



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO  
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA

# **PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA SITUAÇÕES DE CONTATO COM POVOS INDÍGENAS ISOLADOS**

## **REFERÊNCIA Nº 59 Kawahiva do Rio Pardo**

## **Plano de Contingência** *Kawahiva do Rio Pardo–59*

<b>REGISTRO</b>	<b>NOME</b>
Nº 59	Kawahiva do Rio Pardo
<b>DSEI REFERÊNCIA</b>	<b>DSEI ENTORNO</b>
Vilhena	.
<b>POLO BASE</b>	<b>POLO BASE ENTORNO</b>
Aripuanã	Juína

### **1. Introdução**

Os Planos de Contingência são documentos elaborados para prevenção de eventos adversos ou mitigação dos seus impactos, orientando respostas rápidas e definindo seus responsáveis.

Historicamente, o contato entre grupos de Povos Indígenas Isolados (PII) com não indígenas ou com indígenas em contato permanente foi responsável por deflagrar processos epidêmicos com elevada mortalidade. A eficiência e a eficácia dos serviços de saúde pública disponibilizados desde o início do processo de contato são determinantes da manutenção e ou recuperação populacional do grupo.

Por isso, a elaboração de Planos de Contingência para situações de contato constitui ferramenta importante para a orientação da intervenção sanitária adequada e oportuna.

Ressalta-se que as ações de saúde aqui previstas não substituem as práticas e medicinas próprias dos povos em questão.

### **2. Finalidade**

O presente Plano de Contingência tem como finalidade prevenir e mitigar os efeitos negativos à saúde dos povos ou grupos indígenas em processo de contato com não indígenas e indígenas em contato permanente no município de Colniza-MT.

### **3. Princípios**

- a) **Auto-determinação:** O respeito à autonomia dos povos/grupos isolados e suas decisões quanto às suas relações e vidas, sobretudo quanto ao seu “isolamento”.
- b) **Proteção:** A alta vulnerabilidade sócio-epidemiológica desses 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 de doenças infecciosas corriqueiras, como doenças respiratórias, diarreicas, doenças imunopreveníveis, entre outras. 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 e com populações do entorno de suas áreas, em especial com grupos indígenas contatados que compartilham seus territórios.

c) **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 e nacional e internacionalmente, de sua presença e do risco de extinção física do grupo que o contato inadvertido pode acarretar.

d) **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;

e) **Resolutividade:** Efetuar o maior número de ações e procedimentos dentro das terras indígenas evitando, sempre que possível, remoções que possam colocar em risco a saúde da pessoa;

f) **Complementariedade 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.

## 4. Objetivos

### 4.1. Objetivo geral

Planejar e dar suporte às ações de saúde executadas pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) por meio do Distrito Sanitário Especial Indígena Vilhena (DSEI (Vilhena) e da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), por meio Frente de Proteção Etnoambiental Madeirinha-Juruena e da Coordenação Regional Cuiabá, bem como orientar profissionais de saúde do DSEI e da Rede de Urgência e Emergência do SUS sobre planejamento, comunicação, condutas e tomada de decisões frente a uma situação de contato com grupos indígenas até então isolados.

### 4.2. Objetivos específicos

- Gerar informações relevantes e definir níveis de alerta que orientem possíveis intervenções na saúde dos povos indígenas isolados em situação de contato;
- Definir estratégias de atuação e recursos necessários ante a um evento de contato com grupos de povos indígenas isolados;
- Definir fluxo de comunicação entre as instituições envolvidas;
- Definir condutas e comportamentos em situações de contato; e
- Incorporar de maneira coordenada, o planejamento, a operacionalização e o monitoramento dos serviços de saúde e das instituições parceiras envolvidas.

## **5. Níveis de atuação**

A aplicação do Plano de Contingência para quebra de isolamento entre grupos indígenas deve ser realizada por meio de atividades específicas a serem implementadas no Pré-Contato e no Contato.

### **5.1. Pré-contato**

Considera-se situação de pré-contato quando um determinado grupo indígena isolado demonstra sinais que evidenciam a possibilidade de aproximação ou mesmo de um contato iminente. Neste caso, as informações decorrentes do monitoramento dos registros/evidências dos PII são essenciais para os preparativos e alerta junto a seus profissionais e reforço das ações de prevenção com as populações do entorno.

#### **5.1.1. Avaliação de Risco pré-contato**

##### **Critérios de risco**

A Terra Indígena Kawahiva do Rio Pardo encontra-se bem preservada devido à atuação e presença constantes da Funai. Contudo, está localizada na região do “Arco do Desmatamento”, com forte pressão por parte de “grileiros” e madeireiros ilegais. Nesse ponto, o risco maior está em uma invasão por parte desses infratores que venha a gerar um contato e uma contaminação dos indígenas, o que se agrava pela reduzida capacidade de fiscalização da equipe em razão da ausência das forças de segurança na BAPE desde abril de 2020. Outro risco de contato seria no caso de os indígenas buscarem ferramentas, como machados e facões, nas fazendas que circundam a área declarada. Em havendo segurança para a realização das atividades de fiscalização, vigilância e monitoramento, os indígenas devem permanecer em segurança. Em qualquer sinal de maior pressão de uma área próxima à ocupação dos indígenas o DSEI será notificado.

#### **5.1.2. Preparação**

Seguem ações úteis que devem ser iniciadas no pré-contato e que precisam de continuidade durante e nas fases subsequentes.

- Definição de equipe(s) de referência e qualificação dos profissionais para atuação junto aos Povos Indígenas Isolados (*Anexo 1*);
- Adoção de medidas de saúde dirigidas à população do entorno, indígena e não indígena, com o objetivo de criar um Cordão Sanitário no entorno e evitar o contágio por doenças transmissíveis (*Anexo 1*);
- Promover ações de sensibilização das comunidades e populações do entorno para a presença dos PII;
- Minimizar o risco de transmissão de doenças infectocontagiosas pelas equipes ingressantes no território indígena com presença de povos isolados, considerando as orientações da Nota Informativa nº14/2020-COGASI/ DASI/ SESAI/ MS e do Protocolo Sanitário de Entrada em Terras Indígenas;

- Definição de atribuições e competências institucionais (*Anexo 13*).

### 5.1.3. Monitoramento pré-contato

O DSEI deve sistematizar as informações relativas ao perfil epidemiológico das comunidades do entorno dos isolados, para o planejamento das ações que serão deflagradas no contato, assim como para o levantamento de insumos necessários.

Além disso, atuar em conjunto com a Frente de Proteção Etnoambiental (FPE) e, se for o caso, articular junto a outros órgãos governamentais das esferas federal, estadual e municipal a implementação de barreiras sanitárias, no intuito de evitar e/ou reduzir a transmissão da COVID- 19 e outras doenças transmissíveis no entorno dos isolados.

Monitorar as seguintes situações:

- Acompanhamento dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), COVID-19, Doença Diarreica Aguda (DDA), malária (*definido as prioritárias, considerando as doenças endêmicas da região*);
- Cobertura vacinal do entorno (*deve estar em 90%*);
- Principais causas de mortalidade (*no último ano*);
- Principais morbidades (*no último ano*);
- Caracterização do povo e território.

#### 5.1.4.1. Caracterização do povo

*(A caracterização do povo consiste nas principais características pertinentes, tais como número de indivíduos, perfil etário, estado aparente de saúde, etc. São informações que deverão ser sistematizadas em conjunto com a Frente de Proteção Etnoambiental local)*

