



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA

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

**REFERÊNCIA Nº 13**  
**Hi-Merimã**

# Plano de Contingência

REGISTRO	NOME
Nº 13	Hi-Merimã
DSEI REFERÊNCIA	DSEI ENTORNO
DSEI Médio Rio Purus	DSEI Médio Rio Solimões e Entorno
POLO BASE	POLO BASE ENTORNO
Abaquadi	Marrecão e Casa Nova

## 1. Introdução

O presente Plano de Contingência tem por objetivo definir diretrizes e fluxos de atendimento relacionados a prevenção de eventos adversos ou mitigação dos seus impactos que o contato com Povos Indígenas Isolados pode acarretar, de modo a estabelecer respostas rápidas para situações de quebra de isolamento mediante definição das responsabilidades institucionais dos órgãos envolvidos neste Plano.

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 *Igarapé Mamoriazinho, afluente esquerdo do Rio Purus, Lábrea, Amazonas.*

### 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 irremediavelmente 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, 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 Médio Rio Purus (DSEI-MRP) e da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), por meio da Frente de Proteção Etnoambiental Madeira-Purus e da Coordenação Regional Médio Purus, bem como

orientar profissionais de saúde do Distrito 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

Considerando a mobilidade Hi-Merimã, destaca-se que os riscos de um contato iminente pode ocorrer em virtude do:

- Avanço dos extrativistas para retirada de óleo de copaíba e demais produtos da floresta que se encontram nas áreas de manejo/usufruto dos grupos locais que contituem o coletivo Hi-Merimã, localizado na sudoeste da Terra Indígena Jamamadi/Jarawara/Kanamati,
- Deslocamento de pequenos grupos familiares Jamamdi para áreas localizadas no limite da Terra Indígena Hi-Merimã, a montante da Base Canuaru;
- Aparecimento sazonal dos Hi-Merimã em comunidades/aldeias localizadas no curso do Médio Rio Purus, especificamente nas localidades Vila da Paz (aldeia, Polo Base Tumiã), Rio Mucuí, Igarapé Grande e Mamoriá Grande (Bela Rosa), que faz parte da RESEX Médio Purus;

Com base nas informações disponibilizadas pela FPE Madeira-Purus sobre a mobilidade dos grupos locais Hi-Merimã, fica estabelecido o presente fluxo de alerta e comunicação para situações em que se avalie o risco de iminência do contato do povo adscrito:

- I. Considerando a mobilidade e manejo florestal dos grupos locais Hi-Merimã, a FPE Madeira-Purus comunicará o DSEI MRP sobre as possibilidades de contato do grupo com outros coletivos indígenas e não indígenas, identificando os territórios do entrono com base no grau de risco – leve, médio e alto – afim de estabelecer novas barreiras sanitárias e fortalecer as medidas de prevenção do grupo quanto os riscos que o contato pode acarretar,
- II. As EMSIs que se encontram nos Polos Base localizados no entorno da Terra Indígena Hi-Merimã, quando em situações de avistamento e/ou contato prévio com indivíduos em isolamento autonomo, devem informar, em *caráter de urgência*, a FPE Madeira-Purus para verificação do risco de contato iminente;
- III. A FPE Madeira-Purus estebelecerá um fluxo de comunicação com as comunidades Extrativistas localizadas no entorno da Terra Indígena Hi-Merimã para monitoramento da mobilidade do grupo em áreas de confluência e manejo dos extrativistas;
- IV. A partir do diagnóstico realizado pela FPE Madeira-Purus, a equipe de Referência Local do DSEI MRP deverá ser informada sobre o grau de risco de contato iminente com os Hi-Merimã, para então informar a SESAI/MS sobre a incidência do contato;
- V. A Equipe de campo da FPE Madeira-Purus dará prosseguimento ao monitoramento do grupo para avaliação contínua dos riscos de contato, informando diariamente o DSEI MRP para tomada das devidas providências, conforme estabelecido neste Plano de Contingência.

