

Projeto Planos de Contingência para a proteção da Saúde de Povos Indígenas Altamente
Vulneráveis e em Contato Inicial

OTCA/BID

COOPERACION TÉCNICA ATN/OC-1834 RG (RG-T3767)

Região do Vale do Javari, fronteira Peru-Brasil

Consultores: Conrado R. Octavio e Lucas I. Albertoni

Colaboradora: Beatriz A. Matos

**Informe de Análise da Situação de Saúde de Povos Indígenas Altamente Vulneráveis
no Contexto Transfronteiriço do Vale do Javari**

RESUMO EXECUTIVO

Março/2022

Sumário

<i>Sumário</i>	2
<i>Índice de quadros</i>	3
<i>Índice de gráficos</i>	4
<i>Índice de mapas</i>	5
<i>Anexos</i>	5
<i>Introdução</i>	6
<i>Metodologia</i>	6
<i>Marco Normativo</i>	7
PARTE I - CONTEXTO TERRITORIAL, DEMOGRÁFICO E ANTROPOLÓGICO	13
<i>Povos Indígenas do Vale do Javari</i>	13
<i>Abrangência territorial do informe</i>	15
<i>Panorama do entorno dos territórios indígenas</i>	22
PARTE II – SITUAÇÃO DE SAÚDE E DETERMINANTES SOCIAIS	32
<i>Os sistemas de saúde no Brasil e no Peru e respectivas redes de referência na região</i>	32
<i>Concepções e práticas relacionadas à saúde e doença entre povos indígenas na Amazônia</i>	41
<i>Vulnerabilidades</i>	43
<i>Pressões e ameaças territoriais aos povos indígenas isolados no Vale do Javari</i>	46
<i>Ações dos Estados no combate à Covid-19</i>	48
<i>Determinantes sociais de saúde (DSS)</i>	51
<i>Apresentação da situação epidemiológica na região</i>	54
PARTE III - SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES PARA OS PLANOS DE CONTINGÊNCIA	56
<i>Bibliografia</i>	62

Índice de quadros

QUADRO 1: PRINCIPAIS INSTRUMENTOS NORMATIVOS E RECOMENDAÇÕES RELACIONADOS À PROTEÇÃO DE POVOS INDÍGENAS ISOLADOS E EM CONTATO INICIAL NO BRASIL	6
QUADRO 2: PRINCIPAIS INSTRUMENTOS NORMATIVOS E RECOMENDAÇÕES RELACIONADOS À PROTEÇÃO DE POVOS INDÍGENAS ISOLADOS E EM CONTATO INICIAL NO PERU	8
QUADRO 3: PRINCIPAIS INSTRUMENTOS NORMATIVOS E RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS RELACIONADOS À PROTEÇÃO DE POVOS INDÍGENAS ISOLADOS E EM CONTATO INICIAL	11
QUADRO 4: POVOS INDÍGENAS, FILIAÇÃO LINGUÍSTICA E POPULAÇÃO GERAL POR CATEGORIA TERRITORIAL NA ÁREA FOCAL PRIORITÁRIA DO INFORME	16
QUADRO 5: REGISTROS DA PRESENÇA DE INDÍGENAS ISOLADOS NO VALE DO JAVARI (BRASIL)	17
QUADRO 6: ALDEIAS E ANEXOS POR POVO E LOCALIZAÇÃO (PAÍS, CATEGORIA TERRITORIAL E SUB-BACIA OU REGIÃO)	17
QUADRO 17: ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DA REDE DE REFERÊNCIA PARA OS POVOS INDÍGENAS DO VALE DO JAVARI (PERU)	39
QUADRO 18: ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DA REDE DE REFERÊNCIA PARA OS POVOS INDÍGENAS DO VALE DO JAVARI (BRASIL)	40

Índice de mapas

MAPA 1: ÁREA FOCAL PRIORITÁRIA	19
--------------------------------	----

Anexos

ANEXO 1 – MAPA DA REGIÃO DO VALE DO JAVARI: “TERRITÓRIOS INDÍGENAS, ÁREAS NATURAIS PROTEGIDAS E OUTRAS CATEGORIAS FUNDIÁRIAS” (CTI, 2018)

ANEXO 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTAS

ANEXO 3 – QUADROS E GRÁFICOS COMPLEMENTARES SOBRE A SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA REGIÃO

Introdução

O presente documento é uma versão resumida do *Informe de Análise da Situação de Saúde de Povos Indígenas Altamente Vulneráveis no Contexto Transfronteiriço do Vale do Javari*. Resulta de estudo interdisciplinar elaborado no âmbito do projeto *Planos de Contingência para a proteção da Saúde de Povos Indígenas Altamente Vulneráveis e em Contato Inicial*, executado pela Organização do Tratado de Cooperação Amazônica em parceria com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (Projeto OTCA/BID ATN 18134 RG 3161).

O objetivo do informe é fornecer subsídios para a elaboração de planos de contingência para a proteção à saúde de povos indígenas altamente vulneráveis e em contato inicial no contexto transfronteiriço do Vale do Javari. Seu intuito, portanto, é de contribuir com os órgãos responsáveis pela implementação dos sistemas de saúde pública do Brasil e Peru para que tais planos e ações a eles vinculadas atendam às necessidades e especificidades dos povos indígenas da região, bem como ao marco normativo e boas práticas estabelecidos em âmbito nacional e internacional.

Para maiores detalhes sobre as informações aqui apresentadas, incluindo gráficos, tabelas e figuras que foram suprimidos neste Resumo Executivo recomendamos a leitura da versão integral do Informe, bem como seus anexos. A bibliografia indicada no final desta versão resumida é a mesma da versão integral.

Metodologia

O processo de elaboração do informe consistiu no levantamento, sistematização e análise de informações primárias e secundárias sobre a situação de saúde de povos altamente vulneráveis e em contato inicial na região do Vale do Javari, fronteira Loreto (Peru) - Amazonas (Brasil), por meio de um enfoque interdisciplinar e de recorte transfronteiriço. Envolveu consulta a bases de dados oficiais; legislação e normas correlatas pertinentes ao escopo da consultoria; bibliografia temática relacionada à região a aos povos indígenas do Vale do Javari, bem como à saúde indígena no Brasil e Peru; e acervo documental e informações relacionados ao tema da consultoria produzidos por órgãos governamentais, organizações da sociedade civil e outras instituições.

Complementarmente à compilação e revisão de dados das fontes indicadas acima, foram levantadas informações durante missão técnica que compreendeu breve trabalho de

campo na região do Vale do Javari, entre os dias 30 de outubro e 05 de novembro de 2021, bem como a participação na Reunião Trinacional de Secretarias de Saúde na Tríplice Fronteira Peru-Brasil-Colômbia, na cidade de Iquitos, entre os dias 27 e 29 de outubro de 2021. Nestas ocasiões foram realizadas entrevistas com diversos agentes locais, tais como representantes de organizações indígenas e outras organizações da sociedade civil, de órgãos governamentais (com ênfase nos sistemas de saúde do Brasil e Peru) e instituições de ensino e pesquisa. O levantamento de dados primários também envolveu a realização de entrevistas por meio remoto com profissionais com notório saber sobre a região e/ou a temática da proteção de povos indígenas isolados e de recente contato.

Os dados apresentados e analisados neste informe se referem a distintas fontes e recortes metodológicos e temporais, tais como Análises da Situação de Saúde (ASIS) e diagnósticos – todas as fontes utilizadas são indicadas ao longo do texto e na bibliografia. Ressaltamos, portanto, que esta lacuna compromete a realização de determinadas análises comparativas dentro da área focal e também em relação a outras regiões amazônicas.

Marco Normativo

A seguir são apresentados os principais instrumentos normativos e recomendações relacionados à proteção de povos indígenas isolados e em contato inicial no Brasil (Quadro 1), Peru (Quadro 2) e em âmbito internacional (Quadro 3).

Quadro 1: Principais instrumentos normativos e recomendações relacionados à proteção de povos indígenas isolados e em contato inicial no Brasil

Ano	Instrumento	Resumo
1988	Artigo 231 da Constituição Federal de 1988	Reconhece aos povos indígenas sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens
1973	Lei nº 6.001/73	[Parcialmente recepcionada pela Constituição Federal de 1988] Dispõe sobre o Estatuto do Índio; define como índios isolados aqueles que "vivem em grupos desconhecidos ou de que se possuem poucos e vagos informes através de contatos eventuais com elementos da comunhão nacional" (Art. 4º, Inciso I)
1996	Decreto 1.775/96	Institui o procedimento administrativo de demarcação de Terras Indígenas e garante o instrumento administrativo de restrição de uso de áreas em que se constate a presença de indígenas isolados, disciplinando o ingresso e trânsito de terceiros, cabendo ao órgão federal de assistência ao indígena tomar as medidas necessárias para a proteção a esses povos.

1987	Portaria Funai nº 1900/87	Estabelece as Diretrizes para o Departamento de Índios Isolados – DII (substituída pela Portaria Funai nº 281/2000)
1987	Portaria Funai nº 1901/87	Cria o Sistema de Proteção ao Índio Isolado – SPII e aprova competência do Departamento de Índios Isolados (substituída pela Portaria Funai nº 290/2000, que estabelece que a execução da política de localização e proteção de índios isolados seja efetivada pela Frentes de Proteção Etnoambiental, dentre outras providências)
1988	Portaria Funai nº 1047/88	Regulamenta o Sistema de Proteção ao Índio Isolado
2000	Portaria Funai nº 277/00	Altera a nomenclatura das Frentes de Contato para Frentes de Proteção Etnoambiental
2006	Portaria Funai nº 230/06	Constitui Comitê de Gestão com a finalidade de apoiar, coordenar e assessorar nas atividades, a nível nacional, pertinentes à localização e proteção dos grupos indígenas isolados e de recente contato
2012	Decreto nº 7.747/12	Institui a Política Nacional de Gestão Territorial e Ambiental de Terras Indígenas (PNGATI), que tem, dentre as suas diretrizes, a proteção territorial e ambiental das terras ocupadas por povos indígenas isolados e de recente contato (Art. 3º Inciso VII); e como um dos seus objetivos específicos assegurar a participação da Fundação Nacional do Índio (Funai) nos conselhos gestores das unidades de conservação contíguas às terras com presença de indígenas isolados ou de recente contato (Art. 4º, Inciso III, alínea d)
2007	Decreto nº 6.040/07	Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, que tem, dentre seus objetivos, o de assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e coletivos concernentes aos povos e comunidades tradicionais, sobretudo em situações de conflito ou ameaça à sua integridade (Art. 3º, Inciso XIV)
2017	Decreto nº 9.010, de 23 de março de 2017	Aprova o Estatuto e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança da Fundação Nacional do Índio, além de outras alterações em substituição ao Decreto nº 7.778, de 27 de julho de 2012.
2017	Portaria Funai nº 666, de 17 de julho de 2017	Aprova o Regimento Interno da Fundação Nacional do Índio
2018	Portaria Conjunta Ministério da Saúde e Funai nº 4.094, de 20 de dezembro de 2018	Define princípios, diretrizes e estratégias para a atenção à saúde dos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato
2020	Resolução CNDH nº 44/2020	Dispõe sobre os princípios, diretrizes e recomendações para a garantia dos direitos humanos dos povos indígenas isolados e de recente contato, bem como para a salvaguarda da vida e bem-estar desses povos.
2016	Portaria Funai nº 501/16	Institui o Conselho da Política de Proteção e Promoção dos Direitos dos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato ¹

¹ Este conselho reuniu-se apenas uma vez para definir seu regimento interno e não voltou a reunir-se. Foi extinto pelo Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019, que também extinguiu diversos espaços de participação da sociedade civil em políticas públicas da esfera Federal.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 2: Principais instrumentos normativos e recomendações relacionados à proteção de povos indígenas isolados e em contato inicial no Peru²

Ano	Instrumento	Resumo
Normas de categoria legal para a proteção de Povos Indígenas em Isolamento e Contato Inicial (PIACI)		
2007	Lei n° 28736	Lei para a proteção dos povos indígenas ou originários em situação de isolamento e em situação de contato inicial ("Lei PIACI").
2011	Lei n° 29763	Lei Florestal e de Fauna Silvestre, que estabelece disposições específicas para a proteção de PIACI e as reservas territoriais e indígenas.
2015	Decreto Legislativo n° 1237	Modifica o Código Penal e incorpora como agravante, para todos os delitos contidos nesta norma, que a vítima pertença a um povo indígena em situação de isolamento ou em contato inicial; também incorpora como agravante dos crimes contra os recursos naturais o fato de comete-los dentro nas reservas territoriais para PIACI.
2018	Decreto Legislativo n° 1374	Decreto Legislativo que estabelece o regime sancionador por descumprimento das disposições contidas na "Lei PIACI" (Lei n° 28736/2006), seu regulamento e demais disposições de cumprimento obrigatório.
Normas e atos de categoria regulamentar formulados pelo Ministério de Cultura (MC) para a proteção de PIACI		
2014	Decreto Supremo n° 001-2014-MC	Reconhecimento dos povos indígenas ou originários em situação de isolamento e contato inicial localizados nas reservas territoriais denominadas "Madre de Dios", localizada no departamento de mesmo nome; "Isconahua", "Murunahua" e "Mashco Piro", localizadas no departamento de Ucayali; e "Kugapakori, Nahua, Nanti y Outros", localizada nos departamentos de Ucayali e Cusco.
2016	Decreto Supremo n° 005-2016-MC	Dispõe a inscrição de reservas indígenas no Registro de Imóveis dos Registros Públicos, no marco da "Lei PIACI" (Lei n° 28736/2006) e seu regulamento.
2016	Decreto Supremo n° 007-2016-MC	Declara a adequação das reservas territoriais Isconahua, Mashco Piro e Murunahua, categorizando-as como Reservas Indígenas, e delimitando o território reconhecido pelo Estado peruano para os PIACI que as habitam.
2007	Decreto Supremo n° 008-2007-MIMDES	Regulamento da Lei n° 28736/2006 ("Lei PIACI").
2016	Decreto Supremo n° 008-2016-MC	Modifica o regulamento da "Lei PIACI", aprovado pelo Decreto Supremo n° 008-2007-MIMDES.
2017	Decreto Supremo n° 004-2017-MC	Declara o reconhecimento do povo indígena Kakataibo em situação de isolamento.
2018	Decreto Supremo n° 002-2018-MC	Declara o reconhecimento dos povos indígenas em situação de isolamento Matsés, Remo (Isconahua), Marubo e outros cujo pertencimento étnico é desconhecido, no âmbito da solicitação para a criação da Reserva Indígena Yavarí Tapiche; e dos povos indígenas em situação de isolamento Matsés, Matis, Korubo ou Kulina-Pano e Flecheiro (Takavina), no âmbito da solicitação para a criação da Reserva Indígena Yavarí Mirim.
2019	Decreto Supremo n° 001-2019-MC	Declara o reconhecimento dos povos indígenas em situação de isolamento Remo (Isconahua), Mayoruna e Kapanawa.
2020	Decreto Supremo n° 014-2020-MC	Aprova diretrizes de atuação em âmbitos geográficos nos quais o Ministério de Cultura determinou a presença ou deslocamento de povos indígenas em situação de isolamento e em situação de contato inicial, bem como no entorno dessas áreas, no marco da emergência sanitária da pandemia de Covid-19.
2015	Resolução Ministerial n° 240-2015-MC	Aprova o Protocolo de Atuação ante Vestígios, Avistamento ou Contato com Povos Indígenas em Isolamento e para o Relacionamento com Povos Indígenas em Situação de Contato Inicial.

² O Quadro 2 foi adaptado a partir de tabela elaborada por Beatriz Huertas e Fritz Villasante (2021). Agradecemos ambos e também Rodrigo Tarquino por compartilhar o material.

2015	Resolução Ministerial nº 341-2015-MC	Aprova o Plano de Proteção para os Povos Indígenas em Situação de Isolamento e em Situação de Contato Inicial (PIACI) da Reserva Indígena Murunahua (período 2017-2021).
2016	Resolução Ministerial nº 453-2016-MC	Aprova o Plano de Proteção para os Povos Indígenas em Situação de Isolamento e em Situação de Contato Inicial (PIACI) da Reserva Territorial Kugapakori, Nahua, Nanti y otros (período 2016-2020).
2020	Resolução Ministerial nº 270-2020-DM/MC	Aprova diretrizes para aplicação da metodologia de cálculo de multas a serem impostas pela comissão de infrações pelo descumprimento das disposições da Lei nº 28736/2016 ("Lei PIACI").
2013	Resolução Viceministerial nº 004-2013-VMI-MC	Cria o Registro dos Povos Indígenas em Situação de Isolamento e em Situação de Contato Inicial e o registro de Reservas Indígenas.
2013	Resolução Viceministerial nº 008-2013-VMI-MC	Aprova a Diretiva nº 001-2013-VMI-MC "Normas, Pautas e Procedimentos para o Registro dos Povos Indígenas em Situação de Isolamento e em Situação de Contato Inicial e o registro de reservas indígenas".
2014	Resolução Viceministerial nº 012-2014-VMI-MC	Aprova a Diretiva nº 004-2014-VMI-MC "Normas, pautas e procedimento que regula as autorizações excepcionais de ingresso nas Reservas Indígenas".
2021	Decreto Supremo nº 007-2021-MC	Categorização da Reserva Indígena Yavarí Tapiche
Normas e atos de categoria regulamentar que contêm disposições para a proteção de PIACI emitidos por outros órgãos ministeriais		
2001	Decreto Supremo nº 038-2001-AG	Aprova o regulamento da Lei nº 26834, Lei de Áreas Naturais Protegidas, em cujos artigos 90 e 91 se estabelece que em todas as Áreas Naturais Protegidas (ANP), o Estado respeita os usos ancestrais vinculados à subsistência dos grupos humanos em isolamento voluntário ou em contato inicial; além disso, proíbe que as autorizações para o desenvolvimento de atividades dentro de ANP possam implicar o uso de âmbitos onde tenham sido estabelecidas medidas de precaução para a proteção de PIACI.
2003	Decreto Supremo nº 028-2003-AG	Declara superfície localizada nos departamentos de Cusco e Ucayali como "Reserva Territorial do Estado a favor dos grupos étnicos em isolamento voluntário e contato inicial Kugapakori, Nahua, Nanti e otros"
2015	Decretos Supremos nº 018, 019, 020 e 021-2015-MINAGRI	Aprovam os regramentos da Lei nº 29763 (Lei Florestal e de Fauna Silvestre). Estabelecem que os titulares florestais localizados em zonas próximas a reservas indígenas (RI) ou territoriais (RT) onde se reporte a proximidade de PIACI têm obrigação de elaborar e implementar planos de contingência, desenvolvendo seu conteúdo mínimo, compreendendo: medidas de suspensão de atividades e retirada de pessoal; protocolo de comunicação ante emergências, que inclui comunicação imediata ao Ministério de Cultura e à Autoridade Regional Florestal e de Fauna Silvestre; e a aplicação do princípio de não contato.
2018	Decreto Supremo nº 005-2018-MTC	Estabelece disposições aplicáveis aos projetos de infraestrutura viária e para a atualização e/ou modificação do Classificador de Rotas do Sistema Nacional de Estradas (SINAC). Com a aprovação desta norma ficam limitados os alcances da Lei nº 30723, que declarou de prioridade e interesse nacional a construção de estradas em zonas de fronteira no departamento de Ucayali, salvaguardando a intangibilidade das Reservas Indígenas localizadas no âmbito do departamento de Ucayali.
2002	Resolução Ministerial nº 0427-2002-AG	Cria a Reserva Territorial Madre de Dios.
2017	Resolução da Superintendência Nacional dos Registros Públicos nº 112-2017-SUNARP/SN	Aprova a Diretiva que estabelece o procedimento e requisitos para a inscrição das reservas indígenas no Registro de Imóveis. Com a aprovação desta norma se implementa a regulação do Decreto Supremo nº 005-2016-MC, viabilizando a inscrição no Registro de Imóveis das Reservas Indígenas e Reservas Territoriais, conforme requisitos e procedimento estabelecidos.
1997	Lei nº 26839 (Art. 23 e 24)	Conservação e Aproveitamento Sustentável da Diversidade Biológica.
2019	Lei nº 30982	Modifica a Lei General de Comunidades Campesinas (Lei nº 24656), estabelecendo que se inclua um número não inferior a 30% de mulheres na conformação da Diretiva Comunal, órgão responsável pelo governo e administração destas comunidades.