**Quadro 1 – Caracterização do povo**

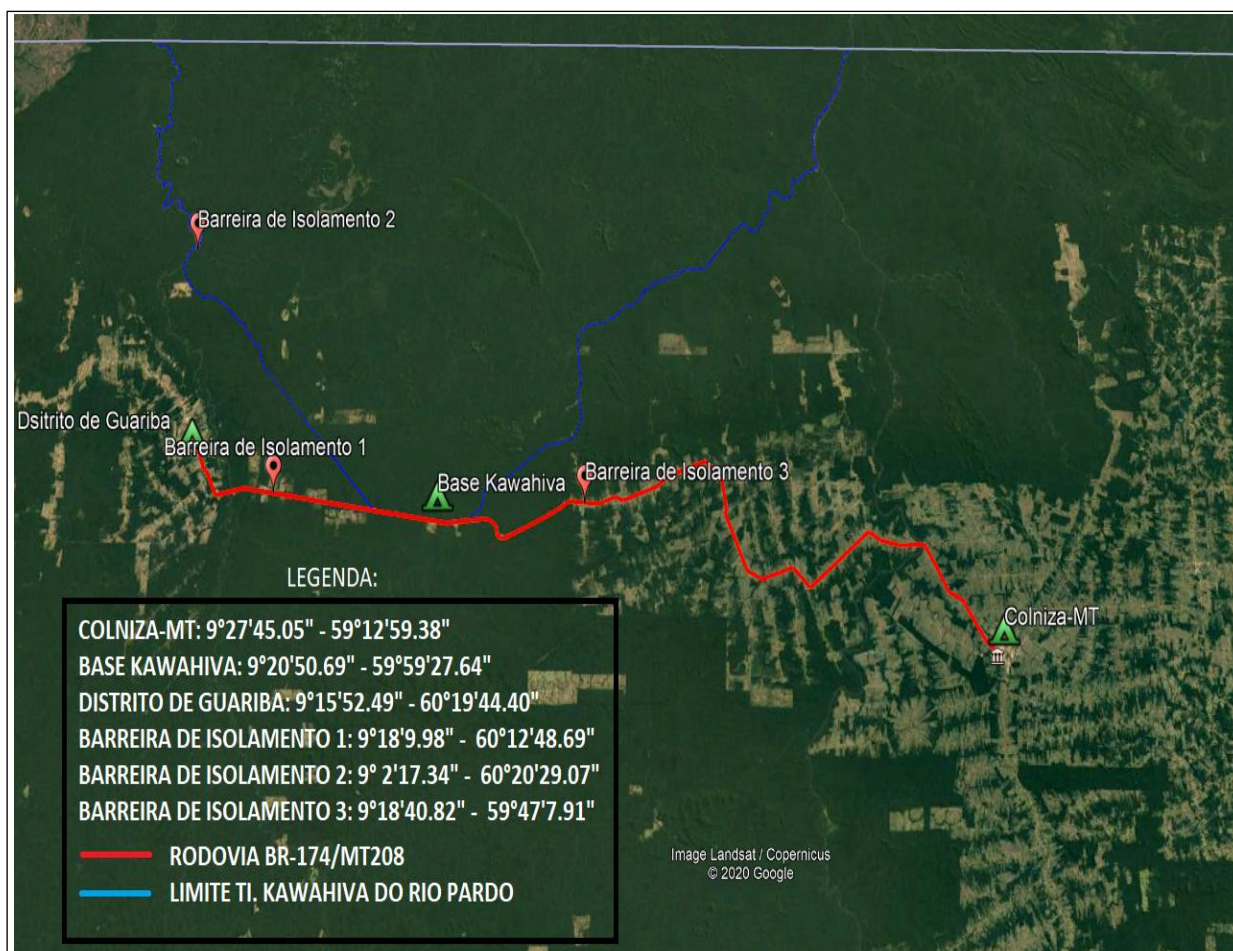
<b>Número aproximado de indivíduos</b>	Estimam-se de 35 a 40 pessoas
<b>Gênero e perfil etário (adultos e crianças)</b>	Grupo dividido entre adultos, jovens e crianças; não se sabe sobre a existência de muitos idosos.
<b>Estado aparente de saúde</b>	Bom estado de saúde
<b>Raio de deslocamento</b>	Deslocam-se por grandes áreas, uma vez que são nômades e caçadores-coletores
<b>Identificação da língua, família ou tronco Linguístico</b>	Tupi-Kawahiva
<b>Informação sobre o comportamento do povo com relação a aproximações (se os eventuais contatos já existentes foram pacíficos ou tensos)</b>	O grupo rechaça a aproximação, já tendo lançado flechas em equipes da Funai. Contudo, tudo indica que conhecem o Coordenador Jair Candor, que há 20 anos realiza expedição na região, sabendo-o não ser inimigo
<b>Outras informações relevantes</b>	Grupo sofre grande pressão, necessitando de uma área ambientalmente íntegra para prosperar

### 5.1.4.2. Caracterização do território e localização do povo indígena isolado em questão

Quadro 2 – Caracterização do território

<b>Polo base</b>	Aripuanã
<b>Polos Base entorno</b>	Juína
<b>Possíveis localizações dos PII</b>	Por toda a terra indígena
<b>Outras aldeias/comunidades/agrupamentos populacionais no entorno</b>	Cidade de Colniza-MT a 100 km da BAPE e distrito do Guariba, a 40 km da BAPE
<b>Ambiente: Hidrografia (Rios, igarapés, etc.) mais próximos, relevo e vegetação.</b>	Floresta amazônica com muitos igarapés, que secam durante parte do ano
<b>Estradas</b>	BR 174 no limite sul da terra indígena
<b>Pistas de pouso próximas</b>	Cidade de Colniza-MT
<b>Ameaças externas</b>	Grileiros e madeireiros ilegais
<b>Outras informações relevantes</b>	A maior dificuldade consiste na falta de segurança para atividades de vigilância e fiscalização, o que vulnerabiliza ainda mais os indígenas isolados

*(inserção de mapa com as informações cartográficas)*



#### 5.1.4. Meios de acesso e transporte

Quadro 3 – Caracterização das condições de acesso e estrutura de transporte

	Polo Base	Localização dos PII	Transporte de Emergência	Outros Meio de Transporte/ Veículo.	Tempo de deslocamento	Observações sobre sazonalidade
<b>Descrição</b>	(Nome do Polo Base)	(Coordenadas ou referências geográficas da localização dos PII)	(Meio de transporte, coordenadas ou referências geográficas do local de pouso)	(Meio de transporte e veículo)	(Tempo de deslocamento até o local onde estão localizados os PII)	(Observações sobre a influência da sazonalidade sobre a locomoção)
<b>Cenário 1</b>	Aripuanã	São nômades, não havendo localização exata	Pista de pouso em Colniza, acessível por estrada de chão (BR 174) a partir da BAPE	Camionete	3 horas de carro da BAPE, fora o deslocamento pela floresta	No período de chuvas as estradas ficam muito prejudicadas dificultando a locomoção

#### 5.1.5. Caracterização da rede de saúde local e regional

Quadro 4 – Caracterização da estrutura para possível remoção para a rede de referência

Estabelecimento/ Secretaria	Especialidades	Transporte disponível	Acesso	Distância/ Tempo	Município/ Estado	Contato
Hospital Municipal Santo Antônio Aripuanã.	Atendimento em pronto socorro; internação em clínica médica; cirurgias de pequeno porte; realiza RX e Ultrassonografia.	Camionete	Terrestre	250km/4 horas	Aripuanã/MT	(66)3565-1473
Hospital Municipal de Juína DR Hideo Sakuno	Atendimento na especialidade de: Ortopedista ambulatorial e cirurgia; cardiologia; oftalmologista e cirurgia catarata; cirurgia vascular; otorinologia e clínica médica e pediatria; neurologia; obstetria;	Camionete	Terrestre	400km/8 horas	Juína/MT	(66)3566-2190

	endocrinologia; urologia; internação clínica médica e cirurgia; realização; RX, Ultrassonografia; tomografia (terceirizada); eletrocardiograma; eletroencefalograma (terceirizado) e endoscopia.					
Laboratório Municipal de Juína	Laboratório de média e alta complexidade, com competências em coordenar a rede de laboratório público e privados que realizam análises de interesse em saúde pública, realiza o controle de qualidade analítica da rede estadual, procedimento laboratoriais de maior complexidade para complementação diagnóstico. Ainda é responsável por habitar laboratórios integrados à rede estadual.	Camionete	Terrestre	400km/8 horas	Juína/MT	(66)3566-2190

### 5.1.6. Definição e composição das equipes de referência e criação da Sala de Situação

Para execução deste Plano de Contingência deverão ser identificadas 3 (três) equipes com diferentes níveis de atuação compostas por servidores/colaboradores da SESAI e FUNAI:

<p><b>Equipe de Referência Central:</b> Composta por servidores designados da SESAI e da FUNAI, que apoiará na tomada de decisões e encaminhamentos relativos ao nível central;</p> <p><b>Equipe de Referência Local:</b> Composta pela coordenação do DSEI e coordenação da Frente de Proteção Etnoambiental;</p> <p><b>Equipe de Campo:</b> Três equipes identificadas e capacitadas para atuar no contato sendo: <b>2 equipes de referência</b> para situações de contato e <b>1 equipe de retaguarda</b>, composta por: SESAI: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e microscopista (<i>se for o caso</i>); FUNAI: indigenista ou sertanista, mateiro, motorista, intérpretes e colaboradores indígenas, antropólogo e linguista (<i>se for o caso</i>).</p>
---



1. (Os profissionais selecionados devem ter conhecimento sobre o conteúdo do Plano de Contingência e deve ser avaliado também o seu perfil para atuação em situações de contato, em decorrência da tensão que costuma permear essas situações). (é necessário prever equipes de retaguarda, uma vez que a estadia junto aos indígenas pode se prolongar a depender da situação); (sugere-se ao menos 1 (uma) profissional do sexo feminino na equipe de saúde para abordagem às mulheres. (o Anexo 3 deve conter o quadro atualizado com informações das equipes de referência);

2. Todos os profissionais que compõem as equipes de campo participarão de processo de treinamento, conforme Anexo 1.

3. Em campo, estas equipes devem seguir os termos de conduta da FUNAI (Anexo 4), as Condutas de segurança (Anexo 5) e o presente Plano de Contingência;

4. A comunicação do contato deve seguir o fluxograma do Anexo 6 e as diretrizes do item 5.2.8 deste Plano de Contingência;

5. Assim que acionado o Plano de Contingência deve-se ser instaurada Sala de Situação para diálogos, compartilhamento de informações e acordos de responsabilidades com (especificar instituições, por exemplo: Exército Brasileiro, Polícia Federal, Ministério Público Federal, Defesa Civil, municípios do entorno, associações indígenas, hospitais) e pessoas convidadas que estejam envolvidas direta e indiretamente no contato com o grupo isolado. Nela devem estar obrigatoriamente representantes da FUNAI e SESAI da Equipe de Referência Local;

6. A Sala de Situação será coordenada pela FPE e o DSEI e seus encontros devem ser realizados com periodicidade (especificar), podendo ocorrer em intervalo de tempo menores desde que convocado pela coordenação.