### 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 (*incluso no 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 (*incluso no Anexo 2*);
- Promover ações de sensibilização das comunidades e populações localizadas no entorno para a presença dos PII (*atividade já pactuada com a Fente de Porteção Madeira-Purus, ICMBio e DSEI Médio Rio Purus*);
- 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 (*incluso no 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 (*definir 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*)

#### 5.1.4. Caracterização do povo e território

Os Hi-Merimã possuem uma Terra, homologada mediante o Decreto s/n, de 23/09/2005, que conta com uma área de 678 mil hectares. Os vestígios encontrados pela então Frente de Contato Rio Purus no início da década de 1990 indicavam a presença dos Hi-Merimã onde hoje é a porção norte de sua Terra, estimando-se que esse povo se subdividia em grupos locais.

Em função de processos migratórios, atualmente, os vestígios Hi-Merimã são encontrados, predominantemente, na porção sul de sua Terra e, eventualmente, até mesmo fora da Terra, à sudoeste desta. A título de exemplificação, há de se destacar que a expedição de monitoramento realizada pela Frente de Proteção Etnoambiental Madeira-Purus em 2016 revelou vestígios recentes Hi-Merimã às margens do Purus, muito próximos a comunidades indígenas e não indígenas circunvizinhas à Terra Hi-Merimã.

O território Hi-Merimã é monitorado pela Frente de Proteção Etnoambiental Madeira-Purus (FPE-MP) por meio de três Bases de Proteção Etnoambiental (BAPEs) e um Posto de Vigilância (PV), nomeadamente: BAPEs Canuaru, Piranha e Suruwaha e PV Jeruã.

**BAPE Canuaru:** localiza-se na margem direita do Rio Canuaru, próximo da confluência deste com o Rio Mamoriazinho. O entorno monitorado por meio da BAPE Canuaru compreende a Terra Indígena Jamamadi/Jarawara/Kanamati, mais precisamente na área onde se localizam algumas aldeias Jamamadi; e a Reserva Extrativista Médio Purus (RESEX Médio Purus), unidade gerida pelo Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade (ICMBio).

**PV Jeruã:** é jurisdicionado à BAPE Canuaru e se localiza à margem do Rio Mamoriazinho, aproximadamente quatro horas de motor de popa 40 HP à montante da BAPE Canuaru. O entorno monitorado a partir do Posto de Vigilância Jeruã corresponde à RESEX Médio Purus; à Terra Indígena Apurinã do Igarapé Mucuim, de indígenas Apurinã; e a área devoluta à oeste da TI Apurinã do Igarapé Mucuim, onde vivem algumas comunidades Apurinã e de ribeirinhos. Trata-se de um Posto que a FPE-MP ativa apenas durante os meses de janeiro a junho.

**BAPE Piranha:** localiza-se na margem esquerda do Rio Piranha, próximo à confluência deste com o Rio Aripuanã. O entorno monitorado por meio dessa BAPE é a TI Banawa.

**BAPE Suruwaha:** localiza-se na margem direita do Rio Riozinho e seu entorno é área devoluta. Somente na BAPE Suruwaha as equipes da FPE-MP atuam em parceria com as equipes do DSEI-MRP, uma vez que essa BAPE também constitui ponto de apoio às ações junto aos Suruwaha.