2018	Resolução Ministerial n° 139-2018-MINEDU	Reconhece a oficialidade do alfabeto da língua originária Nahua.
2018	Resolução Ministerial n° 163-2018-MINEDU	Reconhece a oficialidade do alfabeto da língua originária Iskonawa.
2018	Resolução Ministerial n° 706-2018-MINEDU	Reconhece a oficialidade do alfabeto da língua originária Montetokunirira.
2018	Decreto Supremo n° 002-2018-JUS	Aprova o "Plano Nacional de Direitos Humanos 2018-2021", que prevê como diretrizes estratégicas: 1) promoção de uma cultura de direitos humanos e paz no Peru; 2) desenho e fortalecimento da Política Pública de Promoção e Proteção dos Direitos Civis, Políticos, Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais; 3) desenho e execução de políticas a favor dos grupos de especial proteção; 4) fortalecimento do ordenamento jurídico interno, através da implementação de instrumentos internacionais para a promoção e proteção dos direitos humanos; e 5) implementação de padrões internacionais sobre empresas e direitos humanos.
Normas e atos de categoria regulamentar emitidos pelo Ministério de Saúde (MINSa) que contêm disposições para povos indígenas e a proteção de PIACI, vinculadas à pandemia de Covid-19		
1997	Lei n° 26842 (Lei Geral de Saúde)	Lei Geral de Saúde. Trata dos direitos, deveres e responsabilidades relativos à saúde individual, bem como dos deveres, restrições e responsabilidades em consideração à saúde de terceiros, levando em conta que a proteção da saúde é de interesse público, e que é responsabilidade do Estado sua regulação, vigilância e promoção
2001	Lei n° 27604	Modifica a Lei Geral de Saúde (Lei n° 26842/1997) no que diz respeito à obrigação dos estabelecimentos de saúde de dar atenção médica em casos de emergências e partos.
2013	Decreto Legislativo N° 1161	Lei de organização e funções do Ministério de Saúde. Regula o âmbito de competência, as funções, a estrutura orgânica básica do Ministério de Saúde e sua função reitora como único ente que estabelece políticas em matéria de saúde a nível nacional, com a finalidade de dispor a padronização dos processos, com a finalidade de prestar atenções oportunas e de qualidade. Também determina as relações de articulação e coordenação do Ministério de Saúde com outras entidades.
2007	Norma e Diretrizes Técnicas em Saúde de Indígenas em Isolamento e Contato Inicial (Instituto Nacional de Saúde/Ministério de Saúde-2007)	Norma e Diretrizes Técnicas em Saúde de Indígenas em Isolamento e Contato Inicial, elaborada por equipe técnica do Centro Nacional de Saúde Interculturais (CENSI) do Instituto Nacional de Saúde (INS), com aportes de diversos representantes de instituições públicas e privadas, representantes indígenas e especialistas.
2017	Resolução Ministerial n° 975-2017/MINSA	Aprova a Diretiva Administrativa n° 240-2017/MINSA/INS, relativa ao registro do pertencimento étnico no Sistema de Informação de Saúde.
2020	Decreto Legislativo N° 1489	Estabelece ações para a proteção dos povos indígenas ou originários no marco da emergência sanitária declarada pelo Covid-19.
2020	Decreto de Urgência n° 035-2020, de 03 de abril de 2020	Estabelece medidas complementares para reduzir o impacto na economia nacional decorrente do isolamento social obrigatório disposto na declaração de Estado de Emergência Nacional em razão da pandemia de Covid-19, bem como para reforçar os sistemas de prevenção, controle, vigilância e resposta sanitária.
	Expediente MINSa n° 19-012388-001	Norma Técnica de Saúde: "Prevenção, contingência ante o contato e mitigação de riscos para a saúde em cenários com presença de indígenas em isolamento e em contato inicial".
2020	Resolução Ministerial n° 308-2020/MINSA	Documento Técnico: Plano de intervenção do Ministério e Saúde para comunidades indígenas e centros povoados rurais da Amazônia peruana frente à emergência do Covid-19 (Lima, 21 de maio de 2020).
2020	Resolução Ministerial n° 386-2020/MINSA	Documento Técnico: Orientações para a conformação e funcionamento do Comando COVID-19 Indígena a nível nacional (Lima, 12 de junho de 2020).
2020	Resolução Ministerial n° 451-2020/MINSA	Documento Técnico: Diretrizes para a prevenção de infecções respiratórias e COVID-19 em zonas próximas a população indígena em isolamento e contato inicial no Peru (Lima, 1º de julho de 2020).

2021	Resolução Ministerial n° 506-2021/MINSA	Diretiva Administrativa n° 313-MINSA/2021/DGIESP: Orientações para a conformação e funcionamento dos Comandos COVID-19 Indígena e Afrodescendente (Lima, 16 de abril de 2021).
Outras normas vinculadas a PIACI		
1993	Constituição Política do Peru	Artigo 19 estabelece a identidade étnica e cultural como direito fundamental da pessoa, cabendo ao Estado reconhecer e proteger a pluralidade étnica e cultural da nação.
2010	Lei n° 29565	Cria o Ministério de Cultura, define sua natureza jurídica e áreas programáticas de ação, regula as competências exclusivas e compartilhadas com os governos regionais e locais, e estabelece a estrutura orgânica básica do ministério.
2013	Decreto Supremo n° 005-2013-MC	Regulamenta a organização e as funções do Ministério de Cultura.
2018	Decreto Supremo n° 029-2018-PCM	Aprova o regramento que regula as políticas nacionais.
2019	Decreto Supremo n° 004-2019-JUS	Aprova o Texto Único Ordenado da Lei do Procedimento Administrativo Geral (Lei n° 27444).
2015	Resolução de Secretaria Geral n° 133-2015-SG/MC	Aprova a Diretiva n° 015-2015-SG/MC: Diretrizes para a formulação, modificação e aprovação de diretivas no Ministério de Cultura.

Fonte: Adaptado a partir de tabela elaborada por Beatriz Huertas e Fritz Villasante, 2021

Quadro 3: Principais instrumentos normativos e recomendações internacionais relacionados à proteção de povos indígenas isolados e em contato inicial

Ano	Instrumento	Resumo
1948	Declaração Universal dos Direitos Humanos	Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas.
1952	Convenção para a Prevenção e Repressão do Crime de Genocídio	Convenção das Nações Unidas para a Prevenção e Repressão do Crime de Genocídio, de 1948, ratificada no Brasil por meio do Decreto n° 30.882, de 6 de maio de 1952. No Peru, foi ratificada em 24 de fevereiro de 1960, entrando em vigor em 24 de maio de do mesmo ano.
1966	Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial	Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial, ratificada no Brasil por meio do Decreto n° 65.810, de 8 de dezembro de 1969, e no Peru por meio do Decreto Lei n° 18969, de 21 de setembro de 1971. Trata, dentre outros aspectos, sobre o dever dos Estados de adotar medidas especiais e concretas para a proteção de grupos raciais ou pessoas pertencentes a estes grupos, com a finalidade de garantir seus direitos humanos e liberdades fundamentais.
1989	Convênio 169 OIT	Convênio da Organização Internacional do Trabalho (OIT) Sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes. Ratificada no Brasil por meio do Decreto n° 5.051/2004, e no Peru por meio da Resolução Legislativa n° 26253/1993. Assegura aos povos indígenas o pleno exercício dos direitos humanos e liberdades fundamentais, sem obstáculos e discriminações (Art. 3º); prevê que sejam adotadas as medidas necessárias para salvaguardar as pessoas, instituições, bens, culturas e meio ambiente dos povos interessados (Art. 4º); dispõe que é dever dos Estados consultarem os povos indígenas, mediante procedimentos apropriados e através de suas instituições representativas, sobre as medidas legislativas ou administrativas que possam afetá-los (Art. 6º); e que os povos devem ter o direito de decidir suas prioridades no que diz respeito ao processo de desenvolvimento, e de controlar, na medida do possível, o seu próprio desenvolvimento econômico, social e cultural (Art. 7º).
1998	Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional	Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional (TPI), ratificado pelo Peru em 10 de novembro de 2001, e no Brasil por meio do Decreto n° 4.388, de 25 de setembro de 2002. São especificamente relevantes para a proteção dos povos indígenas isolados os dispositivos que dizem respeito ao crime de genocídio (Art. 6º) e a crimes contra a humanidade (Art. 7º).
2007	Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas	Trata dos direitos e liberdades fundamentais dos povos indígenas, incluindo sua autodeterminação e o direito intrínseco ao território e seus recursos.

2016	Declaração Americana sobre os Direitos dos Povos Indígenas	Dispõe sobre a livre determinação dos povos indígenas (Art. III); sobre o direito dos povos indígenas em isolamento voluntário de permanecer nessa condição e viver livremente de acordo com suas culturas (Art. XXVI); sobre a necessidade de os Estados adotarem, com o conhecimento e participação dos povos e organizações indígenas, políticas e medidas adequadas para reconhecer, respeitar e proteger os territórios e culturas desses povos, bem como sua vida e integridade individual e coletiva.
2012	Diretrizes das Nações Unidas de Proteção para os Povos Indígenas Isolados e em Contato Inicial da Região Amazônica, do Gran Chaco e Região Oriental do Paraguai	Estabelece as diretrizes para a proteção para os povos indígenas isolados e em contato inicial da região amazônica, do Gran Chaco e Região Oriental do Paraguai.

Fonte: Elaboração própria, com informações de CNDH, 2020.

Parte I - Contexto territorial, demográfico e antropológico

Povos Indígenas do Vale do Javari

O Vale do Javari é território dos povos Kanamari, Korubo, Kulina Pano, Marubo, Matis, Matsés (também conhecidos como Mayoruna, ou Mayuruna), Tyohom Dyapá, Yagua e da maior concentração conhecida de registros da presença de povos indígenas isolados no mundo. No lado brasileiro desta bacia hidrográfica e nas áreas adjacentes compreendidas pelos altos cursos dos rios Jandiatuba e Jutáí estão localizados 16 registros da presença de indígenas isolados, segundo dados da Fundação Nacional do Índio, 10 deles com sua existência confirmada administrativamente (Fundação Nacional do Índio, 2017 apud Rodrigo Octavio et al., 2020). Os já mencionados Tyohom Dyapá e Korubo são considerados povos de recente contato pelo Estado brasileiro³. No lado peruano, registra-se a presença de indígenas isolados na Reserva Indígena Yavarí Tapiche e na proposta de Reserva Indígena Yavarí Mirim⁴.

³ Recente contato é a nomenclatura utilizada oficialmente pelo Estado brasileiro em sentido análogo à expressão em contato inicial adotada no Peru e em outros países da América do Sul. Ambas as expressões têm, portanto, o mesmo significado neste informe. No caso dos Korubo, esta categoria se refere especificamente aos grupos cujos processos de contato com a Funai se deram em 1996, 2014, 2015 e 2019, tendo em vista que pelo menos um grupo deste povo ainda permanece em isolamento.

⁴ Cumpre assinalar que os Estados brasileiro e peruano têm distintas metodologias de pesquisa sobre a presença de indígenas isolados, bem como marcos normativos e procedimentos administrativos relacionados ao reconhecimento de sua existência e regularização fundiária de seus territórios. Deste modo, o sistema e nomenclatura de registros da presença desses povos adotado no Brasil não se aplica no Peru, e vice-versa. Não obstante, ambos os países compartilham princípios e diretrizes básicos relacionados à proteção de povos indígenas isolados e de recente contato e aos direitos humanos destas populações. Para um panorama regional sobre a

No que diz respeito à filiação linguística, os Kanamari e Tyohom Dyapá fazem parte da família Katukina; os Korubo, Kulina Pano, Marubo, Matis e Matsés, da família Pano; os Yagua, da família Peba-Yagua. Embora ainda se desconheça que língua falam os diferentes grupos indígenas isolados na região⁵, dados etnográficos e informações reunidas até o presente por órgãos governamentais, organizações da sociedade civil e pesquisadores sugerem também se tratar de povos das famílias linguísticas Pano e Katukina.

A alta vulnerabilidade dos povos indígenas isolados e em contato inicial é amplamente documentada e reconhecida por diretrizes e normas no plano internacional e no âmbito dos Estados do Peru e do Brasil⁶. Por outro lado, é importante assinalar que, para além da situação em que se encontram as relações de cada grupo indígena com os agentes não indígenas, diversos aspectos concorrem para a alta vulnerabilidade dos povos indígenas: sua situação epidemiológica e também da população do entorno; situação fundiária e integridade de seus territórios; segurança e soberania alimentar; contexto socioeconômico do entorno; disponibilidade e oferta de serviços básicos, dentre outras questões.

No que diz respeito ao contexto específico do Vale do Javari e áreas do entorno, são relativamente fartos a documentação⁷ e o reconhecimento da alta vulnerabilidade também dos povos indígenas ‘contatados’ citados anteriormente. As relações históricas e presentes entre eles e os indígenas isolados e de recente contato, que incluem diversas modalidades de troca e o compartilhamento ou a vizinhança territorial, são determinantes para a proteção à saúde de todos esses povos. Deste modo, **a população alvo prioritária deste informe é conformada pelos povos indígenas isolados em ambos os lados da fronteira e pelos Korubo e Tyohom Dyapá de**

presença de povos indígenas isolados e de recente contato na América do Sul, marco normativo para a sua proteção e situação de seus direitos e territórios, ver OTCA, 208; Vaz, 2019 e Rodrigo Octavio et al., 2020.

⁵ Com a ressalva de que um dos grupos ainda em isolamento na TI Vale do Javari é sabidamente do povo Korubo, conforme mencionado anteriormente.

⁶ Como, por exemplo, as Diretrizes de Proteção para os Povos Indígenas em Isolamento e em Contato Inicial da Região Amazônica, o Grande Chaco e a Região Oriental do Paraguai (ONU, 2012); o informe Povos Indígenas em Isolamento Voluntário e Contato Inicial nas Américas: Recomendações para o Respeito Integral aos seus Direitos (CIDH, 2013); e o conjunto de decretos e atos administrativos que balizam as políticas de proteção de povos indígenas isolados e em contato inicial no Brasil e no Peru (incluindo a Portaria Interministerial nº 4.094/2018, que define princípios, diretrizes e estratégias para a atenção à saúde desses povos no Brasil; e as normas e guias técnicos em saúde para PIACI no Peru, de 2007). Um quadro resumido das principais normas relacionadas ao tema nos dois países será apresentado mais adiante neste informe.

⁷ De que são exemplos inúmeros documentos produzidos pelo Ministério Público Federal e por organizações da sociedade civil a respeito das hepatopatias no Vale do Javari (dentre eles, podemos citar CTI, 2004, 2005 e 2011; e Coutinho Jr., 2008), o diagnóstico médico-antropológico Saúde na Terra Indígena Vale do Javari: subsídios e recomendações para uma política de assistência (CTI & ISA, 2011); e diagnóstico situacional da atenção à saúde do povo em contato inicial Korubo (OPAS, 2018).

recente contato, mas também considera como população alvo os povos indígenas Kanamari, Kulina Pano, Marubo, Matis, Matsés e Yagua.

Além dos povos indígenas mencionados, registra-se na composição demográfica da bacia do rio Javari a presença de indígenas de povos cujos territórios tradicionais situam-se em áreas no entorno da bacia do rio Javari ou em outras regiões mais distantes. Este é o caso, por exemplo, de indígenas Tikuna, Kokama/Kukama Kukamiria e mesmo Kichwa, que vivem atualmente nas cidades e em comunidades no Vale do Javari – incluindo comunidades camponesas na região do médio Javari (Base de Datos de Pueblos Indígenas u Originarios/Ministerio de Cultura, 2021; Sistema de Información sobre Comunidades Nativas de la Amazonía Peruana/Instituto del Bien Común, 2021). Estas populações serão consideradas neste informe como parte do conjunto mais amplo da população do entorno da área focal prioritária do informe.

Abrangência territorial do informe

O recorte geográfico do informe abrange a bacia hidrográfica binacional do rio Javari e áreas adjacentes com especial relevância para a proteção da saúde dos povos indígenas altamente vulneráveis e em contato inicial nesta região. Um aspecto preponderante para a definição desse recorte espacial são os principais fluxos com impacto sobre a saúde dos povos indígenas da região. São exemplos desses fluxos o trânsito entre aldeias, cidades e outras localidades; invasões nos territórios indígenas e a exploração de recursos naturais em áreas limítrofes a esses territórios (ou com efeito sobre eles); e a presença e circulação de profissionais com atuação nos territórios indígenas. Outro aspecto fundamental para a prevenção e mitigação de surtos epidêmicos é a conformação espacial dos sistemas e respectivas redes de atenção à saúde indígena de referência para os povos do Vale do Javari no Brasil e no Peru.

Neste sentido, a área focal prioritária do informe é composta pelos seguintes territórios indígenas (reconhecidos ou em fase de reconhecimento por parte dos Estados brasileiro e peruano): Terra Indígena Vale do Javari, no Brasil; Comunidad Nativa Matsés, Comunidad Nativa Fray Pedro, Comunidad Nativa Nueva Esperanza, Reserva Indígena Yavarí

Tapiche e proposta de Reserva Indígena Yavarí Mirim, no Peru. Nestas categorias territoriais estão localizados **83 aldeias e anexos**⁸ (66 no Brasil e 17 no Peru).

No que diz respeito às divisões político-administrativas brasileiras e peruanas incidentes na bacia do rio Javari e áreas adjacentes, foram considerados os distritos de Yaquerana e Yavarí, no Peru (que fazem parte das províncias de Requena e Mariscal Ramón Castilla, respectivamente), e o município de Atalaia do Norte, no Brasil (no estado do Amazonas) – incluindo comunidades ribeirinhas, povoados e comunidades campestres neles localizados.

Adicionalmente, o informe apresenta informações pontuais sobre outras unidades político-administrativas, cidades ou localidades que têm relação com a situação de saúde dos povos indígenas do Vale do Javari – como, por exemplo, as cidades de Benjamin Constant, Tabatinga, Jutai, São Paulo de Olivença, Eirunepé, Ipixuna, Guajará e Cruzeiro do Sul, no Brasil; e as de Requena, Iquitos e Caballococha, no Peru. Dentre as áreas naturais protegidas, foram consideradas a Reserva de Desenvolvimento Sustentável Cujubim (unidade de conservação estadual do Amazonas que faz limite com o setor oriental da TI Vale do Javari), a Reserva Nacional Matsés e o Parque Nacional Sierra del Divisor.

Os Quadros 4, 5 e 6 apresentam dados populacionais gerais por povo e categoria territorial, a relação dos registros da presença de indígenas isolados e a distribuição das aldeias e anexos por sub-bacia ou região na área focal prioritária. O Mapa 1 apresenta o recorte da área focal prioritária; um mapa mais detalhado dos territórios indígenas, áreas naturais protegidas e outras categorias fundiárias nesta região de fronteira encontra-se no ANEXO 1. A respeito da presença de indígenas isolados, cumpre assinalar que as metodologias adotadas pelos Estados brasileiro e peruano são distintas, razão pela qual o Quadro 5 apresenta apenas os registros computados pela Funai no Brasil; a presença de isolados no Peru é indicada no Quadro 4, referente à Reserva Indígena Yavarí Tapiche e à proposta de RI Yavarí Mirim.

Quadro 4: Povos indígenas, filiação linguística e população geral por categoria territorial na área focal prioritária do informe

Territórios Indígenas	Povos	Família Linguística	População	Situação	Área (ha)
Terra Indígena Vale do Javari	Kanamari	Katukina	1355	Regularizada	8.544.482
	Tyohom Dyapá		41		
	Korubo	Pano	125		
	Kulina (Pano)		98		

⁸ A expressão ‘anexo’ é utilizada no Peru para se referir a aldeias no interior de uma Comunidad Nativa. No presente informe, portanto, equivale à expressão ‘aldeia’ quando estiver em letras minúsculas. Em letras maiúsculas, se refere a documentos anexos ao informe.