#### **5.1.7. Recursos necessários**

Medicamentos e insumos necessário e disponibilidade conforme demonstra Anexo 7.

#### **5.2. Contato**

Considera-se um contato a situação durante e imediatamente após a quebra do isolamento de um grupo indígena anteriormente considerado como povo isolado. Este momento é de extrema vulnerabilidade sócio-epidemiológica para os indígenas e deve-se acionado o plano de contingência para evitar a propagação de doenças advindas do contato no grupo contatado.

Os integrantes da equipe de campo, composta pelas equipes da FUNAI e da SESAI, antes de entrarem em campo devem estar com cartão de vacinação em dia, passar por exame clínico realizado por profissional de saúde e cumprir os procedimentos de isolamento.

Vale lembrar que os PII desconhecem nossos procedimentos de diagnóstico e tratamento, por isso podem interpretá-los de maneira muito diferente às nossas intenções, motivo pelo qual deve-se ter cuidado e cautela.

### **5.2.1. Principais agentes etiológicos envolvidos nas epidemias relatadas historicamente com grupos isolados**

#### **VIRAIS:**

- Influenza;
- Outros vírus respiratórios;
- Rotavírus;
- Sarampo;
- Varicela zoster;
- Hepatite A.

#### **PARASITÁRIOS:**

- Malária.

#### **BACTERIANOS:**

- Pneumococo;
- Haemophilus influenza;
- Outras bactérias Gram +;
- DST (incluindo a tricomoníase, de etiologia parasitária).

### **5.2.2. Doenças e agravos frequentes**

- Doenças de pele;
- Infecções respiratórias agudas não complicadas (vias respiratórias superiores);
- Conjuntivites, otites;
- Doenças diarreicas e parasitoses;
- Feridas ou traumatismos (queimaduras, feridas cortantes, contusões).

### **5.2.3. Ações de assistência à saúde**

Em uma situação de contato, as equipes de saúde deverão evitar a imposição do modelo biomédico às práticas tradicionais de saúde e autocuidado dos PIIRC, respeitando suas culturas e sua autonomia.

Os primeiros atendimentos de saúde de povos indígenas em situação de contato deverão contemplar as ações de vacinação, a realização de exames sorológicos e o preenchimento da ficha de identificação (Anexo 8). O fluxograma do primeiro atendimento está disponível no Anexo 9.

#### **5.2.3.1. Isolamento Social ou quarentena**

Consiste em uma estratégia de isolamento para prevenção de contaminações de determinados agentes infecciosos e possíveis surtos epidêmicos. O isolamento deve abranger o período de incubação de

possíveis contaminações por vírus que possam vir a assolar os indígenas em situação de quebra de isolamento, como o da gripe, por exemplo. Deve-se seguir as orientações para povos indígenas isolados e de recente contato que estão previstas na Nota Informativa nº14/2020-COGASI/ DASI/ SESAI/ MS e no Protocolo Sanitário de Entrada em Terras Indígenas.

### **5.2.3.2. Vacinação**

A vacinação é uma das ações de saúde mais importantes para se realizar durante o contato. No entanto, não deve ser a primeira ação a ser realizada por tratar-se de uma ação invasiva. Embora deva ser priorizada, não é uma atividade de emergência que deve ser executada obrigatoriamente no primeiro dia de atendimento. A ação dependerá do cenário de contato e da aceitação por parte dos indígenas.

É de extrema importância um suporte de comunicação com participação de intérpretes e pessoas experientes, de forma a iniciar um diálogo para o estabelecimento de uma confiança mínima, além da demonstração por meio de exemplos visíveis do que se deseja realizar. Somente após o consentimento dos indígenas contatados, deve-se iniciar a vacinação. As equipes de saúde devem acompanhar os eventos adversos pós-vacinais, bem como outros sinais e sintomas apresentados nas 48h subsequentes, não se deve vacinar no último dia. Outras orientações estão disponíveis no Anexo 10.

### **5.2.3.3. Exames sorológicos**

Os exames sorológicos são importantes para a análise do histórico epidemiológico do indígena. A realização ou não deste procedimento deve ser avaliada de acordo com a situação local. Para esta ação é necessário ter um fluxo específico de envio do material ao laboratório em tempo e de modo oportuno. Em situações de tensão ou de urgência onde não seja possível realizar coleta para sorologia e a vacinação, esta última deve ser priorizada devido ao caráter protetivo à saúde.

### **5.2.4.4 Remoções**

De acordo com o princípio da resolutividade devem-se priorizar os procedimentos dentro do território indígena evitando, sempre que possível, a remoção de pessoas. Apenas em casos graves e que extrapolam o nível de atenção local oferecida pelas equipes de saúde deve-se considerar a remoção para a rede SUS de média ou alta complexidade. A remoção deve constar no fluxograma de atendimento com a indicação de quais os centros de tratamento disponíveis na região ou a distância (Anexo 9) e deve ser realizada a partir de consulta e assentimento dos indígenas envolvidos.

### **5.2.4. Critérios de Avaliação de Risco**

O Quadro 5 apresenta os critérios de avaliação de risco envolvido deve ser utilizado para a avaliação da complexidade do contato e indicar a necessidade de reforço para a atuação da equipe. Esta avaliação deve ser realizada todos os dias.

**Quadro 5 - Critérios de Avaliação de Risco**

População	Pontuação	Acesso	Pontuação	Doença	Pontuação	Equipe	Pontuação	Relação	Pontuação
≤ 20	1	Fácil (próximo, relevo tranquilo, nível do rio, clima)	1	Sem doença / doença não infectocontagiosa	1	Plena/ Capacidade com insumos	1	Amistosa / Tranquila	1
21 a 39	2	Difícil (longe, relevo montanhoso ou desconhecido)	2	Tem doença infecto contagiosa, mas nenhum grave	2	Desfalque (RH e insumos)	2	Tensa	2
≥ 40	3	Muito difícil / mais de 1 local de contato	3	Um grave e/ou doença infectocontagiosa	3	Desfalque grave (RH e insumos)	3	Conflito	3

Pontuação (deve-se somar todos os itens para obter a pontuação do risco):

**Até 7: Alerta amarelo**

Resolução com recursos da equipe de campo a partir dos fluxos locais; Providência: Documentar e comunicar Equipe de Referência Central;

**8 a 10: Alerta laranja**

Requer ajuda de equipe de retaguarda;

Providência: Documentar e comunicar Equipe de Referência Local e Central e Instituições regionais envolvidas no fluxo.

**11 a 13: Alerta vermelho**

Requer apoio da Equipe de Referência Nível Central (Profissionais e Insumos),

Providência: Documentar, comunicar as equipes de Referência Local e Central para que estas mobilizem as instâncias necessárias: governo do estado, município, Hospital de retaguarda.

Mobilização de Forças Armadas e Força Nacional do SUS.

**14 e 15: Situação de catástrofe**

### 5.2.5. Outras orientações

No Anexo 11 constam as orientações detalhadas sobre as ações de assistência à saúde no momento do contato.

### 5.2.6. Monitoramento do contato

São indicadores para monitoramento durante o contato:

- Cobertura vacinal do povo contatado;
- Condições de saúde: detecção de doenças e agravos de saúde - avaliado por meio de exame

clínico;

- Estado nutricional - avaliado por meio da medição do peso e da altura.

### **5.2.7. Informação e comunicação**

O fluxo de comunicação se dará do seguinte modo:

- Equipe local informa diariamente a equipe do DSEI às ocorrências de saúde por meio telefônico ou por rádio;
- O DSEI consolida as informações em um quadro cronológico, conforme Anexo 12;
- As informações devem ser encaminhadas diariamente para a equipe de referência local e remetidas ao nível central da SESAI e FUNAI;
- As informações para veículos de comunicação deverão ser passadas, exclusivamente, pelos Núcleos de Comunicação da SESAI e FUNAI a nível central;
- Deve-se se respeitar as normas apontadas pela FUNAI para o registro e uso de imagens e gravações de áudio dos indígenas isolados em contato inicial e dos trabalhos da Equipe de Campo.

## **6. Anexos**

### **Anexo 1 - Qualificação dos profissionais para atuação junto aos Povos Indígenas Isolados**

Todos os profissionais identificados nas equipes de campo e de retaguarda devem estar capacitados para atuação com grupos indígenas isolados e de recente contato. Nos processos de capacitação, serão abordados os seguintes conteúdos:

1. Noções básicas de antropologia (diálogo intercultural);
2. Noções de linguística das possíveis famílias linguísticas dos grupos isolados;
3. Política de atenção à saúde dos povos indígenas com foco na atenção diferenciada (Marcos Legais em construção – anexo 19);
4. Política de proteção aos grupos indígenas isolados e de recente contato (Marcos Legais – anexo 19);
5. Noções de atendimento a urgências e emergências;
6. Contenção de surtos e epidemias;
7. Registro e qualificação de informação de saúde e sobre avistamentos de grupos indígenas isolados;
8. Simulação de contato com as Equipes de Campo, Local e Central;
9. Informações específicas.

