Algumas famílias também se encontram no alto e médio curso do rio Paru de Leste. No Suriname, vivem em maior número do que no Brasil e habitam as margens dos rios Sipaliwini e Paloemeu. No lado brasileiro, a principal aldeia é a Missão Tiriyo formada a partir de uma Missão Franciscana e é onde também está localizado um Pelotão Especial de Fronteira do Exército Brasileiro (PEF – EB) e uma base aérea da Força Aérea Brasileira (FAB).

Quanto à ocupação espacial dos Tiriyo no PIT, pode-se dizer que se trata de populações dispersas em pequenas aldeias. A maior aldeia é a denominada Missão Nova, com aproximadamente 435 pessoas. A população total do PIT é contabilizada em 3.402 indivíduos.

Quadro 1: Distribuição de aldeias, população, residências e famílias no Parque Indígena Tumucumaque

PÓLO BASE MISSÃO TIRIYO				PÓLO BASE BONA			
POPULAÇÃO GERAL: 2.110				POPULAÇÃO GERAL: 1.292			
Aldeia	Pop.	Nº Residências	Nº Família	Aldeia	Pop.	Nº Residências	Nº Família
MISSÃO NOVA	435	61	81	BONA *	281	47	47
AMANA	50	7	8	ARAWAKA	43	5	6
ARAWATÁ	30	4	4	TAWAIKURU	10	2	2
BETANIA	230	34	43	MUREY	26	3	4
KUMUIMO	6	2	2	IRIWA	14	1	3

KURITARAIMÓ	16	7	7	MAXIPORIMO	77	15	3
TUHA-ENTU	51	9	9	XITARE/JACARÉ	14	2	3
MISSÃO VELHA	121	5	19	KURIEUKURUTARY	26	4	5
MARIPA				TAPAUKU	70	9	11
WAYPA	24	5	7	ARAMAPUKU	37	10	8
MUNENY	4	2	2	MATAWARÉ	109	20	21
NOTÜPÖ	62	11	11	CACHOEIRINHA	54	10	10
ÖMETANÖMPO	28	4	4	IARERAY	59	9	11
OROI-ENTU	75	9	12	MANAU	24	3	5
OROKOFÖ NOVA	63	61	9	XUIXUIMENE	76	11	14
OROKOFÖ VELHA	33	16	6	JAKOROMÃ	47	6	6
PARUAKA	71	9	10	ANANAPIARE	53	7	8
PONOTO	24	4	6	KURUPOHPANO	41	7	7
TARATARAFÖ	40	6	7	PURURÉ	84	8	9
TARTARUGA	35	6	6	KURUMURIPANO	32	7	7
MESEPI	29	6	7	ITAPEKI	27	6	7
P.DA ONÇA	115	14	17	PARAPARÁ	74	8	9
PASISI-ENTU	17	4	4	TAUNUMAI	14	2	2
S.ANTONIO	99	14	24	TYRYRYMAHNO			
BOCA DO MARAPI	38	5	5	Total	1.292		
KUXARÉ	209	32	41	24 aldeias			
CASTANHAL	10	3	3				
MARIHPÁ/KUXARE	23	4	5				
AIKI	5	2	3				
URUNAI	36	5	8				
YAWA	65	9	12				
MARITHEPU	66	9	9				
Total	2.110						
31 aldeias							

Fonte: Dsei Amapá e Norte do Pará, 2021

O PIT é considerado uma das Terras Indígenas mais remotas e isoladas do Brasil. Além da distância das sedes dos municípios e das cidades de referência para tratamento de média e alta complexidade, o único meio de adentrar e sair do território é por via aérea, o que torna o sistema de saúde também bastante oneroso. É importante ressaltar que do Tumucumaque para o Suriname, não é necessário deslocamento aéreo e sim por meio dos rios, o que faz com que a rede transfronteiriça entre os Tiriyo permaneça viva e intensa. Logo, pode-se inferir que a situação sanitária de um país tem influência em seu vizinho.

Os Tiriyo ocupam a reserva Sipawilini, no Suriname, que faz fronteira com o Parque Tumucumaque no Brasil e consiste principalmente de floresta impenetrável - só pode ser acessada através de áreas maroon (quilombolas) e indígenas. Além dos Tiriyo, os Wayana também ocupam a

faixa de fronteira (Mapa 3). As aldeias tiriyo são as povoações mais remotas do país, acessíveis, desde Paramaribo, apenas por meio de transporte aéreo ou por vários dias de barco. Devido à sua localidade remota, as aldeias foram menos afetadas pelo desenvolvimento ou incursões de extração de minérios do que outras comunidades (ACT, 2015).

Mapa 3: Concentração Geográfica de povos indígenas no Suriname



Fonte: ACT Suriname

2.2. Povos indígenas transfronteiriços Brasil/Guiana - WaiWai

O povo indígena transfronteiriço que se concentra na área de delimitação deste estudo são os Waiwai. A população Waiwai no Brasil abrange aproximadamente 2.500 pessoas, e na Guiana 400 pessoas, a maioria espalhadas em 25 aldeias às margens dos rios Mapuera, Jatapu e Jatapuzinho no Brasil, e nas aldeias Masakenyarî e Erepoimo (Parabara) na Guiana, Área de Kanashen (IEPÉ, 2021; OAKLEY, 2018). No Brasil, centenas de Waiwai vivem nas cidades de Oriximiná, Santarém e Belém, especialmente jovens em idade escolar e universitários, por vezes acompanhados de suas famílias. Nas cidades guianenses de Lethem a Georgetown também vive uma população Waiwai indeterminada.

As pessoas que se identificam como Waiwai também lançam mão de outros nomes coletivos como Xerew, Pixkaryana, Xow yana, Parukwoto, Mawayana, Katwena, Cikiyana, Tunayana, Mînpoyana, Karapawyana, Manakayana e outros. Todos esses coletivos ou povos indígenas são originários da região de fronteira entre o Brasil, a Guiana e o Suriname, nas bacias dos rios Essequibo, Mapuera e Trombetas, e estão envolvidos em circuitos de comunicação muito antigos, pacíficos e guerreiros, por onde circulam rituais, objetos e pessoas (Queiroz, 2015; Valentino, 2019). Suas línguas e dialetos pertencem à família Caribe, com exceção dos Mawayana, de língua da família Aruaque, e dos Caruma ou Taruma, cuja língua pertence a uma família isolada (Carlin, 2015).

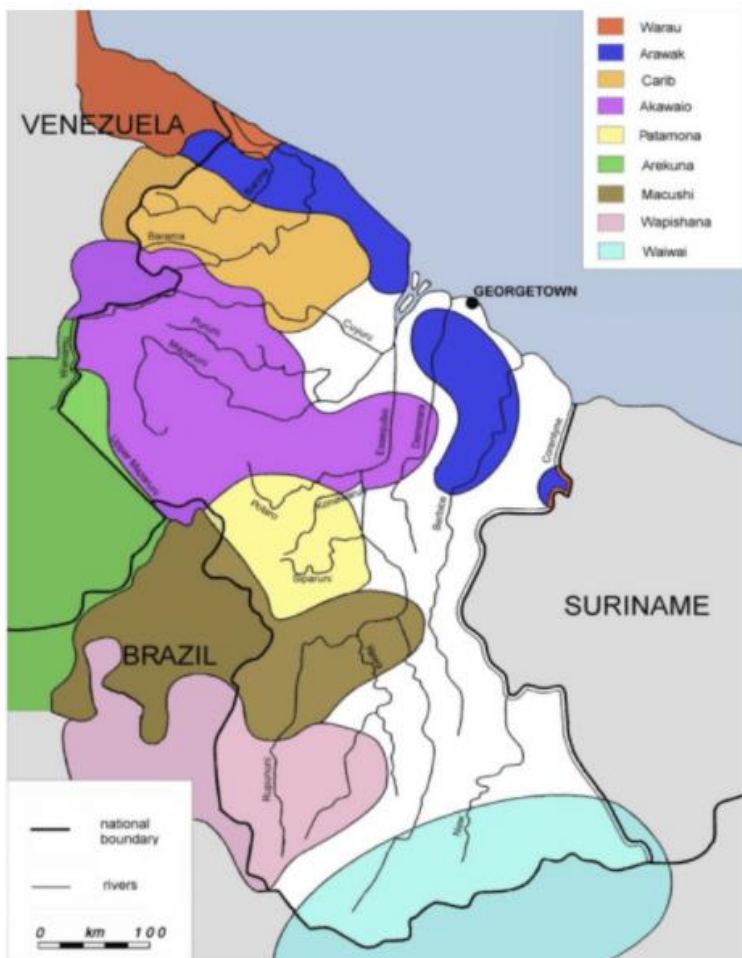
No início do século XX, os povos que hoje se identificam como Waiwai viveram processos de redução drástica da sua população, em consequência de epidemias de doenças infecto-contagiosas

como sarampo, rubéola e gripes, adquiridas em contatos diretos e indiretos com frentes colonizadoras, e também em consequência de conflitos internos (Queiroz, 1998; Valentino, 2010, 2019). O aldeamento destes povos se fez, em grande parte, em razão da instalação de missionários no sul da Guiana (em Kanashen) em 1950. Na ocasião, eles atraíram povos que viviam dispersos por toda a região, dos dois lados da fronteira, principalmente do lado brasileiro, promovendo um intenso processo de aglomeração populacional. Nos anos 1970 os missionários se transferiram para o Brasil, no sudeste de Roraima e no noroeste do Pará, com apoio da Força Aérea Brasileira (FAB). A maioria da população indígena então aglomerada na Guiana voltou para o Brasil, após ser alfabetizada na língua waiwai. A partir desses processos de co-residência, evangelização e alfabetização, os diferentes grupos indígenas então aglomerados pelos missionários, passaram a se apresentar de modo abrangente e frequente como Waiwai (Hawkins, 2008; Howard, 2001).

Até os anos 2000, a maior parte dos Waiwai no Brasil estava concentrada em uma grande aldeia no rio Mapuera. Desde então, intensificou-se um movimento de dispersão territorial e reabertura de aldeias antigas, que havia se iniciado com o retorno ao Brasil. Atualmente são quinze aldeias no rio Mapuera, dez aldeias no sudeste de Roraima, e cinco aldeias no sul da Guiana. Algumas famílias Katwena, Tunayana, Xerew e Cikiyana que compõem as aldeias Waiwai no rio Mapuera, noroeste do Pará, estão planejando voltar para os rios Cachorro e Turuni, onde viviam até o final dos anos 1960 e o início da década de 1970, antes do deslocamento para a base missionária protestante no sul da Guiana.

Esses retornos vêm sendo apoiados pela Funai e por uma organização indigenista não-governamental atuante na região, o Instituto de Pesquisa e Formação Indígena (Iepé). Das dez aldeias waiwai em Roraima existentes hoje, oito estão na TI Trombetas-Mapuera e duas na TI WaiWái. As quinze aldeias waiwai existentes no noroeste do Pará, ao longo do curso do rio Mapuera, distribuem-se do seguinte modo: duas na TI Trombetas-Mapuera, cinco na TI Nhamundá-Mapuera e oito na TI Kaxuyana-Tunayana. A TI Nhamundá-Mapuera foi homologada em 1989, em 2003 a TI WaiWái, e em 2009 a TI Trombetas-Mapuera (Valentino, 2019; Iepé, 2021). A TI Kaxuyana-Tunayana ainda aguarda a homologação, tendo sido declarada pelo Ministério da Justiça em 2018. Do lado da Guiana, a titulação oficial do Distrito Ameríndio de Kanashen pelo Estado ocorreu em 2004 e, em 2007, Kanashen foi legalmente estabelecida como Área de Conservação Comunitária (COCA) (Oakley, 2018).

Mapa 4: Concentração geográfica dos povos indígenas na Guiana



Fonte: BID, 2014

No Brasil, os Waiwai possuem quatro organizações representativas, uma estabelecida em Roraima, a Associação do Povo Indígena Wai-Wai (APIW), e três estabelecidas no Pará: Associação dos Povos Indígenas do Mapuera (APIM), Associação dos Povos Indígenas Trombetas-Mapuera (APITMA) e a Associação das Mulheres Indígenas da Região do Município de Oriximiná (AMIRMO). Eles também participam do movimento indígena nacional, através da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia (COIAB).

2.3. Povos Indígenas em região próxima à fronteira

2.3.1. Tunayana

Os Tunayana são originários das bacias dos rios Turuni e Cachorro, afluentes do rio Trombetas em seu alto curso, em território Brasileiro. Essa região fica muito próxima das fronteiras com o Suriname e com a Guiana, e são muito antigos os trânsitos dos Tunayana pelos territórios hoje localizados nos três países. Os Tunayana vivem hoje, em sua maioria, aparentadas aos Katwena, Mînpoyana e Cikiyana em aldeias dos Waiwai no noroeste do Pará e em Roraima e apenas uma pequena parcela do grupo, 60 pessoas, vive em seu território originário - duas aldeias nos rios Trombetas e Turuni (Valentino, 2019).

A maior parte dos Tunayana se uniu aos Waiwai no final da década de 1960, na missão protestante em Kanashen, sul da Guiana, e retornou ao Brasil em meados da década seguinte. Por sua aliança com os Waiwai, e por terem sido alfabetizados na língua waiwai, os Tunayana instalados no rio Mapuera se identificam também como Waiwai, a depender do contexto, e também se identificam como Katwena. Algumas de suas famílias vêm tentando voltar aos seus lugares originários de habitação, reabrir aldeias antigas no rio Turuni. Outra parcela dos Tunayana fez um percurso de alianças distinto: uniu-se aos Tiriyo na missão protestante no sul do Suriname no final da década de 1960, e foi alfabetizada na língua Tiriyo. Nas últimas duas décadas, iniciaram um movimento de retorno do Suriname para seu território originário, onde já abriram duas aldeias, nos rios Trombetas e Turuni.

Os Tunayana no Brasil participam de cinco organizações representativas: aqueles corresidentes com os Waiwai são representados pelas mesmas associações mencionadas para os Waiwai: em Roraima, a Associação do Povo Indígena Wai-Wai (APIW), no Pará a Associação dos Povos Indígenas do Mapuera (APIM), Associação dos Povos Indígenas Trombetas-Mapuera (APITMA) e a Associação das Mulheres Indígenas da Região do Município de Oriximiná (AMIRMO). Os Tunayana que vivem nos rios Trombetas e Turuni participam de outra organização, a Associação Indígena Katxuyana, Tunayana e Kahyana (AIKATUK). Todas essas organizações locais participam do movimento indígena nacional, através da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazonia (COIAB).

No Suriname, Carlin (2011) estima a existência de duzentos Tunayana ou Katwena na aldeia Kwamalasamutu. Não há números sobre a população katwena e tunayana na Guiana.

2.3.2. Katxuyana e Kahyana

Os Katxuyana e Kahyana são originários do alto curso do rio Trombetas e seus afluentes Cachorro e Jascuri, no noroeste do Pará (Girardi, 2019). Hoje, vivem espalhados em aldeias no seu território originário e em aldeias dos Tiriyo no Parque Indígena Tumucumaque (norte do Pará), e no sul do Suriname. Nos rios Trombetas e Cachorro somam aproximadamente 350 pessoas em 13 aldeias (IEPÉ et al., 2021). Não há estudos que permitam numerar a população Katxuyana e Kahyana vivendo junto aos Tiriyo no Brasil e no Suriname, para onde foram atraídos e transferidos no final da década de 1960, quando quase desapareceram em decorrência de surtos epidêmicos de doenças infecto-contagiosas transmitidas por não-indígenas e também em decorrência de conflitos internos.

No norte do Pará, Parque do Tumucumaque, os Katxuyana e Kahyana participam da Associação dos Povos Indígenas Tiriyo, Kaxuyana e Txikiyana (APITIKATXI). Os que vivem no noroeste do Pará, nos rios Trombetas e Cachorro, TI Kaxuyana-Tunayana, participam da Associação Indígena Katxuyana, Tunayana e Kahyana (AIKATUK). Eles também participam ativamente do movimento indígena nacional, através da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia (COIAB).

2.3.3. Zo'é

Os Zo'é formam um povo de língua Tupi-Guarani que habita a floresta entre os rios Erepecuru (Paru de Oeste) e Cuminapanema, no norte do Pará. Em conjunto com outros povos não incluídos no presente estudo, os Wajãpi (que vivem no Amapá) e os Emérillon (que vivem na Guiana Francesa), são os únicos falantes de língua Tupi-Guarani na área etnográfica das Guianas. Atualmente somam 321

pessoas (Sesai, 2021), organizadas em aproximadamente 18 grupos locais caracterizados por uma grande mobilidade sazonal ao longo do ano.

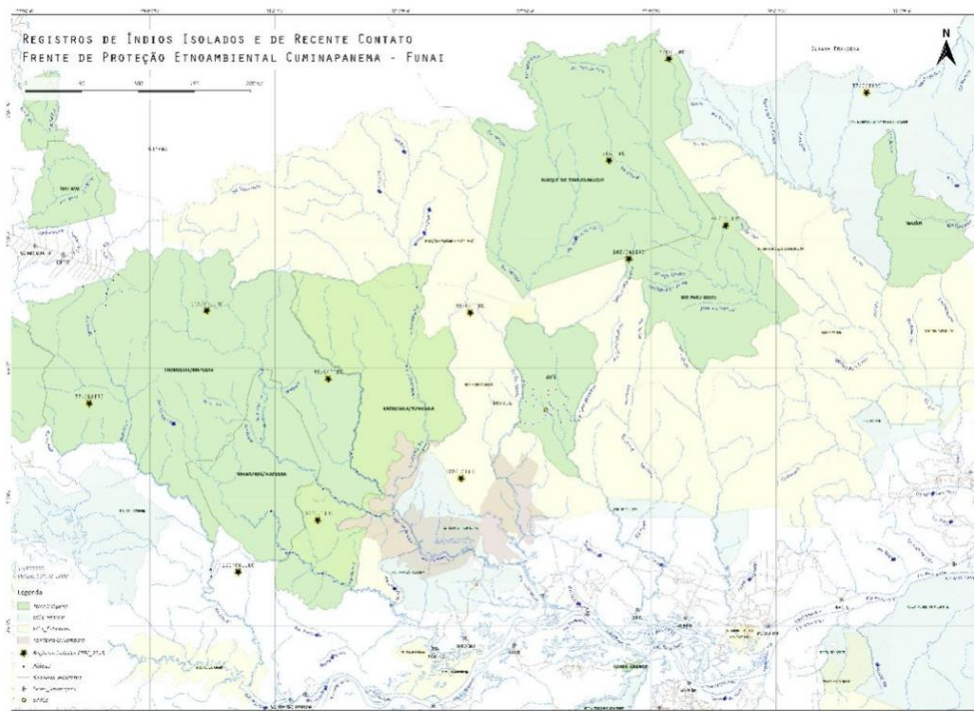
Os Zo'é foram contatados na década de 1980 por missionários da Missão Novas Tribos do Brasil (MNTB). Em decorrência das mortes de dezenas de pessoas Zo'é por doenças infecto contagiosas trazidas pelos missionários e suas equipes, em 1991 a Funai retirou os missionários e assumiu o controle da área, criando a Frente de Contato Cuminapanema, posteriormente transformada em Frente de Proteção Etnoambiental Cuminapanema (FPEC). No final da década de 1990, foram iniciadas as atividades do Grupo de Trabalho criado pela Funai para identificação e delimitação da TI Zo'é. A Terra Indígena Zo'é foi homologada pelo Estado Brasileiro em 2009, com 686.585 hectares.