	Marubo		1898		
	Matis		522		
	Matsés (Mayoruna)		1999		
	Isolados	Pano e possivelmente Katukina	Desconhecida		
Comunidade Nativa Matsés	Matsés (Mayoruna)	Pano	2387	Titulada	512.180
Comunidade Nativa Fray Pedro – Río Yavarí	Matsés (Mayoruna)		81	Titulada	192.696
Comunidade Nativa Nueva Esperanza del Mirim – Río Yavarí y Anexos	Yagua	Peba-Yagua	435	Titulada	184.923
Reserva Indígena Yavarí Tapiche	Isolados	Pano e possivelmente outra(s) família(s) linguística*	Desconhecida	Categorizada (Decreto Supremo nº 007-2021-MC, de 09 de abril de 2021)	1.095.877
Proposta de Reserva Indígena Yavarí Mirim	Isolados	Pano e possivelmente outra(s) família(s) linguística*	Desconhecida		

Fontes: *Dados populacionais:* Sesai, 2019 (Kulina Pano, Marubo, Matis e Matsés na TI Vale do Javari); Sesai e CTI, 2019 (Kanamari); Oliveira, J., 2019 (Korubo); CTI, 2019 (Tyohom Dyapá); Cedia, 2020 (Matsés na CN Matsés); Instituto del Bien Común, 2018 (Matsés na CN Fray Pedro); Puertas, P. & Vela, A., 2018 (Yagua na CN Nueva Esperanza). Os dados apresentados na tabela não contabilizam a população das aldeias Cruzeirinho, do povo Matsés, e Campinas, do povo Kulina Pano, ambas no Brasil, fora da TI Vale do Javari. Segundo dados da Sesai, a população delas é de 209 e 77 pessoas, respectivamente. *Situação legal e área:* Funai, 2021 (TI Vale do Javari); Instituto del Bien Común e Ministerio de Cultura (Comunidades Nativas e Reservas Indígenas). *O Decreto Supremo nº 002-2018-MC, de 15 de março de 2018, reconheceu os indígenas em situação de isolamento na Reserva Indígena Yavarí Tapiche como pertencentes aos povos Matsés, Remo (Isconahua), Marubo e outros cujo pertencimento étnico não foi possível identificar; e, na proposta de RI Yavarí Mirim, como pertencentes aos povos Matsés, Matis, Korubo ou Kulina Pano e Flecheiro (Takavina).

Quadro 5: Registros da presença de indígenas isolados no Vale do Javari (Brasil)

Registros da presença de indígenas isolados no Vale do Javari (Brasil)		
Nº do Registro	Nome	Status
15	Igarapé Nauá	Confirmada
16	Rio Itaquaí	Confirmada
18	Igarapé Alerta	Confirmada
19	Igarapé Inferno	Confirmada
20	Rio Boia/Cruena	Confirmada
21	Igarapé Lambança	Confirmada
22	Rio Pedra	Informação
23	Rio Coari	Confirmada
25	Rio Quixito	Confirmada
26	Igarapé São Salvador	Informação
27	Igarapé Cravo	Em estudo
28	Igarapé Amburus	Em estudo

29	Igarapé Flecheira	Em estudo
90	Rio Esquerdo	Confirmada
91	Igarapé São José	Confirmada
92	Igarapé Pedro Lopes	Informação
Registros que constavam em tabelas anteriores e que se referem a povos de recente contato		
Nº do Registro	Nome	Povo
17	Igarapé Urucubaca	Tyohom Dyapá
24	Korubo do Igarapé Quebrado	Korubo
89	Rios Ituí/Itaquai	Korubo

Fonte: Funai, 2017.

Quadro 6: Aldeias e anexos por povo e localização (país, categoria territorial e sub-bacia ou região)

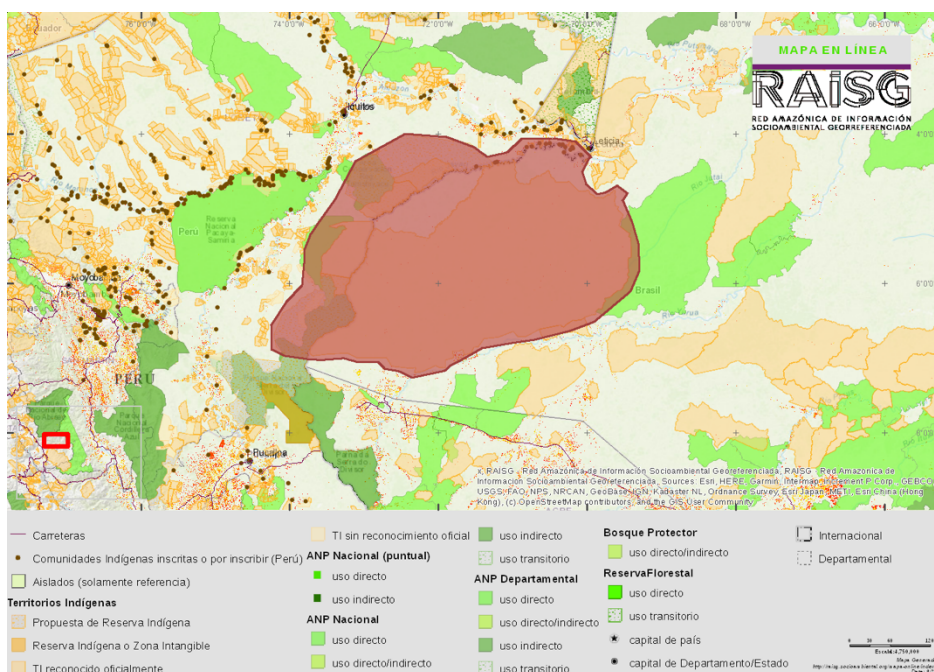
País	Povo	Aldeia ou anexo	Sub-bacia ou região	Categoria territorial
Brasil	Kanamari	Arara Novo	Itaquai	Terra Indígena Vale do Javari
		Bananeira Novo		
		Cajueiro		
		Estirão do Cumarú		
		Hobana		
		Massapê		
		Remansinho		
		Sabonete		
		Terra Nova		
		Tracoá		
		Caxias	Médio Javari	
		Irari II		
		Santo Eusébio		
	São Luís			
	Lago do Tambaqui	Jutaí		
	Jarinal*			
	Tyohom Dyapá	Ituí		
	Korubo		Setela Maë	
			Tankala Maë	
			Tapalaya	
Vuku Maë				
Kulina Pano	Nutewa	Curuçá		
	Pedro Lopes			
	Campinas	Médio Javari	Fora de território reconhecido	
Marubo	Jaburu	Curuçá	Terra Indígena Vale do Javari	
	Komãya			
	Maronal			
	Matxi Keyawai			

		Morada Nova			
		São Salvador			
		São Sebastião			
		Txonāwaya - Barrigudo			
		Volta Grande			
		Água Branca	Ituí		
		Alegria			
		Boa Vista			
		Carneiro			
		Comunidade Paraná			
		Fazenda			
		Kapivanawai			
		Liberdade			
		Maloca do Paulinho			
		Mâncio Lima			
		Nazaré			
		Penteaquinho			
		Praia			
		Rio Novo			
		Samaúma			
		São Joaquim			
		São Raimundo			
		Vida Nova			
	Matis	Nova Geração		Rio Branco	
		Bukuak			
		Kudaya			
		Tawaya			
	Matsés	Flores	Curuçá		
		Fruta Pão			
		Jorge Mayuruna			
		Lar Feliz			
		Cruzeirinho	Jaquirana	Fora de território reconhecido	
		Lobo		Terra Indígena Vale do Javari	
		São Meireles			
		Soles			
		Trinta e Um			
		Lago Grande	Médio Javari		
		Nova Esperança	Pardo		
		Terrinha			
Peru			Buenas Lomas Antigua	Chobayacu	Comunidade Nativa Matsés
		Buenas Lomas Nueva			
		San Ramón			
		Estirón			
		San Roque			
		Santa Rosa			
		Remoyacu	Gálvez		

		Buen Perú		
		San Juan		
		San Mateo		
		Jorge Chávez		
		San José de Añushi		
		Nuevo Cashspi	Jaquirana	
		Puerto Alegre		
		Fray Pedro	Javari	Comunidad Nativa Fray Pedro Río Yavarí
		Nuevo Canaan		
Yagua	Nueva Esperanza	Yavarí Mirim		Comunidad Nativa Nueva Esperanza del Mirim

Fontes: CTI, 2021 (aldeias no Brasil); CEDIA (anexos matsés no Peru); IBC, 2010 (aldeia Nueva Esperanza). *A aldeia Jarinal é habitada pelos Kanamari e pelos Tyohom Dyapá de recente contato.

Mapa 1: Área focal prioritária



Fonte: Plataforma online RAISG, 2021.

Panorama do entorno dos territórios indígenas

Atalaia do Norte

Atalaia do Norte é a principal cidade de referência para a maior parte da população indígena da TI Vale do Javari. O acesso fluvial aos rios Javari/Jaquirana, Itaquai, Ituí, Curuçá e

seus afluentes se dá a partir de Atalaia; os principais órgãos de Estado e serviços de referência para a população indígena estão sediados no município — incluindo o Distrito Sanitário Especial Indígena Vale do Javari DISEI/Sesai, a Casa do Índio, o Hospital da rede de referência do SUS mais próximo⁹ e também a Coordenação Regional da Fundação Nacional do Índio.

A cidade de Atalaia também concentra atualmente boa parte das trocas comerciais realizadas pelos indígenas da TIVJ. Além disso, é um espaço de fundamental importância sociopolítica para os povos indígenas do Vale do Javari, em vista da centralidade desempenhada nas relações com o poder público, a população não indígena e diversos agentes e instituições — incluindo expressiva presença de missionários evangélicos de distintas denominações¹⁰ —, mas também entre os diferentes povos indígenas do Vale do Javari. Não à toa, é em Atalaia que estão localizadas as sedes da União dos Povos Indígenas do Vale do Javari (Univaja) e de suas organizações de base. Cumpre assinalar, ainda, que a maior parte da superfície da TI Vale do Javari coincide com aquela do município de Atalaia do Norte.

Em 2010, quando foi realizado o último Censo no Brasil, a população total do município de Atalaia do Norte era de 15.153 pessoas, das quais 6.274 eram indígenas, segundo o critério de autodeclaração adotado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a partir daquele levantamento censitário (Quadro 7). Destes, 5.840 residiam na zona rural e 434 na área urbana (93,1% e 6,9% da população indígena do município, respectivamente). A população indígena correspondia, portanto, a 41,4% da população total de Atalaia do Norte (6,3% da população total urbana e 70,7% da população total rural do município). A população total do município estimada pelo IBGE para o ano de 2021 é de 20.868 pessoas. Embora esta projeção não contemple dados específicos sobre a população indígena, é notório o aumento do número de indígenas morando na cidade.

⁹ Sobre os quais trataremos mais adiante, ao abordar o subsistema de atenção à saúde indígena no recorte territorial da porção brasileira do Vale do Javari.

¹⁰ A respeito da presença e atuação de missionários fundamentalistas em Atalaia do Norte, ver, por exemplo, as matérias disponíveis nos endereços https://www.lemonde.fr/international/article/2021/10/14/au-bresil-les-envoyes-de-dieu-a-la-conquete-de-la-jungle_6098287_3210.html e <https://temas.folha.uol.com.br/amazonia-sob-bolsonaro/novos-missionarios-da-amazonia/missionarios-vao-ao-vale-do-javari-atraidos-pelos-indios-isolados.shtml> (acesso em 03 de janeiro de 2022).

Recenseamento sociodemográfico realizado pelo Núcleo de Estudos Socioambientais da Amazônia (Nesam) em parceria com a Secretaria Municipal de Assuntos Indígenas de Atalaia do Norte (Semai) levantou estimativas do número de residentes indígenas em dezembro de 2017 oscilando entre 800 e 1500 pessoas – o que representaria, na menor das projeções, um aumento de 84,5% em pouco menos de 8 anos (Núcleo de Estudos Socioambientais da Amazônia, 2020).

A exemplo da maioria das cidades amazônicas, Atalaia do Norte apresenta grandes deficiências de saneamento, questão que deve ser considerada na elaboração de planos de contingência votados à população e território indígena. Cumpre destacar que as condições de saneamento básico na cidade têm peso decisivo na qualidade de saúde da maior parte da população indígena do lado brasileiro da bacia do Javari, tendo em vista o número expressivo de indígenas residentes e o intenso trânsito entre as aldeias e a sede do município.

O aumento do número de residentes indígenas na sede de Atalaia do Norte e a intensificação do trânsito entre as aldeias e a cidade são questões de fundamental importância para o planejamento de estratégias e ações voltadas à prevenção e mitigação de surtos epidêmicos. Destacamos, a este respeito, alguns aspectos a serem considerados e atualizados de forma continuada:

- Intensidade, perfil e motivações do trânsito entre as aldeias e a cidade, por povo indígena e calha de rio ou sub-região;
- condições de acesso a serviços básicos por parte da população indígena residente e em trânsito na cidade;
- monitoramento de indicadores sanitários e socioeconômicos do município (identificando, sempre que possível, o recorte específico da população indígena);
- comunicação sistemática com as organizações indígenas, órgãos governamentais, organizações da sociedade civil e instâncias de controle social de políticas públicas afetas aos povos indígenas, com especial ênfase para o Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi).

Yaquerana

O distrito de Yaquerana compreende o trecho peruano do alto rio Javari e do rio Jaquirana – nome que o rio Javari recebe a partir da confluência com o rio Gálvez até suas nascentes. Faz

parte da Província de Requena e tinha em 2017 uma população recenseada de 1.929 pessoas, e população total projetada de 2.258 pessoas¹¹ (*Instituto Nacional de Estadística e Informática*, 2018). Segundo a *Dirección de Epidemiología* da *Dirección Regional de Salud de Loreto* (Diresa-Loreto), no entanto, a população distrital de Yaquerana era de 2.868 pessoas em 2018, o que correspondia a 0,26 % da população total do Departamento de Loreto (ASIS Loreto, 2018)

Segundo o Censo de 2017, do total da população recenseada com 12 anos ou mais (1.189 pessoas) no distrito de Yaquerana, 68,8% (818 pessoas) se autoidentificavam como nativos ou indígenas amazônicos – o que corresponde basicamente aos indígenas do povo Matsés –, enquanto 23% (278 pessoas) se autodeclaravam mestiços. 6,7% (80 pessoas) não sabiam ou não responderam sua autoidentificação étnica, e o 1,1% restante se referia à população Quechua (7 pessoas), Aimara (uma pessoa), afroperuana (2 pessoas), branca (2 pessoas) e a outras categorias¹² (1 pessoa). De acordo com a metodologia adotada pelo Censo de 2017, toda a população de Yaquerana é considerada rural.

No distrito de Yaquerana estão localizadas a Comunidade Nativa Matsés e parte da CN Fray Pedro¹³, ambas habitadas pelos Matsés. O povoado de Angamos é sede administrativa do distrito e nele está localizado um pelotão do Exército do Peru. Angamos conta com um Centro de Saúde categoria I-3 (sem internação) que constitui, para os Matsés, junto com o Posto de Saúde de Buenas Lomas (este, situado em anexo de mesmo nome no interior da CN Matsés, no rio Chobayacu ou Choba) o estabelecimento de referência mais próximo da rede de atenção à saúde¹⁴.

O rio Javari é o único acesso fluvial ao distrito de Yaquerana. Angamos dispõe de uma pista de pouso e conta voos subsidiados da Força Aérea Peruana (FAP) de frequência semanal, a partir de Iquitos, que também fazem o transporte de passageiros civis¹⁵. Casos de saúde de maior complexidade que demandam remoções para Iquitos se utilizam de logística aérea. A

¹¹ Segundo o Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018), a população total projetada é calculada a partir da combinação da população total recenseada com uma taxa de omissão, obtida por meio de procedimentos estatísticos que têm o intuito de contornar problemas de cobertura geográfica, sub-registro de pessoas, dentre outros fatores que interferem na acuidade dos dados populacionais. Detalhes sobre a metodologia empregada são descritos em Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018. Deste modo, a população recenseada do distrito de Yavarí, por exemplo, é de 8.366 pessoas, enquanto a população total calculada pelo Censo 2017 é de 9.928 pessoas.

¹² Nikkei, Tusan, dentre outras categorias (INEI, 2018).

¹³ Embora a quase totalidade da área da CN Fray Pedro esteja localizada no distrito de Yavarí, as duas aldeias que a compõem, Fray Pedro e Nuevo Canaan, estão localizadas muito próximo a Angamos.

¹⁴ As redes de referência para os povos indígenas do Vale do Javari serão tratadas mais adiante, em seção específica deste informe.

¹⁵ Eventualmente são utilizados hidroaviões da FAP nesse trajeto.

partir da CN Matsés há um varadouro de cerca de 45km que liga o rio Loboyacu (um afluente do Gálvez) à cidade de Requena. Além disso, atualmente verifica-se a construção ilegal de uma estrada partindo da localidade de Jenaro Herrera, na margem direita do rio Tapiche, rumo a Angamos. Diversas instituições têm alertado para os impactos e riscos dessa estrada para a proteção dos povos indígenas – incluindo aqueles em isolamento – e para a integridade de seus territórios na bacia do Javari. Fluxos migratórios e transformações nas dinâmicas de ocupação e uso do solo decorrentes da construção desta estrada são importantes aspectos a serem levados em consideração e monitorados no que diz respeito à vigilância epidemiológica na região.

Com relação aos serviços de telecomunicações, Angamos dispõe de cobertura de serviço de telefonia celular, de telefone público e também de alguns pontos de internet, para além da estrutura de comunicação específica do pelotão do Exército do Peru.

Yavarí

O distrito de Yavarí compreende a porção peruana da bacia do rio Javari que se estende desde a sua foz até pouco abaixo da localidade de Angamos. Abarca, ainda, trecho do baixo Amazonas peruano na tríplice fronteira Brasil-Colômbia-Peru, onde está localizado o povoado de Santa Rosa. Sua sede administrativa é a cidade de Islândia, no baixo rio Javari, ao lado da cidade de Benjamin Constant (Brasil). Trata-se do trecho de maior densidade demográfica da bacia do Javari, e também de maior intensidade de trânsito de pessoas, embarcações e mercadorias.

Rotas fluviais regulares conectam o distrito de Yavarí a uma extensa rede de localidades que inclui Iquitos, a montante, e Manaus, a jusante; caminhos conectam por terra comunidades no médio Javari à cidade de Caballococha, no baixo Amazonas; e os aeroportos internacionais de Leticia e Tabatinga conectam regularmente a tríplice fronteira a espaços mais distantes – e a fluxos ainda mais abrangentes. Trata-se, em suma, de uma área fronteira extremamente porosa e de grande dinamismo, que constitui a principal porta de entrada da bacia do Javari e tem destacada importância para diversas redes lícitas e ilícitas.

A população recenseada do distrito de Yavarí era de 8.366 pessoas em 2017, e a população total projetada era de 9.928 pessoas¹⁶ no mesmo período (Inei, 2018). Segundo a Dirección de Epidemiología da Diresa Loreto, no entanto, a população distrital de Yavarí era de

¹⁶ A metodologia utilizada pelo Inei que explica a diferença entre esses dados populacionais já foi descrita na apresentação de dados referentes ao distrito de Yaquerana.

15.193 pessoas em 2018, o que correspondia a 1,39% da população total do Departamento de Loreto (ASIS Loreto, 2018).

Do total da população recenseada em 2017 com 12 ou mais anos de idade no distrito de Yavarí (5.479 pessoas), 11,7% (642 pessoas) se autoidentificavam como nativos ou indígenas amazônicos, enquanto 76,4% se autodeclararam mestiços. 9,2% (504 pessoas) não sabiam ou não responderam sua autoidentificação étnica, e os 2,7% restantes se referiam à população Quechua (47 pessoas), Aimara (uma pessoa), afroperuana (43 pessoas), branca (35 pessoas), pertencente a outro povo indígena ou originário (13 pessoas) e a outras categorias (10 pessoas)¹⁷.

No distrito de Yavarí estão localizadas as CN Nueva Esperanza del Mirim, parte expressiva da área da CN Fray Pedro¹⁸ e a proposta de Reserva Indígena Yavarí Mirim. As demais CN, comunidades campesinas e outras localidades e categorias fundiárias do distrito constam em mapa anexo a este informe (ANEXO 1), e não serão abordados em maior detalhe por não fazerem parte da área focal prioritária do estudo. Segundo dados da Diresa Loreto, Islandia conta com um Centro de Saúde categoria I-3 (sem internação), e além disso estão localizados no distrito de Yavarí os postos de saúde Nueva Esperanza, Santa Teresa e Buen Suceso, todos categoria I-1 e parte da microrrede Islandia. Atualmente encontra-se em construção um hospital categoria I-3 em Islandia¹⁹.

O distrito de Yavarí não conta com aeroporto e o acesso às suas diversas localidades se dá via fluvial. No entanto, a partir da localidade de Santa Teresa, no médio Javari, há conexão terrestre até Caballococha, por meio de um picadão que tem se convertido em estrada ao longo dos anos, com o avanço do desmatamento na região. Este eixo Médio Javari – Baixo Amazonas apresenta expressivo aumento do desmatamento na última década, associado a fluxos migratórios e estabelecimento de comunidades israelitas²⁰, e à expansão de cultivos de coca destinados ao refino de pasta base. Esse processo tem especial relevância para a vigilância

¹⁷ Categoria que, como já foi dito, engloba a população Nikkei, Tusan, dentre outros grupos étnicos.