### **Anexo 2 - Cordão ou Barreira Sanitária**

Tem como objetivo impedir a proliferação de um agente infeccioso ou epidemias provenientes de populações do entorno de povos indígenas isolados. Tendo em vista que a maioria das referências de Indígenas Isolados se encontra em Terras Indígenas compartilhadas com outros grupos/povos que mantêm

contato com a sociedade nacional, a adoção de medidas de saúde dirigidas à população do entorno é absolutamente necessária (indígenas e não-indígenas).

No caso da necessidade de isolamento, as áreas mais sensíveis são as linhas que saem da BR-174 no sentido norte em direção a Terra Indígena Kawahiva do Rio Pardo, em especial a estrada do Hilton e linha 60, bem como o Rio Guariba que faz divisa oeste a Terra Indígena Kawahiva do Rio Pardo especialmente no encontro com Rio Pardo, onde tem a possibilidade de travessia no período de seca.

### Anexo 3 - Contatos e referências das equipes

<b>Nomes dos membros da equipe de referência central</b>	<b>Telefones</b>	<b>E-mail</b>
Ricardo Lopes Dias (FUNAI)	(61) 3247-7042	ricardo.dias@funai.gov.br
Bernardo Natividade (FUNAI)	(21) 97600-0753	bernardo.silva@funai.gov.br
Tell Victor Furtado Coura (SESAI)	(61) 98183-4642	tell.furtado@saude.gov.br
<b>Nomes dos membros da equipe de referência local</b>	<b>Telefones</b>	<b>E-mail</b>
Jair Candor (FUNAI)	(65) 98121-6304	jctabriga@gmail.com
Diego Ribeiro (FUNAI)	(65) 98457-8929	diego.ribeiro@funai.gov.br
Solange Pereira Vieira Tavares – Enfermeira Coordenadora DSEI Vilhena (DSEI)	(69) 3443-2502	solange.tavares@saude.gov.br
Micaéle Caroline Costa Santos – Coordenadora Técnica DIASI (DSEI)	(69) 98145-3212	micaele.santos@saude.gov.br
<b>Nomes dos membros da equipe de campo</b>	<b>Telefones</b>	<b>E-mail</b>
Jair Candor (FUNAI)	(65) 98121-6304	jctabriga@gmail.com
Cleitton Gabriel (FUNAI)	(69) 99603-9608	cleitongabriel1985@gmail.com
Rodrigo Ayres (FUNAI)	(21) 99943-9949	rodrigoayres1986@hotmail.com
João Galdino (FUNAI)	(65) 98151-5070	joaomedeiros.funai@gmail.com
Luana Crestani Gomes – Enfermeira (DSEI/Polo Base Aripuanã)	(66) 98436-9333	luanacrestani@hotmail.com
Luana Langelly Silva Martis Oliveira – Enfermeira (DSEI/Polo Base Aripuanã)	(65) 99948-2524	mariaclaralangelly@gmail.com
José Everaldo Rodrigues do Nascimento – Médico (DSEI/Polo Base Aripuanã)	(66) 3565-2509	joseeveraldoaripuana@gmail.com
Erica Assiri Macurape – Técnica de Enfermagem (DSEI/Polo Base Aripuanã)	(66) 98116-3335	ericaassirimacurape@gmail.com
Gesika Paula Battisti – Técnica de Enfermagem (DSEI/Polo Base Aripuanã)	(66) 98110-7183	gesikapaulabattisti@gmail.com
Odílio Alves Nogueira – Microscopista (DSEI/Polo Base Juína)	(66) 98434-4131	odilio.nogueira77@hotmail.com
Hellem Susan Cavichioli – Médica (DSEI/Polo Base Juína)	(66) 99900-9790	dra.hellen@hotmail.com
<b>Outros contatos importantes</b>		
Marco Aurelio Tosta (FUNAI)	(61) 99800-6338	marco.tosta@funai.gov.br
Rozilaine Barroso de Jesus – Assistente Social (DSEI/Polo Base Aripuanã)	(66) 98421-5867	laine_barroso@hotmail.com
Francielli Luiza Silva Malaquias – Enfermeira RT. CASAI's (DSEI)	(69) 99263-7421	francielli.malaquias@saude.gov.br

#### **Anexo 4 – Condutas da equipe em campo**

- A. Em caso de acampamentos (indígenas e Equipe de Campo) serem próximos e nas margens de cursos d'água, colocar sempre os de contato dos indígenas a montante do da Equipe de Contato;
- B. Definir no primeiro dia as regras de conduta e segurança no acampamento (alimentação, higiene, divisão de trabalho e responsabilidades, uso de armas, comunicação, registro de imagens, horários, zelo com equipamentos, entre outros);
- C. Não oferecer aos indígenas alimentação com sal, açúcar e produtos industrializados;
- D. A possível troca de objetos (machado, terçado, panela, roupas) deverá ser discutida e consensuada entre os profissionais da Equipe de Campo. Deve-se evitar que os objetivos trocados possam ser veículos de contaminação de patologias e mudanças comportamentais e culturais;
- E. Quando houver troca deverão ser ensinados os procedimentos de limpeza do objetivo trocado;
- F. Criar no acampamento da Equipe de Campo um local de quarentena/observação para os novos integrantes ingressos no mesmo;
- G. Realização de exame clínico rigoroso em toda a equipe antes de entrada em área (anamnese, exame físico detalhado e teste de malária); com vacinação adequada;
- H. Uso rigoroso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs);
- I. Tratamento adequado da água para consumo (hipoclorito líquido ou sólido);
- J. Cuidados de higiene (insistência na lavagem de mãos, tornando obrigatório antes da ida ao acampamento de contato, utilização de colheres e conchas e copos para o manejo de alimentos);
- K. Colocar sabão neutro (coco) em diversos locais do acampamento (cozinha, igarapé, banheiro, trapiche, bote, entre outros);
- L. Atenção ao meio ambiente e destino adequado de dejetos, principalmente resíduos infectantes;
- M. Adequado manejo dos resíduos sólidos: utilizar sacos plásticos para posterior retirada do lixo do local;
- N. Para resíduos orgânicos, enterrá-los a pelo menos meio metro de profundidade e longe da praia;
- O. O manejo dos resíduos biocontaminados é de responsabilidade exclusiva do pessoal da saúde;
- P. Não queimar papéis e/ou outros materiais próximos aos PII pela possível associação que podem fazer com mecanismos de transmissão de doenças;
- Q. Equipe de Campo ser imunizada, ter exame de malária (para os locais endêmicos) e estar também vermifugada;
- R. Fazer banheiro abrindo um buraco, fechando-o (preferencialmente com tampa) para cobrir os dejetos, usar calcário e folhas secas (ou pó de serra) a cada uso;
- S. Os demais profissionais que ocasionalmente estejam nas proximidades do acampamento de contato não devem se aproximar do acampamento, assim como os demais indígenas (sensibilização do entorno);
- T. Toda captura de imagem no contato deve ser autorizada pelo representante da Funai. Quando autorizado fotografar os índios, nunca empunhar ostensivamente a máquina fotográfica e sempre tentar o consentimento dos indígenas para o registro;
- U. Respeitar os protocolos de comunicação, sobretudo sobre a utilização da radiofonia pelas Equipes

de Campo e Local (horários, situações emergências, temas autorizados, ente outros.) e posicionamento oficial da Equipe de Campo no diálogo com o entorno (indígena ou não) e com os próprios indígenas em contato inicial;

V. Fazer reuniões diárias com toda equipe para alinhamento da rotina diária e resolução de questões de tensões e dúvida na equipe.