### 5.1.4.1. Caracterização do povo

**Quadro 1 – Caracterização do povo**

<b>Número aproximado de indivíduos</b>	Entre sessenta a oitenta pessoas estimadas
<b>Gênero e perfil etário (adultos e crianças)</b>	Embora se saiba que haja crianças, não é possível determinar o perfil etário nem o gênero da população.
<b>Estado aparente de saúde</b>	Desfrutam de uma excelente saúde
<b>Raio de deslocamento</b>	Toda a Terra Indígena Hi-Merimã (Decreto s/n, de 23/09/2005) e, mais recentemente, fora de sua Terra, mais precisamente à sudoeste desta
<b>Identificação da língua, família ou tronco linguístico</b>	A língua Hi-Merimã pertence à família Arawa. Há duas hipóteses, sendo a primeira mais plausível: <b>i)</b> que, dentro da família Arawa, trata-se de uma língua do complexo Madi, à semelhança das línguas Jamamadi, Jarawara e Banawa; <b>ii)</b> que, dentro da família Arawa, trata-se de uma língua intermediária entre o complexo madi e o complexo dawa, este último representado atualmente pela língua do povo Suruwaha.
<b>Informação sobre o comportamento do povo com relação a aproximações (se os eventuais contatos já existentes foram pacíficos ou tensos)</b>	É importante dizer que embora os Hi-Merimã não mostram nenhum sinal de que desejam romper o isolamento em que se mantêm, nos últimos anos, tem-se observado que o grupo vem se aproximando das comunidades localizadas fora da T.I, nas mediações do Mamoriá Grande, manejando áreas de usufruto comum dos Jamamadi e extrativistas/ribeirinhos. Na última expedição de monitoramento realizada no território Hi-Merimã, foi identificado um pequeno acampamento localizado há 500 metros de distância da comunidade Bela Rosa. Acredita-se que o grupo esteja alternando sua mobilidade em função do acesso aos produtos do roçado e demais utensílios que sejam de seu interesse. O aparecimento dos Hi-Merimã nessas área pode ser caracterizado como pacato, sem registros de conflitos.

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

**Quadro 2 – Caracterização do território**

<b>Polo base</b>	Abaquadi
<b>Polos Base entorno</b>	Marrecão e Casa Nova
<b>Possíveis localizações dos PII</b>	Terra Indígena Hi-Merimã e adjacências à sudoeste desta
<b>Outras aldeias/comunidades/agrupamentos populacionais no entorno</b>	RESEX Médio Purus (unidade administrada pelo ICMBio local); Comunidade Bela Rosa; Terra Indígena Jamamadi/Jarawara/Kanamati.
<b>Ambiente: Hidrografia (Rios, igarapés, etc.)</b>	Rio Mamoriazinho, que se trata de um afluente esquerdo do Rio Purus. Da foz do Rio Mamoriazinho à Base



<b>mais próximos, relevo e vegetação.</b>	Canuaru, localizada à margem direita do Mamoriazinho, gasta-se, no inverno amazônico, cerca de três horas e meia de viagem em um motor voadeira 40HP. No verão, leva-se o dia inteiro, já que no Mamoriazinho, nessa época, formam-se várias <i>corredeiras</i> e o trajeto fica particularmente perigoso.
<b>Estradas</b>	Não há
<b>Pistas de pouso próximas</b>	Aldeia Pauzinho
<b>Ameaças externas</b>	Alguns moradores da RESEX Médio Purus que insistem em adentrar ilegalmente a TI Hi-Merimã em busca da extração de copaíba e outros recursos da floresta. Assim como os Jamamadi que adentram o território para extração de óleos vegetais e produtos da floresta – caça, entre outros.

(inserção de mapa com as informações cartográficas)

### 5.1.5. Meios de acesso e transporte<sup>1</sup>

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

	<b>Polo Base</b>	<b>Localização dos PII<sup>2</sup></b>	<b>Transporte de Emergência</b>	<b>Outros Meio de Transporte/ Veículo</b>	<b>Tempo de deslocamento</b>	<b>Observações sobre a sazonalidade</b>
<b>Descrição</b>	Polo Base Abaquadi	Rio Mamoriazinho, à montante da Base Canuaru E Comunidade Bela Rosa (RESEX Médio Purus)	Transporte por via área  (pista de pouso da aldeia Pauzinho – SO722.80 WO6522.96)	<b>Fluvial</b> - 150 HP, mas caso esse tipo de deslocamento seja utilizado, o mesmo prà levar cerca de um dia de viagem, considerando o relevo hidrografico da região em que se encontra os Hi-Merimã.	Da foz do Mamoriazinho à Base Canuaru se gasta três horas e meia de voadeira 40HP no inverno amazônico e o dia inteiro no verão amazônico.  Da base do Canuaru para a aldeia Pauzinho, durante o verão amazônico, se gasta cerca de quatro horas de voadeira no mpotor 40HP. Da aldeia Pauzinho para a sede de Lábrea, se gasta cerca de 20 minutos de helicóptero.	Durante o verão amazônico, a logística de acesso às aldeias localizadas no entorno da T.I Hi-Merimã são complexas, caracterizada por extensas horas de deslocamento fluvial e jornadas pelos varadouros, que variam entre 4 a 6 horas de caminhada.
<b>Cenário 1</b>						
<b>Cenário 2</b>						