¹⁸ Embora, como já foi afirmado, as aldeias Fray Pedro e Nuevo Canaan estejam muito próximas de Angamos – e distantes, portanto, de Islandia e de outras localidades do distrito de Yavarí.

¹⁹ <https://www.regionloreto.gob.pe/noticias/2021/07/18/islandia-la-venecia-loretana-pronto-tendra-moderno-hospital-nivel-1-3> (acesso em 12 de outubro de 2021)

²⁰ Por 'Israelitas' nos referimos às comunidades e população vinculadas à Associação Evangélica da Missão Israelita do Novo Pacto Universal (Aeminpu), criada por Ezequiel Ataucusi Gamonal e colaboradores em 1968 (Saézn, 2017). Esta denominação religiosa tem forte presença na região do Vale do Javari e no baixo Amazonas peruano, associada a fluxos migratórios e transformações nos padrões de uso do solo que. Implicaram aumento do desmatamento nas últimas décadas.

epidemiológica no Vale do Javari, seja pela presença e circulação de contingentes populacionais, seja pelas transformações no ambiente.

Outras áreas do entorno dos territórios indígenas relevantes para a prevenção e controle de surtos epidêmicos

Varadouros para o médio e alto Juruá e para o Tapiche-Ucayali

Além dos distritos de Yaquerana e Yavarí e do município de Atalaia do Norte, outras categorias territoriais, cidades e localidades do entorno dos territórios indígenas têm especial relevância para a prevenção e mitigação de surtos epidêmicos na região do Vale do Javari. Uma delas é Eirunepé. Situada na região do médio Juruá, é a principal cidade de referência para os Kanamari e os Tyohom Dyapá que vivem no alto Jutaí. Embora esteja em outra bacia hidrográfica, Eirunepé é a cidade mais próxima da aldeia Jarinal – a cidade de Jutaí, apesar de acessível por via fluvial, está situada a muitos dias de viagem rio abaixo, demandando maior tempo e custo de deslocamento. A conexão entre o alto Jutaí e Eirunepé é feita por um varadouro cujas extremidades estão localizadas em um ponto do Rio Juruazinho (um afluente da margem direita do Jutaí) e em uma área de fazenda de Eirunepé. Da boca do varadouro no rio Juruazinho até a aldeia Jarinal o trajeto é feito de canoa.

Essa região é especialmente delicada por uma série de fatores. No alto Jutaí estão localizadas aldeias de indígenas isolados relativamente próximas à aldeia Jarinal e também à cidade de Eirunepé, em área com frequentes registros de invasão de caçadores a partir de Eirunepé e intensa pressão de garimpeiros provenientes da cidade de Jutaí. A complexidade logística de acesso ao alto Jutaí torna essa região ainda mais vulnerável às invasões, além de constituir um desafio para o desenvolvimento de ações continuadas de atenção à saúde e de proteção territorial. O histórico de desassistência à saúde da população indígena tem sido objeto de denúncias por parte de organizações indígenas e da sociedade civil, e de inquéritos no âmbito do Ministério Público Federal nos últimos anos. Finalmente, registra-se em Eirunepé e em toda a região do médio Juruá um contexto de grande discriminação em relação à população indígena.

Guajará e Cruzeiro do Sul, no alto Juruá, também têm grande relevância para o planejamento de ações de controle e mitigação de epidemias no Vale do Javari. Há um trânsito intenso e frequente de indígenas das aldeias Marubo nos altos rios Ituí e Curuçá para a região do alto Juruá por meio de dois varadouros, também em razão da relativa proximidade – em

contraste com as longas distâncias que devem ser percorridas via fluvial para acessar Atalaia do Norte.

No Peru, destaca-se a já mencionada cidade de Requena, de onde parte um varadouro até o rio Loboyacu, afluente do rio Gálvez, utilizado pelos Matsés. Segundo informações levantadas em entrevistas, este foi o caminho utilizado, por exemplo, por um grupo de estudantes Matsés provenientes de Pucallpa durante a pandemia, que acabou por comprometer as medidas de isolamento que vinham sendo adotadas pelos anexos da CN Matsés.

Em suma, o estabelecimento de barreiras e cordões sanitários no Vale do Javari deve considerar esses fluxos e o intercâmbio com populações de outras bacias hidrográficas. Para tanto, se faz necessário mapear o perfil desse trânsito, bem como a situação epidemiológica nessas localidades do entorno. Para além deste mapeamento e do monitoramento de tais fluxos por meio de barreiras pontuais ou zonas de amortecimento, cumpre assinalar que o conceito adequado de cordão sanitário para a proteção de povos indígenas isolados e de recente contato deve envolver um conjunto amplo de medidas preventivas e de controle de epidemias junto a toda a população do entorno de tais territórios (incluindo profissionais que atuam nestes territórios), bem como de controle ambiental²¹.

²¹ Este ponto é destacado, por exemplo, nas Diretrizes de Proteção para os Povos Indígenas em Isolamento e em Contato Inicial da Região Amazônica, o Gran Chaco e a Região Oriental do Paraguai, em seu item 60: *“(e)l derecho a la salud es un derecho reconocido internacionalmente en diversos instrumentos. El respeto y garantía del derecho a la salud de las personas y pueblos presenta complejidades de aplicación en relación con los pueblos indígenas tanto en aislamiento voluntario como en contacto inicial. En el caso de los pueblos indígenas en aislamiento voluntario, la garantía del derecho a la salud debe ser interpretada de manera que tome en cuenta el deseo de estos pueblos de mantenerse en aislamiento y la necesidad de mayor protección de estos pueblos dada su situación de vulnerabilidad. El derecho a la salud de los pueblos indígenas en aislamiento se garantiza adoptando medidas relacionadas con su situación de especial vulnerabilidad en que se encuentran, (i.e. enfermedades que podrían amenazar su existencia) y respetando los tratados internacionales que reconocen los sistemas tradicionales de salud indígenas y el uso de sus medicinas tradicionales 29. Aún así resulta importante desarrollar programas preventivos en materia de salud que sirvan como planes de protección de la salud. En este sentido se deben controlar los niveles de contaminación de los ríos y de vertidos tóxicos que llegan a los mismos y controlar la caza furtiva que pueda realizarse en los territorios de los pueblos en aislamiento, ya que la soberanía alimentaria es una de las claves para el mantenimiento de la salud. Asimismo se debe dar atento seguimiento a la salud de todos los actores que viven cerca de los territorios de los pueblos aislados, ya sean colonos, misioneros, trabajadores de empresas, miembros de las fuerzas de seguridad o del ejército. En este sentido es importante trabajar a partir de la creación de “cordones de protección sanitaria” para garantizar la salud de los pueblos en aislamiento y que no sufran las consecuencias de las eventuales epidemias y enfermedades de los pueblos de alrededor”* (ACNUDH/ONU, 2012).

Unidades de Conservação e Áreas Naturais Protegidas²²

Reserva de Desenvolvimento Sustentável Cujubim

A Reserva de Desenvolvimento Sustentável (RDS) Cujubim é uma unidade de conservação do estado do Amazonas e foi criada por meio do Decreto Estadual nº 23.724, de 05 de setembro de 2003, com uma área aproximada de 2.450.381,55 ha, no município de Jutai (AM). Faz limite a oeste com a TI Vale do Javari, em área de difícil acesso, que corresponde ao alto Jutai e afluentes (os principais são o Curuena e o rio Bóia). A gestão da RDS é realizada pela Secretaria de Meio Ambiente do estado do Amazonas.

Apesar de toda a área da RDS Cujubim se encontrar fora da bacia hidrográfica do Javari, trata-se de um espaço fundamental para a proteção do alto Jutai, onde vivem os Tyohom Dyapá de recente contato, os Kanamari e indígenas isolados. A população atual da RDS Cujubim é de 149 pessoas, distribuídas em 32 famílias que vivem nas comunidades Vila Cujubim (105 moradores) e São Francisco do Paraíso (44 moradores) (Haag apud Nascimento, 2020:52). Dentre os principais problemas enfrentados atualmente pelos moradores da RDS Cujubim e que impactam os povos da TI Vale do Javari, destaca-se a crescente atividade de garimpo de ouro em seu interior e entorno.

Reserva Nacional Matsés

Em 1997, a Comunidad Nativa Matsés solicitou ao Instituto Nacional de Recursos Naturales (Inrena) a criação de uma Reserva Comunal²³, buscando assegurar a proteção e o controle sobre parte de seu território não compreendida na área de 452.735 ha titulada em 1993. Com o apoio da organização não governamental Centro para el Desarrollo del Indígena Amazónico (Cedia) e do Field Museum, foram elaborados estudos visando ao reconhecimento e

²² No Peru, a expressão Área Natural Protegida se refere a categoria legal análoga à de Unidade de Conservação no Brasil. Esse esclarecimento se faz necessário porque no Brasil a expressão Área Natural Protegida em geral engloba tanto as UCs como as Terras Indígenas.

²³ Reserva Comunal é uma categoria do “Sistema Nacional de Áreas Naturales Protegidas”, assim definida pela Lei 26834 de 1997 (“Ley de Areas Naturales Protegidas”, disponível no endereço eletrônico <http://www.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/Leyes/26834.pdf>, acessado em 11 de março de 2014): “áreas destinadas a la conservación de la flora y fauna silvestre, en beneficio de las poblaciones rurales vecinas. El uso y comercialización de recursos se hará bajo planes de manejo, aprobados y supervisados por la autoridad y conducidos por los mismos beneficiarios. Pueden ser establecidas sobre suelos de capacidad de uso mayor agrícola, pecuario, forestal o de protección y sobre humedales” (artigo 22, alínea "g").

regularização da Reserva Comunal Matsés (Pitman et al., 2006), com uma área contínua de 391.592 ha, adjacente à área titulada.

Apesar de cumprir com os requisitos necessários para seu reconhecimento pelo Estado (como, por exemplo, a realização de inventário da fauna e flora e delimitação da área proposta), este pleito não foi atendido por mais de dez anos. Em 2009, dentro de um contexto marcado pela forte oposição dos Matsés aos lotes petrolíferos incidentes sobre seu território, o Estado peruano adotou a estratégia de criar a Reserva Nacional Matsés²⁴ (por meio do Decreto Supremo 014-2009-MINAM). Apesar de constituir um inegável avanço na proteção de seu território, esta estratégia atendeu apenas parcialmente as reivindicações dos Matsés, uma vez que a categorização da área como Reserva Comunal lhes conferiria maior autonomia no controle, ocupação e uso da área (Rodrigo Octavio, 2015).

Parque Nacional Sierra del Divisor

O Parque Nacional Sierra del Divisor compreende uma superfície de 1.354.485 hectares onde estão localizados diversos ecossistemas e formações geomorfológicas que compõem a porção territorial peruana da Serra do Divisor. Faz limite com Parque Nacional brasileiro homônimo, localizado no estado do Acre, e abrange áreas dos distritos de Callería, Contamana, Alto Tapiche, Maquia, Yaquerana, Soplín e Emilio San Martín, nos departamentos de Ucayali e Loreto.

O processo de categorização desta Área Natural Protegida como Parque Nacional foi iniciado a partir da criação da Zona Reservada Sierra del Divisor em 2006 pelo Ministerio de Agricultura – o Ministerio do Ambiente peruano só foi criado em 2008 (Rodrigo Octavio, Op. cit.). O processo de categorização de Zona Reservada – uma categoria transitória de ANP – para Parque Nacional levou quase dez anos, culminando na edição do Decreto Supremo nº 014-2015-MINAM. Segundo a Lei de ANPs do Peru (Lei nº 26834), parques nacionais são uma categoria de uso indireto, em que são previstas atividades de pesquisa científica, recreativas e turísticas, conforme zoneamento e plano de manejo específicos, não sendo permitidas a extração de recursos naturais, modificações e transformações do ambiente natural. Por esta razão o

²⁴ Reserva Nacional é também uma categoria do “Sistema Nacional de Áreas Naturales Protegidas”, assim definida pela supracitada Lei 26834 de 1997: “áreas destinadas a la conservación de la diversidad biológica y la utilización sostenible de los recursos de flora y fauna silvestre, acuática o terrestre. En ellas se permite el aprovechamiento comercial de los recursos naturales bajo planes de manejo, aprobados, supervisados y controlados por la autoridad nacional competente” (artigo 22, alínea “f”).

processo de categorização da Zona Reservada Sierra del Divisor envolveu a desafetação de áreas onde havia comunidades ribeirinhas.

A quase totalidade da superfície do Parque Nacional Sierra del Divisor se sobrepõe às reservas indígenas Isconahua e Yavarí-Tapiche, e à proposta de Reserva Indígena Sierra del Divisor Occidental. Contudo, a presença de indígenas isolados – e a consequente necessidade de salvaguardar a intangibilidade do território por eles habitado e seus recursos – foi considerada apenas em relação à RI Isconahua no processo de categorização do Parque Nacional, no decreto que o oficializou e em seu zoneamento, contrariando demandas e alertas de organizações indígenas e da sociedade civil²⁵. Assim, embora o Parque Nacional contribua para proteção de povos indígenas isolados, a possibilidade de desenvolvimento de atividades de cunho científico, recreativo e turístico em áreas onde se registra sua presença é também um elemento de vulnerabilidade para os mesmos. Cumpre assinalar, ainda, que o decreto de categorização prevê que sejam respeitados os direitos adquiridos anteriormente ao estabelecimento da Zona Reservada Sierra del Divisor, devendo ser regulado seu exercício aos objetivos e finalidades do Parque Nacional (Decreto 014-205-MINAM, Art. 5), o que constitui outro fator de vulnerabilidade para indígenas isolados.

O Parque Nacional Sierra del Divisor é, portanto, uma das categorias territoriais relevantes a serem consideradas em planos de contingência para a proteção da saúde de povos indígenas isolados na região transfronteiriça do Vale do Javari. Por esta razão, o processo de elaboração e implementação de tais planos deve envolver articulação interinstitucional com o Servicio Nacional de Áreas Naturales Protegidas (Sernanp), órgão responsável pela gestão desta ANP.

²⁵ Ver, a este respeito, informações disponíveis nos endereços <http://www.orpio.org.pe/zonificacion-y-exclusion-del-lote-135-por-la-vida-de-indigenas-no-contactados/> e <https://boletimisolados.trabalhoindigenista.org.br/2016/03/22/1208/> (acessados em 02 de janeiro de 2022).

Parte II – Situação de saúde e determinantes sociais

Os sistemas de saúde no Brasil e no Peru e respectivas redes de referência na região

No Brasil, a atenção à saúde indígena é estruturada como um subsistema do Sistema Único de Saúde (SUS), o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI)²⁶. Os povos da região são atendidos pelo Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Vale do Javari, da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), órgão vinculado ao Ministério da Saúde. No Peru, onde o sistema de saúde público é estruturado em distintas modalidades de seguro, de regime subsidiado ou contributivo direto, a população indígena da região do Vale do Javari é atendida majoritariamente pelo Seguro Integral de Salud (SIS).

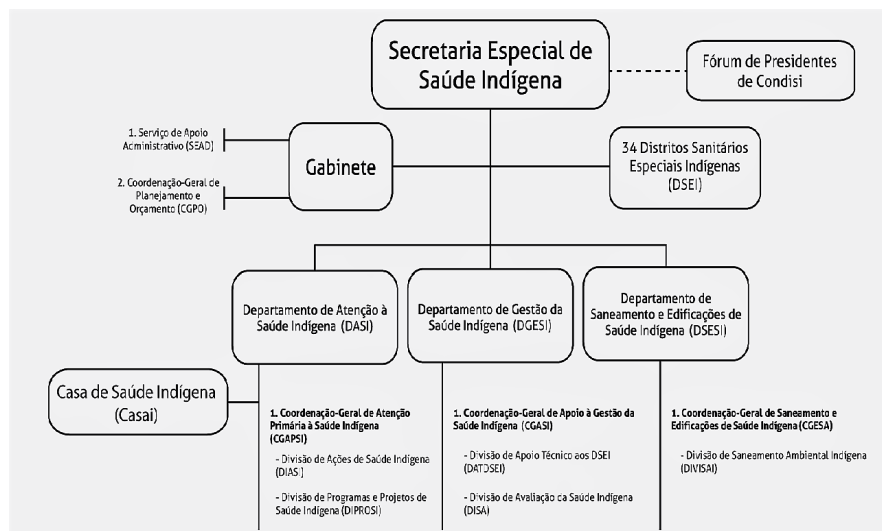
O sistema de saúde do Brasil

Desde sua criação em 2010, a SESAI tem como objetivo a abordagem diferenciada e integral à saúde dos povos indígenas, o que foi mais bem definido como conceito através da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Esse modelo de atenção foi uma importante conquista da luta do movimento indígena e da sociedade civil. A SESAI, portanto, tem a responsabilidade de coordenar o SASI-SUS e planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar a implementação da PNASPI, observados os princípios e as diretrizes do SUS.

O propósito da PNASPI é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

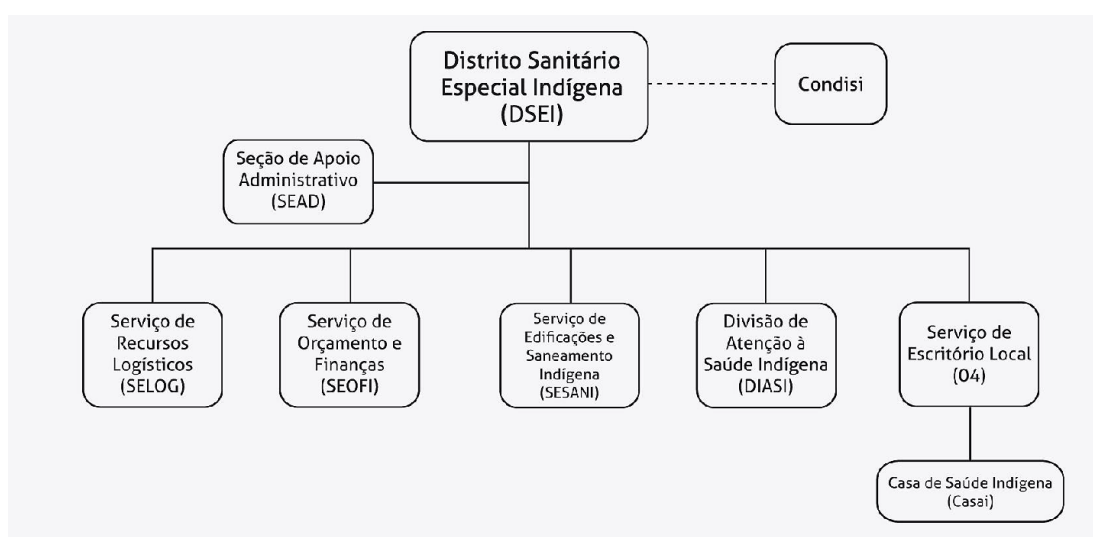
²⁶ O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) foi instituído por meio da Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, em complementação à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regula as ações e serviços de saúde no Brasil e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS).

Figura 1: Organograma da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai)



Fonte: <http://portalms.saude.gov.br/saude-indigena/sobre-a-area> (acessado em 10 de dezembro de 2021).

Figura 2: Organograma dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)



Fonte: <http://portalms.saude.gov.br/saude-indigena/sobre-a-area> (acessado em 10 de dezembro de 2021).

O atendimento aos indígenas no âmbito dos DSEI é realizado no nível da atenção primária à saúde. De acordo com as diferenças logísticas e territoriais de cada DSEI, o atendimento é realizado de diferentes formas, buscando adequar-se às especificidades dos povos indígenas atendidos. O atendimento pode ser realizado através de equipes fixas no território, que usam as estruturas de saúde locais; ou é realizado através de equipes volantes, que atendem a

população em seus domicílios ou em estruturas de apoio, dentro de uma área territorial determinada.

A estrutura de atendimento à população indígena conta com:

- **Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI):** estabelecimentos de saúde localizados em território indígena, destinados à execução direta dos serviços de atenção à saúde e saneamento realizados pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI).
- **Polo Base Tipo I:** Sede como estabelecimento de saúde localizado na aldeia, destinado à administração e organização dos serviços de atenção à saúde indígena e saneamento, bem como à execução direta desses serviços em área de abrangência do Polo Base, definida dentro do território do DSEI.
- **Polo Base Tipo II:** Sede como estabelecimento localizado em área urbana destinado exclusivamente à administração e organização dos serviços de atenção à saúde indígena e saneamento desenvolvidas em área de abrangência do Polo Base, definida dentro do território do DSEI.
- **Casa de Saúde Indígena (CASAI):** estabelecimento responsável pelo apoio, acolhimento e assistência aos indígenas referenciados aos demais serviços do SUS, para realização de ações complementares de atenção básica e de atenção especializada, sendo também destinada a seus acompanhantes, quando necessário. Essas unidades também são responsáveis por ações que assegurem o respeito às especificidades socioculturais de cada povo indígena durante os atendimentos na rede de referência, como a disponibilização de intérpretes, garantia de alimentação tradicional e acompanhamento conjunto com a medicina tradicional.