### **Anexo 5 – Condutas de segurança no contato**

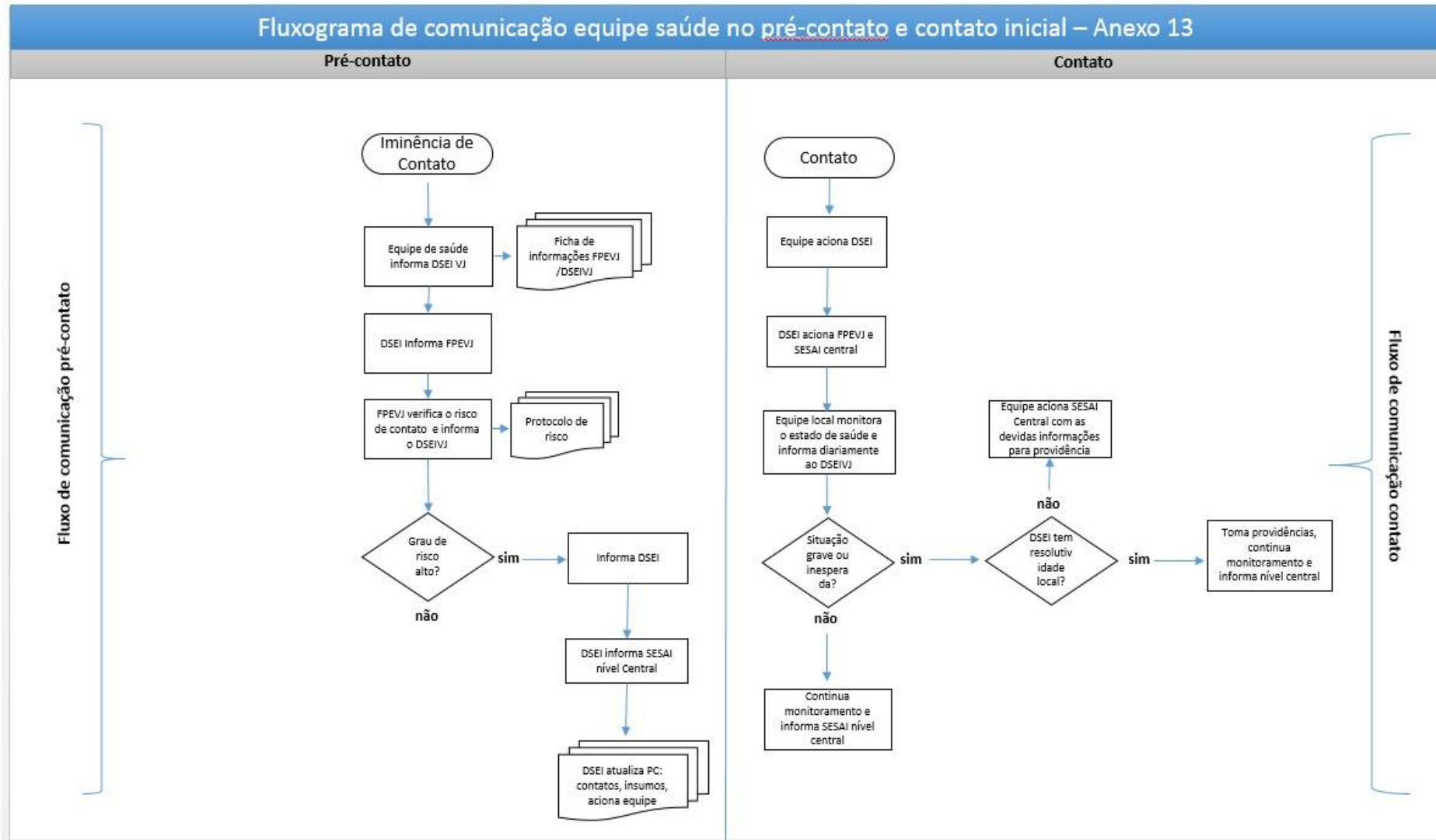
A situação de contato é um momento crucial para o estabelecimento da relação entre os indígenas contatados e os não indígenas, ou indígenas contatados. Muitas ações podem ser interpretadas de maneiras diferentes da intenção inicial. Por isto, é necessário seguir rigorosamente determinadas regras de maneira a evitar a exposição a determinados riscos. Seguem algumas orientações que poderão ser atualizadas (inclusive em campo) junto à FUNAI.

- A. Evitar a utilização de muitos objetos e acessórios (relógio, correntes, etc.);
- B. Evitar que o acampamento da equipe coincida com o acampamento dos indígenas;
- C. Não ir sozinho ao acampamento onde ficam os indígenas;
- D. Se possível não permitir/evitar a visita e pernoite dos indígenas em contato inicial ao acampamento da Equipe de Campo;
- E. Até que se tenha certeza que todo o grupo foi contatado, fazer incursões na mata no entorno dos acampamentos de contato e da Equipe de Campo para verificar se há vestígios da presença de índios isolados (avaliar se diárias ou a cada três dias);
- F. Não sair para a mata a sós ou acompanhado dos índios em contato inicial sem autorização do coordenador da Funai;
- G. Restringir o acesso ao local do contato (rio, aldeia, igarapé, roça, outros) de pessoas estranhas ou não autorizadas;
- H. Respeitar possíveis questões de gênero (evitar fazer qualquer abordagem direta às mulheres e crianças, etc.);
- I. A equipe deve estar devidamente identificada com camisas iguais, onde destaque-se a logomarca da Funai;
- J. Posicionamento da equipe quando do atendimento de saúde próximo a uma rota de fuga pré-estabelecida no acampamento de contato;
- K. Construção do acampamento da Equipe de Campo com regras e instrumentos de segurança, sobretudo nesta área com histórico recente de conflitos com os índios isolados (iluminação emergencial, distribuição de foguetes e armas de fogo, sensores de movimento artesanais ou remotos, rota de fuga e procedimentos de sobrevivência e de como se reagruparem, habitações próximas ao barranco do rio, aceiro que permita um maior campo de visão, entre outros.);
- L. Sempre fazer o atendimento de saúde próximo à equipe da Funai (servidores e colaboradores indígenas);
- M. Ter número de homens adultos, no mínimo, equivalente ao dos indígenas em contato inicial;



- N. Fazer varredura na primeira visita diária ao acampamento de contato à procura de armas escondidas (bordunas, terçados, entre outros);
- O. Sempre ao entrar no acampamento de contato, deixar a equipe de saúde por último e um vigia na embarcação com arma de fogo longa não aparente;
- P. Avaliar e determinar junto com toda Equipe de Campo o porte de arma de fogo longa próximo aos índios em contato inicial;
- Q. Evitar movimentos bruscos e demonstrar empatia, afeição e tranquilidade na relação com os indígenas;
- R. Tentar manter a calma em casos de aumento da entonação de voz e expressões intimidatórias dos indígenas em contato inicial;
- S. Explicar antecipadamente as ações que serão realizadas e só iniciá-las a partir do consentimento do indígena;
- T. É comum que os indígenas queiram ver as partes íntimas dos que chegam, os profissionais não precisam se assustar;
- U. Recomenda-se não aceitar alimentos oferecidos pelos indígenas por possibilidade de envenenamento;
- V. Discutir as dúvidas com pessoas mais experientes ou com os colaboradores indigenistas.

Anexo 6 – Fluxograma de comunicação da equipe de saúde no pré-contato e contato inicial



## Anexo 7 – Lista de medicamento e insumos

(prever a quantidade de material considerando a estimativa de pessoas num possível contato com o grupo isolado) 35 a 45 indígenas – Quantidade estimada para 30 dias.

### Medicamentos

Nº	Descrição	Quantidade
1	Aciclovir 200mg comprimido	100
2	Aciclovir 50mg/g creme	10
3	Acido fólico 5mg comprimido	600
4	Acido fólico 0,2mg/mL solução oral	10
5	Ácido salicílico 5% pomada	6
6	Albendazol 40mg/mL suspensão oral	20
7	Albendazol 400mg comprimido mastigável	20
8	Amoxicilina 500mg comprimido ou cápsula	210
9	Amoxicilina 50mg/mL pó para suspensão oral	10
10	Amoxicilina + clavulanato de potássio (50mg + 12,5mg)/mL	210
11	Amoxicilina + clavulanato de potássio 500mg + 125mg comprimido	6
12	Azitromicina 500mg comprimido	60
13	Benzoilmetronidazol 40mg/mL suspensão	10
14	Cáscara Sagrada (Rhamnus purshiana DC.) 500 mg cápsula	150
15	Cefalexina 500mg cápsula ou comprimido	420
16	Cefalexina 50mg/mL suspensão oral	15
17	Cetoconazol 2% xampu	25
18	Ciprofloxacino, cloridrato de 500mg comprimido	300
19	Claritromicina 500mg cápsula ou comprimido	200
20	Claritromicina 50mg/mL frasco 60 ml suspensão oral	10
21	Cloreto de sódio 0,9% Bolsa ou frasco de 500mL solução injetável	10
22	Dexametasona 0,1% frasco 5 mL colírio ou pomada oftálmica	6
23	Dexametasona 0,1% bisnaga 10g creme	20
24	Dexclorfeniramina, maleato de 0,4mg/mL xarope frasco	15
25	Dexclorfeniramina, maleato de 2mg comprimido	100
26	Dipirona 500mg comprimido	300
27	Dipirona 500mg/mL frasco 10 mL solução oral	25
28	Eritromicina, estolato de 500mg comprimido	100
29	Eritromicina, estolato de 50mg/mL frasco 100 mL suspensão oral	8
30	Fluconazol 150mg cápsula	40
31	Gentamicina, sulfato de 5mg/mL frasco 5 mL colírio	4
32	Guaco (Mikania glomerata Spreng.) 5% xarope	20
33	Hidróxido de alumínio 61,5mg suspensão oral	6
34	Hipromelose 0,30% colírio	4
35	Ibuprofeno 600mg comprimido	200
36	Ibuprofeno 50mg/mL solução oral	15
37	Itraconazol 100mg cápsula	40