Atualmente os Zo'é são assistidos pela Frente de Proteção Etnoambiental Cuminapanema da Coordenação Geral de Índios Isolados e de Recente Contato (CGIIRC) da Funai, responsável pelo trabalho indigenista de proteção territorial e promoção de direitos diversos, e pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) (Pólo Base Santarém do DSEI Guamá Tocantins), responsável pela atenção à saúde. No interior da TI Zo'é, os trabalhos da Funai e da SESAI são realizados principalmente na Base de Proteção Etnoambiental Cuminapanema da FPEC/Funai, situada na localidade de Kejã, uma antiga aldeia Zo'é.

2.3.4. Povos Indígenas Isolados

Os dados sobre a presença de indígenas isolados se restringem, até o momento, ao território brasileiro. Conforme o banco de dados da Coordenação Geral de Índios Isolados e de Recente Contato (CGIIRC/Funai), na área de atuação da Frente de Proteção Etnoambiental Cuminapanema incidem, além do povo de recente contato Zo'é, doze (12) registros de povos indígenas isolados, dispersos por uma imensa floresta que abrange o norte do Estado do Pará (bacias dos rios Nhamundá, Mapuera, Cachorro, Trombetas, Erepecuru, Cuminapanema, Curuá, Maicuru, Paru de Leste e Jari), o norte do Amapá (bacia dos rios Amapari e Oiapoque), o sudeste de Roraima (bacia dos rios Jatapu/Jatapuzinho) e nordeste do Amazonas (bacia do rio Jatapu).

Mapa 5: Localização dos registros de indígenas isolados na área de atuação da FPEC/Funai.



Fonte: Guilherme Siviero / Funai - FPEC

Dentre esses doze registros de povos indígenas isolados na área de atuação da FPE Cuminapanema, os que incidem na área de atuação do presente projeto, e que grosso modo estão situados entre os rios Jatapu (a oeste) e Erepecuru (a leste) são os seguintes:

- Nº 35 – Rio Cachorro/Cachorrinho
- Nº 36 – Rio Kaxpakuru/Igarapé Água Fria
- Nº 77 – Médio Jatapu
- Nº 105 – Karapawyana
- Nº 107 – Pitinga/Nhamundá-Mapuera
- Nº 121 – Baixo Jatapu/Igarapé Oriente
- Nº 122 – Ponekuru/Acapu/Baixo Água Fria

O quadro a seguir apresenta o recorte desta a área incluída no estudo, levando em consideração os povos indígenas, os territórios, as bacias hidrográficas e as cidades de referência em cada região:

Tabela 2: Povos Indígenas e Território de estudo

POVO INDÍGENA	TERRITÓRIO	POPULAÇÃO ESTIMADA	BACIA HIDROGRÁFICA	CIDADE REFERÊNCIA
Wai Wai Fronteira Brasil/Guiana	Brasil: 26 aldeias, 2 estados (Pará e Roraima), 4 TerrasIndígenas. TI WaiWái (Roraima): 2 aldeias; TI Trombetas-Mapuera (Roraima, Pará): 12 aldeias; TI Nhamundá-Mapuera (Pará): 4 aldeias; TI Kaxuyana-Tunayana (Pará): 8 aldeias.	2.500 pessoas*	Brasil: Rios Mapuera, Jatapu	Brasil: Oriximiná (Pará), Santarém (Pará) Boa Vista (Roraima)
Fronteira Guiana/Brasil	Guiana: 3 aldeias, 3 Regiões (4, 6, 9) Região 9, Upper Takutu-Upper Essequibo: 2 aldeias (1 na Kanashen Community Owned Conservation, e Parabara).	400 pessoas*	Guiana: Rios Essequibo, New River	Guiana: Lethem - Região 9 Georgetown - Região 4
Fronteira Guiana/Brasil/Suriname	Guiana: Região 6, East Berbice-Corentyne: 1 aldeia.			
Tunayana	Brasil: 2 aldeias, 1 estado (Pará), 1 Terra Indígena, Kaxuyana-Tunayana	60 pessoas**	Brasil: Rios Trombetas, Turuni	Brasil: Oriximiná-Pará, Santarém-Pará
Fronteira Brasil/Guiana/Suriname	Guiana: 1 aldeia na Região 6, East Berbice-Corentyne	s/n	Suriname: Rio Sipaliweni	Suriname: Paramaribo
Fronteira Brasil/Suriname	Suriname: Aldeia Kwamalasamutui	200 pessoas***	Guiana: Rios Essequibo, New River	Guiana: Lethem - Região 9 Georgetown - Região 4
Kaxuyana e Kahyana	Brasil: 2 Terras Indígenas: TI Kaxuyana-Tunayana: 13 aldeias; TI Parque do Tumucumaque.	350 pessoas na TI Kaxuyana-Tunayana: 13 aldeias*	Brasil: Rios Trombetas e Paru de Oeste (Erepecuru)	Brasil: Oriximiná-Pará, Santarém-Pará e Macapá-Amapá
Fronteira Brasil/Suriname	Suriname: Kwamalasamutua	s/n	Suriname: Rio Sipaliwini	Suriname: Paramaribo
Tiriyó	Brasil: Diversas aldeias na Terra Indígena Parque do Tumucumaque	2.980 pessoas****	Brasil: Rio Paru de Oeste (Erepecuru)	Brasil: Macapá-Amapá
Fronteira Brasil/Suriname	Suriname: Kwamalasamutu, Sipaliweni, Alalaparú, Tèpu	s/n	Suriname: Rio Sipaliweni	Suriname: Paramaribo
Zo'é Brasil (norte do Pará)	Terra Indígena Zo'é	321 pessoas****	Brasil: Paru de oeste (Erepecuru) e Cuminapanema	Brasil: Santarém
Isolados	Brasil:		Brasil: (1) bacias dos rios Nhamundá,	

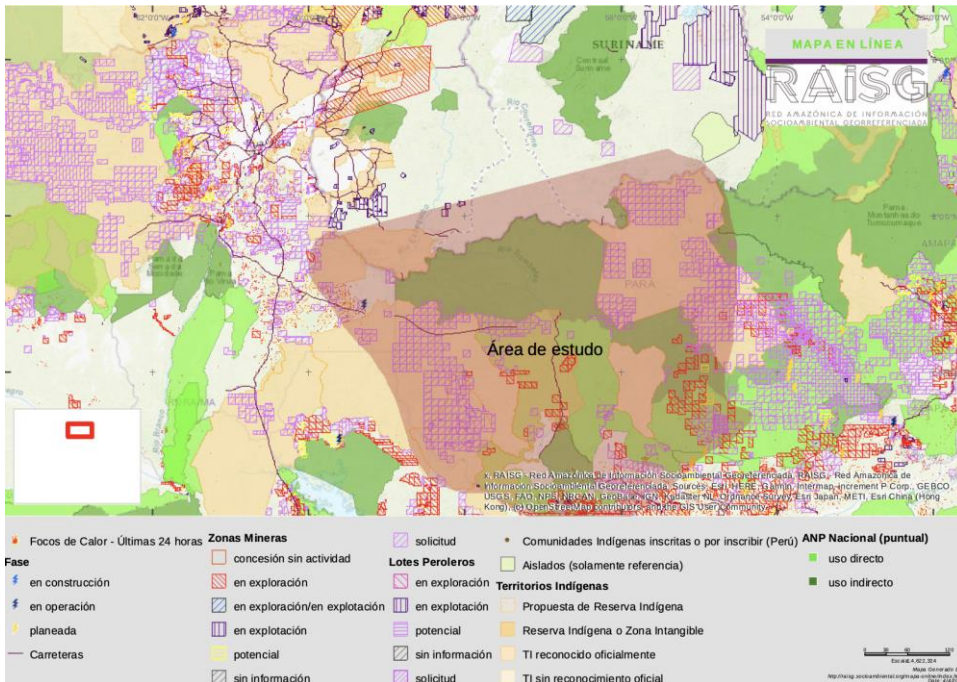
	(1) norte do Estado do Pará, (2) o norte do Amapá, (3) o sudeste de Roraima; e (4) nordeste do Amazonas		Mapuera, Cachorro, Trombetas, Erepecuru, Cuminapanema, Curuá, Maicuru, Paru de Leste e Jari; (2) bacia dos rios Amapari e Oiapoque; (3) bacia dos rios Jatapu/Jatapuzinho e (4) bacia do rio Jatapu	
--	---	--	---	--

*Fonte: IEPÉ, 2021; **Fonte: Valentino, 2019; ***Fonte: Carlin, 2011; **** Fonte: Sesai, 2021

3. Processos socioeconômicos e pressões territoriais

No lado brasileiro, o setor da indústria representa a maior parte do PIB dos municípios na abrangência do estudo, seguido pelo setor de serviços (Ipea, 2011). Por sua vez, a agropecuária e os impostos arrecadados em produtos contribuem muito pouco, embora haja um crescimento expressivo das receitas provenientes da agricultura (destaque para o cultivo de mandioca e cacau). A maior participação da indústria no PIB ocorre porque há dois empreendimentos industriais de grande porte na região: a mineração de bauxita (Mineração Rio do Norte – MRN) em Oriximiná e a indústria de madeira e celulose (Grupo Orsa) em Almeirim. Nos demais municípios, predomina o setor de serviços com maior participação do setor público municipal (ênfase no pagamento de funcionários públicos e custeio da saúde e educação) e comércio (Imazon, 2022). Cabe ressaltar que há ainda vários projetos de solicitação de mineração, inclusive em terras indígenas, como demonstra o Mapa 6.

Mapa 6: Pressões territoriais



Fonte: Elaboração própria a partir do mapa on-line da Rede Amazônica de Informação Socioambiental (RAISG).

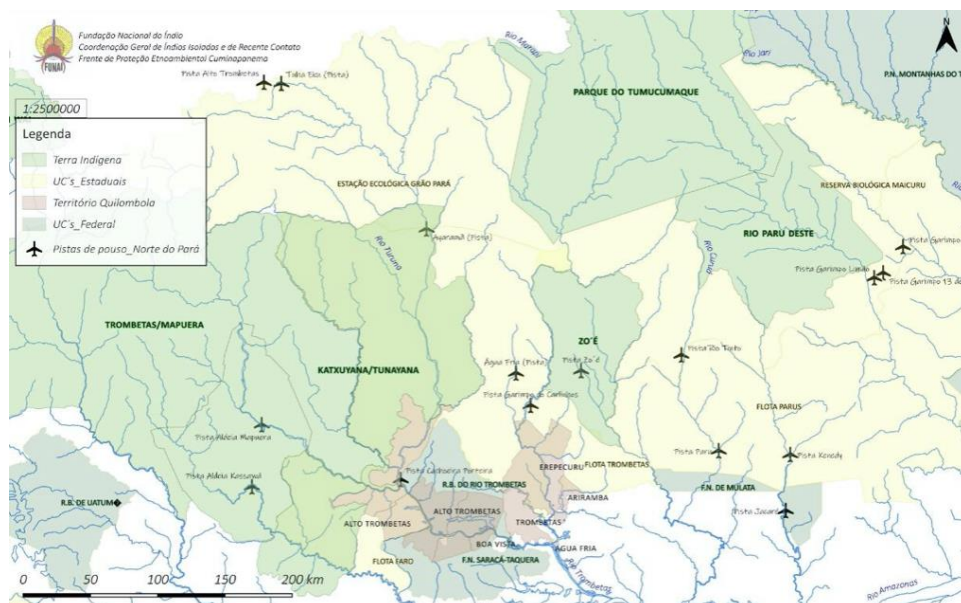
A indústria extrativista de minério também é a principal atividade econômica na região amazônica do Suriname e Guiana. No caso da Guiana, principalmente o ouro, o diamante e a bauxita. Já o Suriname, além da exploração mineral de ouro e bauxita, também explora petróleo em seu território. Pelo fato de a mineração ocupar um papel central na economia destes países, o impacto dos garimpos é um importante determinante na saúde dos povos indígenas da região, seja pelas consequências da possível presença de mercúrio nos rios ou pela transmissão da malária.

A exploração madeireira e o turismo não sustentável constituem pressões que podem desencadear eventos não desejáveis na saúde da população indígena. Em território brasileiro, essas atividades vêm sendo exercidas de modo ilegal no entorno e no interior de algumas Terras Indígenas e Unidades de Conservação, encabeçadas por empresários não-indígenas. Além disso, há previsão de instalação de empreendimentos governamentais nos municípios de Oriximiná e Óbidos, que afetariam diretamente os territórios indígenas: a construção de uma rodovia cortando a floresta amazônica e ligando o Brasil ao Suriname, no âmbito do Projeto Barão do Rio Branco, e a construção de uma usina hidrelétrica no alto curso do rio Trombetas. Outro grande empreendimento previsto para a região é a Exploração de bauxita na bacia do rio Curuá/Cuminapanema pela Rio Tinto Desenvolvidos Minerais Ltda.

No que concerne ao Suriname e à região 6 da Guiana, destaca-se a ausência de títulos das terras ocupadas pelas comunidades indígenas e a forte presença de garimpos. A não titulação restringe os direitos de uso da terra e dos seus recursos pelos indígenas, restringe os direitos à consulta prévia, livre e informada e até mesmo o recebimento de eventuais compensações por ações do governo ou de empresas que afetem diretamente essas comunidades.

A atividade garimpeira clandestina é o crime que mais tem pressionado os territórios indígenas da região, assim como aqueles ocupados por povos indígenas isolados. No mapa 7, apresentado a seguir e elaborado pela Frente de Proteção Etnoambiental Cuminapanema da Funai, são indicadas as principais pistas de pouso clandestinas em território brasileiro, na área de estudo, utilizadas para a atividade garimpeira ilegal e para o narcotráfico.

Mapa 7: Pistas de pouso ilegal no norte do Pará



O maior empreendimento do Estado brasileiro previsto para a região é o Projeto Barão do Rio Branco (PBRB). Segundo a Secretaria Geral da Presidência da República do Brasil, o PBRB é uma das oito prioridades de uma Agenda Estratégica aprovada pelo presidente da república para guiar ações do Governo Federal a partir de 2019 e tem como alvo a “Calha Norte” do rio Amazonas, no estado do Pará, prevendo medidas para a sua “integração” ao território nacional, como estratégia para o desenvolvimento da região norte do Brasil. As ações previstas no âmbito do PBRB consistem em:

- Construção da ponte sobre o rio Amazonas (região do município de Óbidos), a fim de viabilizar o terminal intermodal do porto de Óbidos, reduzindo o frete hidroviário dos granéis do Centro-Oeste. O projeto visa viabilizar a ligação da BR-163 ao trecho leste da rodovia Perimetral Norte (BR-210) [ainda não construído], permitindo a integração do Amapá, por terra, ao restante do País;
- Extensão da BR-163 até a fronteira com o Suriname, a fim de permitir o acesso de cargas do Brasil ao mar do Caribe, atendendo ao objetivo da integração sul-americana;
- Construção da hidrelétrica do rio Trombetas (região do município de Oriximiná, em Cachoeira Porteira), a fim de reforçar a capacidade de carga da região Norte, desenvolver o município de Oriximiná e permitir a industrialização do minério de alumina-alumínio do Baixo Amazonas;
- Implantação do polo de desenvolvimento regional na área de Óbidos-Oriximiná, a fim de reduzir custos de produção e comercialização, criar oportunidades de negócios e estimular o desenvolvimento econômico da região, principalmente, do Baixo Amazonas (Pará).

Por fim, outro grande empreendimento previsto para a região é a Exploração de bauxita na bacia do rio Curuá/Cuminapanema pela Rio Tinto Desenvolvidos Minerais Ltda. Por meio de pesquisas já realizadas no rio Curuá, essa mineradora concluiu que nessa área há uma jazida de bauxita com potencial para exploração de 72 anos. Essa “província bauxitífera”, localizada na área de florestas situada entre a Terra Indígena Zo’é e a Terra Indígena Paru de Leste, incide atualmente na Estação Ecológica do Grão-Pará. Exatamente na área onde está localizado pela Funai o registro de indígenas isolados nº 108 – Alto Urucuriana/Alto Curuá/Alto Maicuru. A província que a mineradora pretende explorar abrange uma área de 212.000 hectares (ver mapa). Por incidir em Unidade de Conservação de Proteção Integral (ESEC Grão Pará), a empresa em 2010 apresentou ao Estado do Pará proposta de redução da Unidade de Conservação, ou sua mudança de categoria de Estação Ecológica para Floresta Estadual (categoria passível de exploração mineral).

Na Guiana, as atividades de mineração de ouro em áreas florestais são uma prática comum em todo seu território há mais de um século. A intensificação da mineração de ouro artesanal e em pequena escala nas últimas décadas, causada pela demanda do mercado global, está contribuindo para a mobilização de mercúrio em sistemas aquáticos. As comunidades indígenas na Guiana que convivem de perto com atividades de mineração e dependem de peixes locais para suprir a maior parte de suas necessidades de proteína, estão com altos níveis de mercúrio em seus corpos, como comprovado em estudos recentes realizados no país (Watson, 2020).

Parte II: Situação de Saúde na região de fronteira Brasil / Guiana / Suriname

1. Sistemas de Saúde

Um sistema de saúde deve ser entendido não apenas a partir do que está expresso nos documentos institucionais, mas, fundamentalmente, a partir das práticas cotidianas da população. São os indivíduos e famílias que constroem seus próprios itinerários terapêuticos e formas de autocuidado. A necessidade pública de um sistema nacional e coletivizado responde a uma série de interesses específicos, mas sobretudo é resultado da interdependência social entre os indivíduos. Nessa perspectiva, seria do interesse dos Estados oferecer respostas coordenadas, por meio da infraestrutura estatal, a problemas de saúde coletiva, como uma epidemia.

Assim, os sistemas públicos de saúde coexistem com as práticas de saúde individuais e familiares. A maneira como esses sistemas funcionam e se organizam vai depender de como a sociedade (governo, mercado e comunidade) assume a responsabilidade pela saúde da população (Lobato et al, 2012), bem como seus resultados são percebidos na vida e na saúde dos indivíduos. Trataremos aqui dos sistemas institucionalizados de saúde, portanto, consideramos que os sistemas tradicionais sejam também observados e analisados em trabalhos futuros que prevejam fase de campo.