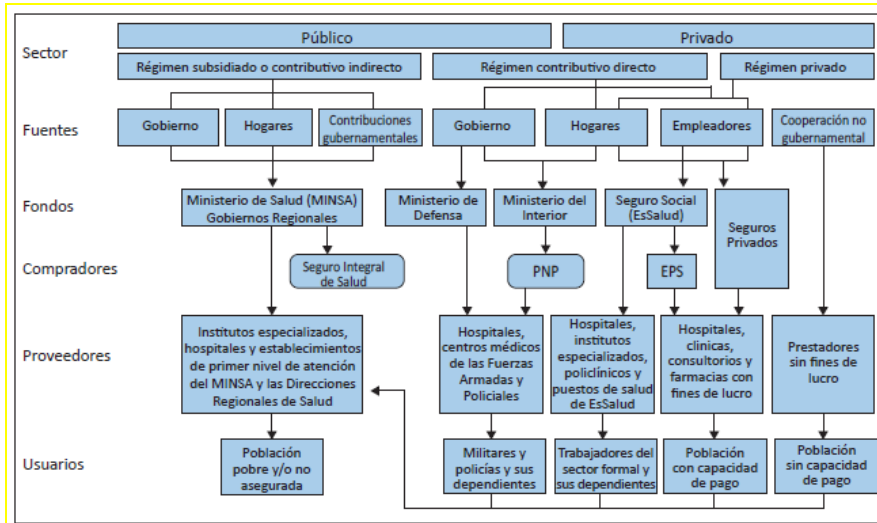
As demandas que superam a capacidade de resolução no nível da atenção primária são direcionadas para outros estabelecimentos da rede de saúde do SUS, nos municípios do entorno do território ou onde haja a referência indicada para cada caso, seja em serviço especializado, hospital de pequeno porte ou hospitais de médio e grande porte, garantindo a integralidade do atendimento.

O Sistema de saúde do Peru

O sistema de saúde no Peru é descentralizado e caracterizado pela existência de diferentes modalidades de asseguramento da população. É conformado por dois subsistemas, o público e o privado, com suas respectivas instâncias de governança, regimes de financiamento e instituições prestadoras de serviços de saúde (Ipress). A lei nº 27813, de 2002, estabeleceu o Sistema Nacional Coordenado e Descentralizado de Saúde (SNCDS), conformado pelo Ministério da Saúde (Minsa), órgão reitor da área de saúde, bem como o Seguro Social de Saúde (ESSALUD), os serviços de saúde das municipalidades, os serviços das Forças Armadas e da Polícia Nacional, os serviços do setor privado, as universidades e a sociedade civil organizada.

O sistema conta com três regimes de contribuição: o privado, o de contribuição direta (como é o caso do ESSALUD e da rede das forças armadas e policiais) e o de contribuição indireta ou subsidiado, voltado à população de baixa renda e não assegurada. Neste último regime se enquadra o Seguro Integral de Saúde (SIS), que constitui o principal regime de referência para a população indígena. Ainda assim, cumpre assinalar que entre 10 e 20% da população peruana se encontrava excluída do sistema de saúde nos anos 2010, apesar dos esforços empreendidos pelo Estado em âmbito nacional, por meio do Minsa, e regional, por meio das Diresa (Alcalde-Rabanal, 2011). A população não assegurada na área focal prioritária deste informe ainda é expressiva, sobretudo no distrito de Yavarí. Cada regime de contribuição conta com sua própria rede de Ipress.

Figura 5: Estrutura do sistema de saúde do Peru



Fonte: Alcalde Rabanal et al., 2011

O sistema de atenção é subdividido em níveis de acordo com complexidade do atendimento:

Figura 6: Níveis de complexidade do sistema de saúde do Peru

NIVELES DE ATENCION	NIVELES DE COMPLEJIDAD	CATEGORIAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
Primer Nivel de Atención	1° Nivel de Complejidad	I - 1
	2° Nivel de Complejidad	I - 2
	3° Nivel de Complejidad	I - 3
	4° Nivel de Complejidad	I - 4
Segundo Nivel de Atención	5° Nivel de Complejidad	II - 1
	6° Nivel de Complejidad	II - 2
Tercer Nivel de Atención	7° Nivel de Complejidad	III - 1
	8° Nivel de Complejidad	III - 2

Fonte: Alcalde Rabanal et al., 2011

Os estabelecimentos de saúde se dividem em tipos de acordo com sua capacidade de atendimento:

Figura 7: Níveis de complexidade do sistema de saúde do Peru

CATEGORIAS DEL SECTOR SALUD	MINISTERIO DE SALUD
I - 1	Puesto de Salud
I - 2	Puesto de Salud con Médico
I - 3	Centro de Salud sin Internamiento
I - 4	Centro de Salud con Internamiento
II - 1	Hospital I
II - 2	Hospital II
III - 1	Hospital III
III - 2	Instituto especializado

Fonte: Alcalde Rabanal et al., 2011

O subsistema público está estruturado em três âmbitos: nacional, regional e local. Em âmbito nacional, é formado basicamente pelo Minsa, enquanto ente reitor do setor de saúde; em âmbito regional, pelas Direções Regionais de Saúde de cada região ou departamento; e em âmbito local, pelos estabelecimentos de saúde provinciais e/ou distritais (ASIS PERU, 2019).

Saúde Intercultural

Apesar de não contar com um subsistema específico de saúde indígena nos moldes do Siasi/SUS brasileiro, o Estado peruano tem empreendido esforços nas últimas duas décadas para institucionalizar e regular ações de saúde intercultural adequadas à diversidade que caracteriza a sociedade peruana. Nesse sentido, o Minsa elaborou, desde 2001, uma série de informes sobre a situação de saúde dos povos indígenas em distintas regiões, denominados Análises de Situação de Saúde Indígena (“ASIS Indígena”)²⁷.

Os ASIS elaborados até o presente contemplaram, por exemplo, os povos Shipibo-Konibo, os Nanti e Nahua da Reserva Territorial Kugapakori Nahua Nanti e os Matsigenka, e envolveram parcerias com organizações indígenas e a realização de diagnósticos participativos. Um dos objetivos desses ASIS é promover uma orientação intercultural aos serviços de saúde para lidar

²⁷ Esses documentos podem ser encontrados no endereço <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/publicaciones/analisis-de-situacion-de-salud-asis/> (acesso em 16 de outubro de 2021).

com as especificidades socioculturais de cada povo relacionadas aos processos de saúde-doença.

Um importante marco nesse processo foi o estabelecimento da Política Setorial de Saúde Intercultural, por meio do Decreto Supremo nº 016-2016-SA. Esta política é de aplicação obrigatória em todas as Ipress do subsistema público, incluindo as Diresa, o EsSalud, o SIS e a seguridade das Forças Armadas e da Polícia Nacional do Peru (PNP).

Espacialização das redes de referência para os povos indígenas do Vale do Javari

Tanto no Peru como no Brasil os sistemas contam com agentes de saúde locais: os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) no Brasil, e os Promotores de Saúde no Peru. Os serviços públicos de saúde dos dois países também têm como estratégia comum de atuação a realização de visitas domiciliares e comunitárias – realizadas pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) dos DSEI no Brasil, e pelas equipes de saúde locais e equipes de *Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluídas y Dispersas* (AISPED), no Peru. Informações coletadas durante as entrevistas também mencionaram missões pontuais de saúde da Marinha do Peru em Angamos.

À exceção do Hospital de Municipal de Atalaia do Norte, de média complexidade, e do Hospital de Guarnição de Tabatinga (HGuT), de média-alta complexidade, os estabelecimentos de saúde na região do Vale do Javari correspondem ao primeiro nível de atenção. Trata-se, portanto, de estabelecimentos que desenvolvem atividades de promoção à saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de baixa complexidade.

No Peru, os Matsés têm como referência o posto de saúde localizado no anexo Buenas Lomas, no rio Choba (CN Matsés), e o Centro de Saúde de Angamos, ambos vinculados à microrrede Angamos. Já os Yagua de Nueva Esperanza têm como referência o Posto de Saúde Nueva Esperanza e o Centro de Saúde de Islandia, ambos vinculados à microrrede Islandia – da qual também fazem parte os postos de saúde de Santa Teresa e Buen Suceso, no médio Javari. Casos que demandam atendimento de maior complexidade são encaminhados para o Hospital Regional de Loreto, em Iquitos.

No Brasil, o DSEI Vale do Javari conta com oito polos Base na TI Vale do Javari, identificados no Quadro 18, além da CASAI em Atalaia do Norte e uma Casa de Apoio em Tabatinga. Casos que demandam atendimento de média complexidade são encaminhados para o Hospital Municipal de Atalaia do Norte, e aqueles de média a alta complexidade têm como

referência o Hospital de Guarnição de Tabatinga (HGuT), a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Tabatinga e o Hospital Pronto-Socorro (HPS) 28 de agosto, em Manaus. Nestas ocasiões, os pacientes indígenas e seus acompanhantes também contam com a estrutura das CASAI de Tabatinga e Manaus. Para além dos estabelecimentos mencionados, eventuais casos que requeiram atendimento específico podem ser encaminhados para outras unidades de referência da rede do SUS.

A seguir apresentamos dois quadros com a relação dos estabelecimentos de saúde das redes de referência de atenção à saúde para os povos indígenas do Vale do Javari no Peru e Brasil (Quadro 17 e Quadro 18, respectivamente).

Quadro 17: Estabelecimentos de saúde da rede de referência para os povos indígenas do Vale do Javari (Peru)

Nome do Estabelecimento de Saúde	Localização	Nível de complexidade	Categoria	Microrrede	Rede	Distrito
Puesto de Salud Buenas Lomas	Anexo Buenas Lomas, rio Choba (ou Chobayacu), CN Matsés	1º Nível de Complexidade	I-1 (Puesto de Salud)	Angamos	Maynas Periferia	Yaquerana
Centro de Salud Angamos	Angamos, rio Jaquirana	3º Nível de Complexidade	I-3 (Centro de Salud sin Internamiento)	Angamos	Maynas Periferia	Yaquerana
Puesto de Salud Buen Suceso	Comunidade de Buen Suceso, médio rio Javari	1º Nível de Complexidade	I-1 (Puesto de Salud)	Islandia	Ramón Castilla	Yavarí
Puesto de Salud Santa Teresa	Comunidade de Santa Teresa, médio rio Javari	1º Nível de Complexidade	I-1 (Puesto de Salud)	Islandia	Ramón Castilla	Yavarí
Puesto de Salud Nueva Esperanza	CN Nueva Esperanza, rio Yavarí Mirim	1º Nível de Complexidade	I-1 (Puesto de Salud)	Islandia	Ramón Castilla	Yavarí
Centro de Salud Islandia	Islândia, baixo rio Javari	3º Nível de Complexidade	I-3 (Centro de Salud sin Internamiento)	Islandia	Ramón Castilla	Yavarí
Hospital Regional de Loreto	Iquitos	7º Nível de Complexidade	III-1 (Hospital III)	NA	NA	Punchana

Fonte: MINSA. 2022?

Quadro 18: Estabelecimentos de saúde da rede de referência para os povos indígenas do Vale do Javari (Brasil)

Nome do estabelecimento	Tipo	Rio	Município	Rio	Povo(s) Indígena(s)
Polo Base Alto Ituí	Polo Base tipo 1	Ituí	Atalaia do Norte	Ituí	Marubo
Polo Base Jaquirana	Polo Base tipo 1	Jaquirana	Atalaia do Norte	Jaquirana	Matsés
Polo Base Médio Javari	Polo Base tipo 1	Javari	Atalaia do Norte	Javari	Kanamari/Matsés/Kulina Pano
Polo Base Médio Ituí	Polo Base tipo 1	Ituí	Atalaia do Norte	Ituí	Marubo

Polo Base Médio Curuçá	Polo Base tipo 1	Curuçá	Atalaia do Norte	Curuçá	Marubo
Polo Base Alto Curuçá	Polo Base tipo 1	Curuçá	Atalaia do Norte	Curuçá	Marubo
Polo Base Itacoaí	Polo Base tipo 1	Itacoaí	Atalaia do Norte	Itacoaí	Kanamari
Polo Base Rio Branco	Polo Base tipo 1	Branco	Atalaia do Norte	Branco	Matis
CASAI Atalaia do Norte	CASAI	NA	Atalaia do Norte	NA	Todos os povos da TI Vale do Javari
Casa de Apoio Tabatinga	Casa de Apoio	NA	Tabatinga	NA	Todos os povos da TI Vale do Javari
CASAI Manaus	CASAI	NA	Manaus	NA	Todos os povos da TI Vale do Javari
Hospital Municipal de Atalaia do Norte	Hospital Média Complexidade	NA	Atalaia do Norte	NA	Todos os povos da TI Vale do Javari
UPA Tabatinga	UPA	NA	Tabatinga	NA	Todos os povos da TI Vale do Javari
Hospital de Guarnição de Tabatinga (HGuT)	Hospital Média-Alta Complexidade	NA	Tabatinga	NA	Todos os povos da TI Vale do Javari
Hospital Pronto-Socorro (HPS) 28 de Agosto	Hospital Média-Alta Complexidade	NA	Manaus	NA	Todos os povos da TI Vale do Javari

Fonte: Elaboração própria. 2022

Concepções e práticas relacionadas à saúde e doença entre povos indígenas na Amazônia

Para que seja bem sucedida qualquer ação no âmbito do cuidado à saúde entre comunidades indígenas, é necessário que sejam levadas em consideração e respeitadas as concepções e práticas ligadas aos sistemas de doença e cura tradicionais.

As concepções a respeito da saúde e doença dos povos indígenas amazônicos estão intimamente relacionadas com aquelas ligadas à constituição das pessoas e da corporalidade, que se distinguem em muitos aspectos importantes das concepções biomédicas não indígenas ocidentais. Para os povos indígenas amazônicos a pessoa é sempre múltipla: composta, além de seu próprio corpo, de “almas”, “duplos” ou “espíritos”. Não só as pessoas humanas, mas animais, plantas e outros seres também possuem ou são “espíritos”, e tais espíritos interagem em muitas situações com os espíritos componentes de pessoas humanas. Assim, por exemplo, é muito comum o entendimento de que, ao se alimentar com a carne de certos animais, as pessoas podem sofrer retaliações dos espíritos desses animais, que “se vingam”, capturando ou influenciando negativamente os espíritos daqueles que os consumiram. Muitos dos tabus

alimentares que cumprem os pais de crianças recém-nascidas, ou jovens que passam por ritos de iniciação ou crescimento, quando se encontram em condições limiars de sua corporalidade, têm essas concepções como fundamento. Assim como o uso de plantas para fortalecer ou curar o paciente através da influência do espírito da planta sobre o espírito ou espíritos do paciente.

Em condições específicas, os espíritos da pessoa podem se alienar do seu corpo, causando-lhe doenças ou a morte, ou serem atacados por outros espíritos que procuram lhe fazer mal. Segundo diversas tradições indígenas amazônicas, esse mal que se abate sobre o espírito ou espíritos da pessoa é a causa efetiva de quase todas as doenças, mesmo que o evento que a tenha desencadeado possa variar: a vingança de algum espírito de animal caçado, o ataque de espíritos de mortos ou inimigos, a captura por espíritos auxiliares de um xamã, etc. De toda forma, nos sistemas indígenas de doença-cura é ao xamã ou outros especialistas na comunicação interespecífica ou sobrenatural que cabe a recuperação do doente. A ele cabe, através de suas técnicas de manipulação, canto, transe, deslocamento de seus próprios espíritos ou espíritos auxiliares, recuperar o espírito alienado do paciente, para que este possa voltar a seu estado saudável.

É importante ressaltar que tais concepções sobre a doença e cura não anulam o entendimento dos próprios indígenas de que as doenças com as quais passaram a conviver a partir do contato com os não-indígenas são causadas por agentes patogênicos como vermes, vírus, bactérias, etc. Os indígenas não necessariamente escolhem acreditar no sistema xamânico ou no sistema médico não-indígena, como se um fosse incompatível com o outro. Na maioria das vezes, há uma separação dos dois domínios por parte dos indígenas, que costumam classificar algumas doenças que os acometem como “doenças de branco” e outras como “doenças de indígenas”, buscando então o tratamento médico quando entendem se tratar de doenças de branco, e o tratamento xamânico quando entendem se tratar de doenças causadas por ataques de espíritos. Não é raro que um paciente busque as duas soluções quando não há certeza da causa, e caso o remédio cure, ou o xamã, atribuir-se-á a causa da doença ao agente correspondente.

Assim, é possível e de fundamental importância que os agentes não indígenas de saúde tenham uma atitude respeitosa e não conflituosa em relação a tais concepções e práticas. Deve ser reconhecido e respeitado o papel dos especialistas indígenas, de forma que as ações em saúde sejam executadas integrando e dialogando com as práticas tradicionais das comunidades em questão.

Vulnerabilidades

Múltiplas vulnerabilidades

De modo geral os indicadores de saúde dos povos indígenas no Brasil e no Peru são piores do que as médias nacionais. Elevadas taxas de mortalidade infantil e materna e alta prevalência de doenças diarreicas, doenças do aparelho respiratório superior, malária, helmintíases, tuberculose, hepatites virais (HDB e HDV) e leishmaniose são destacadas por diversas fontes (como, por exemplo, Marinho, 2019 e Contreras-Pulache et al., 2014). Em todas as faixas etárias as iniquidades dos indicadores de mortalidade são grandes (Santos et al., 2020). Há também um incremento cada vez maior nas notificações de doenças crônicas não transmissíveis nas terras indígenas, devido principalmente às mudanças nos hábitos alimentares e no modo de vida tradicional. Grupos vivendo em certas áreas da Amazônia, em especial aquelas sob a influência de fluxos migratórios, atividades de mineração, desmatamento ou de implantação de projetos de desenvolvimento, são os mais atingidos (Coimbra Jr., 2007).

Este quadro reflete múltiplas vulnerabilidades relacionadas aos processos históricos e contemporâneos de colonização. Além da invasão de seus territórios, efeitos agudos das epidemias, a desestruturação social e a precarização da saúde desses povos devido a ciclos de contágio trazem outras consequências como a subnutrição, a baixa expectativa de vida e as mudanças nos hábitos alimentares.

Também são fatores de vulnerabilidade diversas restrições ao usufruto exclusivo de seus territórios e a uma segurança alimentar plena; políticas de transferência de renda muitas vezes não adaptadas às especificidades de cada povo indígena, que geram processos de “aviamento moderno” e demandam fluxos mais constantes e precários às cidades; e a ausência de processos de consulta de acordo com a Convenção 169 da OIT sobre políticas de Estado e outras medidas que afetam sua vida e território. A exclusão e discriminação por parte dos segmentos majoritários da sociedade nacional também são apontados por Contreras-Pulache et al. (2014) com fatores decisivos para as deficiências marcadas no nível de acesso à saúde, em comparação com populações urbanas.

Os povos isolados e de recente contato, em especial, apresentam ainda maior vulnerabilidade. Em relativo isolamento e com integridade territorial assegurada, essas populações mantêm uma relação estável com agentes de doenças infecciosas presentes em seu ambiente, num estado de equilíbrio e crescimento demográfico. Não havendo memória imunológica contra os agentes infecciosos que são corriqueiros para a população nacional

majoritária e nem a imunização ativa por meio da vacinação, quando se dá um evento de contato com populações do entorno, ele é acompanhado de surtos epidêmicos e alta mortalidade por doenças infecciosas. Esses e outros fatores, como o estilo de vida comunitário, a impossibilidade da aplicação de protocolos de consulta, a inexistência dos cuidados biomédicos e o desconhecimento das formas ocidentais de controle de doença aumentam a vulnerabilidade sócio-epidemiológica desses povos (Rodrigues 2014, 2021; Reis, 2017).

Para além – e também em razão – da alta vulnerabilidade, cumpre destacar como princípios fundamentais para a proteção de povos indígenas isolados e de recente contato a prevenção, a precaução e a integridade e intangibilidade de seus territórios. Este último princípio é o que mais enfrenta resistências à sua efetiva aplicação, em razão dos interesses conflitantes de destinação e uso desses territórios.