38	Ivermectina 6mg comprimido	100
39	Lactulose 667 mg/ml xarope	4
40	Loratadina 10mg comprimido	100
41	Loratadina 1mg/ml xarope	10
42	Metoclopramida, cloridrato de 10mg comprimido	300
43	Metoclopramida, cloridrato de 4mg/mL solução oral	10
44	Metronidazol 250mg comprimido	50
45	Metronidazol 400mg comprimido	100
46	Metronidazol 100mg/g gel vaginal c/ aplicadores	6
47	Miconazol, nitrato de 2% creme	8
48	Miconazol, nitrato de 2% creme vaginal	6
49	Nistatina 100.000UI/mL suspensão oral	8
50	Nitrofurantoína 100mg cápsula	100
51	Óleo mineral	6
52	Omeprazol 20mg cápsula	200
53	Ondansetrona 4mg comprimido dispersível	60
54	Ondansetrona 8mg Comprimido	60
55	Paracetamol 500mg comprimido	150
56	Paracetamol 200mg/mL solução oral	20
57	Pasta d'água talco+glicerina+óxido de zinco+água de calcio	15
58	Permanganato de potássio 100mg pó ou comprimido	60
59	Permetrina 1% loção	15
60	Permetrina 5% loção	10
61	Piridoxina, cloridrato de 40mg comprimido	120
62	Ranitidina, cloridrato de 150mg comprimido	80
63	Ranitidina, cloridrato de 15mg/mL xarope	2
64	Salbutamol Aerosol	2
65	Sais para reidratação oral 27,9g pó para solução oral	30
66	Sulfadiazina de prata 1% creme	4
67	Sulfametoxazol + trimetoprima 400mg + 80mg comprimido	150
68	Sulfametoxazol + trimetoprima (40mg +8mg)/mL suspensão oral	10
69	Sulfato ferroso 40mg comprimido	450
70	Sulfato ferroso 25mg/mL solução oral (Estoque estratégico 12 frascos)	6
71	Sulfato ferroso 5mg/mL xarope (Estoque estratégico 12 frascos)	15
72	Sulfato de zinco xarope	15
73	Tiamina, cloridrato de 300mg comprimido	120

### Equipamentos

Nº	Descrição	Quantidade
1	Esfigmomanômetro adulto (Aparelho de pressão)	1
2	Esfigmomanômetro infantil (Aparelho de pressão)	1
3	Estetoscópio com função adulto e infantil	1
4	Glicosímetro	1
5	Nebulizador	1
6	Otoscópio	1
7	Termômetro	1

**Insumos**

<b>Nº</b>	<b>Descrição</b>	<b>Quantidade</b>
1	Alcool 70° 1000ml	1
2	Algodão rolo hidrófilo pacote	1
3	Atadura crepom 10cm	10
4	Atadura crepom 20cm	10
5	Avental descartável manga longa Und	30
6	Bolsa térmica gel Und	1
7	Caixa descartex 7L p/ perfuro cortante	1
8	Caixa descartex 13L p/ perfuro cortante	1
9	Clorexidina 2% solução alcoólica 1L	1
10	Clorexidina 0,5% alcoólica	1
11	Compressa de gaze 11 fios Pct c/ 500 Und	1
12	Compressa gaze algodoadada estéril unid	20
13	Copo descartável de 50ml pct 100 und	1
14	Cotonete caixa c/ 75 Und	1
15	Equipo macro gotas Und	8
16	Equipo micro gotas Und	8
17	Esparadrapo 10cm x 4,5m Rolo	1
18	Frasco coletor não estéril 70ml Und	10
19	Frasco coletor estéril 80ml Und	10
20	Fita adesiva hospitalar 16x50 Rolo	1
21	Fixador citológico frasco 100 ml	1
22	Fita de glicemia	50
23	Garrote adulto Und	1
24	Kit de PCCU t. P Und	5
25	Kit de PCCU t. M Und	10
26	Kit de PCCU t. G Und	5
27	Lâmina bisturi nº 12 Und	6
28	Lâmina de bisturi nº11 Und	6
29	Lençol de papel 50m x 70cm Rolo	1
30	Luva de procedimento Cx c/ 100 Und	1
31	Máscara de nebulização adulto Und	1
32	Máscara de nebulização infantil Und	1
33	Máscara descartável c/ elástico Und	50
34	Saco branco leitoso 60 litros Und	6
35	Seringa 1 ml Und	50
36	Seringa 3 ml Und	20
37	Seringa 5 ml Und	20
38	Seringa 10ml Und	25
39	Seringa 20 ml Und	10
40	Tira teste beta HCG (exame gravidez) Und	10
41	Touca descartável Und	30

Anexo 8 – Ficha de identificação



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA  
DSEI: \_\_\_\_\_

FOTO	FOTO	FOTO	N°
			ETNIA
			DATA
			SEXO M ( ) F ( )
			NASCIMENTO:
			NOMES DO ADULTO:
DATA:	DATA:	DATA:	

DATA	RESIDE EM:

NOMES DA CRIANÇA:
P/PAI:
P/MÃE:

CASOU-SE COM	N°	ETNIA

FILIAÇÃO:	N°	ETNIA

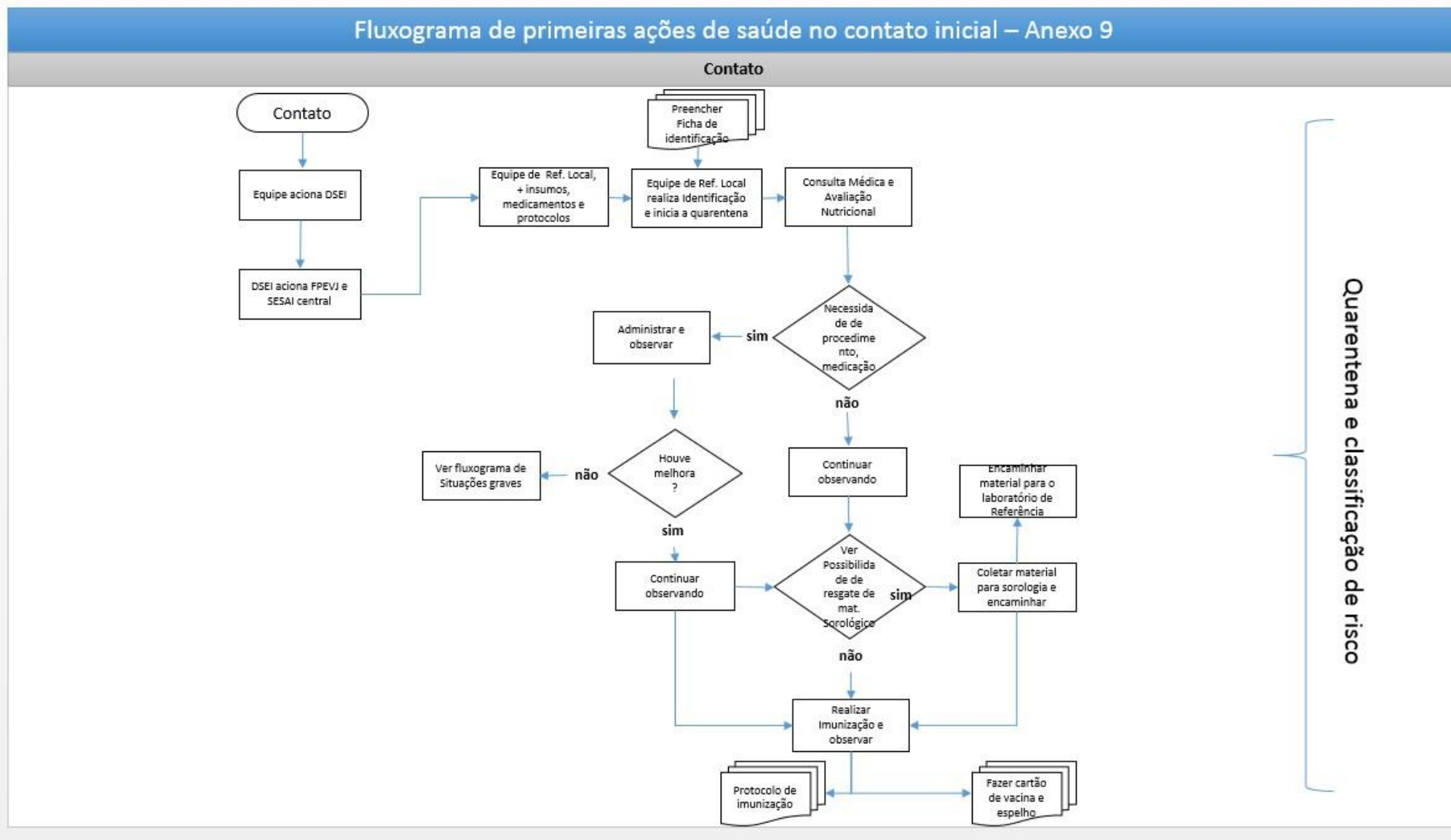
FILHOS	N°	ETNIA	FILHOS	N°	ETNIA

PRIMEIRA OBSERVAÇÃO CLÍNICA		Peso (gramas): _____	Altura (cm): _____
PELE:	GÂNGLIOS:	OLHOS, OUVIDOS, NARIZ E OROFARINGE:	
TÓRAX:	PULMÕES:	ABDOMEN:	
FÍGADO:	GENITAIS:	EXTREMIDADES:	

VACINA	DATA DA APLICAÇÃO	VACINA	DATA DA APLICAÇÃO
Pentavalente		HPV	
Rotavírus Humano (VORH)		Hepatite B	
Tetra Viral		Hepatite A	
VOP		Febre Amarela	
VIP		Tríplice Viral	
BCG		dT (Dupla Adulto)	
DTP		Influenza	
Meningocócica C		Pneumocócica 23 valente	
Pneumocócica 10 valente		Varicela	
dTpa		OBSERVAÇÃO:	