Sendo assim, apresentaremos dados e informações sobre os sistemas e situação de saúde na região transfronteiriça Brasil, Guiana e do Suriname. Visamos identificar pontos relevantes e subsídios a serem considerados em um plano de contingência de COVID-19 para a região. Os resultados apresentados tiveram como base (a) análise comparativa das experiências de implementação da Atenção Primária de Saúde (APS) no Brasil, Guiana e Suriname realizados como parte do trabalho técnico do Instituto Suramericano de Governo em Saúde (Isags) para a construção de conhecimento e a revisão de experiências de modelos de APS entre os países sulamericanos (Goede, 2015; Almeida, 2015); (b) pesquisa por artigos acadêmicos relacionados ao tema; (c) pesquisa nas plataformas digitais dos ministérios e instituições governamentais dos países; (d) encontros e diálogos com profissionais locais e lideranças indígenas (e) relatórios de campo de equipes de saúde que atuam junto aos Zo'é.

1.1. Direito à saúde e condução dos serviços

No Brasil, após a Constituição Federal de 1988, o setor público passou a assumir diretamente a cobertura assistencial e a saúde foi considerada um direito do cidadão e dever fundamental do Estado. O Sistema Único de Saúde (SUS) possui serviços próprios que podem ser vinculados a qualquer uma das três esferas de governo: federal, estadual ou municipal, sendo que os serviços de atenção básica são geralmente prestados pelos municípios, os serviços de média e alta complexidade pelos estados. O Ministério da Saúde é responsável pela regulamentação do sistema e pela vigilância epidemiológica a nível nacional, além de outras atribuições de gestão de programas e financiamento.

Toda a população tem direito ao acesso aos serviços de saúde oferecidos em seu território, mesmo quem possui um plano de saúde privado. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (IBGE, 2019), a proporção de pessoas que possuíam algum tipo de plano de saúde privado na zona rural do Brasil era de 7%, sendo a média urbana nacional de 32,2%. A rede privada é tratada como um sistema complementar, que pode ser demandado pelo poder público para exames diagnósticos ou atendimentos de média e alta complexidade, principalmente em hospitais.

Os recursos financeiros são repassados diretamente aos municípios, que devem elaborar um plano de metas que preveja mudanças efetivas na situação de saúde da população. O financiamento do sistema é feito por fundos de saúde nos níveis nacional, estadual e municipal, que são supridos por

recursos orçamentários ou recolhimentos fiscais e previdenciários de empregados e empregadores, contribuições sociais vinculadas à rentabilidade das empresas e concursos (loterias), além da cooperação internacional. As transferências entre esferas ocorrem por meio de: transferências da União, baseadas no critério populacional e, mais recentemente, pelo desempenho da produção; acordos vinculados a ações prioritárias; ou, ainda, o pagamento de procedimentos realizados diretamente aos prestadores de serviços, como no caso de atendimento hospitalar. Cabe ainda destacar que está ficando cada vez mais comum, o tipo de modalidade de transferência feita a partir de recursos parlamentares, o que chamamos de emenda parlamentar destinada aos municípios, estados e até mesmo à União, como no caso da saúde indígena.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS) foi instituído por meio da Lei nº 9.836/99, que agrega na Lei nº 8.080/90 uma disposição sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes aos povos indígenas. Ao criar o SASISUS, a lei define, entre outras medidas, que a União será responsável pelo financiamento do Subsistema, que poderá ser complementado por instituições governamentais e não governamentais. Atualmente, a força de trabalho indígena em saúde é terceirizada, diferentemente do que ocorre com os municípios para a população em geral.

O Subsistema é formado por uma rede estruturada de unidades operacionais e administrativas, os Distritos Especiais de Saúde Indígena (DSEI), dispersos em todo o território nacional e coordenados pelo Ministério da Saúde. Cada DSEI tem uma população indígena sob sua jurisdição e deve contar com outros serviços do SUS como retaguarda, complementaridade e encaminhamento para os níveis de atenção de média e alta complexidade. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) foi publicada em 2002 com os principais objetivos de fornecer diretrizes para a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços aos povos indígenas, tendo como ponto central o reconhecimento das especificidades étnicas e culturais dos povos indígenas e seus direitos territoriais.

Assim como o Brasil, a população da Guiana e do Suriname tem o direito à saúde garantido pela Constituição dos países. A Guiana se refere ao direito à assistência médica gratuita, enquanto o Suriname afirma que todos têm direito à saúde. A constituição da Guiana assume indiretamente a responsabilidade do governo pela saúde e se refere aos deveres dos cidadãos de participar da melhoria do meio ambiente e da proteção da saúde da nação (Government of Guyana, 1980). O Suriname, por sua vez, assume como deveres do Estado a promoção da atenção à saúde por meio da melhoria das condições de vida e de trabalho, e da oferta de educação para a proteção da saúde (Government of Suriname, 1987).

A estrutura de governo da Guiana é descentralizada e possui redes locais sob a jurisdição do Ministério do Governo Local e Desenvolvimento Regional. O papel e as funções são legalmente definidos pela Lei dos Conselhos Municipais e Distritais de 1988 e pela Lei do Governo Local de 1998. As dez regiões que compõem a divisão político-administrativa do país contam com um Conselho Democrático Regional (CDR), que é a mais alta estrutura de governança em nível regional e é responsável por todos os serviços sociais da região, logo, os recursos da saúde são compartilhados entre Ministério Da Saúde e CDRs.

Cada CDR tem um Departamento de Saúde e um Comitê Regional de Saúde (CRS) (Government of Guyana, 1998). As estruturas locais desempenham um papel fundamental na Atenção

Primária à Saúde (APS) e, logo, nos serviços prestados às comunidades indígenas. O Comitê Regional de Saúde é a plataforma que une os principais atores do setor da saúde e os líderes regionais no planejamento da saúde.

A estrutura de governo do Suriname mostra diferenças significativas em relação à Guiana. O Suriname não possui um governo local para a saúde e, portanto, os níveis subnacionais de governo não possuem autoridades e atribuições específicas para oferta de serviços de saúde, mas utiliza-se de instituições semiautônomas na prestação desses cuidados. O governo tem algum controle sobre essas instituições por meio de conselhos nomeados e por financiamento público do Ministério da Saúde. No entanto, ao contrário das entidades públicas subnacionais, essas instituições não podem prestar contas às populações locais. Portanto, as populações atendidas têm influência limitada sobre as instituições de atenção primária à saúde no Suriname. No entanto, cabe destacar que o país está em processo de desenvolvimento de governo local a nível distrital.

Com a ausência de governança local no Suriname, os recursos públicos vêm inteiramente do governo nacional. O Ministério das Finanças arrecada impostos e aloca fundos para a saúde a quatro ministérios diferentes relacionados com a prestação de serviços para vários segmentos da população: Ministério da Saúde (contrata instituições semiautônomas como prestadoras de saúde para a população em geral), Ministério dos Assuntos Sociais e Habitação (financia a população em situação de pobreza), Ministério da Defesa (responsável pelos membros das forças armadas e suas famílias) e Ministério da Justiça e Polícia (responsável pelos membros da segurança pública e da justiça). Sendo assim, o Ministério da Saúde destina recursos a algumas fundações não governamentais e estaduais semiautônomas envolvidas com a APS, como é o caso da ONG Missão Médica (Medische Zending – MZ) que atua junto às comunidades indígenas e não-indígenas do interior do Suriname.

1.2. Organização da Atenção Primária à Saúde (APS) na tríplice fronteira Brasil/Guiana/Suriname

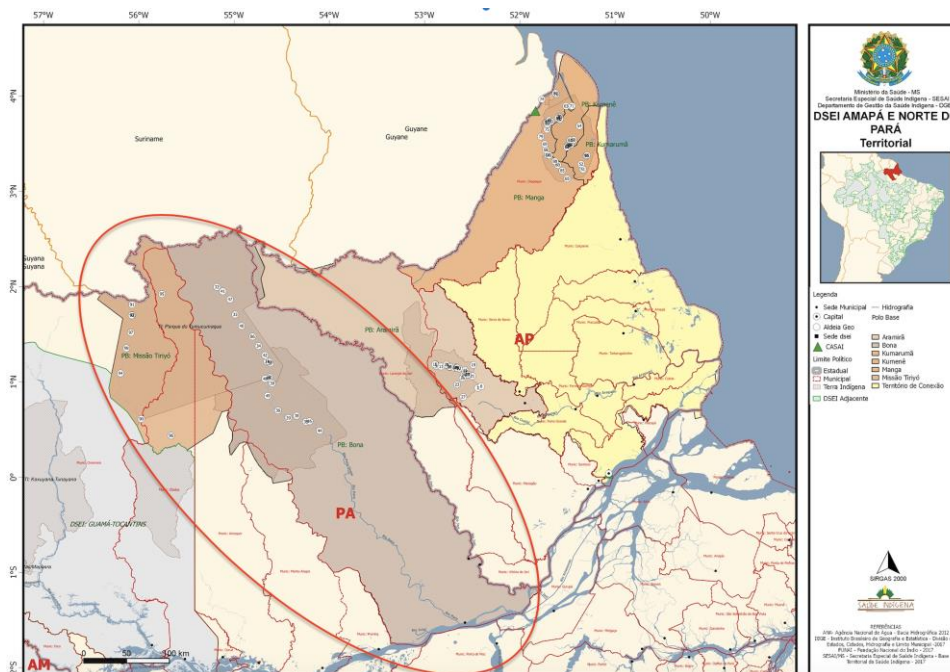
Em termos de política nacional, no final da década de 1990, a *Estratégia Saúde da Família* passou a ser considerada pelo governo brasileiro como a principal estratégia do modelo de Atenção Primária à Saúde. A estratégia visa ofertar uma atenção integral à saúde da população com base na família e comunidade e integrando princípios de prevenção e promoção da saúde como norteadores dos processos de saúde. Contudo, sua implementação tem sido diversa. Uma característica comum na Amazônia tem sido a oferta de serviços básicos em locais remotos e a adoção de agentes comunitários remunerados.

Apesar de partilhar com os mesmos ideais sanitários, diferentemente da população em geral, cujos serviços de atenção primária à saúde são oferecidos e organizados pelos municípios, a atenção básica à saúde das populações indígenas no Brasil é de responsabilidade do governo federal. No caso da porção brasileira de nossa área de estudo, todas as Terras Indígenas possui um serviço de saúde organizado e subordinado a um Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI).

No caso do Parque Tumucumaque, por exemplo, a assistência à saúde dos Tiriyo atualmente é uma atribuição da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde (MS), sendo o Distrito Sanitário Indígena (DSEI) do Amapá e Norte do Pará, a unidade descentralizada que organiza e coordena a assistência à saúde no local. Os Polos Base são os territórios sanitários, sob a jurisdição do DSEI, onde se encontram as unidades assistenciais e equipes envolvidas diretamente na atenção

à saúde e no caso do povo Tiriyo, os Polos Base da Missão Tiriyo e de Bona são as áreas administrativas delimitadas para a oferta e organização da APS neste território (Mapa 8).

Mapa 8: Distribuição de aldeias e Polos Base do DSEI Amapá e Norte do Pará

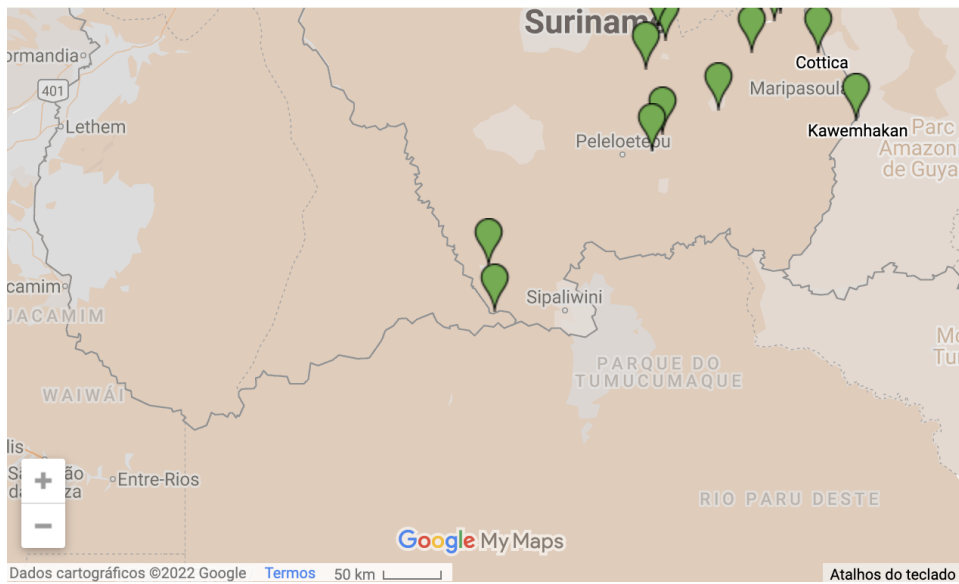


Fonte: SESAI, 2017

Na Guiana, existem poucos serviços privados de saúde e estes estão concentrados em hospitais em áreas urbanas. Portanto, são os serviços públicos que atendem a população indígena e não indígena. A Atenção Primária à Saúde está organizada em uma rede regional de alcance nacional e supervisionada pelo Ministério da Saúde do país.

No Suriname, a organização da Atenção Primária à Saúde está dividida geograficamente em duas redes subnacionais: uma para a região costeira e outra para o interior, a região amazônica. Assim como na Guiana, não há serviços privados de saúde no interior do Suriname, apenas na capital e no litoral. A APS no Suriname está fracionada em redes de serviços que vai desde um posto de saúde pouco equipado a um centro de saúde com maior resolutividade. A seguir, está demonstrado a localização dos dois centros de saúde mais próximos das comunidades indígenas na fronteira com Brasil e Guiana.

Mapa 9: Centros de saúde surinameses na fronteira Suriname/Brasil/Guiana



Fonte: Medische Zending, 2017. Disponível em: <http://www.medischezending.sr/mz-2/care/>.

Em todos os países, os serviços de APS incluem uma gama de serviços preventivos, de promoção da saúde, curativos e de reabilitação. Os serviços oferecidos priorizam o atendimento materno-infantil e o tratamento de doenças comuns, mas também buscam abranger uma ampla gama de doenças apresentadas pelos usuários, inclusive as crônicas. Além disso, os países ofertam serviços de base populacional que incluem educação em saúde e campanhas de rastreamento para detecção precoce de doenças em populações de alto risco.

Na Guiana, as instalações da APS também têm um papel na saúde ambiental e os assistentes de saúde ambiental fazem parte da equipe de saúde. Já no Suriname, a saúde ambiental é tratada prioritariamente pela Secretaria de Saúde Pública do Ministério da Saúde não havendo articulação com os órgãos de APS que entregam os serviços de saúde à população do interior. Outra importante característica identificada é que, na Guiana e também no Brasil, os postos de saúde contam com agentes comunitários de saúde, enquanto que no Suriname este modelo não é usado.

De acordo com o levantamento realizado, constatou-se que embora a população do interior tenha, na Guiana e no Suriname, estabelecimentos de APS relativamente numerosos no interior, se comparados com a pequena proporção que representam da população total, essas instituições garantem limitado acesso local a serviços de saúde. Para ter acesso a uma gama mais ampla de serviços de diagnóstico e tratamento, os indivíduos do interior têm que percorrer longas distâncias e, frequentemente, viajar por via fluvial, rodoviária e, às vezes, aérea. Algumas das estratégias adotadas pelos países para reduzir a necessidade de os pacientes se deslocarem para centros de diagnóstico ou hospitais tem sido a ampliação de equipes móveis de médicos, como é o caso Guiana ou a execução de jornadas médicas, a exemplo do Suriname.

É importante ressaltar que na Guiana e no Suriname as diferenças se concentram entre litoral e interior. Em ambos os países, os serviços de saúde reprodutiva e saúde infantil, programas priorizados pelos Ministérios da Saúde, apresentam as menores disparidades entre o interior e o litoral em termos de disponibilidade de serviços nas unidades de APS. No entanto, a disponibilidade de tecnologias como a ultrassonografia é uma diferença de destaque entre as regiões litorânea e

interior na área de saúde reprodutiva. Além disso, para as populações do interior e rurais do litoral, muitos outros fatores limitam o acesso e a utilização desses serviços.

Assim como existe diferenças regionais na Guiana e no Suriname, o Brasil apresenta algumas disparidades na oferta de serviços se comparadas a região amazônica e o restante do país (Garnelo, 2018; Oliveira et al, 2019). Na região amazônica, a implementação de um sistema universal de saúde em sua totalidade esbarra em barreiras nas comunidades rurais, ribeirinhas, e indígenas que habitam regiões de floresta nas margens dos grandes rios e seus afluentes. Nestas áreas o sistema público de saúde, embora venha se aperfeiçoando, tem alcance insuficiente em função das grandes distâncias, baixa densidade demográfica e alta dispersão da população¹. Faltam mecanismos de arrecadação compensatórios para as dispendiosas logísticas amazônicas em municípios do tamanho de países², com dificuldades de comunicação, de transportes e de interiorização das equipes de saúde, diferentes perfis de morbimortalidade se comparados ao resto do país, além do baixo investimento em infraestrutura e saneamento básico.

A distância e a falta de transporte são as barreiras predominantes em todos os países. Por outro lado, a implantação do Subsistema de Saúde Indígena no Brasil tem reduzidas diferenças quanto ao acesso a serviços, bem como a estratégia de busca ativa da população em comunidades remotas na Guiana e do Suriname tem reduzido, nos últimos anos, a grande disparidade na cobertura de vacinação entre as regiões costeiras e interiores (Goede, 2014).

A principal disparidade entre as populações do litoral e do interior da Guiana e Suriname está na disponibilidade de diagnóstico e tratamento de doenças que requerem atenção urgente (emergências agudas) ou são mais complexas (condições crônicas) e requerem profissionais altamente especializados ou tecnologias de saúde avançadas. No interior, o acesso ao atendimento médico muitas vezes se dá por meio de visitas periódicas, sem disponibilidade constante, como na região litorânea. Em ambos os países, as autoridades de saúde responsáveis pelos serviços de saúde no interior relataram, no âmbito do estudo fonte, que a demora no diagnóstico oportuno, incluindo a detecção precoce de gestações de alto risco, resulta em altos custos de transporte de emergência do interior para os hospitais urbanos e em piores resultados de saúde, devido à ausência de intervenções precoces.