Vulnerabilidades relacionadas à pandemia de Covid-19

Com o início da pandemia de Covid-19 no Brasil, inúmeros estudos foram elaborados enfatizando a vulnerabilidade dos povos indígenas, trazendo considerações sobre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) e propondo diversas recomendações. A TI Vale do Javari, objeto do presente informe, apresenta vulnerabilidade alta, principalmente devido à **baixa disponibilidade de atendimento em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs)**, e a **consequente longa distância necessária a ser percorrida pelo paciente em casos que demandam tratamento de alta complexidade** (Azevedo et. Al, 2020).

Inequidades nas condições de vida e situações de saúde dos povos indígenas, elevada prevalência de outras doenças infecciosas e agravos à saúde, desafios para garantir o isolamento em contextos marcados por dinâmicas cotidianas e moradias coletivas são alguns dos fatores de vulnerabilidade que dificultam o enfrentamento do processo epidêmicos (Abrasco & ABA: 2020).

Destaca-se, ainda, fragilidades do SASI/SUS que já existiam, como a *“falta de infraestrutura adequada; insuficiência de equipamentos de proteção individual (EPI); reduzido estoque de insumos e medicamentos; alta rotatividade de profissionais; dificuldades de garantir formação adequada e implementar educação permanente com as equipes; problemas de integração com a rede de saúde; e a situação de precariedade e insalubridade das Casas de Saúde do Índio (CASAI)”* (SBMFC, 2020). A situação é mais preocupante nos DSEIs mais interiorizados como o Vale do Javari, que atendem áreas remotas, com dificuldades de comunicação, logísticas, e grande complexidade da atenção a povos indígenas em contexto intercultural.

Se faz necessário, portanto, que a construção de Planos de Contingência para essas situações seja primeiramente realizada com adequado processo de consulta aos povos indígenas, de modo que sejam considerados seus aspectos socioculturais específicos, incluídos mecanismos que contornem as vulnerabilidades a que estão submetidos, e respeitadas as formas propriamente indígenas de enfrentamento de epidemias e análise da situação territorial.

Outro aspecto fundamental a ser considerado diz respeito às pressões e ameaças sobre os territórios dos povos indígenas isolados e de recente contato, que intensificam ou mesmo determinam suas vulnerabilidades. No contexto transfronteiriço do Vale do Javari, diversas atividades econômicas e também o proselitismo religioso ameaçam e exercem pressão sobre os territórios e modo de vida desses povos.

Pressões e ameaças territoriais aos povos indígenas isolados no Vale do Javari

Brasil

A presença de grupos de pescadores e caçadores têm aumentado em toda a extensão da Terra Indígena Vale do Javari, inclusive em locais que contam com bases da Funai, frequentemente acompanhadas de ameaças e até mesmo ataques a indígenas, servidores e

membros de instituições que atuam na região. Entre dezembro de 2018 e outubro de 2019, a Base Ituí-Itaquai da FPEVJ foi atacada oito vezes a tiros por invasores. Em 6 de setembro de 2019, o servidor da Funai Maxciel Pereira dos Santos foi assassinado a tiros em Tabatinga (AM), possivelmente em retaliação a ações de fiscalização que vinham sendo realizadas pelo órgão para coibir atividades ilegais na TI Vale do Javari.

Nos principais tributários do rio Javari e respectivos afluentes, a ação desses grupos se articula à rede de comércio de pescado, carnes de caça e quelônios da tríplice fronteira Brasil-Peru-Colômbia. Regiões das cabeceiras dos rios Curuçá, Ituí, Branco e Pedra também são alvo da ação de grupos de caçadores provenientes de localidades no rio Juruá. No alto rio Jutai e no rio Jandiatuba, além da pressão sobre esses recursos – destinada a abastecer o mercado das cidades de Jutai, São Paulo de Olivença e Eirunepé – a atuação de garimpeiros tem colocando em risco os Kanamari, os Tyohom Dyapá de recente contato e isolados.

No contexto da pandemia de covid-19 esse quadro tem se agravado. Em vista desse cenário, da complexidade das relações de compartilhamento territorial entre povos indígenas isolados e contatados, dos recentes processos de contato ocorridos no Vale do Javari e da iminência de novos contatos, torna-se urgente a adoção de medidas eficazes que salvaguardem a vida e integridade territorial dos povos indígenas da TI Vale do Javari.

Peru

Uma das principais pressões territoriais sobre indígenas isolados no Vale do Javari é a atividade madeireira, atualmente concentrada no lado peruano da fronteira. Segundo Huertas et al. (2021), as principais espécies exploradas são madeiras duras como o shihuahuaco (*Dipteryx micrantha* Harms), a quinilla (*Manikara bidentata*) e o estoraque (*Myroxylon balsamun*). No presente, toda a madeira extraída da bacia do Javari é processada nas seguintes serrarias, situadas na localidade de Islândia e seus arredores: Corporación Maderera Loreto, Industrial Forest Pacheco, Aserradero Manuel García e LANC Forest SAC.

Na porção que compreende o baixo e médio Javari há numerosas concessões florestais madeireiras e também ocorre a exploração ilegal desse recurso, inclusive no interior da área solicitada para criação da Reserva Indígena Yavarí Mirim e também na Área de Conservação Regional Tamshiyacu-Tahuayo (Huertas et al., 2021). Atualmente há acampamentos e a presença de grupos de madeireiros ilegais em áreas onde se relata a presença de indígenas isolados, como o alto Yavarí Mirim e em afluentes seus como o igarapé Esperanza e rio Negro,

bem como em afluentes do Amazonas como o igarapé Orosa. Também se verifica concentração de acampamentos madeireiros na CN Fray Pedro e em seu anexo Canaán, a partir dos quais são acessadas áreas com relatos sobre a presença de indígenas isolados na solicitação de RI Yavarí Mirim.

A presença e movimentação de madeireiros nas zonas indicadas representa sério risco para indígenas isolados e estaria causando o deslocamento de isolados para áreas menos ameaçadas de seu território, segundo Huertas et al. (Op. cit.). Destaca-se que tal presença também exerce pressão sobre recursos como animais de caça e implica riscos de contágio por doenças infectocontagiosas, da ocorrência de conflitos e processos de contato.

O narcotráfico constitui outra pressão crescente na região do médio e baixo Javari e baixo Amazonas peruano. Conforme citamos anteriormente neste informe, o avanço do desmatamento nessa região tem associação direta com a expansão de cultivos de coca destinados à produção de pasta base. Segundo dados da Comissão Nacional para o Desenvolvimento e Vida sem Drogas (Devida) e o Escritório das Nações Unidas contra as Drogas e Delitos (UNODC), a superfície cultivada no baixo Amazonas em 2017 foi de 1.823 hectares, representando um aumento de 41% em relação ao ano anterior (Huertas et al., 2021).

A expansão de cultivos tem se dado em larga medida em comunidades vinculadas à congregação religiosa Israelitas do Novo Pacto Universal, próximo a povoados de Caballococha, San Pablo, Alto Monte e Nazareth. Áreas de cultivo e um laboratório clandestino foram localizados no interior da solicitação de Reserva Indígena Yavarí Mirim. O plantio de coca para abastecimento do narcotráfico também tem se expandido na porção oeste da estrada Jenaro Herrera-Angamos, que está sendo aberta ilegalmente no presente e constitui importante vetor de pressão sobre territórios indígenas e transformações no uso do solo na bacia do Javari (Organización de los Pueblos Indígenas Del Oriente - ORPIO, 2021).

Embora o início de sua construção remonte à década de 1970, os trabalhos atuais de abertura desta estrada foram iniciados em 2021, sem a prévia elaboração de Estudo de Impacto Ambiental ou autorizações para supressão de vegetação. Dentre seus impactos, destaca-se o risco de aumento do desmatamento e contaminação de corpos d'água, a intensificação da extração madeireira ilegal na bacia do rio Yavarí Mirim, a expansão do narcotráfico (atividade cuja dimensão e influência é notória em Jenaro Herrera), invasões nos territórios indígenas e risco de contágio, conflitos e processos de contato com indígenas isolados.

Na Reserva Indígena Yavari-Tapiche, os rios Tapiche e Blanco (que fazem parte da bacia hidrográfica do Ucayali e estão fora, portanto, da bacia do Javari) constituem os principais vetores de pressão e ameaças territoriais a indígenas isolados no presente: extração de madeira, caça e pesca comerciais e também rotas de narcotráfico. Para além das atividades mencionadas anteriormente, cumpre assinalar que a exploração de petróleo e gás segue sendo uma ameaça, embora atualmente nenhum contrato de concessão para exploração e produção esteja vigente na bacia do Javari²⁸.

Ações dos Estados no combate à Covid-19

Combate à Covid-19 no Brasil

Como resposta aos efeitos da pandemia de Covid-19 no Brasil, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) divulgou, em março de 2020, o “Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (Covid-19) em Povos Indígenas”, com o objetivo de *“apresentar o Plano de Contingência (...) em caso de surto e definir o nível de resposta e a estrutura de comando correspondente a ser configurada, em cada nível de resposta”*. A adaptação do Plano de Contingência Nacional para os povos indígenas buscou adequá-lo às vulnerabilidades e especificidades locais de saúde de cada DSEI, tanto do ponto de vista do atendimento intercultural quanto do acesso ao sistema de saúde. Cada DSEI se tornou a partir daí responsável pela elaboração de um plano de combate ao SARS-CoV-2 próprio, de acordo com suas características populacionais, epidemiológicas, logísticas e de acesso à rede de referência em saúde.

Desde o lançamento do Plano de Contingência Nacional, diversas organizações da sociedade civil e associações indígenas iniciaram um processo de monitoramento e apresentaram recomendações e sugestões com o intuito de melhorar a capacidade de atendimento nos territórios indígenas, visando à garantia de atendimento efetivamente intercultural, buscando alternativas que se adaptem às especificidades socioculturais dos povos indígenas em cada contexto específico, de modo a acelerar a resposta ao vírus. Dentre os

²⁸ A respeito da exploração petrolífera na região do Vale do Javari, ver Huertas et al. (2021), Rodrigo Octavio et al. (2020:301-305), Rodrigo Octavio (2015:67-89; 2017), Coutinho (2014), além de informações disponíveis nos endereços <https://trabalhoindigenista.org.br/vitoria-matses-pacific-stratus-desiste-do-lote-137/> e <https://trabalhoindigenista.org.br/petroleira-anuncia-que-ira-se-retirar-de-territorio-tradicional-matses-e-de-isolados/> (acesso em 10 de janeiro de 2022).

documentos produzidos pela SESAI, encontram-se também portarias, informes técnicos, relatórios, recomendações, protocolos de manejos clínicos e boletins epidemiológicos²⁹.

Outra ação importante foi a instituição da Equipe de Resposta Rápida (ERR) no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), para enfrentamento da pandemia de covid-19 no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI/SUS). Às ERR cabe realizar, prioritariamente, ações relacionadas ao enfrentamento da pandemia de covid-19.

Por sua vez, o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação aponta que as Unidades Federativas e municípios devem dispor de plano de ação, com base nas diretrizes do Plano Nacional, que contemplem a organização e programação detalhada da vacinação. Conforme o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a covid-19, os indígenas atendidos pelo SASISUS, incluindo-se as especificidades da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 709, foram considerados grupo prioritário da vacinação. Desta forma, a Campanha de Vacinação contra a covid-19 teve início em 19 de janeiro de 2021. Até 08 de outubro de 2021, o Vacinômetro³⁰ indicava que 88% dos indígenas do público alvo (maiores de 18 anos) já haviam recebido a primeira dose, e 81% haviam recebido as duas doses da vacina contra a covid-19. **No recorte específico do DSEI Vale do Javari, esta proporção era de 78% dos maiores de 18 anos para a primeira dose (2.447 pessoas) e 72% para a segunda dose (2.260 pessoas) no mesmo período (semana epidemiológica 40).**

Outra produção relevante desenvolvida pela Sesai para promover transparência e prestar informações sobre as medidas de prevenção e controle à disseminação de covid-19 é o Relatório de Ações, elaborado desde 05 de maio de 2020 e atualizado semanalmente com as principais ações realizadas pela Sesai e pelos 34 DSEI – incluindo informações sobre aquisição de insumos, documentos de orientação aos DSEI e análise de dados epidemiológicos e de produção das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). Os informes e boletins epidemiológicos da covid-19 no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena estão disponíveis no site <https://saudeindigena.saude.gov.br>. A SESAI criou esse portal especialmente para divulgar, diariamente, o número de casos suspeitos, confirmados, descartados, recuperados e de óbitos (Relatório Ações Sesai Semana 33).

²⁹ Parte dessa documentação pode ser acessada no diretório disponibilizado pela Sesai no endereço <https://drive.google.com/drive/folders/1NypkAgVkBQU5ztQ4yWVgh1bgxdiBlBhh> (acesso em 10 de janeiro de 2022).

³⁰ Disponível no endereço eletrônico https://qsprod.saude.gov.br/extensions/imunizacao_indigena/imunizacao_indigena.html (acesso em 10 de outubro de 2021).

Combate à Covid-19 no Peru

No Peru, no documento técnico *“Plan de Intervención del Ministerio de Salud para Comunidades Indígenas y Centros Poblados frente a la Emergencia del COVID-19”*, se reconhece as vulnerabilidades mais elevadas a que estão submetidos os povos indígenas, tratando-se de uma população que apresenta indicadores de pobreza maiores que a média nacional e onde se evidenciam brechas no acesso aos serviços de saúde. Devido a essas vulnerabilidades, o plano propõe uma estratégia transversal que incentiva a prevenção, através de um sistema de vigilância comunitária e notificação de casos suspeitos; e o aumento da capacidade resolutive dos estabelecimentos de saúde do primeiro nível de atenção (IPRESS I-3 e I-4). Dentre as ações de prevenção, o documento destaca: a preparação das equipes de saúde para ingresso nas comunidades, difusão de mensagens educativas, organização e capacitação de líderes comunitários e agentes de saúde, busca ativa de casos suspeitos de Covid-19 e sintomáticos respiratórios, segurança no trabalho das equipes de saúde e aumento da capacidade de acesso aos estabelecimentos de saúde.

Os *“Lineamientos para el fortalecimiento de acciones de respuesta en establecimientos de salud, redes de salud y oferta móvil frente al covid19 (...) en el marco de alerta roja (...)”* constituem outro importante documento, que tinha como finalidade contribuir com a redução do número de casos e mortes de Covid19 durante a fase de transmissão comunitária, além de estabelecer diretrizes que orientassem o desenvolvimento de intervenções no combate à pandemia. Um dos itens deste documento (6.1.5) discorre sobre a importância do enfoque intercultural no atendimento, com uma atitude comunicacional baseada na compreensão e no respeito aos diferentes aspectos culturais dos povos indígenas.

Com a declaração de alerta vermelho para a situação de emergência em saúde gerada pela covid-19, o documento traz aspectos de orientação sobre o funcionamento dos serviços de saúde, as necessidades de fortalecimento e mudanças na dinâmica dos serviços (como a suspensão de consultas e cirurgias eletivas; e alocação de equipes e insumos).

Em relação aos povos isolados e de recente contato, o Ministerio de Salud (Minsa) elaborou o documento intitulado *“Lineamientos para la prevención de infecciones respiratorias y Covid-19 en zonas cercanas a poblacion indigena en aislamiento y contato inicial en Perú”*, que tem como objetivo estabelecer as diretrizes de prevenção, redução e contenção de infecções respiratórias e Covid-19 nos âmbitos geográficos identificados com a presença de povos indígenas isolados ou de recente contato, com enfoque intercultural e de direitos humanos. Os

seguintes princípios são destacados neste documento: *“acción sin dano, autodeterminación, vulnerabilidad, no contato, prevención y pro-homine”* (Ministerio de Salud, 2020).

O mesmo documento também traz algumas diretrizes no sentido de reforçar as ações para cumprir as medidas de distanciamento social nas zonas do entorno de territórios de povos indígenas em isolamento e contato inicial (PIACI), promover a articulação intersetorial local, garantir equipes de saúde, insumos e medicamentos para o combate à Covid-19 no entorno dos PIACI, facilitar a vigilância epidemiológica, informar a população do entorno quanto a métodos de prevenção de infecções respiratórias e estabelecer métodos de prevenção no traslado e entrega de alimentos nas zonas do entorno.

Determinantes sociais de saúde (DSS)

Os determinantes da saúde podem ser definidos como os fatores que influenciam, afetam e/ou determinam a saúde dos povos e cidadãos. São compostos por fatores sociais, econômicos, ambientais, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Utilizam, para suas definições e análises, o conceito amplo de saúde da Organização Mundial da Saúde (2006): “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”.

Um modelo frequentemente utilizado para apresentação dos determinantes sociais de saúde de uma população é o de Dahlgren e Whitehead (1991), que apresenta os DSS dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macro determinantes. Neste modelo, no seu centro estão as características individuais (com as características individuais de idade, gênero e fatores genéticos). No primeiro nível encontram-se os fatores relacionados com os estilos de vida. No seguinte estão as redes de apoio sociais e comunitárias, indispensáveis para a saúde da sociedade. No nível mais distal estão representados os determinantes em nível macro (macro determinantes), relacionados com aspectos econômicos, ambientais e culturais da sociedade em geral. Compreender esses fatores permite procurar estratégias de intervenção adequadas a vários níveis, no sentido de minimizar seus efeitos nocivos na saúde em todos os níveis de correlação.

Para os objetivos do presente informe, o modelo de Dahlgren e Whitehead (Op. cit.) foi adaptado de modo a representar o contexto dos povos indígenas que constituem o público alvo do projeto. Neste sentido, buscou valorizar suas práticas e aspectos socioculturais, bem como contemplar as principais características relacionadas às dinâmicas de ocupação territorial, de acesso a serviços e de trânsito entre as aldeias e as cidades. Outros aspectos considerados foram os principais vetores de pressão sobre os territórios indígenas e vulnerabilidades associadas a tais pressões.

Cumprir assinalar que a presente análise dos DSS apresenta limitações inerentes à metodologia adotada para o presente estudo, que não contemplou trabalho de campo nos territórios indígenas em razão do contexto da pandemia de covid-19. Constitui, portanto, uma proposta preliminar, que deverá ser oportunamente avaliada e aprimorada com devida participação dos povos indígenas do Vale do Javari. Os determinantes foram divididos em quatro categorias e são apresentados a seguir.

Determinantes individuais

- Alcoolismo e Tabagismo
- Presença de doenças metabólicas como Hipertensão Arterial, Obesidade e Diabetes

Práticas Sociais e Culturais

- Concepções e práticas relacionadas à saúde e doença entre os povos indígenas da região
- Mobilidade das formas de ocupação do território e entre as aldeias, associada às dinâmicas de parentesco e aliança de cada povo (e também entre diferentes povos), bem como às pressões sobre seus territórios.
- Fluxo entre as aldeias e as cidades, relacionado ao acesso a serviços básicos, benefícios sociais e pagamentos, compra de produtos e trocas comerciais, dentre outras relações e necessidades que mobilizam tais fluxos.
- Calendário ritual, agrícola e de outras atividades tradicionais de cada povo

Determinantes Ambientais e Territoriais

- Invasões de caçadores, pescadores, madeireiros e garimpeiros; aumento das chances de contágio por doenças infectocontagiosas e eventos de violência.

- Aumento do narcotráfico na região, com risco de envolvimento da população mais jovem em atividades ilícitas, aumento da violência e também do desmatamento associado à abertura de áreas para cultivo de coca.
- Proselitismo religioso potencializa a ocorrência de eventos de contato com indígenas isolados, com riscos de contágio.
- Abertura da estrada Jenaro Herrera-Colonia Angamos (LO-105).

Macrodeterminantes

- Dificuldade e distância de acesso a serviços de saúde de média e alta complexidade e com respeito aos aspectos interculturais.
- Dificuldade de acesso a um sistema educacional diferenciado, com enfoque intercultural e que atenda à legislação vigente.
- Falta de saneamento básico nas cidades do entorno.
- Programas e benefícios sociais não são adequados às especificidades socioculturais e geográficas da região do Vale do Javari.
- Poucas alternativas de geração de renda sustentáveis para população indígena e não indígena.
- Déficit de recursos humanos e financeiros dos órgãos responsáveis pela proteção territorial e promoção dos direitos indígenas.
- Discriminação e preconceito com relação aos povos indígenas.
- Políticas de desenvolvimento econômico baseadas em atividades extrativistas de grande impacto sobre os territórios indígenas e seus recursos.