Anexo 9 – Fluxograma Primeiro Atendimento de Saúde





## Anexo 10 – Quadro de vacinação

Diante da necessidade de promoção de estratégias de vacinação e definição do calendário vacinal, visando a redução da morbidade e mortalidade por doenças imunopreveníveis nesta população, segue abaixo o esquema de vacinação indicado:

### Esquema 1

Esquema de vacinação para menores de 1 ano (lactentes – crianças de colo)					
Vacinas	1ª visita ou dose	2ª visita ou dose	3ª visita ou dose	Reforço	Esquema Básico
<b>BCG</b>	X				Dose única (Ao nascer até 5 anos)
<b>Rotavírus</b>	X	X			1ª dose 2 meses (1 mês 15 dias a 3 meses 15 dias) 2ª dose 4 meses (3 meses 15 dias a 7 meses 29 dias) Não administrar a vacina se idade desconhecida
<b>Pentavalente (DTP-Hib- HepB)</b>	X	X	X	X	3 doses (Intervalo de 60 dias, mínimo de 30 dias entre as doses) 1º reforço com Penta 6 meses após a última dose (O 2º reforço deverá ser feito com DTP ou Penta aos 4-6 anos) A Penta pode ser usada até 6 anos 11 meses 29 dias
<b>VIP</b>	X	X	X	X	3 doses (Intervalo de 60 dias, mínimo de 30 dias entre as doses) 1º reforço 6 meses após a última dose (Com VIP) 2º reforço com 4-6 anos de idade (Com VIP)
<b>Pneumo 10v</b>	X	X		X	A partir de 2 meses de idade 2 doses (Intervalo de 60 dias, mínimo de 30 dias) 1 dose de reforço aos 12 meses
<b>Meningo C conjugada</b>	X	X		X	A partir de 2 meses de idade 2 doses (Intervalo de 60 dias, mínimo de 30 dias) 1 dose de reforço aos 12 meses
<b>Gripe</b>	X	X			2 doses a partir de 6 meses de idade (primovacinação) Intervalo de 30 dias entre as doses

<b>Febre Amarela</b>	X				Dose única a partir de 9 meses de idade
----------------------	---	--	--	--	---

## Esquema 2

<b>Esquema de vacinação para crianças de 1 ano a menores de 7 anos</b>					
<b>Vacinas</b>	<b>1ª visita ou dose</b>	<b>2ª visita ou dose</b>	<b>3ª visita ou dose</b>	<b>Reforço</b>	<b>Esquema Básico</b>
<b>BCG</b>	X				Dose única (Ao nascer até 5 anos)
<b>Tríplice viral (SCR - Sarampo, Caxumba, Rubéola)</b>	X	X			2 doses a partir de 12 meses de idade (Intervalo de 30 dias entre as doses) A 2ª dose pode ser administrada com SCR ou Tetra Viral (SCRV)
<b>Varicela</b>	X	X			2 doses (Intervalo de 90 dias, mínimo de 30 dias entre doses) Pode ser utilizada vacina Varicela ou tetra viral (SCRV)
<b>Pentavalente (DTP-Hib-HepB)</b>	X	X	X	X	3 doses intervalo 60d, mínimo 30d entre doses 1º reforço com Penta 6 meses após a última dose 2º reforço com DTP ou Penta aos 4-6 anos de idade A Penta pode ser usada até 6 anos 11 meses 29 dias
<b>VIP</b>	X	X	X	X	3 doses (Intervalo de 60 dias, mínimo de 30 dias entre as doses) 1º reforço 6 meses após a última dose (Com VIP) 2º reforço aos 4-6 anos de idade (Com VIP)
<b>Pneumo 10V</b>	X	X			2 doses a partir de 12 meses até 5 anos de idade (Intervalo 60 dias entre doses) Entre 5 a 7 anos de idade, utilizar a pneumo 23v
<b>Meningo C conjugada</b>	X				Dose única (A partir de 12 meses de idade)
<b>Gripe</b>	X				1 dose anual (Na primovacinação, 2 doses com intervalo de 30 dias entre as doses)

<b>Febre Amarela</b>	X				Dose única
<b>Hepatite A</b>	X				Uma dose

### Esquema 3

<b>Esquema de vacinação para pessoas acima de 7 anos (adolescentes, adultos e idosos)</b>					
<b>Vacinas</b>	<b>1ª visita ou dose</b>	<b>2ª visita ou dose</b>	<b>3ª visita ou dose</b>	<b>Reforço</b>	<b>Esquema Básico</b>
<b>Tríplice viral (SCR – Sarampo, Caxumba, Rubéola)</b>	X	X			2 doses com intervalo de 30 dias entre as doses
<b>Varicela</b>	X	X			2 doses com intervalo 30 dias entre doses
<b>Gripe</b>	X				1 dose anual
<b>Pneumo 23v</b>	X			X	Para toda a população indígena acima de 5 anos de idade, sem vacinação prévia com Pneumo 10v 1 reforço aos 60 anos com intervalo de 5 anos da dose inicial
<b>dTpa / dT</b>	X	X	X	X	Iniciar o esquema com 1 dose de dTpa, seguida de 2 doses de dT (Intervalo de 60 dias entre doses, mínimo 30 dias) Reforço a cada 10 anos com dTpa
<b>VIP</b>	X	X	X		Para toda a população indígena (adolescentes, adultos e idosos) 3 doses (Intervalo de 60 dias, mínimo de 30 dias)
<b>Hepatite B</b>	X	X	X		3 doses (0-1-6 meses) Se necessário esquemas alternativos (0-1-2-6 a 12 meses) ou (0-2-4 meses)

<b>HPV</b>	X	X	X		Indicado para homens e mulheres entre 9 e 26 anos de idade Para a faixa etária de 9 a 14 anos – esquema de 2 doses (0-6 meses) Para a faixa etária de 15 a 26 anos – esquema de 3 doses (0-2-6 meses) Se houver dúvida quanto à idade, administrar o esquema de 3 doses (0-2-6 meses)
<b>Febre Amarela</b>	X				Dose única
<b>Meningo C conjugada</b>	X				Dose única
<b>Hepatite A</b>	X				Uma dose

#### Esquema 4

Esquema de vacinação para gestantes					
Vacinas	1ª visita ou dose	2ª visita ou dose	3ª visita ou dose	Reforço	Esquema Básico
<b>dTpa / dT</b>	X	X	X	X	1 dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação (Se período de gestação desconhecido, aplicar dTpa)  2 doses de dT (Intervalo de 60 dias entre doses)  Aplicar 1 dose com dTpa a cada gestação
<b>Hepatite B</b>	X	X	X		3 doses (0-1-6 meses)  Se necessário esquemas alternativos (0-1-2-6 a 12 meses) ou (0-2-4 meses)
<b>Gripe</b>	X				1 dose anual

## **Anexo 11 – Orientações para as ações de saúde**

Trata-se de uma comunidade tupi Kawahib remanescentes de massacre ocorrido no passado. Anteriormente eram grupo viveiam aldeiado e era agricultores, diante das pressões abandonou a aldeia e a agricultura passando a viver nômades, caçando e coletando, adotando também o hábito de se constituir em pequenos grupos para como forma de resistência e sobrevivência que facilitam assim melhor deslocamento e locomoção pelo interior da floresta.

Com relação a população do entorno, a estrada do Hilton, Linha 60 e Rio Guariba há pessoas habitando próximo aos limites da Terra Indígena, que seria necessário uma conscientização dessas pessoas sobre a existência de índios isolados na região e informá-las quanto o não ingressasse na Terra Indígena e, que, em eventual aparecimento dos isolados evitar-se qualquer tipo de contato e a aproximação, devendo-se procurar imediatamente os agentes da FUNAI e da Saúde indígena para comunicar o fato.

### **Premissas:**

- a) O contato com os PII no momento da atenção à saúde também pode os expor a novos agentes infecciosos que podem se manifestar em surtos epidêmicos durante a visita da equipe de saúde ou dias depois dela. Por isso, após o contato, os problemas de saúde com os PII podem ser cada vez mais frequentes e com consequências imprevisíveis;
- b) Toda situação de contato deve ser considerada como uma situação grave e deve ser previsto um tempo prolongado de intervenção, considerando, inclusive, ações que envolvam as comunidades do entorno (cobertura vacinal adequada, controle das endemias, controle das DST, controle da Tuberculose, dentre outras ações.);
- c) Para todas as atividades de saúde que se venham a ser realizadas a um indígena em situação de contato inicial deve se ter o consentimento da pessoa que receberá a atenção e do líder do grupo contatado (se for o caso). Para a atenção às mulheres, crianças e idosos, devem ser consultados as pessoas responsáveis por eles. Neste momento, a ajuda do antropólogo, intérprete e indigenista é fundamental;
- d) Não há obrigatoriedade de atender toda a população contatada, o cenário da situação de contato que irá determinar o modelo de intervenção.