### 5.1.6. Caracterização da rede de saúde local

Considerando as diretrizes preconizadas pela Portaria Conjunta nº 4.094, de 20 de dezembro de 2018, assinada pelo Ministério da Saúde e pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), e as especificidades socioculturais e vulnerabilidade epidemiológica dos PII presentes no território,

@@@

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

<b>Estabelecimento/ Secretaria</b>	<b>Especialidades</b>	<b>Transporte disponível</b>	<b>Acesso</b>	<b>Distância/ Tempo</b>	<b>Município/ Estado</b>	<b>Contato</b>
Hospital Regiona de Lábrea	USG Endoscopia Eletrocardiógrafo Radiologia	Não há	Áereo	20 minutos	Lábrea/AM	Fernando Queiroz de Freitas <b>Diretor do Hospital</b> (97) 3331-2405

<sup>1</sup> O tempo de deslocamento apresentado está considerando apenas o tempo gasto no trajeto de ida e o ponto de partida da sede do Município de Lábrea/AM.

<sup>2</sup> A localização dos Hi-Merimã compreende as duas zonas territoriais identificadas no Quadro 3, sendo a Comunidade Bela Rosa o ponto de referência em que o contato possa ocorrer.

	Hemoterapia Fisioterapia Mamógrafo					<a href="mailto:hospital.labrea@gmail.com">hospital.labrea@gmail.com</a>
Hospital 28 de agosto (Atendimento para adultos)	Cirurgia Geral e Vascular Urgência e Emergência Ortopedia Clínica Médica	Carro Oficial DSEI/FPF	Terrestre Áereo	24 horas 4 horas	Manaus/AM	

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

Para execução deste Plano de Contingência foi instituído 3 (três) equipes com diferentes níveis de atuação, sendo elas compostas por servidores/colaboradores da SESAI e FUNAI, respectivamente:

**Equipe de Referência Central:** Composta por servidores designados da SESAI e da FUNAI, que apoiará na tomada de decisões e encaminhamentos relativos ao nível central,

**Equipe de Referência Local:** Composta pela coordenação do DSEI e coordenação da Frente de Proteção Etnoambiental;

**Equipe de Campo:** Três equipes identificadas e capacitadas para atuar no contato sendo: **2 equipes de referência** para situações de contato e **1 equipe de retaguarda**, composta por:

SESAI: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, microscopista e agente de endemias  
FUNAI: indigenista ou sertanista, mateiro, motorista, intérpretes e colaboradores indígenas, antropólogo e linguista (*se for o caso*)

É importante destacar que todos os profissionais que compõem as equipes de campo participarão de processo de treinamento, conforme estabelecido no **Anexo 1**.

Em campo, estas equipes devem seguir os termos de conduta da FUNAI, definidos no **Anexo 4** deste documento, além de cumprir com as Condutas de segurança prescritas no **Anexo 5** e demais orientações do Plano de Contingência.

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

Assim que acionado o Plano de Contingência, a Sala de Situação local deve informar a SESAI/MS e a FUNAI/MJ, bem como as instituições de apoio – Exército Brasileiro, Ministério Público Federal, Defesa Civil; ICMBio; Secretaria de Saúde do Amazonas - SUSAM; Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA/Lábrea; Hospital Regional de Lábrea e a Federação das Organizações e Comunidades Indígenas do Médio Purus com a finalidade de compartilhar informações e acordos de responsabilidades relacionados diretamente e indiretamente ao contato com os Hi-Merimã.

A Sala de Situação será coordenada pela FPE Madeira-Purus e o DSEI Médio Rio Purus, e seus encontros serão realizados com periodicidade *quinzenais*, podendo ocorrer em intervalo de tempo menores desde que convocado pela coordenação para situações de urgência.