Apresentação da situação epidemiológica na região

A versão integral do “Informe de Análise da Situação de Saúde de Povos Indígenas Altamente Vulneráveis no Contexto Transfronteiriço do Vale do Javari” apresenta um panorama geral da situação epidemiológica desses povos, com base em dados de domínio público de diversas fontes. A apresentação da situação epidemiológica foi realizada por agravo de notificação compulsória, nos recortes espaciais do município de Atalaia do Norte e do DSEI Vale do Javari, no Brasil; e da região de Loreto e distritos de Yaquerana e Yavarí, no Peru.

Para a análise do município de Atalaia do Norte foram utilizadas majoritariamente informações que constam no sistema oficial de informação em saúde do Brasil, o DataSUS. Para o recorte do DSEI Vale do Javari foram utilizadas informações do estudo “Diagnóstico situacional

sobre o Sistema Único de Saúde com foco no atendimento de populações indígenas e ribeirinhas” (Cerri et al., no prelo). Já para os distritos de Yavarí e Yaquerana foi utilizado o documento “Análisis de la Situación de Salud – ASIS 2018 Loreto” (Ministerio de Salud & Dirección Regional de Salud/Loreto, 2020), bem como dados do Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) disponíveis para consulta pública³¹. Para as comunidades nativas no Peru foi utilizado o estudo “Indicadores básicos em distritos com comunidades nativas 2019” (Ministerio de Cultura, 2020), também disponível para consulta pública no portal do CDC³².

Neste resumo executivo optamos por apresentar apenas as conclusões sobre a situação epidemiológica, suprimindo os gráficos, tabelas e considerações detalhadas acerca da ocorrência de cada agravo nos recortes espaciais mencionados. Recomendamos, portanto, a leitura do documento integral e seus anexos para aqueles que buscarem tais informações.

Para a construção desta apresentação da situação epidemiológica na região abrangida pelo projeto, foi necessário buscar dados epidemiológicos disponíveis em diversas fontes, com recortes temporais e indicadores epidemiológicos distintos. Cumpre assinalar, ainda, que outros fatores podem gerar dificuldade de análise e comprometer a qualidade dos dados, como subnotificação, interpretação indireta dos dados e bancos de dados desatualizados. Os dados relativos à situação de saúde da região apresentados carecem, portanto, de uma análise mais aprofundada e comparativa devido às mencionadas dificuldades metodológicas e de acesso público aos dados epidemiológicos.

Nesse sentido, uma das recomendações desta consultoria para a construção de Planos de Contingência transfronteiriços é a elaboração de uma análise de situação de saúde indígena da bacia do Javari (tal como os “ASIS” já elaborados no Peru ou estudo análogo) que utilize o mesmo recorte temporal e os mesmos tipos de indicadores para análise epidemiológica da população indígena dos dois lados da fronteira. O conhecimento dessas informações é fundamental para o planejamento e dimensionamento de intervenções em situações de surtos epidêmicos ou eventos de contato. O conhecimento das doenças mais prevalentes permite orientar

³¹ Dados disponíveis no endereço eletrônico <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/> (acessado em 10/12/2021).

³² Dados disponíveis no endereço eletrônico <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/publicaciones/indicadores-basicos-en-distritos-con-comunidades-nativas-2019/> (acessado em 10/12/2021).

intervenções no sentido de prevenir e tratar essas doenças infecciosas, construindo, conseqüentemente, um cordão sanitário para as populações mais vulneráveis.

Apesar das dificuldades apresentadas na análise dos dados, é possível indicar que o perfil epidemiológico na região estudada é marcado pela alta prevalência de doenças infectocontagiosas, em todos os grupos etários, mas principalmente entre os menores de 5 anos de idade. Os indicadores de mortalidade infantil no recorte que abrange o município de Atalaia do Norte e os distritos de Yaquerana e Yavarí são maiores do que as médias nacionais do Brasil e Peru, o que constitui um importante dado sobre a qualidade da saúde na região.

As principais morbidades registradas foram as doenças do aparelho respiratório, especificamente as doenças das vias áreas superiores, causadas em sua maior parte por vírus. Outra patologia extensamente notificada foi a malária, principalmente na sua forma vivax, com indicadores em níveis muito elevados mesmo para uma área endêmica, como é o caso do Vale do Javari. No grupo dos menores de 5 anos também se destacam os indicadores de morbidade de doenças diarreicas agudas, indicando uma deficiência no saneamento nessa região, já que essas patologias são majoritariamente de transmissão hídrica. Outro indicador importante na região é a presença das Hepatites virais dos tipos B e Delta, destacando-se a alta prevalência e baixa incidência do agravo, o que pode demonstrar um controle efetivo da patologia através de imunização e prevenção da transmissão vertical nos últimos anos.

Diante do exposto, é possível concluir que as ações de saúde voltadas para essa região devem prioritariamente agir no controle da transmissão de doenças infectocontagiosas através de ações de prevenção, proteção e imunização. O controle da circulação dessas doenças gera, conseqüentemente, um cordão sanitário no entorno desses povos altamente vulneráveis. É importante que nesse controle sejam considerados fatores mais abrangentes, como segurança territorial, garantia de acesso à água limpa, controle do desmatamento, do garimpo ilegal e da circulação de invasores no território, garantindo a efetividade do cordão sanitário.

Parte III - Sugestões e recomendações para os planos de contingência

No Brasil, diante da emergência ocasionada pelo coronavírus SARS-CoV-2, o reconhecimento da pandemia pela OMS e a declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu medidas para resposta e

enfrentamento da covid-19. No que diz respeito aos povos indígenas, uma das medidas foi a instituição do instrumento Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas, em março de 2020, com a recomendação às secretarias de saúde dos estados e municípios para que considerassem este plano na elaboração/adequação de seus Planos de Contingência e medidas de resposta específicos, de modo a contemplar as particularidades da atenção à saúde dos povos indígenas.

Os Planos de Contingência são documentos elaborados para prevenção de eventos adversos ou mitigação dos seus impactos, orientando respostas rápidas e definindo seus responsáveis. Sua elaboração constitui ferramenta importante para a orientação da intervenção sanitária adequada e oportuna. Tratando-se de populações indígenas, há que se considerar seu perfil epidemiológico, a atenção diferenciada à saúde inerente à atuação em contexto intercultural, e a influência de aspectos socioculturais no fluxo de referência para atendimentos de média e alta complexidade.

Os Planos de Contingência têm como objetivos planejar e dar suporte às ações de saúde executadas em surtos epidêmicos e situações de contato, bem como orientar profissionais de saúde dos territórios indígenas e da Rede de Urgência e Emergência sobre planejamento, comunicação, condutas e tomada de decisões frente a uma emergência em saúde. Além disso, têm a função de definir estratégias de atuação e recursos necessários de acordo com os possíveis cenários epidemiológicos. Do ponto de vista administrativo têm a finalidade de definir o fluxo de comunicação e incorporar de maneira coordenada, o planejamento, a operacionalização e o monitoramento dos serviços de saúde e das instituições parceiras envolvidas.

Assim como na construção de qualquer política pública que envolva as sociedades indígenas, a participação de representantes das comunidades indígenas e de suas organizações e associações é fundamental na elaboração e implementação dos Planos de Contingência. Garantir essa participação possibilita que as concepções e práticas indígenas sobre a saúde, doença e cura, bem como suas próprias formas de enfrentamento a epidemias e situações críticas de saúde sejam respeitadas, levadas em conta e façam parte dos Planos de Contingência. As histórias dos contatos dos diversos povos indígenas com a sociedade nacional nos mostram como a maioria desses povos sobreviveram a epidemias e outras calamidades sanitárias e assim desenvolveram estratégias próprias para garantirem sua sobrevivência em tais situações. Além disso, a implementação de medidas que não dialoguem com as práticas e concepções indígenas acerca da doença e cura tendem a não obter adesão ou, o que é mais grave, violar preceitos ou a ética das culturas específicas, desrespeitando o direito constitucional que cada um desses

povos tem à sua diferença cultural e social em relação à sociedade envolvente e demais sociedades indígenas.

Nesse sentido, cabe destacar as ações da Articulação dos Povos Indígenas no Brasil (Apib), cuja atuação foi fundamental para que o governo federal determinasse a implementação de medidas fundamentais de enfrentamento da covid-19 nas terras indígenas. Foi só a partir da petição da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 709, ajuizada em junho de 2020 no Supremo Tribunal Federal (STF) pela APIB, e acatada pela suprema corte em agosto do mesmo ano, que o governo federal tomou as medidas necessárias para instalar e manter barreiras sanitárias para proteção das 31 terras indígenas em que estão localizados povos indígenas isolados e de recente contato contra o coronavírus, e para a elaboração de um plano de enfrentamento da covid-19 para os povos indígenas brasileiros.

Algumas organizações indígenas, como a União dos Povos Indígenas do Vale do Javari (Univaja), que representa os povos indígenas habitantes da TI Vale do Javari, elaboraram seus próprios planos de contingência para o enfrentamento da covid-19 em suas terras, em diálogo com os DSEIs e com as comunidades indígenas.

A região delimitada pelo presente estudo conta com a presença de povos indígenas isolados e de recente contato, sendo assim há que se considerar a elaboração de Planos de Contingência também para situações de contato. Processos de contato com povos indígenas isolados são sempre considerados emergências em saúde, devido ao histórico da relação de povos nessa situação com as doenças infecciosas e a vulnerabilidade sócio-epidemiológica a que estão submetidos, conforme descrito anteriormente neste informe. Na região do Vale do Javari a elaboração dos planos para situações de contato já foi posta em prática nos processos de contato com grupos do povo Korubo, até então isolados, nos anos de 2014, 2015 e 2019. A elaboração desses planos se baseou em diversos conceitos presentes na Portaria Interministerial 4.094 (Brasil, 2018) que *“define princípios, diretrizes e estratégias para a atenção à saúde dos povos indígenas isolados de recente contato”*. A importância desta portaria é o reconhecimento pelo Estado brasileiro da vulnerabilidade a que estão submetidos estes grupos. Além disso, deixa clara a necessidade de trabalho conjunto e articulado entre as equipes de indigenistas lotadas na Funai e os profissionais da saúde indígena lotados na Sesai (Rodrigues, 2021).

A construção da portaria se inicia em fevereiro de 2013, com a criação de um grupo de trabalho interministerial envolvendo a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), do Ministério da Saúde, e a Fundação Nacional do Índio, do Ministério da Justiça e Segurança Pública, com a intenção de elaborar diretrizes e estratégias de saúde para povos indígenas

isolados e de recente contato. No mesmo ano, por iniciativa da Organização do Tratado de Cooperação Amazônica, foi realizada uma oficina nacional sobre metodologias de atenção à saúde, proteção e promoção de direitos dos povos indígenas isolados e de recente contato no Brasil, e foi elaborado um relatório técnico sobre a assistência sanitária que tem sido e deve ser prestada a eles (Rodrigues, 2014). Com essas discussões, que além da Funai e Sesai envolveram setores do governo e da sociedade civil que têm interface com a política indigenista e com a proteção dos direitos indígenas, foi possível iniciar a construção de alianças e metodologias que tiveram papel fundamental nos processos de contato que aconteceram em 2014, 2015 e 2019 nas terras indígenas Kampa e Isolados do Envira (AC), Vale do Javari (AM) e Caru (MA), nos quais não ocorreram nem epidemias nem mortes.

Dois pontos fundamentais a serem destacados são: (1) a construção dos Planos de Contingência deve ocorrer previamente ao evento de contato ou surto epidêmico; e (2) este instrumento deve ser permanentemente revisitado e atualizado com a participação das instituições e agentes envolvidos. Estas questões são fundamentais para assegurar a agilidade de resposta e efetividade da implantação das medidas de prevenção e mitigação previstas nos Planos de Contingência.

Alguns princípios são fundamentais para a elaboração dos PC:

- **Prevenção:** Intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações do entorno e isolados. Evitar intervenções e condutas que afetem ou dificultem a realização de práticas socioculturais tradicionais, incluindo aquelas que digam respeito à saúde, alimentação, habitação e ritual; e de condutas de saúde potencialmente danosas, tais como o excesso de medicação e procedimentos clínicos desnecessários;
- **Proteção:** A alta vulnerabilidade sócio-epidemiológica a que estão submetidos esses povos decorre de um conjunto de fatores, individuais e coletivos, que fazem com que os grupos isolados e de recente contato sejam mais suscetíveis a adoecer ou irem a óbito em função, principalmente, de doenças infecciosas corriqueiras como gripes, diarreias e doenças imunopreveníveis. Outros fatores que concorrem para sua maior vulnerabilidade estão relacionados a sua forte relação com o meio ambiente onde vivem e a possibilidade de contatos, ainda que fugazes, com profissionais de saúde, indigenistas, invasores e com populações do entorno de suas áreas, inclusive com grupos indígenas contatados com quem compartilham territórios.

- **Precaução:** Diante das evidências diretas ou indiretas da presença de indígenas isolados, o contato deve ser evitado, e a proteção de seus territórios garantida por parte do Estado brasileiro. Faz parte do princípio da precaução a divulgação e conscientização, regional, nacional e internacionalmente, de sua presença e do risco de extinção física do grupo que o contato pode acarretar.
- **Autodeterminação:** O respeito à autonomia dos povos/grupos isolados e suas decisões quanto às suas relações e vidas, sobretudo quanto ao seu “isolamento”.
- **Resolutividade:** Efetuar o maior número de ações e procedimentos dentro das terras indígenas evitando, sempre que possível não colocar em risco a saúde da pessoa;
- **Complementaridade e intersetorialidade** nas iniciativas de atenção à saúde entre os órgãos e as instituições que possuem a atribuição de promover a assistência à população indígena.

As medidas necessárias para a construção de um PC pleno devem se basear nesses princípios. A seguir analisaremos algumas dessas medidas.

A primeira etapa de um plano de contingência é definir os aspectos culturais, demográficos e epidemiológicos das populações alvo do plano e as populações que vivem no entorno da região de abrangência dele. A definição da situação epidemiológica da região permite prever possíveis cenários de surtos e epidemias e seus prováveis agentes etiológicos, auxiliando na disponibilização de insumos médicos necessários para seu combate ou mitigação. A análise demográfica permite estimar a quantidade de insumos necessários para a ação tanto do ponto de vista da saúde quanto de questões logísticas (alimentação, combustível, EPI etc.). Já o estudo dos aspectos culturais traz a possibilidade de uma abordagem que respeite as especificidades dos conceitos de saúde-doença, alimentares e ritualísticas. A definição da situação epidemiológica também permite uma ação preventiva no tratamento de enfermidades infecciosas do entorno, possibilitando a criação de um “cordão sanitário”, sendo uma medida de prevenção de surtos epidêmicos e proteção dos povos em isolamento.

Outro aspecto importante é a definição dos possíveis atores que podem ser acionados durante situações de surtos epidêmicos ou contato. Esses atores devem ser sensibilizados em relação às vulnerabilidades a que estão submetidos os povos da região, seus aspectos epidemiológicos e culturais. É vital que esses atores sejam capacitados para agir de forma a respeitar a autodeterminação dos povos indígenas e evitar medidas invasivas, que se choquem com aspectos culturais tradicionais ou gerem algum tipo de dependência da relação com os não

indígenas. Dentro da definição dos atores é importante que se defina previamente as equipes de saúde, indígenas e indigenista que participarão desses supostos eventos (contato ou surto epidêmico). Essa necessidade se dá por aumentar a velocidade de resposta para as situações, capacitação prévia dos atores no que diz respeito aos aspectos específicos desses povos e suas normativas de atendimento. É importante que haja uma sensibilização sobre todos esses aspectos com as possíveis referências de saúde e as populações que vivem no entorno dos territórios indígenas ou no entorno de indígenas em isolamento.

As equipes que atuam nesses eventos, além de previamente definidas e capacitadas, devem estar com a situação vacinal regularizada, não apresentar qualquer sinal ou sintoma de doença infecciosa ativa e atualizada quanto aos protocolos clínicos de enfrentamento do surto epidemiológico em questão. Sempre que possível, devem contar com a participação de indígenas que auxiliem os processos de tradução inerentes a contextos de contato – não apenas em sua dimensão linguística, mas também relativa à cosmologia, às práticas socioculturais, à política, dentre outros aspectos envolvidos nesses processos.

Outro fator a se considerar é a possibilidade de uma degradação rápida da economia do grupo durante um surto epidêmico ou situação de contato, tornando fundamental o suporte e a segurança alimentar, que deve ser baseada em produtos naturais, como frutas, mandioca *in natura*, farinha de mandioca, polvilho e tubérculos, como batata doce e cará (sempre levando em conta e respeitando os tabus alimentares que o grupo respeita em situações de doença). No caso de eventos de contato, é preciso evitar ao máximo a oferta de produtos multiprocessados, que podem não ser bem aceitos ou causar problemas na saúde do grupo e/ou gerar relações de dependência.

Em relação às ações intersetoriais, é importante que se estabeleçam os fluxos de comunicação entre as equipes de campo e o nível local de saúde, entre o nível local e o nível central, e entre o nível local e as referências em saúde de média e alta complexidade, permitindo uma tomada de decisões rápida e respaldada tanto nos protocolos de consulta aos usuários quanto aos protocolos clínicos vigentes, principalmente quando envolve remoções do território para tratamento de populações de recente contato. Essas relações intersetoriais podem garantir que os espaços de atendimento e permanência nas referências atendam minimamente a alimentação e o modo de vida tradicional, principalmente para os de recente contato. Nesse sentido, é também fundamental o diálogo regular com comunidades e organizações indígenas, cuja cooperação é decisiva em contextos de compartilhamento territorial entre isolados e contatados como é o caso do Vale do Javari.

Como foi dito acima, na região delimitada pelo projeto há a presença de povos indígenas isolados e de recente contato, sendo assim é de extrema importância que sejam desenvolvidos planos de contingência específicos para situações de contato, consideradas por si só emergências em saúde devido à vulnerabilidade sócio-epidemiológica a que esses povos estão submetidos. Nesse sentido há que se contemplar outros fatores na construção desses planos.

Outro fator decisivo é a questão das imunizações, o histórico de contato dos povos indígenas com a sociedade envolvente é marcado por epidemias de doenças infectocontagiosas, e boa parte delas imunopreveníveis como o sarampo, a coqueluche, a varicela, a tuberculose, entre outras. Portanto, logo após o evento de contato e o controle das doenças infecciosas ativas – se houver – deve-se planejar a imunização de toda a população contatada, incluindo adultos e idosos, resguardadas as contraindicações etárias de cada vacina. Todas as vacinas devem ser aplicadas concomitantemente, dando preferência a apresentações com vários imunizantes, como as vacinas penta e heptavalentes; para que se evite perdas de oportunidade vacinal, já que esses povos após o contato podem optar por voltar ao isolamento (porém voltariam, no caso, já protegidos contra doenças que poderiam ser fatais para a estrutura do grupo). Durante o planejamento deve-se realizar esclarecimentos sobre o que são as vacinas e como funcionam de forma que esses povos possam tomar uma decisão sobre a aplicação com informações suficientes. Para esse esclarecimento a participação dos indígenas de povos já contatados há mais tempo, e que trabalham como intérpretes é vital. Outro método interessante é a vacinação da equipe que participa do evento tanto para estimular a imunização como para gerar um vínculo de confiança.

Para esses povos as remoções para tratamento hospitalar devem ser feitas somente em casos especiais e para serviço previamente sensibilizado, seguindo um fluxo pactuado de antemão. A escolha de equipamentos, medicamentos e insumos deve ser norteada para a resolução dos problemas em campo, evitando-se remoções desnecessárias. Aparelhos de ultrassonografia e radiologia portáteis, hemoglobímetro, oxímetros e testes rápidos para malária e doenças sexualmente transmissíveis são exemplos de incorporação tecnológica adequada.

Outro mecanismo importante quando se trata de povos isolados ou de recente contato são períodos de quarentena, de acordo com o contexto epidemiológico atual, realizados antes da entrada em contato com esses indígenas, com o objetivo de evitar a entrada de patógenos infecciosos externos. Em situação de emergência pode-se optar pela não realização da quarentena desde que haja justificativa compatível com o benefício a esses povos.

Os PCs devem ainda trazer orientações relativas à segurança e conduta esperada dos profissionais participantes da situação de contato, como o estabelecimento de regras relativas à divisão do trabalho e responsabilidades, a alimentação, a higiene, a produção de imagens, o porte de armas, a comunicação institucional e o zelo com equipamentos. Além de definir regras quanto ao oferecimento de alimentos aos indígenas (principalmente industrializados), uso de Equipamentos de Proteção Individual, atenção ao meio ambiente e destino adequado de dejetos, principalmente de resíduos infectantes.