1.3. Rede de atenção à saúde

No interior da Guiana, as instituições de APS são, na maioria dos lugares, a única opção de acesso a serviços públicos de saúde, contudo, quando há opção de deslocamento, a população busca por atendimentos médicos hospitalares. Para o atendimento das populações indígenas, considerando

¹ Na região Norte, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE- Censo 2010), encontramos as menores taxas de concentração populacional e maior dispersão pelo território em relação ao resto do país, em média 4,12 habitantes por quilômetro quadrado, sendo que Roraima (2,0), o Amazonas (2,2), Acre (4,5), Amapá (4,7), Tocantins (4,9), seguidos do Pará (6,0) e Rondônia (6,7). Na construção destes dados foram levadas em conta as grandes concentrações populacionais das capitais, sendo que se considerarmos somente as regiões rurais e ribeirinhas este dado é mais acentuado caracterizando áreas de grande dispersão populacional.

² Este fato também reflete no tamanho dos municípios e seus recursos para a saúde, a maior parte dos municípios tem grande restrição orçamentária já que sua pequena população leva a uma pequena arrecadação de impostos e a um pequeno repasse de recursos federais decorrentes do Piso de Atenção Básica ([Portaria nº 3.947](#), de 28 de dezembro de 2017), que é diretamente relacionado ao número de habitantes, hoje por volta de R\$ 2,22 por habitante por mês. Dificultando sobremaneira os investimentos e manutenção na atenção básica. Como podemos observar na figura abaixo a grande maioria (80%) dos municípios tem menos de 50.000 habitantes (IBGE-Censo 2010).

que a maioria das aldeias indígenas são pequenas, isoladas e em ambientes geográficos desafiadores, o Ministério de Assuntos Ameríndios encaminha os pacientes das aldeias remotas para Georgetown onde o Departamento de Saúde e Bem-Estar, do Ministério da Saúde, oferece abrigo para pacientes e organiza o transporte de volta para as aldeias depois que estes recebem atendimento ambulatorial e hospitalar de um especialista no Hospital Público de Georgetown (Goede, 2015).

Buscando ampliar os serviços no interior, o departamento de Serviços Regionais de Saúde organizou equipes móveis para a prestação de serviços. Embora as visitas a áreas remotas com pessoal treinado já tenham sido incorporadas ao sistema, nos últimos anos as equipes de visita oferecem atendimento especializado frequente em coordenação com o Hospital Público de Georgetown. O primeiro objetivo é melhorar o acesso à atenção especializada, levando o especialista a um grupo de pacientes, em vez de fazer com que os pacientes se desloquem um a um em busca de atenção secundária e terciária. O segundo objetivo é reduzir o número de evacuações de emergência de pacientes, o que muitas vezes significa o uso de transporte aéreo caro. A evacuação de emergência muitas vezes é resultado da falta de oportunidade em diagnosticar o paciente e iniciar o tratamento necessário.

Já no Suriname, para a população do interior, o MZ tem uma coordenação interna organizada em quatro grandes áreas geográficas, com postos de saúde, policlínicas básicas e um centro de saúde. Os diretores das regiões são os médicos e os assistentes de saúde mais experientes são os chefes das policlínicas. O nível de APS é a porta de entrada do sistema de saúde no Suriname e tem função de filtro. Os médicos das instituições de APS são os responsáveis e os que facilitam os encaminhamentos para os níveis secundários e terciários de atenção. A entrada nesses níveis mais altos requer uma carta de referência de um clínico geral.

Contudo, para amenizar o impacto da distância entre comunidades e serviços especializados, a ONG Missão Médica (Medische Zending - MZ), em colaboração com especialistas de hospitais e diferentes instituições de saúde, organiza jornada médicas periódicas para amenizar o transporte individual de pacientes de comunidades remotas para a capital. Recentemente, os cuidados oftalmológicos, dermatológicos e pediátricos foram incluídos nas missões. Também há informações de que a MZ também esteja desenvolvendo o uso de telemedicina no interior para melhorar o acesso a cuidados especializados.

No Brasil, como vimos, a população indígena na fronteira é atendida em seus territórios por uma equipe de atenção básica. Havendo necessidade de atendimento especializado, emergência ou apoio diagnóstico, os pacientes indígenas são transferidos para uma cidade de referência onde são acolhidos em uma estrutura de hospedagem e serviços de enfermagem denominada Casa de Saúde Indígena (CASAI), a qual está sob a gestão de um DSEI. Na cidade, eles são atendidos pelas estruturas locais de saúde. A referência para os Tiriyo do PIT, por exemplo, é a cidade de Macapá, capital do Amapá. Os estabelecimentos de saúde especializados são incentivados a atender a população indígena de forma diferenciada, respeitando seus costumes e cultura, como estabelecido pela Lei 8.080/90 e orientados pela Portaria n. 2.663/2017 do Ministério da Saúde.

Devido à distância e dificuldade de deslocamento que por muitas das vezes se restringe a via aérea, muitas comunidades indígenas do lado do Brasil também recebem apoio especializado dentro das Terras Indígenas, como jornadas de cirurgias ou oferta local de serviços ambulatoriais em especialidades mais raras no interior da Amazônia, como oftalmologia. Esses serviços esporádicos

geralmente são realizados por meio de parcerias entre instituições governamentais e não-governamentais. A exemplo, podemos mencionar jornadas cirúrgicas realizadas com frequência nos Zo'é.

1.4. Recursos Humanos

No Brasil, as equipes de saúde que atendem a população indígena são denominadas de *equipes multidisciplinares de saúde indígena* e podem ser compostas por diferentes profissionais de nível superior (médico, enfermeiro, dentista, nutricionista, psicólogo, antropólogo, dentre outros) e de nível técnico (técnico de enfermagem, de saúde bucal etc), além dos agentes comunitários. De acordo com informações do DSEI Amapá e Norte Pará, no Tumucumaque, cada Polo Base (Bona e Missão Tiryó) possui um estabelecimento de saúde denominado Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI) com equipe de saúde composta por enfermeiros, médico, técnicos de enfermagem, agentes de endemia, agentes indígenas de saúde, agentes indígenas de saneamento, cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal. Os agentes indígenas de saúde e saneamento vivem e atuam na comunidade e são o elo entre população e equipes de saúde. As equipes permanecem fixas no local, cumprindo regime de escala e revezamento contínuo.

Quanto aos recursos humanos para atuar com populações remotas na Guiana, a equipe é muitas vezes incompleta e, portanto, fazem muito uso de profissionais de nível médio, técnicos em saúde, que fazem parte do programa governamental Medex e acaba por ser o trabalhador mais disponível para ser alocado em áreas remotas. O desenvolvimento da categoria Medex, juntamente com a introdução de agentes comunitários de saúde (ACS), tem sido uma estratégia fundamental de recursos humanos na ampliação do acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde para populações remotas.

Os ACS na Guiana (assim como no Brasil) são capacitados com forte foco na prevenção e promoção da saúde e primeiros socorros. Por pertencerem à comunidade, bem como ao sistema formal de saúde, os ACS fazem a ponte entre o serviço e a comunidade. Assim, os ACS e os Medex têm grande prestígio no interior. Dentre todas as categorias de trabalhadores de saúde, são os Medex que possuem a maior média de anos de serviço na rede pública do país. Nas aldeias indígenas mais isoladas, servem de interface entre a aldeia e o sistema nacional e o 'mundo' lá fora.

No Suriname, a equipe da APS convencional é composta por um médico, enfermeira ou auxiliar de enfermagem, às vezes com enfermeira/parteira, auxiliar de farmácia e auxiliar de laboratório em estabelecimentos que possuem laboratórios. Por outro lado, os chamados “Auxiliares de Saúde” - trabalhadores de saúde de nível médio - constituem a espinha dorsal da prestação de serviços às populações amazônicas. Estes profissionais são recrutados principalmente da própria população e treinados em um programa abrangente de quatro anos encomendado pela MZ e reconhecido pelo Ministério da Saúde (Medische Zending PHC Suriname, 2003). Entretanto, são os médicos supervisionam o trabalho dos auxiliares, seja diretamente na clínica ou indiretamente de um posto de saúde próximo ou do centro de coordenação em Paramaribo.

1.5. Interculturalidade

Apesar dos avanços em termos de acesso e oferta de serviços em áreas remotas, a implantação de uma política de saúde indígena no Brasil não reflete avanços em relação à sensibilidade para lidar com contextos interculturais uma vez que o modelo de saúde adotado é o biomédico. A adaptação de um modelo de saúde considerando as especificidades culturais é o eixo central da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, sendo a identidade étnica um elemento crucial que faz dos povos indígenas beneficiários de um subsistema de saúde. Contudo, vários autores (Pedrana et al, 2018; Pellon et al, 2010; Mendes et al, 2018; Garnelo et al, 2012) tem apontado para a necessidade de propostas oficiais em direção ao diálogo intercultural, apesar disso o tema não apareceu como priorizado nos documentos analisados e apontado como uma deficiência do sistema pelos atores institucionais e lideranças indígenas.

Na Guiana, a interculturalidade em saúde está relacionada à participação indígena na estrutura de governo. A Lei dos Ameríndios, aprovada em 2006, estabeleceu um Conselho Nacional de Toshos e todas as 200 aldeias ameríndias têm um Toshos, que é o chefe eleito da aldeia. A Lei Ameríndia estabelece a consulta de todas as aldeias indígenas na tomada de decisões nacionais que possam influenciar a situação e a vida dos povos indígenas. Também regula os poderes e responsabilidades dos Toshos e conselheiros que fazem parte das estruturas de governança da aldeia. O foco está principalmente no direito à terra, mas também inclui a proteção da cultura e do patrimônio indígena, a promoção do uso das línguas indígenas e o desenvolvimento de estratégias para reduzir a pobreza e melhorar o acesso à educação e aos serviços de saúde (Government of Guyana, 2006).

No Suriname, a interculturalidade raramente é mencionada em documentos de políticas públicas. Quando o faz, é no sentido de afirmar a importância de tomar medidas culturalmente adequadas ou a necessidade de sensibilidade cultural na APS. Isso muitas vezes inclui o envolvimento de organizações locais e, portanto, anda de mãos dadas com a participação social e a colaboração entre o sistema de APS local e suas populações. Contudo, o trabalho colaborativo com cuidadores locais realizado por Medische Zending e em parceria com outras instituições é um exemplo promissor de interculturalidade. Um exemplo, foi a colaboração, no começo dos anos 2000 com Amazon Conservation Team (ACT) para execução de projeto piloto sobre as possibilidades de integração da medicina tradicional na atenção regular à saúde.

Tabela 3 - Contexto dos sistemas de saúde e prestação de serviços na região

Características gerais	Brasil	Guiana	Suriname
Estrutura de governança	Descentralizada (municípios) para não-indígenas e centralizada (Ministério da Saúde) para indígenas	Descentralizada (Conselho Democrático Regional) toda população indistintamente	Centralizada (Ministério da Saúde + ONGs) para toda população do interior indistintamente

Atenção Primária à Saúde (APS) na Amazônia	Municípios e DSEI (MS). Modelo de Agente Comunitário de Saúde e Ambiental (DSEI). Equipes territorializadas nas comunidades e/ou móveis.	Coordenada e executada pelo Departamento Regional de Saúde, adota modelo de Agente Comunitário e Saúde Ambiental. Equipes nos centros de saúde e equipes móveis de médicos	Coordenada e executada pela ong cristã Missão Médica, não possui Agente Comunitário. Equipes nos centros de saúde e jornadas médicas nas comunidades
Recursos Humanos nas e/ou para Comunidades Indígenas	Agente Indígena de Saúde e Saneamento, Técnico de enfermagem, Enfermeiro, Nutricionista, Médico, Psicólogo e Farmaceutico	Técnicos em Saúde e ACS (nas comunidades). Médico e enfermeiro (nos centros)	Médico, enfermeira ou auxiliar de enfermagem, às vezes com enfermeira/parteira, auxiliar de farmácia e auxiliar de laboratório em estabelecimentos que possuem laboratórios.
Particularidades dos Serviços de saúde	Brasil	Guiana	Suriname
Atenção médica nas unidades de APS	Atendimento médico limitado, mas presente em algumas localidades. Exames laboratoriais simples, laboratório itinerante em locais selecionados (ZoÉ), evacuação de emergência por avião ou helicóptero.	Diagnóstico sintromico e tratamento de doenças comuns por Agentes Comunitário de Saúde nos postos de saúde ou consulta por e técnicos em saúde ou médica para tratamento de doenças crônicas, exames laboratoriais simples em centros de saúde selecionados ou evacuação de emergência por ambulância por ou avião.	Atendimento limitado por auxiliares de saúde, diagnóstico sintromico e tratamento de doenças comuns, atendimento por médico em centros selecionados ou por consulta médica, exames laboratoriais simples, laboratório itinerante em locais selecionados, evacuação de emergência por ambulância ou avião.
Menos de cinco anos	Monitoramento do crescimento e desenvolvimento, vacinação nas comunidades remotas, educação sobre amamentação e nutrição	Monitoramento do crescimento e desenvolvimento, vacinação nas unidades de APS e, por extensão, para comunidades remotas, educação sobre amamentação e nutrição	Monitoramento do crescimento e desenvolvimento, vacinação nas unidades de APS, educação em amamentação e nutrição
Cuidados oftalmológicos	Encaminhamento de pacientes sintomáticos e missões para detecção e cirurgia (catarata).	Missões para detecção e encaminhamento de doenças oculares.	Missões periódicas de oftalmologistas e referência, se necessário.

Saúde Ambiental	Construção de poços, caixas d'água e esgoto é atribuição dos DSEI. Algumas atividades de saneamento, tais como tratamento da água e limpeza de caixas são realizadas pelo agente indígena de saneamento.	Atividades de base comunitária, por meio do Assistente de Saúde Ambiental da equipe da APS	Limitado, não há pessoal de saúde ambiental nas equipes de APS (abordagem vertical através do escritório de saúde pública)
Medicamentos essenciais	Abastecimento local pelo DSEI ou município.	Abastecimento local: um grupo limitado de medicamentos nos postos de saúde	Fornecimento de um grupo limitado de medicamentos ou enviados de Paramaribo para pacientes crônicos
Cuidados Paliativos e Cuidados Domiciliares	Visitas domiciliares de equipe de saúde e agentes comunitários.	Visitas domiciliares de ACS, auxiliares de reabilitação, cuidados pós-natais, idosos, doentes terminais e deficientes	Limitados, são em sua maioria visitas domiciliares para atendimento pós-natal, idosos e pacientes terminais
Encaminhamento para atendimento especializado	Encaminhamento para especialistas, hospitais, centros de imagem, laboratórios avançados, reabilitação (requer extensa viagem). Concentrado nas capitais e em Santarém. Casa de acolhimento nos municípios (CASA). Estrutura para receber jornadas médicas (ZoÉ)	Encaminhamento para especialistas, hospitais, centros de imagem, laboratórios avançados, reabilitação (requer extensa viagem à capital)	Encaminhamento para especialistas, hospitais, centros de imagem, laboratórios avançados (requer viagens extensas à capital), raramente especialistas paramédicos
Apoio diagnóstico	Concentrado nos grandes centros e capitais. Diagnósticos de rotina na sede dos municípios e em algumas comunidades indígenas (Polo Base)	Concentrado nos grandes centros e capital. Diagnósticos de rotina na sede dos municípios.	Concentrado nos grandes centros e capital. Diagnósticos de rotina nos centros de saúde e outros diagnósticos nas jornadas médicas

Fonte: Goede, 2015; Almeida, 2015; DSEI Amapá e Norte do Pará

2. Perfil Epidemiológico na TI Tumucumaque

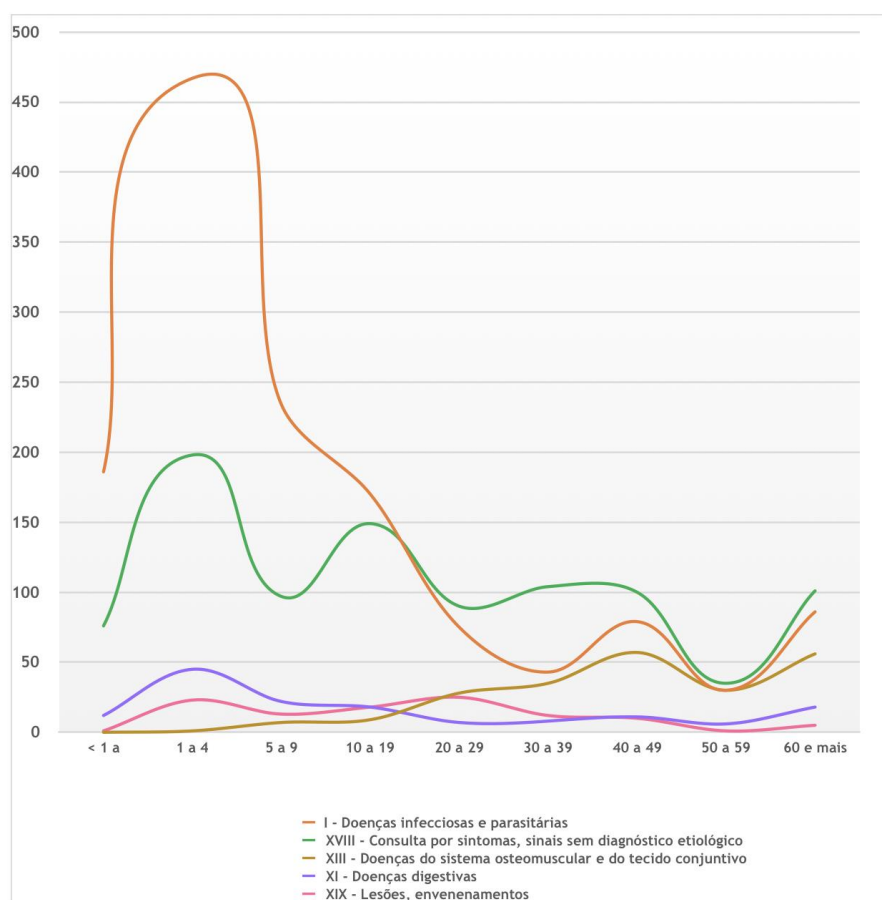
2.1. Perfil de Morbidade

A seguinte investigação epidemiológica tem como objetivo apresentar o perfil epidemiológico da população indígena que vive no Parque Indígena do Tumucumaque, fronteira Brasi/Suriname, e que se caracteriza por ser uma população majoritariamente Tiriyo. Para o estudo da morbidade, foram extraídos o total de consultas realizadas (n= 2.978) e notificadas no Sistema de Saúde Indígena (SIASI) no ano de 2016. Os diagnósticos foram realizados pelas equipes de atenção básica do DSEI Amapá e Norte do Pará, Polo Base Missão Tiriyo.