**Anexo 12 – Quadro de informações diárias**

<b>DATA/HORA</b>	<b>INFORMAÇÃO RECEBIDA</b>	<b>RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO</b>
		<i>(nome do emissário/ função/ meio de comunicação)</i>
		<i>(nome do emissário/ função/ meio de comunicação)</i>
		<i>(nome do emissário/ função/ meio de comunicação)</i>
		<i>(nome do emissário/ função/ meio de comunicação)</i>
		<i>(nome do emissário/ função/ meio de comunicação)</i>
		<i>(nome do emissário/ função/ meio de comunicação)</i>
		<i>(nome do emissário/ função/ meio de comunicação)</i>
		<i>(nome do emissário/ função/ meio de comunicação)</i>
		<i>(nome do emissário/ função/ meio de comunicação)</i>
		<i>(nome do emissário/ função/ meio de comunicação)</i>
		<i>(nome do emissário/ função/ meio de comunicação)</i>

## **Anexo 13 - Definição de atribuições e competências institucionais**

### **Atribuição exclusiva da SESAI:**

- Planejar, formular, coordenar, implementar e avaliar as políticas de proteção e promoção de atenção à saúde dos PIIRC em todo território nacional, coletiva ou individualmente;
- Em articulação com a FUNAI, promover, interinstitucionalmente, ações de formação de servidores de outras instituições com relação à política de atenção à saúde dos PIIRC;
- Controlar e analisar os atestados médicos dos pedidos de autorização de ingresso em terras indígenas com presença de PIIRC;
- Financiar as ações de atenção à saúde indígena, incluindo os PIIRC;
- Promover por meio do SUS, a articulação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do Brasil.

### **Compete à SESAI repassar à FUNAI:**

- Plano de Contingência de Saúde para povos indígenas isolados em situação de quebra de isolamento e surtos epidêmicos em povos de recente contato;
- Relação de nomes que integrarão a Equipe de Referência Central, Equipe de Campo e o Cadastro de Especialistas;
- Diagnóstico de saúde do entorno (principais causas de morbimortalidade, situação vacinal, periodicidade de equipe em área e estrutura de saúde existente) em regiões ou TI onde ocorrerá ou se estabeleceu o contato;
- Identificar profissionais de saúde de sua rede e manter disponível uma equipe para possível atuação no caso de contato; preparar insumos e equipamentos básicos e logísticos referentes às práticas de atenção à saúde dos PIIRC.

### **Atribuição exclusiva da FUNAI:**

- Monitorar as terras indígenas ocupadas por PIIRC;
- Planejar, formular, coordenar, implementar e avaliar as políticas de proteção e promoção de direitos dos PIIRC;
- Coordenar, executar e supervisionar ações de localização, monitoramento, contato e proteção dos índios isolados e de suas terras, bem como as ações voltadas a povos indígenas de recente contato;
- Em articulação com a SESAI, promover interinstitucionalmente ações de formação de servidores de outras instituições com relação à política de recente contato, de proteção e promoção dos direitos dos PIIRC;
- Controlar e analisar os pedidos de autorização de ingresso em terras indígenas com presença de PIIRC;

- Indicar nome(s) de intérprete(s), responsabilizando-se por sua remuneração, para atuarem junto à equipe de saúde, nos casos que se fizerem necessários;
- Controlar o uso da imagem dos índios isolados e de recente contato;
- Coordenar as ações no acampamento de contato e da Equipe Local, priorizando a criação de condições adequadas para que a equipe de saúde possa atuar, as questões de segurança e a interlocução com o grupo em contato inicial e seu entorno indígena.

#### **Compete à FUNAI repassar à SESAI:**

Plano de Contingência sócio-antropológico para PII em situação de quebra de isolamento e surtos epidêmicos em povos de recente **contato**;

- Relação dos PIIRC bem como indicativos de grupos que estão na iminência de contatos, designando as prioridades;
- FUNAI manterá a SESAI informada quanto às situações dos PII relativas a informes de avistamentos, possibilidades de quebra de isolamento, dentre outras situações que envolvam perigo de saúde e vida para os PIIRC;
- Mapa com as referências de PIIRC plotadas (georreferenciadas), localização das Frentes de Proteção Etnoambientais e as respectivas Terras Indígenas;
- Informações do complexo cultural/etnia e possível língua/tronco linguístico de cada Referência;
- Informações relativas a acesso, meios de comunicação e infraestrutura das Frentes de Proteção Etnoambientais (material e humana) existentes na região ou em Terras indígenas com presença de PIIRC;
- Impactos ambientais e perigos a que os PIIRC estão submetidos;
- Relação de empreendimentos que impactam os PIIRC;
- Relação de nomes que integrarão a Equipe de Referência Central, Equipe de Campo e o Cadastro de Especialistas.

#### **Anexo 14 – Marcos legais e diretrizes da Política de Proteção e Promoção dos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato<sup>1</sup>**

- **Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU,1948);**
- **Convenção sobre Prevenção e Sanção do Genocídio (ONU,1948)** ratificada pelo Brasil em 04 de setembro de 1951 e promulgada por meio do Decreto 30.822 de 06 de maio de 1952. Destaque para o artigo 2º da Convenção: “Na presente Convenção, entende-se por genocídio qualquer dos seguintes atos, cometidos com a intenção de destruir, no todo ou em parte, um grupo nacional, étnico, racial ou religioso, tal como: a) Assassinato de membros do grupo; b) Dano grave a integridade física ou mental de membros do grupo; c) Submissão intencional do grupo a condições de existência que lhes ocasionem a destruição física total ou parcial; d) Medidas destinadas a impedir os nascimentos no seio do grupo; e) Transferência forçada de menores do grupo para outro”.

-



- **Portaria 1900 e 1901/PRES/FUNAI de 1987**, cria o Sistema de Proteção aos Índios Isolados;
- **Constituição Federal de 1988, em seu art. 231 e 232**, reconhece a organização social, os hábitos, os costumes, as tradições e as diferenças culturais dos povos indígenas, assegurando-lhes o direito de manter sua cultura, identidade e modo de ser, colocando-se como dever do Estado brasileiro a sua proteção;
- **Convenção 169 sobre Povos Indígenas e Tribais da Organização Internacional do Trabalho (OIT) – das Nações Unidas (ONU,1989)**, tem dispositivos que estabelecem para os países que a ratificaram como o Brasil – normas mínimas que visam à proteção dos grupos menos favorecidos, considerando uma igualdade de tratamento entre os povos indígenas e demais integrantes das sociedades nacionais;
- **Decreto nº 1.775/1996, art. 7º**, cabe ao Órgão Indigenista Oficial, no exercício do poder de polícia, disciplinar o ingresso e trânsito de terceiros em áreas em que se constate a presença de índios isolados, bem como tomar as providências necessárias à proteção desses grupos, por meio da restrição de ingresso de terceiros nessas áreas;
- **Portaria Nº281/PRES/FUNAI, de 20 de abril de 2000**, proibi no interior das áreas habitada por índios isolados, toda e qualquer atividade econômica e/ou comercial;
- **Declaração Universal sobre Diversidade Cultural da UNESCO (UNESCO,2001)**;
- **Convenção de Paris sobre Proteção do Patrimônio Intangível (UNESCO,2003);Declaração sobre os Direitos dos Povos Indígenas das Nações Unidas (ONU), de 13 de setembro de 2007**, declara que os povos e indivíduos indígenas, suas culturas e modos de vida, estão à altura de todos os outros em dignidade e valor; **Decreto nº 7778/2012, art.2º, inciso II, alínea "d"**, compete à Funai, através da Coordenação Geral de Índios Isolados e Recém Contatados – GIIRC e por meio das Frentes de Proteção Etnoambiental, unidades descentralizadas da Funai especializadas na proteção dos povos indígenas isolados e de recente contato, garantir aos povos isolados o pleno exercício de sua liberdade e das suas atividades tradicionais sem a necessária obrigatoriedade de contatá-los;
- **Diretrizes de Proteção para os Povos Indígenas Isolados e Contato Inicial da Região Amazônica, Grã Chaco e Região Oriental do Paraguai – Nações Unidas (ONU, 2012)**;
- **Recomendações para o pleno respeito aos direitos dos povos indígenas em isolamento voluntário e contato inicial nas Américas**. Comissão Interamericana de Direitos Humanos/Organização dos Estados Americanos. (OEA, 2013);
- **Declaração Americana sobre os Direitos dos Povos Indígenas (OEA, 2016)**. Com relação aos povos indígenas em isolamento voluntário ou em contato inicial, o Artigo XXVI da Declaração Americana assegura o direito de permanecerem nessa condição e de viver livremente e de acordo com suas culturas. O mesmo dispositivo estabelece o dever dos Estados de reconhecer, respeitar e proteger as terras, os territórios, o meio ambiente e as culturas desses povos, como já dispõe a política indigenista brasileira;
- **Portaria Conjunta nº 4.094, de 20 de dezembro de 2018**, que define princípios, diretrizes e estratégias para a atenção à saúde dos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato.

---

<sup>1</sup> YAMADA, Erica e AMORIM, Fabrício. 2016. Povos indígenas isolados: autonomia e aplicação do direito de consulta. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/ling/article/view/26661/18866>>. Acesso em 09/07/2018.

AMORIM, Fabrício e RIBEIRO, Fábio. 2017. O desmantelamento da política pública indigenista e o risco de genocídio de povos isolados e de recente contato no Brasil. Disponível em <<https://arace.emnuvens.com.br/arace/article/view/141>>. Acesso em 14/07/2018. Sítio da FUNAI: <<http://www.funai.gov.br>>. Acesso em 09/07/2018