Bibliografia

- AMORIM, Fabrício. *Povos Indígenas Isolados da Terra Indígena Vale do Javari*. Brasília: Coordenação Geral de Índios Isolados/Fundação Nacional do Índio, 2008. 45 p.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. *Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica*. 4º relatório, 18 abril 2020. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudeindigena/wpcontent/uploads/sites/12/2020/04/Relat%C3%B3rios-t%C3%A9cnicos-COVID-19_procc-emap-ensp-covid-19-report4_20200419-indigenas.pdf
- ALCALDE-RABANAL JE, LAZO-GONZÁLEZ O, NIGENDA G. “Sistema de salud de Perú”. In: *Salud Publica de México*, Vol. 53, Suplemento 2 de 2011. pp. S243-S254. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v53s2/19.pdf (acesso em 20 de outubro de 2021).
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA & ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA. *A Covid-19 e os povos indígenas: desafios e medidas para controle do seu avanço*. Disponível em <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/a-covid-19-e-os-povos-indigenas-desafios-e-medidas-para-controle-do-seu-avanco/45866/> (acesso em 20 de outubro de 2021).
- AZEVEDO, M.; DAMASCO, F.; ANTUNES, M.; Martins, M. H.; Rebouças, M. P. *Análise de Vulnerabilidade Demográfica e Infraestrutural das Terras Indígenas à COVID-19: caderno de insumos*. Disponível em: <http://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/Caderno-Demografia-Indigena-e-COVID19.pdf> (acesso em 20 de outubro de 2021).
- BECHELANY, Fabiano Campelo. *Suasêri: a caça e suas transformações com os Panará*. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília. Brasília: UnB, 2017. 316 p.
- BELO, E. N.; ORELLANA, J. D. Y.; LEVINO, A.; BASTA, P.C. *Tuberculose nos municípios amazonenses da fronteira Brasil-Colômbia-Peru-Venezuela: situação epidemiológica e fatores associados ao abandono*. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2013; 34(5): 321–329.
- CENTRO DE TRABALHO INDIGENISTA. *A grave situação das hepatites B e D no Vale do Javari*. Brasília: CTI, 2004.

- _____. *A grave situação de saúde no Vale do Javari continua, mesmo após um ano de denúncias*. Tabatinga: CTI, 2005.
- _____. "Descaso e morte no Javari". In: RICARDO, Fany (org.). *Povos Indígenas no Brasil: 2006-2010*. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2011, pp. 367-369.
- CENTRO DE TRABALHO INDIGENISTA & INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. Saúde na Terra Indígena Vale do Javari: diagnóstico médico-antropológico, subsídios e recomendações para uma política de assistência. São Paulo: CTI & ISA, 2011, 134 p. Também disponível no endereço: http://bd.trabalhoindigenista.org.br/sites/default/files/saudev02baixa_0.pdf (acesso em 10 de dezembro de 2021).
- CENTRO ECUMÊNICO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO. *Povos Indígenas no Brasil: v. 5 – Javari*. São Paulo: CEDI, 1981, 152 p.
- CERRI, Roberta Aguiar; COLOMA, Carlos; CORDEIRO, Diego. *Diagnóstico situacional sobre o Sistema Único de Saúde com foco no atendimento de populações indígenas e ribeirinhas - Produto 3: Diagnóstico do status das redes de atendimento de saúde para indígenas e ribeirinhos a partir do levantamento de dados secundários e revisão bibliográfica*. Fundação Amazônia Sustentável, no prelo.
- CESARINO. *Oniska: A poética da morte e do mundo entre os Marubo da Amazônia ocidental*. 2008. 469 p., xii p. Tese de doutorado. Museu Nacional/ PPGAS/UFRJ, Rio de Janeiro, 2008a.
- _____. "Babel da floresta, cidades dos brancos?". *Novos Estudos*, [São Paulo], v. 82, p. 133-148. 2008b
- COIMBRA JR., C. E. A.; SANTOS, R. V.; CARDOSO, A. M. "Processo saúde–doença". In: BARROS, D. C.; SILVA, D. O.; GUGELMIN, S. Â. (orgs.). *Vigilância alimentar e nutricional para a saúde Indígena* [online]. Vol. 1. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 47-74. ISBN: 978-85-7541-587-0. Available from: doi: 10.7476/9788575415870.004. Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/fyyqb/epub/barros-9788575415870.epub>.
- COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. *Pueblos indígenas em aislamiento voluntario y contacto inicial en las Américas: recomendaciones para el pleno respeto a sus derechos humanos*. Washington: OEA/IWGIA, 2013.
- CONSELHO NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS. *Resolução CNDH nº 13, de 15 de abril de 2020, "Estabelece recomendações quanto aos cuidados de saúde e garantias de direitos de grupos especialmente vulneráveis no contexto da pandemia de Covid-19"*. 2020.
- CONTRERAS-PULACHE, Hans; PÉREZ-CAMPOS, Pamela; HUAPAYA-HUERTAS, Oscar; CHACÓN-TORRICO, Horacio; Champin-Mimbela, Daniela; Freyre-Adrianzén, Lissette; Arévalo-León, Carolina; TORRES-LLAQUE, Silvia; BLACK-TAM, Carolina. "La salud en las comunidades nativas amazónicas del Perú". *Revista Peruana de Epidemiología* [en línea]. 2014, 18(1), 1-5. Disponível no endereço <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203131355012> (acesso em 16 de setembro de 2021).
- COSTA, Luiz. "Os outros dos outros: os Kanamari no Vale do Javari". In: RICARDO, Beto & RICARDO, Fanny (orgs.). *Povos Indígenas no Brasil 2001/2005*. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006.
- _____. *As Faces do Jaguar: Parentesco, História e Mitologia entre os Kanamari da Amazônia Ocidental*. Tese de Doutorado. Museu Nacional/ PPGAS/ Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

- COUTINHO, Walter. *Hepatopatias no Vale Do Javari: Virulento Agravo à Saúde Indígena e Afronta aos Direitos Humanos*. Manaus: Ministério Público Federal, Procuradoria da República no Amazonas, 2008.
- _____. *Exploração petroleira em territórios indígenas na bacia do rio Jaquirana*. Manaus: Ministério Público Federal, Procuradoria da República no Amazonas, 2014.
- DAHLGREN G, WHITEHEAD M. *Policies and Strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
- D'ÁVILA, Janekele Reis. *Os Kulina-Pano do Vale do Javari: histórias, memórias e atuação política*. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia, Instituto de Ciências Humanas e Letras da Universidade Federal do Amazonas. Benjamin Constant: PPGSCA/UFAM, 2018. 115 p.
- HUERTAS, Beatriz; ALVARADO, David Freitas; BAUER-GOULDEN, Adam; HIDALGO, Withman Sánchez; NASCIMENTO, Hilton S. *Corredor Territorial de Pueblos Indígenas en Aislamiento y Contacto Inicial y de Bosques Continuos Yavari-Tapiche – fundamentos jurídicos, antropológicos y ambientales*. Lima: ORPIO, ORAI, UNIVAJA, CTI, RFN, 2021. 287 p.
- KIMURA, Lucinete Okamura. *Epidemiologia molecular do vírus da hepatite B em população indígena dos Rios Curuçá e Itaquaí no Vale do Javari, estado do Amazonas*. Manaus: UFAM, 2011.
- MARINHO, Gerson Luiz et al. "Mortalidade infantil de indígenas e não indígenas nas microrregiões do Brasil". *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 72, n. 1, p. 57-63, Fevereiro de 2019. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000100057&lng=en&nrm=iso (acesso em 14 de setembro de 2021)
- MATOS, Beatriz A. "Os Mayoruna e a vigilância da fronteira". In: RICARDO, Fany & RICARDO, Beto, (Eds.) *Povos Indígenas no Brasil 2001/2005*. São Paulo: Instituto Socioambiental. p. 443.
- _____. *Os Matses: aspectos históricos e contemporâneos*. Manuscrito. Brasília: Centro de Trabalho Indigenista. 2008a. Disponível em: < HYPERLINK "<http://bd.trabalhoindigenista.org.br/?q=node/2975>"<http://bd.trabalhoindigenista.org.br/?q=no de/2975>>.
- _____. *Os Matses*. Verbete online. 2008b. Disponível em: < HYPERLINK "<http://pib.socioambiental.org/pt/povo/matses>"<http://pib.socioambiental.org/pt/povo/matses>>.
- _____. *Os Matses e os Outros: elementos para a etnografia de um povo indígena do Javari*. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social. Rio de Janeiro: Museu Nacional, UFRJ. 2009.
- _____. *A visita dos espíritos: ritual, história e transformação entre os Matses da Amazônia brasileira*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Rio de Janeiro, 2014.
- _____. "O ataque dos espíritos e a desconstituição da pessoa entre os Matses". In: ARAÚZ, L. C. & APARICIO, M. (Eds.). *Etnografías del suicidio en América del Sur*. Quito: Editora Universitaria Abya-Yala, 2017^a, pp. 149-170.
- _____. "Caminhos e malocas: conjuntos na Amazônia Ocidental". *R@u Revista de Antropologia da UFSCar* 9(1):37-60, 2017b.

- _____. "Povo onça, povo larva: animais e plantas na constituição da pessoa, diferenciação de gênero e parentesco matses". *Revista de Antropologia* 61(3):109-129, 2018. DOI: <https://doi.org/10.11606/2179-0892.ra.2018.152038>.
- _____. "Conflito, mediação e parentesco: as relações Matis-Funai-Korubo no Vale do Javari". In: RICARDO, Fany & GONGORA, Majói Fávero (Orgs.). *Cercos e Resistências: Povos Indígenas Isolados na Amazônia Brasileira*. 1ed. São Paulo: Instituto Socioambiental, v. 1, 2019, pp. 132-137.
- MATOS, Beatriz & MARUBO, Jorge. 2006. "Colapso no atendimento provoca retorno de epidemias". In: RICARDO, Beto & RICARDO, Fany. *Povos Indígenas no Brasil: 2001-2005*. São Paulo: Instituto Socioambiental, pp. 444-445
- MENDONÇA, Pollyana & TAVARES KANAMARY, José Ninha. 2011. "Os Kanamari no Vale do Javari - uma outra história". In: RICARDO, Fany (org.). *Povos Indígenas no Brasil 2006-2010*. São Paulo: Instituto Socioambiental, pp. 370-374.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE & FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO. *Portaria Conjunta do Ministério da Saúde e da FUNAI nº 4.094, de 20 de dezembro de 2018*. Define princípios, diretrizes e estratégias para a atenção à saúde dos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato. Disponível em: http://portal.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/57220459 (acesso em 14 de setembro de 2021)
- MINISTERIO DE SALUD. *Lineamientos para la prevención de infecciones respiratorias y COVID-19 en zonas cercanas a población indígena en aislamiento y contacto inicial en el Perú*. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, 2020.
- MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. *Recomendação nº 11/2020-MPF*. 2020. Disponível em <http://www.mpf.mp.br/df/sala-de-imprensa/docs/RecomendacaoSaudeIndigenaCOVID19.pdf> (acesso em 14 de setembro de 2021)
- NASCIMENTO, Hilton S. *Caracterização socioambiental do entorno da Terra Indígena Vale do Javari*. Produto preliminar. CTI, 2019.
- _____. *Diagnóstico de ameaças e pressões territoriais à Terra Indígena Vale do Javari e entorno*. Brasília: Centro de Trabalho Indigenista, 2020.
- NASCIMENTO, Hilton & ERIKSON, Philippe. 2006. "Desastre sanitário". In: RICARDO, Beto & RICARDO, Fany. *Povos Indígenas no Brasil: 2001-2005*. São Paulo: Instituto Socioambiental, pp. 446-448
- NASCIMENTO, Thalya; FEITOSA, Pedro; LUCENA, Ana; VIEIRA, Jacyanne; OLIVEIRA, Ítalo; PINHEIRO, Sally. "Povos indígenas em risco: prevalência étnica e regional da leishmaniose tegumentar no Brasil". *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*. Vol. 9. pp. 862-870, 2021.
- NUTELS, Noel. "Medical problems of newly contacted indian groups". In: *Biomedical Challenges Present by the American Indian*, pp. 68-76. PAHO Scientific Publication nº 165. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana de Saúde, 1968.
- OBSERVATÓRIO DOS DIREITOS HUMANOS DOS POVOS INDÍGENAS ISOLADOS E DE RECENTE CONTATO. *Informe OPI nº 02. A ameaça do COVID-19 e o risco de genocídio dos povos indígenas isolados e de recente contato*. 2020. Disponível em <https://povosisolados.com/2020/05/14/informe-opi-n-2-a-ameaca-do-covid-19-e-o-risco-de-genocidio-dos-piirc/> (acesso em 03 de janeiro de 2022).
- ORGANIZAÇÃO DAS ALDEIAS MARUBO DO RIO ITUÍ. *Urgente! Informe de invasores na Terra Indígena do Vale do Javari no rio Ituí*. Ofício nº 42/OAMI/2020, de 27 de julho de 2020.

- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Directrices de protección para los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial de la región amazónica, Gran Chaco y la región oriental de Paraguay. Genebra: Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos, 2012.
- ORGANIZAÇÃO DO TRATADO DE COOPERAÇÃO AMAZÔNICA. *Principios y directrices para la atención a la salud de pueblos aislados y en contacto inicial*. Brasília: OTCA, 2014a.
- _____. Lineamentos regionales amazónicos de protección de pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial: normas y guías técnicas en salud – pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial. Brasília: OTCA, 2014b.
- _____. Marco estratégico para la protección de los pueblos indígenas en aislamiento voluntario y contacto inicial: Compendio de las actividades realizadas en la fase I (2011-2014) y la fase II (2016-2018). Brasília: OTCA, 2018.
- PERU. *Indicadores Básicos en distritos con comunidades nativas 2019 - Situación de Salud del Perú en comunidades nativas*. Ministerio de Salud, 2019. 18p. Disponível no endereço <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/wp-content/uploads/2021/01/Indicadores-basicos-2019.pdf> (acesso em 21/09/2021).
- PITMAN, N.; VRISENDORP, C.; MOSCOSO, J. I. R.; PAWLAK, B. A.; CHAVÉZ, L. R.; MÉNDEZ, L. C.; COLLANTES, M. V. & RIMACHI, P. F. *Peru: Matses. Rapid Biological Inventories Report 16*. Chicago, Illinois: The Field Museum, 2006. 131 p. Disponível no endereço: http://fm2.fmnh.org/rbi/results_per16.asp (acesso em 10 de dezembro de 2021)
- RAPOZO, Pedro; SILVA, Reginaldo Conceição; RADAELLI, Aline. À margem das margens: conflitos socioambientais, territorialidade e as lutas pelo reconhecimento identitários das comunidades rurais da tríplice fronteira amazônica Brasil, Colômbia e Peru. 41º Encontro Anual da ANPOCS.
- CERRI, Roberta Aguiar; ALBERTONI, Lucas. “Questões epidemiológicas e desafios no atendimento aos chamados povos isolados. Uma experiência de contato com os Korubo”. *Amazônica - Revista de Antropologia*, [S.l.], v. 9, n. 2, p. 808-831, abr. 2018. ISSN 2176-0675. Disponível em: <<https://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/5676>>. Acesso em 21 de setembro de 2021. doi:<http://dx.doi.org/10.18542/amazonica.v9i2.5676>.
- RIBEIRO, Darcy. *Os índios e a civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno*. São Paulo: Companhia das Letras, p. 254-356. 1996.
- RODRIGO OCTAVIO, Conrado B. *Rios, varadouros e outros caminhos: fronteiras e territorialidades em transformação no Vale do Javari*. Dissertação (mestrado), Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015, 202 p.
- _____. “Retomada da exploração de petróleo e gás no Vale do Javari”. In: RICARDO, Fany et al. (Eds.). *Povos Indígenas no Brasil: 2011/2016*. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2017. p. 394-397.
- RODRIGO OCTAVIO, Conrado B. & NASCIMENTO, Hilton S. “Proteção em risco”. In: RICARDO, Fany & GONGORA, Majoí Fávero (Orgs.). *Cercos e Resistências: Povos Indígenas Isolados na Amazônia Brasileira*. 1ª ed. São Paulo: Instituto Socioambiental, v. 1, 2019, pp. 145-150.
- RODRIGO OCTAVIO, Conrado B.; COELHO, Maria Emília; SILVA, Victor Alcântara e (Eds.). *Proteção e isolamento em perspectiva: experiências do projeto Proteção Etnoambiental de Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato na Amazônia*. 1ª ed. Brasília: Centro de Trabalho Indigenista, 2020. 407 p.

RODRIGUES, Douglas. “Proteção e Assistência à Saúde dos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato no Brasil”. Relatório de consultoria ao Programa Marco Estratégico para Proteção dos Povos Indígenas em Isolamento Voluntário e Contato Inicial da Organização do Tratado de Cooperação Amazônica. São Paulo: 2014.

_____. “Desafios da atenção à saúde dos povos isolados e de recente contato”. In: RICARDO, Fany & GONGORA, Majoi Fávero (Orgs.). *Cercos e Resistências: Povos Indígenas Isolados na Amazônia Brasileira*. 1ed. São Paulo: Instituto Socioambiental, v. 1, 2019, pp. 39-47.

RODRIGUES, Douglas; ALBERTONI, Lucas; MENDONÇA, Sofia Beatriz Machado de. “Antes só do que mal acompanhados: contato e contágio com povos indígenas isolados e de recente contato no Brasil e desafios para sua proteção e assistência à saúde”. *Saúde e Sociedade* [online]. 2020, v. 29, n. 3, e200348. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902020200348>>. Epub 07 Dez 2020. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020200348> (acessado em 21 de setembro de 2021).

SAÉNZ, David Adan Teixeira. *Territorialidade, transnacionalidade de uma religião na fronteira Brasil/Peru: os Israelitas do Novo Pacto Universal*. Artigo apresentado na 31ª Reunião Brasileira de Antropologia, disponível no endereço <https://www.31rba.abant.org.br/arquivo/downloadpublic?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyl7czoZNDoiYToxOntzOjEwOiJJRF9BUiFVSUZlIjtzOjM6IjE2Mii7fSI7czoXOiJoljtzOjMyOihZTZkYTg1ODJlMjgyYTBlZTVjMGM4YmM4OTUyNTgxZSI7fQ%3D%3D> (acesso em 10 de janeiro de 2021).

SANTOS, Thiago Arruda Ribeiro. 2020. Relatório de Viagem - Elaboração dos etnomapas e levantamento da agrobiodiversidade Marubo do Curuçá. Relatório de atividade. CTI, 2020.

SANTOS et al. “Indigenous children and adolescent mortality inequity in Brazil: What can we learn from the 2010 National Demographic Census”. *SSM - Population Health*. Volume 10, April 2020. Disponível em <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2352827319303180?token=5A1CDCEE51645706F421E39D9CC3A00976FF5D89AFED87A5FC800B0CE2FABE2B1AE33863685ECDF86256A384A3C59CCB> (acessado em 21 de setembro de 2021).

SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. Relatório resumido Sesai – Semana Epidemiológica 47/2021: Relatório das ações realizadas pela Sesai para enfrentamento da pandemia da Covid-19. Brasília: Ministério da Saúde, 2021 (disponível no endereço https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewie1u-igfX1AhXRqJUCHcyJBUgQFnoECAGQAQ&url=https%3A%2F%2Fsaudeindigena1.websiteseguro.com%2Fcoronavirus%2Fpdf%2FRelatorio%2520Resumido_SESAI_Coronavirus.pdf&usg=AOvVaw3Dii9TwQ5K0bCnqfwXeqZ4, acessado em 03 de janeiro de 2022).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. *Avaliação do Grupo de Interesse em Saúde Indígena da SBMFC sobre a situação da atenção aos povos indígenas frente a pandemia de COVID-19*. Rio de Janeiro, 06 de junho de 2020. Disponível em <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2020/06/Avaliacao-GIE-SBMFC-sobre-situacao-CC%7a%CC%83o-povos-indigenas-na-Covid-19.pdf>

UNIÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO VALE DO JAVARI. *Terra Indígena do Vale do Javari já revive os tempos de conflitos sangrentos dos anos 70*. Informe nº 010, de 26 de dezembro de 2018.

VAZ, Antenor. 2019. *Pueblos indígenas en aislamiento: territorios y desarrollo en la Amazonía y el Gran Chaco* [‘Informe regional’]. Disponível no endereço <http://landislife.org/wp-content/uploads/2019/10/Land-is-life-25-septiembre-2019.pdf> (acesso em 2 de dezembro de 2021).