O estudo limitou-se à análise da situação de adoecimento da população indígena na perspectiva do modelo explicativo da medicina ocidental e limita-se a estabelecer o tipo e a dimensão dos problemas prevalentes das patologias que acometem a população indígena. Para estabelecer o perfil e a estrutura da morbidade, foram analisados os registros de cada consulta realizada em atendimento às demandas de atenção aos serviços de saúde, seja para o controle de saúde de gestantes, crianças e exames de saúde de adultos e idosos, como bem como diagnósticos de patologias de acordo com a avaliação clínica de pacientes atendidos por médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, agentes indígenas de saúde, entre outros, fora do âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e informações municipais ou estaduais de atendimento hospitalar no caso de pacientes encaminhados para outros níveis de atenção de maior complexidade.

Observou-se que o problema fundamental da população foi devido às doenças infecciosas e parasitárias que representam 46,11% do total de casos. Contudo uma grande porcentagem de consultas (31,98%) resultou em "consultas por sintomas, sinais e sem diagnóstico etiológico", o que significa que quase um 1/3 da população que procurou por uma consulta não pôde ser diagnosticada. Podemos inferir que a situação se deve pela ausência de profissional médico ou de suporte para diagnóstico. As outras três patologias mais frequentes foram as Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (7,51%), as doenças digestivas (4,95%) e as lesões e envenenamentos (3,64%).

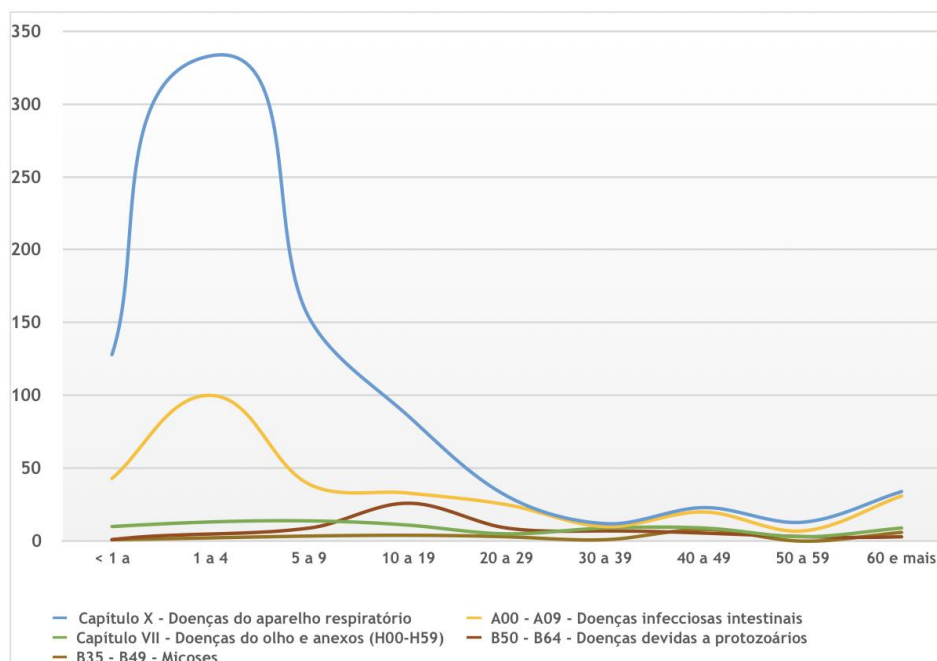
Gráfico 1: Diagnósticos mais frequentes (5) que representam 94,18% (n=2.798) do total de consultas segundo Capítulos CID-10 por faixas etárias



Fonte: SIASI, 2016

As infecções respiratórias são as patologias mais frequentes e foram identificadas em todas as faixas etárias ao longo do ciclo de vida, enquanto a maior frequência foi observada na faixa de 1 a 4 anos e posteriormente o número de casos diminui progressivamente nas demais faixas etárias. As infecções respiratórias representam 59,34% de todos os diagnósticos sendo mais frequente na faixa etária de 1 a 4 anos.

Gráfico 2: Diagnósticos mais frequentes (5) das doenças infecciosas que representam 95,33% (n=1.370) do total de consultas segundo Capítulos CID-10 por faixas etárias



Fonte: SIASI, 2016

A primeira causa de morbidade na região são as doenças infecciosas e as doenças respiratórias. Esse fenômeno transcende para além de ser apenas uma característica epidemiológica, constitui-se também como evidência de um processo histórico que até agora não foi superado pelas intervenções de saúde da sociedade nacional.

Tal evidência epidemiológica atualiza uma importante discussão sobre a maior suscetibilidade dos povos indígenas às epidemias. A memória histórica das epidemias que causaram maior impacto na redução demográfica dos povos indígenas (Reis e Albertoni, 2017), aliada à persistência de doenças infecciosas, como demonstrado, nos leva a concluir que há uma continuidade histórica secular de maior vulnerabilidade epidemiológica da população nativa a patologias endêmicas. Como consequência da experiência social do impacto das doenças infecciosas, as diferentes populações indígenas criaram a categoria de "doenças de brancos" ou "doenças externas" para descrever a modalidade epidêmica. As primeiras epidemias devastadoras foram as de varíola e sarampo, infecções respiratórias (da qual se adota a palavra "gripe"), além de outras conhecidas pelos nomes genéricos de "febres intermitentes" e outras.

Embora a definição de políticas públicas e a formulação de programas de saúde devam considerar todos os fatores causais, assim como a disponibilidade de tecnologias de diagnóstico mais

rápidas e medicamentos altamente eficazes contra patógenos, ainda assim as comunidades indígenas convivem com altas prevalências de doenças infecciosas. A persistência das doenças infecciosas também deve ser associada às condições sociais da população, principalmente a fatores externos que impactam os modelos socioeconômicos de subsistência, como tipo e uso da moradia (clima de proteção, moradia coletiva, superlotação doméstica, etc.), bem como o consumo e higiene pelo uso de água contaminada, além de outros impactos ambientais como o desmatamento.

2.2. Covid-19

De acordo com o Boletim Epidemiológico da SESAI, o Dsei Amapá e Norte cuja população é de 13.135 indivíduos, registrou 1496 casos confirmados de COVID-19 e 9 óbitos desde o começo da Pandemia. A partir de informantes locais, tivemos conhecimento de que 2 dos 9 óbitos foram de Tiriýós no PIT. Há relatos de que esses casos tenham vindo do Suriname, mas também há registro de que militares que servem naquela fronteira levaram a Covid-19 à Terra Indígena, pois dois primeiros casos foram de indígenas que trabalham em uma empresa de limpeza terceirizada a serviço da Aeronáutica.

A partir desses primeiros, vários outros casos foram registrados a cada dia. Considerando que o hospital mais próximo fica a 3 horas de viagem de avião particular e que havia poucos profissionais em área para atender uma população altamente dispersa - mais de 3 mil pessoas, espalhadas por um território equivalente a 20 cidades de São Paulo – ONGs como os Expedicionários da Saúde (EDS) e o Instituto de Pesquisa e Formação Indígena (IEPÉ) se mobilizaram para garantir, junto à SESAI, estrutura e recursos para a região.

Apesar dos inúmeros casos e dois óbitos, a situação parece estar mais controlada considerando a boa cobertura vacinal do DSEI Amapá e Norte do Pará.

Figura 1: Percentual de doses aplicadas de vacina COVID-19 em indígenas do DSEI AP/Norte Pará.

FAIXA ETÁRIA	5 - 11 ANOS		12 - 17 ANOS		> 18 ANOS		REFORÇO
	% 1ª D	% 2ª D	% 1ª D	% 2ª D	% 1ª D	% 2ª D	% Ref
DSEI							
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	0.00%	0.00%	59.74%	1.38%	89.99%	81.30%	10.24%

Fonte: SESAI, 04/03/2022

3. Situação de Saúde na TI Zo'é

As informações apresentadas em relação aos Zo'és são decorrentes de análise técnica realizada a partir do levantamento de dados no SIASI cedidos pelo Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Guamá-Tocantins e pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) /MS, relatórios técnicos das ações de saúde realizadas em área pela equipe de saúde que atua nas aldeias da Terra Indígena, bem como resultado de comunicações diversas com a equipe multidisciplinar de saúde indígena (EMSI) que atua direta ou indiretamente nas ações realizadas com esse povo e também informações qualitativas fornecidas pelo médico Erik Jennings responsável pela equipe de saúde da área Zo'é.

Para melhor entendimento do contexto, o consultor realizou visita de campo para prospecção in loco das condições gerais de saúde e da estrutura de saúde da BASE Cuminapanema e também já

auxiliou, como médico, em diversas atividades médicas e cirúrgicas ao longo dos últimos 10 anos. Foram também utilizados dados contidos na consultoria de Fabio Ribeiro e Leonor Valentina (ATN-OC-1834RGT3767), além de informações da ONG Expedicionários da Saúde (EDS) no que tange as ações emergências contra a epidemia de covid 19 e estruturação de unidade de apoio instalada no território.

3.1. Perfil demográfico

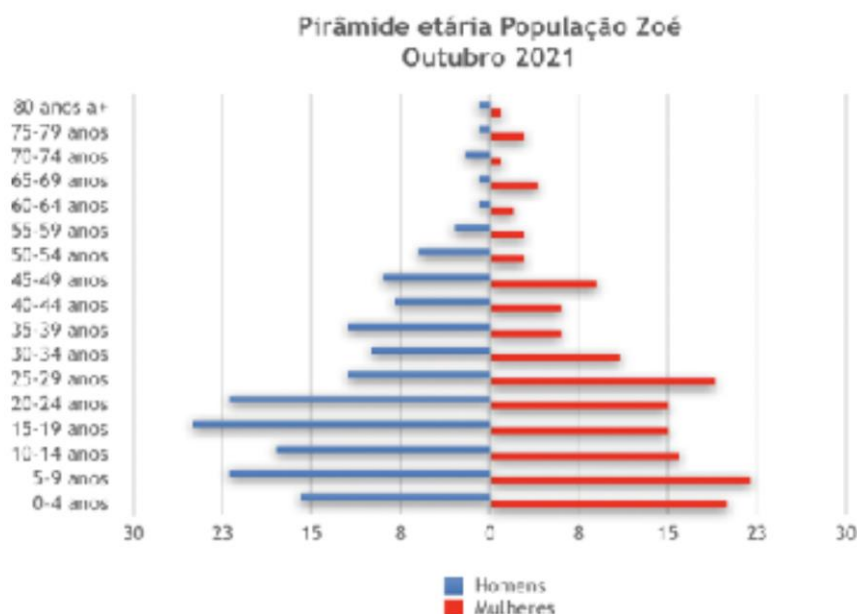
Os Zo'é estão organizados em 42 famílias, e sua população hoje é de 325 indivíduos, sendo 156 do sexo feminino e 169 do sexo masculino. Deve ser considerado que as famílias e sua composição não são fixas ou permanentes, vivem dispersos nas diversas aldeias que somam um total de aproximadamente 30 aldeias.

Gráfico 3 -Distribuição da população Zo'é de acordo com sexo e faixa etária



Fonte: Dsei Gua-Toc, Siasi, 2021

Gráfico 4 - Pirâmide etária da população Zo'é



Fonte: Dsei Gua-Toc, Siasi, 2021

Como demonstrado abaixo (tabela 4), sua população vem crescendo a cada ano. Os Zo'és têm uma média de 7,9 nascimentos por ano. A taxa de natalidade fica em média em torno de 25% - a taxa média do Brasil projetada para 2015 foi de 14,16% - considerando o ano de 2019, sendo que a taxa de crescimento vegetativo fica em torno de 5,2% o que comprova o crescimento da população.

Tabela 4 – Nascimentos e Taxa de Natalidade Zo'é

ANO	NASCIMENTOS	POPULAÇÃO GERAL	TAXA DE NATALIDADE
2012	6	267	22,47
2013	5	271	18,45
2014	10	279	35,84
2015	12	286	41,95
2016	13	296	43,91
2017	9	304	29,60
2018	8	319	25,07
2019	6	314	19,10
2020	4	318	12,57
2021	7	325	21,53

Fonte: Dsei Gua-Toc, Siasi, 2021

Segundo relatório de saúde realizado em 2019 pelo médico Erik Jennings (Anexo 1), em 10 anos, ocorreram 21 óbitos na população Zo'é - média de 2,1 óbitos por ano. Embora o cálculo da mortalidade geral seja prejudicado pelo baixo número de indivíduos, ainda assim a estimativa é que a população apresente um índice de mortalidade geral em torno de 6,4%, abaixo da mortalidade geral do Brasil que ficou em torno de 6,7% em 2017. A principal causa de mortalidade entre os Zo'é são as doenças do aparelho respiratório (Tabela 5).

Tabela 5 - Mortalidade Geral da População Indígena Zo'é

ANO	ÓBITOS	POPULAÇÃO GERAL	TAXA DE MORTALIDADE
2012	02	267	7,4
2013	02	271	7,3
2014	02	279	7,1
2015	05	286	17,48

2016	03	296	10,1
2017	01	304	3,2
2018	03	319	9,4
2019	01	314	3,1
2020	00	318	0
2021	02	325	6,15

Fonte: Dsei Gua-Toc, Siasi, 2021

Tabela 6 - Mortalidade Infantil Zo'é

ANO	ÓBITOS	ÓBITO INFANTIL	NASCIMENTO	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL
2012	02	01 (8 DIAS)	6	1,6%
2013	02	FETAL	5	
2014	02		10	
2015	05	01 (11 DIAS)	12	0,8%
2016	03		13	
2017	01		9	
2018	03		8	
2019	01	01 (2 M.)	6	1,6%
2020	00		4	
2021	02	FETAL	7	

Fonte: Dsei Gua-Toc, Siasi, 2021

Tabela 7: Causas de Mortalidade da População Zo'é distribuídas por CID (Classificação Internacional das Doenças).

Causa de Mortalidade de acordo com CID 10	Total
Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	11
Doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)	05
Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	02
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99)	02
Causas externas de morbidade e de mortalidade (V01-Y98)	01

Fonte: Dsei Gua-Toc, Siasi, 2021

Ainda em relação à morbimortalidade, de acordo com médico Erik Jennings, os Zo'é apresentam, em alguns de seus membros, uma doença de caráter congênito, potencializado pela consanguinidade que se manifesta em forma de distrofia muscular progressiva e incurável, e ainda, nos recém nascidos em forma de malformação cardiopulmonar também incurável e rapidamente evolutiva. A patologia foi causadora de 2 óbitos infantis nos últimos anos.

3.2. Assistência à Saúde

Imunização

Um dos primeiros programas a serem implantados e com boa aceitação entre os Zo'é foi o de imunização. A Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI) de Cuminapanema possui freezer para uso de vacinas e soros, ficando sob responsabilidade da EMSI manter as condições ideais de conservação e armazenamento.

Trabalha-se seguindo o calendário vacinal conforme demanda encontrada na UBSI que, sob a coordenação do Polo Base Santarém, faz o levantamento de quantitativos, necessidades e solicitação

das vacinas. As demandas são feitas pela equipe que estiver em área via rádio. O fluxo se aplica tanto para vacinação de rotina quanto para campanha quando toda a população é vacinada. Os Zo'és contam com total cobertura vacinal.

Em relação à vacinação contra COVID 19, toda a população adulta recebeu as duas doses de Coronovac, como preconizado pelo Ministério da Saúde, assim como o reforço da terceira dose através da vacina da Pfizer. Até a data de produção deste relatório, a população de 11 a 18 anos estava aguardando para ser vacinada na dose reforço, bem como as crianças aguardam o início da campanha para sua faixa etária.

De acordo com relatos da equipe de área, a aplicação da vacina BCG e a vacina contra Hepatite B respeitam os aspectos culturais que estão diretamente inter-relacionados no processo saúde doença dos Zo'és. Quando uma criança nasce, ela fica "reclusa" junto com sua mãe e seu pai, estes saindo da cabana apenas para suas necessidades fisiológicas. Se o parto foi próximo à aldeia, a equipe leva a vacina até a criança por volta do sétimo dia do nascimento quando também é feita a visita puerperal.

Saúde da Mulher

O programa de Atenção ao Pré-Natal no povo Zo'é consiste em uma associação de práticas tradicionais e biomédicas. Geralmente é realizado a partir do terceiro mês de gestação, ressaltando que a idade gestacional é estimada conforme informações das grávidas, pois os Zo'és usam marco temporal diferente para fazer a contagem dos dias, não sendo o nosso calendário gregoriano e sim o lunar.

Então, quando detectadas, as gestantes são registradas conforme os protocolos do Ministério da Saúde/SESAI: Ficha de cadastro da gestante (SIASI), SISPRENATAL, Ficha de Classificação de Risco Gestacional, Prontuário e Carteira da Gestante. A carteira da grávida fica sob responsabilidade da equipe de saúde, bem como outros documentos usados no acompanhamento das ações de saúde.

Os procedimentos realizados pela equipe consistem em: consultas médicas e de enfermagem; aferição de medidas antropométricas (peso, altura e IMC); verificação da pressão arterial; imunização (dtpa e influenza); coleta de exames de teste rápido, HIV, Sífilis, Hepatite B e C; e pesquisa de plasmódio (realizado em área). Os exames laboratoriais obrigatórios para gestante, tais como hemograma completo, glicemia, VDRL, tipagem sanguínea, fator RH, citomegalovírus, toxoplasmose, rubéola e urina, são coletados em área e encaminhados para o Hospital Regional de Santarém.

Para além das práticas biomédicas, os Zo'és possuem o seu próprio sistema de cuidados que conta com um especialista indígena homem que acompanha a gestação, mas não realiza o parto a não ser que seja de suas mulheres e filhas ou, em casos mais complicados ele se faz presente para ajudar no parto. Por volta dos 6 a 7 meses, o cuidador é solicitado para tocar na barriga da grávida para saber em que posição está o feto. Várias situações são verificadas antes dele fazer o procedimento, tais como a posição da rede e da grávida que deve estar em posição pélvica para o sol nascente, dentre outras recomendações de importância entre os Zo'és. Trata-se de uma prática cultural reconhecida pelo povo, inclusive com contrapartida pelo serviço prestado.

O parto é realizado em domicílio ao modo Zo'é onde é assistido por todos que estão presente na aldeia e alguns curiosos que resolvem aparecer na hora do parto. A equipe de saúde é chamada a comparecer, mas não tem o protagonismo da ação e muitas vezes só observa. Para a enfermeira local, o parto é bastante próximo daquilo que chamamos "humanizado" e acontece há anos entre ao Zo'és.

Diante das peculiaridades das grávidas Zo'é e para melhor entendimento das indígenas em relação à nossa postura diante do pré-natal, foi elaborada pela equipe de área uma carteira da grávida na língua Zo'é. Mesmo não conhecendo o alfabeto escrito, a carteira na língua serve de base e orienta os procedimentos a serem realizados. Neste caso, a carteira é levada ao domicílio da mulher e ela a traz ao posto de saúde durante as consultas.

Saúde da Criança

A equipe de saúde em área acompanha o crescimento e desenvolvimento das crianças a partir de programa cujas ações são preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS). Assim, durante o primeiro ano de vida, as consultas das crianças são geralmente realizadas concomitante com as vacinas, que seguem periodicamente o calendário vacinal. Porém, quando é detectada alguma alteração durante a avaliação, as condutas são realizadas de acordo com o consentimento da família.

O programa preconiza que as equipes de atenção básica estejam treinadas em detecção precoce das doenças comuns seguindo protocolos já estabelecidos, tais como a estratégia denominada Atenção Integrada as Doenças Prevalentes da Infância (AIDIP). Além disso, administram a suplementação de vitamina A e sulfato ferroso também conforme protocolos do MS; e realizam a vigilância alimentar e nutricional para rastreamento de possíveis casos de baixo peso, desnutrição e sobrepeso, sem sobrecarregar a mãe com idas frequentes ao posto de saúde.

Na população Zo'é, a prática do aleitamento materno exclusivo se dá apenas no primeiro mês de vida, a partir de então, a mãe já começa a suplementar com alimentos pastosos. De acordo com a equipe de área, a criança recebe os primeiros alimentos mastigados da boca de sua mãe que em seguida, com o dedo indicador, os colocam em sua boca. Trata-se, basicamente, de um pirão feito de farinha misturada com caldo de deaby (nambu), kusi (cutia), susiwej (preá) e, especialidade que apreciam muito, o miolo do macaco que é mastigado pela genitora e depois colocado na boca da criança. A partir de um ano, a criança já pode comer outros tipos de carne, principalmente a carne de kwatá (macaco kuamba). Os profissionais ressaltam que não há crianças desnutridas. Existe um percentual de crianças e idosos com baixo peso, mas dentro dos limites de normalidade para uma população.

Outros programas de prevenção

Para população masculina, também é desenvolvido o acompanhamento alimentar e nutricional, aferição da pressão arterial, testagem, atendimento odontológico, contudo as ações são realizadas por demanda espontânea, pois não é possível e nem necessário traçar uma rotina de atendimento. Também são realizadas rodas de conversa abordando temáticas diversas de doenças comuns a esta população e visitas domiciliares com orientações gerais.

Os acompanhamentos dos idosos são realizados na UBSI ou em visita domiciliar, mensalmente ou de acordo com as disponibilidades das famílias. Na ocasião é realizada a aferição de PA, diagnóstico nutricional, imunização e orientação para as famílias quanto aos cuidados de saúde necessários. Há um cuidado pela não intervenção desnecessária, assim se for detectada alguma alteração, são feitas apenas as orientações gerais e se há alguma patologia ou agravamento, então o caso é discutido entre equipe e família visando buscar a melhor conduta a ser seguida.

Os idosos são mais difíceis de acompanhar, mas quando aparecem na UBSI é feita a verificação da pressão arterial, pesagem e avaliação do estado nutricional, estatura e circunferência abdominal e panturrilha. A maioria deles aparece em baixo peso, devida à peculiaridade em sua alimentação e

também porque os padrões indicados pelo MS são adequados para as populações não indígenas que vivem em contextos urbanos distante da realidade indígena. Culturalmente, os idosos Zo'é já não buscam ou recebem muitos alimentos calóricos, pois, segundo relatos, possuem o entendimento que já não precisam mais de muita energia e força nesta fase da vida.

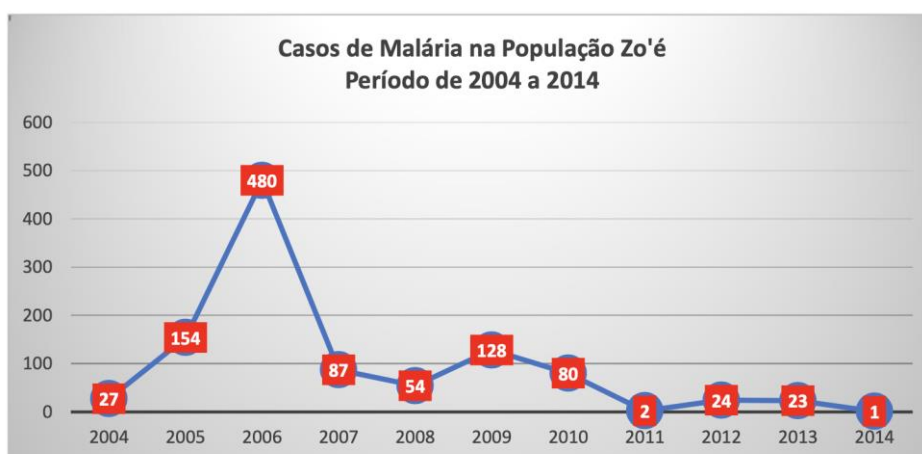
Quanto às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), são realizadas rotineiramente testagens e aconselhamento. Até o momento não foi diagnosticado nenhum caso de HIV, Hepatite B e C ou Sífilis.

Os atendimentos de saúde bucal são realizados de acordo com a demanda espontânea. As ações são de caráter preventivo, tais como rodas de conversas sobre orientações para que eles se sensibilizem quanto à importância dos hábitos de higiene bucal. São realizadas visitas domiciliares, escovação supervisionada e aplicação de flúor. A distribuição de escovas, creme dental e fio dental ocorre, geralmente, a cada 3 meses. Também são realizadas ações de caráter curativo e reparador como as intervenções cirúrgicas, extrações, restaurações, curativos, etc.

Endemias

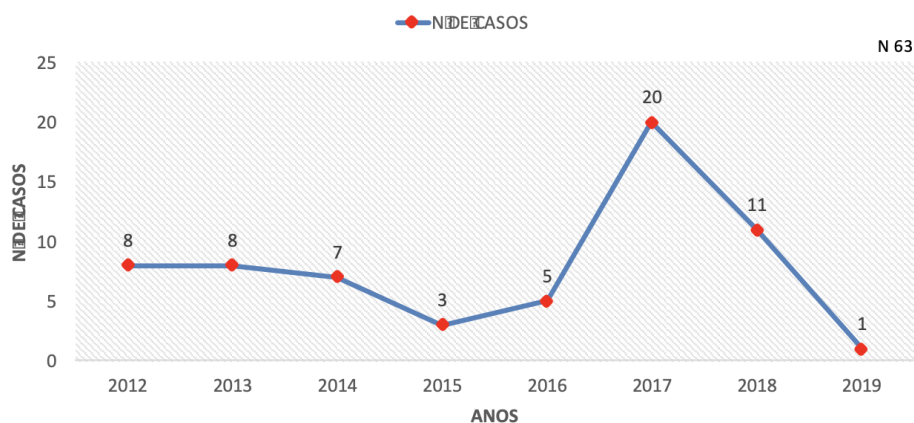
A vigilância em saúde para detecção de malária e Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) tem sido realizada em área pelas técnicas de enfermagem que além de microscopistas, realizam a notificação, diagnóstico, tratamento e acompanhamento na aldeia até término do tratamento. Além disso, a vigilância em saúde dos Zo'é conta com entradas esporádicas do serviço de endemias do município de Santarém que permanecem de 5 a 7 dias em área para aplicação de inseticida de ultra baixo volume (fumacê) nas aldeias e para realizar busca ativa de casos assintomáticos para que a malária e a leishmaniose diminuam na aldeia. Desde o ano 2014, não há registros de casos de malária, no entanto, os casos de LTA nos indígenas aumentou consideravelmente nos últimos anos e caiu novamente.

Gráfico 5: Número de casos de malária por ano na TI Zo'é



Fonte: Livro de Registro de Malária da UBSI Cuminapanema.

Gráfico 6: Casos confirmados de Leishmaniose Tegumentar Americana na população indígena Zo'é no período de 2012 a 2019



Fonte: Livro de Registro de LTA da UBSI Cuminapanema

Ofidismo

A UBSI da aldeia Cuminapanema dispõe de soro antiofídico para pronta administração, ou seja, os índios são atendidos nas primeiras horas após o acidente. Ainda assim, isso não os impossibilitam de fazerem suas práticas tradicionais para que a recuperação do paciente seja mais rápida. Ressalta-se que disponibilização soro antiofídico em área é uma necessidade sentida e demandada pela população indígena, contudo, não é conhecido que outros DSEI o disponham em seus territórios. Não há relatos e nem registro de morte por acidente ofídico entre os Zo'é. Os acidentes ofídicos são mais frequentes, segundo a equipe de saúde, na época de chuvas e são resolvidos na própria área sem maiores sequelas.

Outros serviços de saúde ofertados na TI:

- Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (A EMSI é responsável pelo acondicionamento de todo resíduos produzido pelo serviço de saúde);
- Assistência farmacêutica: aquisições de medicamentos e monitoramento das farmácias básicas no polo e aldeia. O farmacêutico fica no Polo Base e a EMSI é responsável pelo controle e estoque de insumos, materiais e medicamentos da Unidade de Saúde;
- Coleta de Exames Laboratoriais (Hematologia, Bioquímica, Imunologia, Uroanálise, Microbiologia e Parasitologia), Coleta de LCR e Biopsias;
- Realização se Exames de Imagens: Raio X e Ultrassom;
- Cirurgias: Catarata, Hérnias, Ortopédicas, Miomectomia, Oftálmica;
- Endoscopias, Exame de Eletroencefalograma, Eletrocardiograma; e
- Consultas com Especialistas (Oftalmologista, Cirurgião Geral, Ginecologista, Reumatologista, Gastrologista, Fisioterapia).

3.3 Rede de Referência

Devido ao acesso a uma atenção primária de qualidade e com resolutividade em área, as remoções para tratamento e emergências acontecem de forma esporádica e de acordo com a gravidade do caso. O paciente só sai da TI quando não há nenhum meio de tratamento em área. Neste caso, o paciente é encaminhado para o Hospital Regional ou Municipal para realização de exames e tratamento médico de média e alta complexidade no município de Santarém.

3.4. Saúde do povo Zo'é na pandemia COVID 19

Durante a pandemia, já a partir de março de 2020, foi estabelecido estratégias para prevenção e combate à Covid-19 na Terra Indígena Zo'é. Assim, foi estabelecido um fluxograma e diretrizes para atendimento de pacientes suspeitos e/ou confirmados de contágio pelo COVID-19 o que resultou em dois importantes documentos: o Plano de Contingência para COVID 19 e o Protocolo de acesso à Terra Indígena Zo'é (Anexo 2).

Os protocolos também tiveram como base as seguintes orientações:

- Informes Técnicos nº 1, 2 e 3/2020 da Secretaria Especial de Saúde indígena/MS, no âmbito do Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas;
- Portaria nº 419 e 435/PRES/FUNAI/2020; e
- Recomendações do Ministério da Saúde e da ANVISA para a operação de regresso de aeronave potencialmente contaminada em área de risco, já que o acesso à TI se faz por via aérea.

A Frente de Proteção Etnoambiental de Cuminapanema/FUNAI juntamente com autoridades competentes (Ideflor-Bio, MPF, IBAMA, DPF) têm mantido e protegido a TI através de ações de fiscalização na Zona de Amortecimento da Terra Indígena Zo'é. Esta zona tem papel fundamental como barreira sanitária para prevenção da introdução do Covid-19 em território Zo'é.

Como já descrito no perfil de saúde, 100% da população Zo'é recebeu as duas doses de vacina Coronovac do instituto Butantã e o reforço - terceira dose - através da vacina BioNTech da Pfizer. Estando neste momento a população de 11 a 18 anos aguardando a terceira dose e início da vacinação para as crianças acima de cinco anos.

A nível local, foi montado uma Unidade de Atenção Primária Indígena (UAPI) para COVID 19 sendo alocados toda uma estrutura para tratamento de síndromes de angústia respiratória como respirador, rede de oxigênio e concentradores de oxigênio, máscara de alto fluxo e drogas para suporte avançado de vida. Este estabelecimento de saúde foi fruto da parceria com o Instituto de Pesquisa e Formação Indígena (IEPÉ) e a ONG Expedicionários da Saúde (EDS).

Como resultado do planejamento e intervenções, não houve caso positivo algum, até o presente momento, entre os Zo'é, sendo, talvez, o único povo a passar ileso pela pandemia.

3.5. Modelo padrão para atenção à saúde aos povos de recente contato ou altamente vulneráveis

Como ficou patente na descrição da situação de saúde do povo Zo'é e de seu modelo de atendimento, e ainda, considerando que esta forma de organização é uma exceção no sistema, o modelo descrito pode ser considerado como padrão ouro para atendimento de povos de recente contato ou altamente vulneráveis. A eficiência é resultado de um refinado e aperfeiçoado sistema de atenção em saúde e fruto também de uma boa gestão local e sinérgica ação entre o DSEI/SESAI e FUNAI.

Ainda cabe observar que uma série de felizes conjunções históricas, políticas, legais, sociais, humanitárias e até acidentais, como relatou o médico Erik Jennings (vídeos em anexo), colaboraram para tal conjuntura atual. Alguns consideram que o modelo seja de difícil reprodução em outras

localidades indígenas, mas o modelo representa e significa muito como referencial de padrão de qualidade na atenção prestada, no respeito à cultura e na resolutividade das ações.

Realização de cirurgia na UBSI



Fotos: Fábio Tozzi

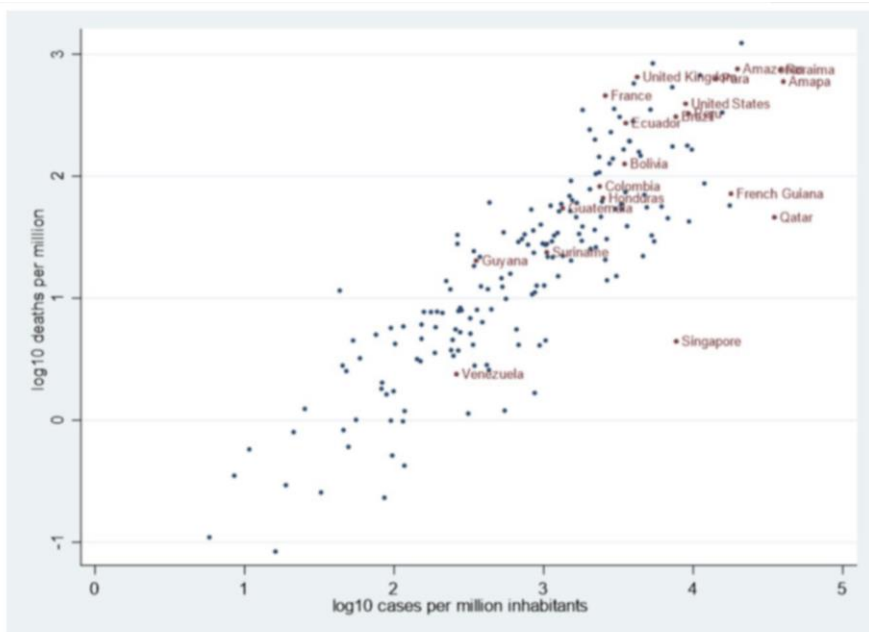
Orientações de saúde para a comunidade, médico Fábio Tozzi.



4. Pandemia COVID-19 na região de fronteira Brasil, Guiana e Suriname e povos indígenas

Já é de notório conhecimento que a epidemia de COVID 19 submergiu muitos sistemas de saúde na Amazônia. Estudo epidemiológico comparativo entre países e regiões amazônicas (Nacher, 2021) aponta que embora as regiões amazônicas, em geral, tenham tido a velocidade de crescimento da doença menor do que na Europa ou nos EUA, ou no sul do Brasil, os estados amazônicos de Roraima, Amazonas, Pará e Amapá (fronteira com Suriname e Guiana) tiveram o maior número de casos e mortes por milhão de habitantes no mundo.

Gráfico 7: Dispersão do log10 do número de óbitos e do log10 do número de casos por milhão de habitantes em países e territórios amazônicos selecionados.



Fonte: Nacher, 2011

Nota-se que a Guiana, apesar do baixo número de casos confirmados, teve mortalidade significativa e o Suriname ficou em uma posição intermediária. A Guiana Francesa teve significativamente menos mortes em relação ao número de casos confirmados do que outros territórios amazônicos. Isso mostra ser insustentável a correlação entre o número de mortes e o número de casos o que depende muito da política de testagem do país.

É importante notar que diferentemente da população mais impactada por mortes de COVID-19 em países com elevadas taxas como Reino Unido e França que era mais idosa, a pouca idade dos óbitos das populações do Norte do Brasil pode ter sua explicação no fato de que o volume de casos tenha sobrecarregado o sistema de saúde e levado a um atendimento abaixo do ideal. Além disso, o Brasil apresentou baixos níveis de testagem diária em relação ao número de diagnósticos diários. Presumivelmente, o número real de casos de COVID 19 foi muito maior que o número de casos confirmados.

Os números brutos de mortes e as imagens de valas comuns na região norte do Brasil relatadas em grande parte da imprensa demonstram quão grande foi o influxo de pacientes graves. Entre as particularidades da região amazônica estão os altos níveis de desigualdades sociais, e sua composição étnica diversa. Ao comparar as diferenças entre as taxas mais elevadas na Amazônia brasileira em relação a outros países da região, os autores do estudo apontam para alguns determinantes como: pobreza generalizada, baixo acesso a cuidados em áreas remotas, fatores étnicos, comorbidades e negação política da crise de saúde.

A região amazônica brasileira demonstrou estar extremamente vulnerável aos efeitos devastadores da pandemia de COVID-19. A pandemia colocou sob os holofotes o 'deserto médico' que é a região, onde além das profundas desigualdades socioeconômicas, há uma ausência generalizada de políticas públicas, equipamentos e recursos humanos de saúde. As populações indígenas, quilombolas, ribeirinhas, tradicionais e urbanas foi severamente afetadas pela pandemia, sobretudo devido à falta dos suprimentos, equipamentos e infraestruturas médicas necessárias para

o tratamento dos casos mais graves de COVID-19. Manaus foi um exemplo da ausência do estado na atenção básica e erros de estratégia no manejo da pandemia³.

Como demonstrado na Tabela 1 a seguir, a região da Amazônia teve mais de 2,8 milhões de casos de COVID-19 confirmados e mais de 64 mil mortes. Além disso, é muito provável que tenha havido uma grande subnotificação de casos devido à falta de testes e tratamento.

Tabela 8: Números de COVID-19 na Amazônia Brasileira				
	#Casos	# Mortes	% População com apenas uma dose	% População com esquema vacinal completo*
Brasil	30.012.798	660.312	81,92	37,66
Acre	123.815	1.994	68,48	56,31
Amapá	160.349	2.126	61,05	47,41
Amazonas	581.393	14.158	71,52	59,61
Maranhão	426.430	10.873	74,57	57,95
Mato Grosso	722.094	14.596	75,63	65,58
Pará	756.124	18.121	77,06	72,35
Rondônia	395.341	7.183	69,75	59,62
Roraima	155.195	2.145	61,78	47,63
Tocantins	303.096	4.146	69,68	59,69
Região Amazônica	3.623.837	75.342	-	-

Fonte: Ministério da Saúde. Dados de COVID-19 por estado em 05 de Abril de 2022. <https://covid.saude.gov.br/>

A vacinação contra COVID-19 nos estados da Amazônia (como demonstrado na Tabela 8), com mais de 60% da população já com a primeira dose da vacina, porém a maior parte dos estados tem em média apenas 50% da população com esquema vacinal completo. A falta de informações, notícias falsas, pressão política e religiosa, falta de entendimento a respeito do intervalo entre as doses, a ausência de uma campanha nacional de imunização, a falta de vacinas e o medo de efeitos adversos estão entre as principais causas para os brasileiros não comparecerem para a primeira ou segunda dose. A demora para o início da vacinação e sua baixa adesão são preocupantes, principalmente com a chegada de novas variantes de COVID-19 na Amazônia brasileira.

Contudo, os números nacionais não expressam exatamente a realidade local e indígena que têm alcançado maiores coberturas, como indica tabela a seguir dos municípios na abrangência da área de estudo.

Tabela 9: Vacinação nos municípios do entorno das Terras Indígenas no norte do Pará

Município	Pop Estimada	1ª dose	2ª dose	3ª dose	Dose Única	Total de doses aplicadas	Cobertura %
Alenquer	48.275	30138	16.802	184	612	47.736	72,08
Almeirim	28.866	20.064	15.517	1.863	985	38.429	64,89
Curuá	12.056	9.292	6.865	257	362	16.776	79,16
Faro	7.764	5.150	4.610	626	611	10.997	80,25
Monte Alegre	50.543	40.493	26.135	1.498	1.105	69.231	74,62

³ Em meados de janeiro de 2021, a variante Gama causou infecções em grande escala em Manaus, Amazonas, que enfrentou o colapso do sistema de saúde e uma grave escassez de oxigênio, e por estratégia adotada de imunidade de rebanho levando à morte de pacientes hospitalizados e daqueles que faziam uso de oxigenoterapia em domicílio

Óbidos	53.307	35.690	27.556	2.615	981	66.842	90,13
Oriximiná	81.925	45.263	29.707	2.233	630	77.833	69,11
Prainha	24.246	20.687	16.264	1.153	1.303	39.407	90,91
Terra Santa	15.521	24.110	11.132	8.477	883	332	86,37

FONTE: SESPA (Secretaria Estadual de Saúde do Pará. Dados atualizados em 08/01/221

De acordo com dados da Secretaria Especial de Saúde Indígena, tem alcançado médias superiores a 80% com duas doses. Em especial nos DSEI da área de abrangência do estudo, DSEIs Amapá e Norte do Pará; Guamá Tocantins e Leste Roraima, estão com a proporção de 81,30%, 94,17% e 75,1%, respectivamente, de cobertura vacinal de maiores de 18 anos.

Tabela 10: Percentuais de vacinação nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Brasil)

FAIXA ETÁRIA DSEI	5 - 11 ANOS		12 - 17 ANOS		> 18 ANOS		REFORÇO % Ref
	% 1ª D	% 2ª D	% 1ª D	% 2ª D	% 1ª D	% 2ª D	
ALAGOAS E SERGIPE	87.08%	0.00%	95.05%	69.08%	96.14%	94.15%	66.82%
ALTAMIRA	5.45%	0.00%	92.11%	36.73%	92.83%	90.56%	49.09%
ALTO RIO JURUÁ	2.84%	0.00%	46.94%	6.60%	77.80%	62.81%	20.11%
ALTO RIO NEGRO	60.69%	0.00%	53.14%	15.99%	96.99%	93.07%	49.74%
ALTO RIO PURUS	0.00%	0.00%	22.75%	0.08%	95.92%	81.24%	0.25%
ALTO RIO SOLIMÕES	41.92%	0.00%	76.92%	29.26%	82.82%	72.57%	31.14%
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	0.00%	0.00%	59.74%	1.38%	89.99%	81.30%	10.24%
ARAGUAIA	25.09%	0.00%	59.47%	17.02%	70.14%	61.06%	22.51%
BAHIA	41.19%	0.00%	87.05%	43.91%	80.18%	81.38%	31.94%
CEARÁ	91.95%	0.00%	100.00%	81.77%	97.99%	98.10%	69.78%
CUIABÁ	34.89%	0.00%	86.31%	22.87%	88.07%	84.82%	34.67%
GUAMÁ-TOCANTINS	3.43%	0.00%	69.97%	1.77%	89.91%	80.83%	23.44%
INTERIOR SUL	67.65%	0.00%	94.85%	39.34%	97.65%	94.17%	53.00%
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	0.00%	0.00%	59.49%	5.58%	86.04%	56.05%	14.17%
KAIAPÓ DO PARÁ	8.85%	0.00%	45.08%	0.00%	63.45%	49.89%	10.42%
LESTE DE RORAIMA	6.67%	0.00%	71.29%	44.03%	83.92%	75.17%	18.07%
LITORAL SUL	74.69%	0.00%	90.71%	61.69%	97.61%	94.86%	74.66%
MANAUS	46.53%	0.00%	75.73%	46.97%	96.40%	93.22%	62.82%
MARANHÃO	70.54%	0.00%	68.04%	56.45%	96.65%	93.16%	57.99%
MATO GROSSO DO SUL	60.89%	0.00%	88.47%	54.89%	88.21%	84.90%	49.24%
MEDIO RIO PURUS	10.93%	0.00%	67.96%	14.79%	83.94%	77.22%	45.86%
MEDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	5.39%	0.00%	71.67%	22.03%	99.88%	98.14%	42.67%
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	43.71%	0.00%	90.28%	42.59%	93.63%	89.24%	39.13%
PARINTINS	81.61%	0.00%	79.36%	45.77%	95.12%	90.21%	62.66%
PERNAMBUCO	97.40%	0.00%	98.09%	50.18%	98.37%	98.00%	57.39%
PORTO VELHO	42.48%	0.00%	84.86%	19.53%	95.07%	90.52%	57.86%
POTIGUARA	80.88%	0.00%	93.76%	67.55%	86.76%	87.62%	51.02%
RIO TAPAJÓS	09.23%	0.00%	28.40%	0.36%	59.24%	44.02%	12.04%
TOCANTINS	45.48%	0.00%	85.22%	15.31%	88.92%	79.73%	33.78%
VALE DO JAVARI	20.80%	0.00%	21.14%	1.39%	87.36%	81.07%	22.64%
VILHENA	37.30%	0.00%	90.72%	45.63%	93.71%	91.27%	54.81%
XAVANTE	0.00%	0.00%	85.60%	41.14%	92.85%	92.13%	56.31%
XINGU	33.67%	0.00%	92.06%	37.08%	90.15%	83.86%	36.95%
YANOMAMI	0.15%	0.00%	20.49%	1.28%	86.06%	71.63%	12.53%
TOTAL	40.16%	0.00%	74.42%	35.41%	90.36%	85.23%	43.10%

Fonte: Painel Interno covid-19 - extração em 04 de março de 2022.

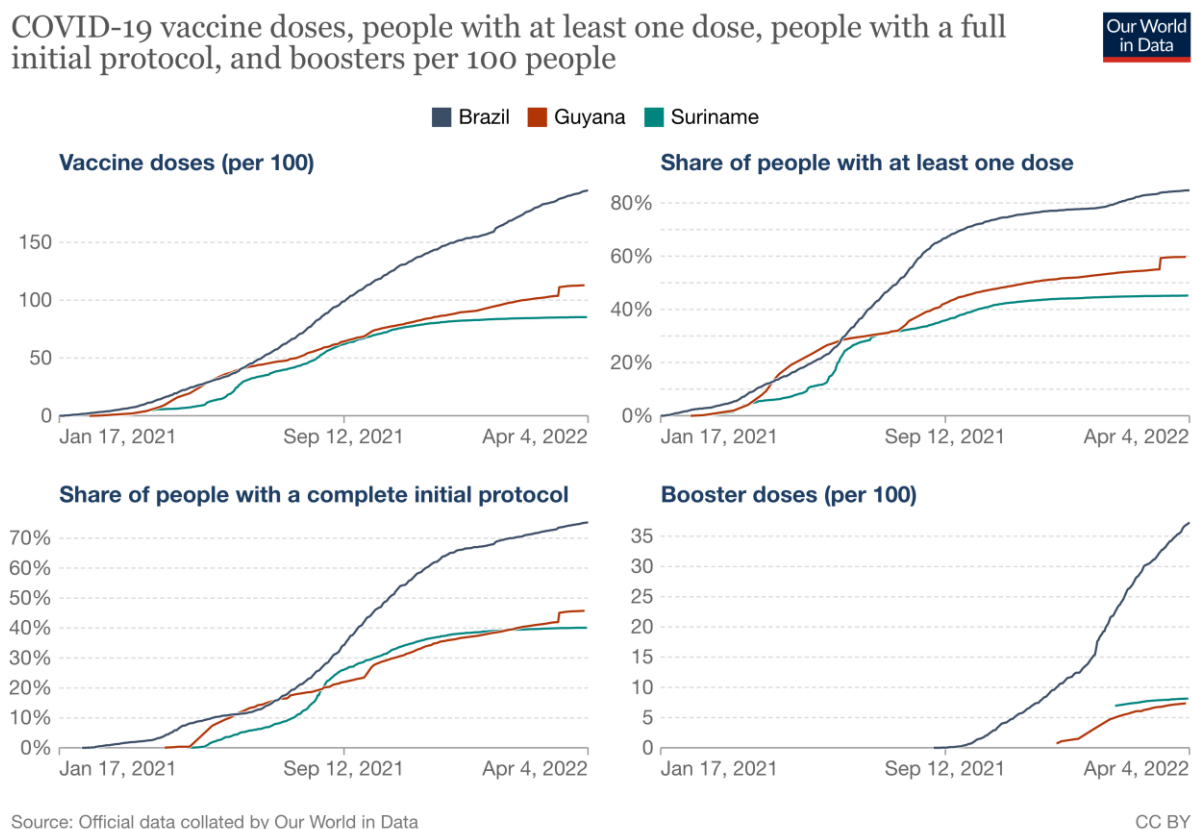
Especificamente sobre a população indígena na região, o Suriname reportou altas taxas de mortalidade entre indígenas por coronavírus. Em 28 de fevereiro, o painel Covid-19 registrou um total de 172 mortes no Suriname, das quais 16,2% eram indígenas. Esta é uma alta taxa de mortalidade, dado o fato de que os povos indígenas representam apenas 4% da população total do Suriname. Além disso, 20% do número total de infecções por Covid-19 no Suriname (até março de 2021) ocorreu entre indígenas.

Assim como no Brasil, muitos chefes de comunidades no Suriname tomaram a decisão de fechar sua aldeia antes que o governo introduzisse medidas nacionais de bloqueio. Mas, segundo a reportagem em referência, essas medidas deveriam ter sido tomadas ainda mais cedo e impedido que forasteiros adentrassem seus territórios. Além disso, as medidas de distanciamento, uso de máscara

e higiene só tiveram impacto quando as autoridades tradicionais passaram a informar a população, família a família.

Os três países da fronteira apresentam certa heterogeneidade em relação à imunização ativa por vacinas. Enquanto o Brasil avançou na aplicação de doses, a Guiana e o Suriname ainda estão aquém do percentual recomendado (70%).

Figura 2: Situação das vacinação no Brasil, Suriname e Guiana.



Como podemos observar, tanto a cobertura vacinal dos municípios quanto a da população indígena estão superiores à Guiana e ao Suriname. Apesar de não dispor de dados vacinais na fronteira dos dois países, de acordo com informantes locais e notícias veiculadas na mídia, a vacinação da população do interior tem tido bastante resistência. Por exemplo, a questão da disseminação de notícias falsas tem sido um dos principais entraves para a contenção da pandemia no Suriname o que instou a ONG Medical Mission a enviar equipes para informar corretamente as comunidades indígenas Tiriyo sobre a vacina, disse Hernan Jintie, diretor da ONG, em entrevista concedida logo no início da campanha, em março de 2022⁴.

4 Fonte: <https://www.starnieuws.com/index.php/welcome/index/nieuwsitem/> 63448

Contudo, relatos de liderança indígena e representante de ONG que trabalha no local, IEPÉ, nos informaram que há grande preocupação quanto à resistência dos Tiriýós de Suriname em se vacinar. De acordo com eles, lideranças religiosas e políticas não acreditam no benefício da vacina e ainda há muita circulação de notícias falsas a respeito. Este é um ponto importante a ser trabalhado na fronteira e deve integrar qualquer planejamento que vise uma gestão de risco da pandemia na região, pois a assimetria da cobertura coloca até mesmo a população do lado brasileiro em alerta para novas ondas de transmissão e circulação de variantes do vírus.

Parte III: Mapeamento de atores e diálogos sobre sistemas de saúde e organizações indígenas e indigenistas na fronteira BR/GUI/SUR

Com objetivo de mapear atores institucionais relevantes e estabelecer diálogos sobre a situação da COVID-19 e a saúde dos povos indígenas que vivem na região de fronteira do Brasil, Guiana e Suriname, foi realizada uma reunião de 17 a 19 de janeiro de 2022 na cidade de Santarém do Pará, Brasil, liderada pelo Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA) com participação de consultores do projeto, colaboradores e de instituições como Projeto Saúde e Alegria, Instituto Iepê, Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA) e líderes indígenas e indigenistas da região da Calha Norte do Rio Amazonas do Estado do Pará, sendo elas, a Associação Indígena Kaxuyana Tunayana e Kahyana (AIKATUK); a Federação dos Povos Indígenas do Pará (FEPIPA) e a Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB).

Durante os três dias do encontro, representantes da sociedade civil, representantes indígenas e especialistas em Saúde apresentaram suas experiências no combate à COVID-19 e particularidades dos sistemas de saúde da região, incluindo: a evolução da pandemia na TI Parque Tumucumaque, TI Kaxuyana Tunayana, em comunidades indígenas do Baixo Tapajós, a participação da sociedade civil nos planos de resposta à COVID-19 e o caso do povo Zoé, relatado pelo médico Erik Simões (SESAI), como referência no enfrentamento da ameaça pandêmica a partir da elaboração e cumprimento de protocolos.

A representante da UFOPA, Dra. Heloisa de Nascimento, que participou por teleconferência, deu uma visão detalhada da situação do mercúrio e seus impactos na saúde em comunidades indígenas e tradicionais na região do rio Tapajós. Considerando que a mineração desordenada e intensa também é um problema na fronteira Brasil/Guiana/Suriname e pode ser considerado como um dos principais determinantes de saúde para região, pois além da exposição ao mercúrio o que pode causar diversos problemas neurológicos, a população do entorno do garimpo também fica mais vulnerável às doenças sexualmente transmissíveis, violência e malária.

Por fim, foi relatado sobre a possível presença de povos em situação de isolamento voluntário na região e estabelecidas diferentes conjunturas locais para a elaboração de uma minuta de diretrizes

para o plano de contingência para epidemias e recomendações visando a promoção de medidas e políticas públicas com critérios interculturais e transfronteiriços.

A seguir, apresentaremos um quadro contendo os principais pontos debatidos pelos representantes das instituições presentes e as recomendações gerais ao andamento deste componente na região.

Tabela 11: Instituições locais e contribuições ao projeto

Representante /Instituição	Principais pontos apresentados
Leo Kaxuyana/Aikat uk	<p>Descreveu o processo da pandemia nas Terras Indígenas Parque do Tumucumaque, Nhamundá-Mapuera e Kaxuyana-Tunayana, destacando os seguintes pontos:</p> <p>1) TI Tumucumaque:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Importância das parcerias com IEPÉ e COIAB • COVID-19 entrou pelo Suriname devido ao contato direto • Aldeias adotaram medidas comunitárias e seguiram orientações do DSEI. • O trabalho em grupo nas roças foi continuado. Na volta das roças, costumam se reunir. Não proibiram as reuniões, mas colocaram regras, como cada um levar seu próprio copo etc. • Dsei levou medicamentos. • Ficaram um ano sem sair da aldeia. • As UAPI foram importantes para dar segurança à comunidade. • Comunicação: liderança e AIS passavam de casa em casa fazendo palestras sobre os cuidados necessários. • Vacina: maioria se vacinou menos os evangélicos. • Faziam vídeos sobre a importância da vacina. • O Dsei fazia testagem na aldeia • Ao longo da pandemia tiveram vários casos (quase 1.000) e 2 óbitos no PIT. <p>2) TI Kax/Tun e TI Nhamundá-Mapuera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A população desta TI tinha mais contato com a cidade; • Fizeram parcerias para terem condições de ficarem nas aldeias sem precisar ir muito para cidade. • Equipe do Dsei ficou nas aldeias • Não tiveram nenhum caso durante mais de ano. Quando voltaram a sair da aldeia, depois deste tempo, começaram a adoecer. Tiveram apenas um caso grave, sem óbito. As aldeias do rio Mapuera tiveram mais casos por conta do acesso à cidade Cachoeira Porteira. • A distribuição de cestas básicas foi importante para manter as pessoas nas aldeias. • Tomaram medicamentos tradicionais - casca de quino e outras ervas • Comunidades pequenas, média de 7 famílias • Atualmente há relatos de casos leves de gripe na TI Kax/Tun, mas muitos casos na TI Mapuera. • Não chegaram a usar UAPI • AIS orientava a população sobre o que fazer e não fazer • Há rede de frio para armazenamento das vacinas nas aldeias • Remoção de emergência é feita por helicóptero, outros deslocamentos são feitos pelo rio.

Denise / IEPÉ	<ul style="list-style-type: none"> • Descreveu sobre os programas do IEPÉ, dentre eles o Programa Tumucumaque, coordenado por ela. • A instituição tem histórico de parceria com Funai para elaboração dos Planos de Gestão Territorial e Ambiental das TI e protocolos de consulta. • Referências Saúde: Juliana Rosaleine (relação estreita com DSEI Amapá), Mariana Maleronka. • Com financiamento da Embaixada Francesa conseguiram estruturar os serviços de saúde com equipamentos, reformas e construção. • Parceria EDS/IEPÉ/COIAB/DSEI Amapá. • Apoiaram o isolamento nas aldeias por meio de envio de cestas básicas. • Instalaram 90 pontos de internet nas TI da fronteira e tem recurso para pagar por 4 anos. São as associações indígenas que fazem a gestão da internet em sua localidade. • Barreira Sanitária: construíram um plano com vários pontos sendo um deles, a comunicação • A instituição dispõe de boletim mensal próprio sobre pandemia. • Informou que os DSEI começaram a recolher os equipamentos das UAPI o que está gerando certo desconforto com a população indígena • Médicos em parceria com IEPÉ fizeram capacitações locais com os AIS para orientá-los sobre a pandemia. • Frei Afonso da Missão Franciscana atuou na linha de frente e possui grande conhecimento sobre a pandemia no Tumucumaque. • Uma grande preocupação durante a pandemia foi quanto à segurança alimentar.
Luana/ FEPIPA	<p>Relatou a situação em Belterra (Baixo Tapajós e área periurbana de Santarém)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baixo Tapajós é pouco assistido. Deveria contar com a assistência do Polo Santarém, o que não ocorre, tão pouco, são assistidos pelo município. • Não possuem AIS ou Técnicos de enfermagem em área. • As próprias lideranças comunicaram as orientações durante a pandemia. • Nos casos de médio a grave, se deslocavam para Santarém por conta própria, mas às vezes tinham apoio do DSEI. • Não houve óbitos por Covid, mas um indígena veio a morrer por picada de cobra por falta de transporte.
Heloisa/UFOPA	<p>Realiza pesquisa sobre nível de intoxicação de mercúrio no sangue no Baixo Tapajós, área urbana, Planalto, município de Santarém, mas também é colaboradora de outros projetos no Médio e Alto Tapajós. Relatou alguns resultados da pesquisa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situação grave: todos os participantes da pesquisa tem algum nível de mercúrio no sangue e a maioria tem níveis muito altos, Limite 10ml/lit no sangue, no Baixo Tapajós tem nível de 300 a 1000ml/lit. Níveis que causam danos sérios ao corpo humano. Encontrado em todas as faixas etárias. • Há diagnósticos de crianças com má formação congênita, parecido com Minamata. • A causa da contaminação é por meio da exposição ambiental: consumo do peixe. • A situação tem piorado bastante nos últimos anos . • Para o feto desenvolver problema neurológico é necessário uma quantidade muito pequena, por isso, o risco é alto para gestante que deve ser comunicada sobre tal risco. • Dados comprovam que estas populações estão contaminadas e é urgente que providências sejam tomadas, pois é uma situação de emergência sanitária. • É necessário entender as condições de saúde das populações que estão contaminadas e melhorar as condições de acesso a serviços.
Fabrício / COIAB	<ul style="list-style-type: none"> • Não há informações confirmadas de povos isolados na região, mas pontua que há relatos de indígenas que indicam a presença de grupos isolados na fronteira Brasil/Suriname. • Faz sugestões para que o componente intercultural seja observado na elaboração dos planos de contingência

Recomenda-se que um projeto piloto de desenvolvimento de plano de contingência seja elaborado na TI Parque do Tumucumaque e que tenha envolvimento dos Tiriyo dos dois lados da fronteira, além das instituições que atuam localmente, conforme tabela abaixo:

Tabela 12: Mapeamento de atores na fronteira Brasil/Suriname

Povo Indígena transfronteiriço	Instituições locais
--------------------------------	---------------------

	Suriname	Brasil
Tiriyó	Ministério da Saúde (Vigilância Epidemiológica) ONG Missão Médica (Atenção Primária à Saúde) ONG Amazon Conservation Team	Associação Indígena Aikatuk DSEI Amapá e Norte do Pará ONG IEPÉ

Por fim, recomenda-se ainda que o tema do mercúrio seja considerado em algum momento no projeto tendo em vista a presença de garimpos na região.

Conclusão e Recomendações

Ao longo deste estudo, procuramos demonstrar o estado atual da situação de saúde em dois territórios indígenas no Brasil, na região de fronteira com Suriname e Guiana, e também descrever como esses países vizinhos organizam seus sistemas de saúde na região amazônica e suas respostas diante da pandemia de COVID-19. Apresentamos também o mapeamento de atores locais que devem e podem contribuir com o desenvolvimento de um plano de contingência para a região, bem como trouxemos um pouco de suas percepções e estudos sobre saúde e temas correlacionados.

O levantamento e interpretação de informações e dados obtidos no Brasil, mostraram-nos dois contextos distintos. No âmbito do Parque indígena do Tumucumaque conseguimos observar a existência de um sistema de saúde institucionalizado presente no território, muito embora tenha falhas quanto ao acesso e resolutividade da assistência. A principal causa alegada para tal fato é a localização remota da TI, bem como a dispersão territorial de sua população. Tomando como base o fator do acesso a serviços de saúde e os dados de morbidade da população residente no PIT que demonstra elevados números de infecções, em especial, respiratórias, pode-se afirmar que se trata de uma comunidade em situação de vulnerabilidade em relação a epidemias de doenças infecciosas.

O outro contexto analisado, o da TI Zo'É, contrasta não somente com a TI Parque do Tumucumaque, mas também com outras localidades amazônicas no que diz respeito à oferta de serviços de saúde e acompanhamento epidemiológico. A equipe de saúde lotada na UBSI da aldeia Cuminapanema nos apresentou dados pertinentes e demonstraram que se baseiam em uma realidade sanitária concreta para efetivar suas ações. Isto quer dizer que seus serviços respondem à necessidade epidemiológica local e não apenas ao cumprimento de ações preconizadas pelo Ministério da Saúde. O desfecho desta prática se efetiva nos resultados de morbimortalidade, ou seja, doenças e óbitos estão controlados. Além disso, a assistência na localidade, preza pela resolutividade das ações em área por meio de articulações com outras instituições e pelo bom treinamento da equipe que, por conhecer bem o perfil de saúde local, são mais assertivos nas intervenções.

Quanto à Guiana e ao Suriname, apesar de não ter sido nosso foco avaliar com profundidade as características do sistema de saúde local, podemos constatar características distintas se compararmos estes três países fronteiriços. Enquanto o Brasil possui um serviço voltado para população indígena e aparentemente ofertando mais acesso a seus usuários, na Guiana, por exemplo, os sistemas municipalizados dão conta de toda população local seguindo a lógica da participação social por meio de comitês e conselhos populares integrados por representantes indígenas. Na prática, os

profissionais de saúde da atenção básica são compostos por técnicos de nível médio, os Medex, enquanto no Brasil, a equipe de saúde indígena é integrada por profissionais multidisciplinares de nível superior.

Já no Suriname, com sistema de governo centralizado, a atenção básica é delegada a uma ONG, a Medical Mission, que possui certa autonomia no planejamento e execução das ações, ficando o Ministério da Saúde responsável pela vigilância epidemiológica, como é o caso do Programa de Malária. Uma característica comum nos três países é a baixa oferta de médicos nos serviços de atenção primária, diante disso, a Medical Mission costuma promover jornadas médicas - concentração de serviços médicos no local por um tempo curto - nos territórios indígenas da Amazônia.

Quanto à situação de Covid-19 na região, destacaram-se: o alto índice de mortalidade na região se comparados com outros países no mundo e a heterogeneidade quanto à cobertura vacinal, sendo o Brasil com uma maior cobertura se comparado aos outros países, em especial os povos indígenas no lado brasileiro. O cenário em 2022 tem sido de uma expressiva regressão da pandemia. Contudo, ainda temos um horizonte incerto, pois ele depende de variáveis como o sucesso da cobertura vacinal e a manutenção de reforço vacinal (mantendo-se títulos altos de IGGs). Caso haja aparecimento de novas cepas, podemos rapidamente ter mudanças na taxa de contaminação levando a um recrudescimento novamente da pandemia. Fatos que nos fazem fortemente recomendar a manutenção das medidas preventivas, alerta dos órgãos de saúde em todas as esferas de gestão, e sem dúvida a continuidade da vacinação de toda a população, além de:

- **Manutenção e reforço da campanha de vacinação** para que toda população esteja imunizada, aumentando as taxas de cobertura atuais na Amazônia;
- **Campanhas contra notícias falsas e informação dos benefícios da vacinação** e dos métodos preventivos para a população indígena e não indígena de toda a área do estudo para que haja engajamento comunitário, rastreamento de contatos.
- **Programas de educação e saúde e informações aos profissionais de saúde ACS e AIS** para que aprimorem seus conhecimentos e suas habilidades relacionadas a Covid 19 e suas complicações. Os treinamentos devem ser adaptados e traduzidos para o contexto local. Agentes comunitários de saúde precisam de acesso a ferramentas, abordagens, logística e suprimentos para promover os esforços de vacinação, reduzir a transmissão comunitária do vírus e evitar internações.
- **Fortalecimento e aprimoramento da rede de assistência.** As secretarias de saúde e DSEIs, no caso brasileiro, necessitam fornecer aos hospitais e unidades básicas de saúde equipamentos e suprimentos, além de ofertar testes rápidos para COVID-19.
- **Incentivo à estruturação de unidades de saúde nas aldeias**, com possibilidade de resolução de casos de baixa e média complexidade (rádio, internet, pista de pouso, alojamento, energia e refrigeração, água), com rede de oxigênio, equipamentos e laboratórios, que devem ser descentralizados. Equipando melhor as unidades básicas de saúde, os centros de atenção de média e alta complexidade conseguem disponibilizar maior número de leitos dedicados aos casos graves e oferecer cuidados avançados de vida como os que são dados nos leitos de unidades de tratamento intensivo (UTI).
- **Estabelecimento de rotas e meios de remoção** baseados em critérios contidos em um plano de contingência - incluindo referências e contra referências.
- **Estabelecimento sistema de informação e monitoramento** dos casos COVID-19 positivos e de síndrome gripal próprios para população indígena.
- **Participação dos povos indígenas** na manutenção contínua das medidas fortalecimento contra a COVID-19 com protagonismo das organizações indígenas locais.
- **Estabelecimento de diálogo entre diferentes níveis de governo** (local, municipal, regional e nacional), com Agentes Indígenas de Saúde, conselhos de saúde indígena, lideranças locais, associações indígenas e ONGs

- **Construção de agendas de reuniões entre os Países Membros** (nas cidades de Paramaribo, Georgetown, Lethem, Santarém, Macapá e Boa Vista);
- **Formação de grupos de trabalho com equipes de referências nos países** para participar na elaboração e operacionalização dos planos de contingência
- **Restruturação dos planos de contingência existentes** que contenham características transfronteiriças e que possuam componentes específicos para as áreas de registro de Povos indígenas isolados identificando áreas de barreira sanitário.

Cabe destacar que o diálogo com os atores locais nos proporcionou uma visão mais realística e local da situação de saúde indígena na fronteira. Foi importante conhecer a evolução da pandemia na região e como esses atores locais se organizaram para uma resposta coordenada. Compreender este desfecho é o primeiro passo para construção de um plano de contingência, pois se apreende com os erros e acertos, além desta avaliação permitir apontar as reais competências e capacidades de cada instituição quando deparados com situações de emergência como a pandemia de Covid-19.

Por fim, tivemos a oportunidade de identificar um agravo bastante trágico que vem acometendo a população da região e que certamente afeta os povos indígenas, que são os altos níveis de mercúrio presente no sangue de 100% das amostras coletadas em pesquisa realizada pela UFOPA. A presença do garimpo tem se intensificado na região e a projeção de intoxicação tende a piorar ainda mais. Consideramos que para organizar um plano de contingência para epidemias, deve-se considerar a situação de saúde atual da população em questão. Neste caso, não há como ignorar os possíveis e já sentidos problemas neurológicos que vem acometendo as pessoas da região, em especial, bebês e crianças.

Diante disso, recomendamos um maior aprofundamento deste estudo na área transfronteiriça que abrange o Parque Tumucumaque e extremo sul do Suriname, bem como se realize um prospecção do que seria desenvolver um plano de contingência transfronteiriço com a participação dos atores mapeados neste relatório. Também indicamos a necessidade de abordar a questão do mercúrio como um componente complementar a este projeto, uma vez que a situação atinge não apenas a tríplice fronteira estudada neste relatório, como também boa parte da Amazônia.

Referências

ACT, Amazon Conservation Team. Amazon Gold Rush: Gold Mining in Suriname. 2015. Disponível em: <https://www.amazonteam.org/maps/suriname-gold/>. Último acesso em 15/01/2022)

BID, Banco Interamericano de Desenvolvimento. Guyana's indigenous peoples. Final report / Elton Bollers, Dillon Clarke, Teneisha Johnny, Mark Wenner. 2014

CARLIN, Eithne B; MANS, Jimmy. Movement through Time in the Southern Guianas: Deconstructing the Amerindian Kaleidoscope. In: CARLIN, Eithne B.; LÉGLISE, Isabelle; MIGGE, Bettina; FAT, Paul B. Tjon Sie (Eds). In and out of Suriname: language, mobility and identity. Leiden; Boston: Brill. P., p. 76-100, 2015.

GALLOIS, Dominique Tilkin. "Imagens do contato". Trabalho apresentado no GT "História Indígena" da Anpocs. Caxambu: Encontro da Anpocs, 1996.

_____. (Org.). Redes de relações nas Guianas. São Paulo: Humanitas/FAPESP, 2005.

GALLOIS, Dominique Tilkin; GRUPIONI, Denise Fajardo. Povos indígenas no Amapá e Norte do Pará: quem são, onde estão, quantos são, como vivem e o que pensam?. Instituto Iepé, 2003.

GRUPIONI, Denise Os Yana Caribe-Guianenes da região de Oriximiná. Que coletividades são essas? In: ANDRADE; GRUPIONI. Entre águas bravas e mansas. São Paulo: CPI-SP/Iepé, 2015.

GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lucia. Saúde indígena: uma introdução ao tema. In: Saúde indígena: uma introdução ao tema. 2012. p. 296-296.

GARNELO, Luiza; LIMA, Juliana G.; ROCHA, Esron Soares C.; HERKRATH, Fernando J. Acesso e Cobertura de Atenção Primária em Saúde pra populações rurais e urbanas na região Norte do Brasil. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, número especial, p. 81-99, set. 2018.

GARNELO, Luiza. Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, 2019.

GIRARDI, Luísa G. Corpos da terra: crescimento, movimento e relação segundo os Katxuyana. Tese de Doutorado (Antropologia Social). Universidade de São Paulo, 2019.

GOEDE, Hedwig. Atención primaria de salud en Guyana y Suriname: Diversidad y desafíos par a superar inequidades en salud entre poblaciones del interior y de la costa. In GIOVANELLA, L (Org). Atención primaria de salud en Suramérica. Rio de Janeiro: Isags: Unasur, 2015.

GOVERNMENT OF GUYANA. Constitution of the Co-operative Republic of Guyana. Laws of Guyana. Chapter 1:01; 1980.

GOVERNMENT OF GUYANA. Local Government Act. Laws of Guyana. Chapter 28:02; 1998.

GOVERNMENT OF GUYANA. Ministry of Amerindian Affairs. Amerindian Act. Georgetown; 2006.

GOVERNMENT OF SURINAME. Constitution of Suriname revised; 1987.

HAWKINS, Robert. Wai Wai. In: DERBYSHIRE, Desmond C.; PULLUM, Geoffrey K. (Eds.). Handbook of Amazonian Languages. Berlin: Mouton de Gruyter, v. 4, p. 24-224, 1998.

HOWARD, Catherine V. Wrought identities: the Waiwai expeditions in search of the 'unseen tribes' of Northern Amazonia. Tese de Doutorado. Chicago: University of Chicago, 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019 – PNS 2019. Disponível em ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=downloads. Último acesso em: 07/04/2022.

IEPÉ; FUNAI. Zo'é rekoha bokituteha ram - Planejando como vamos continuar vivendo bem no futuro. Plano de Gestão Territorial e Ambiental da TI Zo'é. Santarém, 2019.

IEPÉ; AIKATUK; AMIRMO; APIM; APITMA; APIW; AYMARA; CGPH. Plano de Gestão Territorial e Ambiental do Território Wayamu. Terras Indígenas Nhamundá-Mapuera, Trombetas-Mapuera e Kaxuyana-Tunayana. Santarém, 2021.

IMAZON. Calha Norte Sustentável: Situação atual e Perspectivas. Parte 1. 2022. Disponível em <https://amazon.org.br/calha-norte-sustentavel-situacao-atual-e-perspectivas-parte-1-2/>. Acesso em 30/03/2022

Medische Zending PHC Suriname. Training curriculum of health assistants. Paramaribo: Medische Zending PHC Suriname; 2003.

MENDES, Ana Paula Martins et al. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 42, p. e184, 2018.

NACHER, Mathieu et al. The Epidemiology of COVID 19 in the Amazon and the Guianas: Similarities, Differences, and International Comparisons. Frontiers in Public Health, v. 9, 2021.

OAKLEY, Roy Elliott. Opening the Waiwai ewto: Indigenous social and spatial relations in Guyana. PhD thesis (Social Anthropology). University of Edinburgh, 2018.

OLIVEIRA, Ricardo Antunes Dantas de et al. Barriers in access to services in five Health Regions of Brazil: perceptions of policymakers and professionals in the Brazilian Unified National Health System. Cadernos de saude publica, v. 35, n. 11, 2019.

PEDRANA, Leo et al. Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 42, p. e178, 2018.

PELLON, Luiz Henrique C.; VARGAS, Liliana A. Cultura, interculturalidade e processo saúde-doença:(des) caminhos na atenção à saúde dos Guarani Mbyá de Aracruz, Espírito Santo. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 20, p. 1377-1397, 2010.

PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA PREVENÇÃO E COMBATE AO COVID-19 NA TERRA INDÍGENA ZO'É-PROTOCOLO DE ACESSO À TERRA INDÍGENA ZO'É DURANTE A PANDEMIAPólo Santarém/DSEI Guamá Tocantins/SESAIFrente de Proteção Etnoambiental Cuminapanema/CGIIRC/FUNAISantarém-PA, março de 2020

PORRO, Antonio. Notas sobre o antigo povoamento indígena do alto Trombetas e Mapuera. Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Ciências Humanas, Belém, v. 3, n. 3, p. 387-397, set.- dez. 2008.

QUEIROZ, Ruben Caixeta de. A saga de Ewká: epidemias e evangelização entre os Wai Wai. In: WRIGHT, Robin (Org.). Transformando os deuses: os múltiplos sentidos da conversão entre os povos indígenas no Brasil. Campinas: Editora da Unicamp, p. 214-241, 1999.

_____. Trombetas-Mapuera: território indígena. Brasília: FUNAI/PPTAL, 2008.

SIMÕES Erik.L.J, PINTO Suely B, PENA Sandra F, Plano de Ação da Equipe de Saúde para o Programa Zo'é- Revista Brasileira de Linguística Antropológica- vol 8 num.2, 2016 editora- Brasília

VALENTINO, Leonor. O cristianismo evangélico entre os Waiwai: alteridade e transformações entre as décadas de 1950 e 1980. Dissertação de Mestrado (Antropologia Social). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional, 2010.

_____. As Transformações da pessoa entre os Katwena e os Tunayana dos rios Mapuera e Trombetas. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro / Museu Nacional, 2019.

WATSON, L. Cynthia et al. Survey of methylmercury exposures and risk factors among indigenous communities in Guyana, South America. Journal of Health and Pollution, v. 10, n. 26, 2020.