### 5.1.8. Recursos necessários

A lista de Medicamentos e Insumos necessários estão inclusos no **Anexo 7** deste Plano de Contingência.

## 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 ser 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** disponível no **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.

Ainda, considerando o atual cenário de Pandemia do Novo Coronavírus, atenção especial se dá ao disposto no Informe Técnico nº1/2020 SESAI/MS que trata das peculiaridades socioculturais e vulnerabilidade epidemiológica dos PIIRC, e por esta razão, reforçamos a importância dos profissionais cumprirem com as orientações relacionadas as medidas de quarentena antes do ingresso nos territórios onde vivem os Hi-Merimã, considerando a iminência do perigo que o surto de COVID-19 acarretaria à população.

Desta forma, recomendamos que as medidas sejam cumpridas tanto pelos profissionais indígenas quanto não indígenas envolvidos no contato. A equipe de referência local do DSEI e FPE Madeira-Purus, monitorarão as equipes de campo definidas para atuar junto ao grupo, avaliando se as medidas estão sendo realizadas adequadamente, conforme previsto pela Portaria nº 356, de 11 de março de 2020 do Ministério da Saúde.

Em caso de contato, é obrigatório que todos os profissionais envolvidos com o contato, cumpram a quarentena e façam uso dos EPIs adequados à proteção dos indivíduos contactados, considerando a situação de isolamento dos PIIs, populações mais suscetíveis à aquisição de doenças imunopreveníveis, o que pode levá-los à óbito por não possuírem imunidade prévia das doenças comumente existentes nos demais grupos sociais. Assim, diante da necessidade de preveni-los de situações adversas, reduzindo as morbidade e mortalidade por doenças imunopreveníveis, recomenda-se que seja preconizado as orientações presentes na Nota Informativa nº 279/2018-CGPNI/DEVIT/SVS/MS, de 20 de dezembro de 2018, que institui o Calendário de Vacinação do Indígena Isolado e de Recente Contato.

### **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.

É importante destacar que o esquema vacinal preconizado para os PII, deve obedecer o Calendário definido pela Nota Informativa N° 279/2018-CGPNI/DEVIT/SVS/MS, sob orientação do Programa Nacional de Imunização.

Outras orientações relacionadas a imunização 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. Os critérios de remoção estão inseridos no **Anexo 9** deste Plano.

É importante que todo e qualquer deslocamento seja realizado a partir da 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.

**14 e 15: Situação de catástrofe**

Mobilização de Forças Armadas e Força Nacional do SUS.

### **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 quanto às ocorrências de

saúde por internet ou por rádiofonia,

- 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.

## **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 14);
4. Política de proteção aos grupos indígenas isolados e de recente contato (Marcos Legais – anexo 14);
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/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).

As ações de fortalecimento do cinturão sanitário objetivam garantir aos Hi-Merimã: **a)** proteção integral de seu território, **b)** mitigar os efeitos negativos de doenças advindas de um contato inesperado com outros povos (indígenas e não indígenas) e, **c)** dispor de uma rede interinstitucional para proteção, desenvolvimento de programas e instrumentos de sensibilização à sociedade em geral sobre a presença e vulnerabilidade do grupo, especialmente nas áreas adjacentes ao seu território.

Para que o cinturão sanitário seja efetivo, é oportuno o desenvolvimento de ações em conjunto com a FUNAI. Nesse sentido, destacamos que:

### **1.1– Ações da FPE Madeira-Purus**

A partir de suas três BAPes e do Posto de Vigilância Jeruã, a FPE-MP realiza a vigilância e o monitoramento dos territórios Hi-Merimã e Suruwaha por meio de um sistema de rodízio de suas equipes de servidores e colaboradores, cada equipe ficando em área, em média, quarenta e cinco dias. Ademais, particularmente nas Bases Canuaru e Piranha, a instituição conta com o apoio, no desenvolvimento de suas atividades, dos indígenas Jamamadi e Banawa, respectivamente. Diante disso, as ações planejadas pela FPE, algumas das quais pactuadas junto ao DSEI MRP por meio do Grupo de Trabalho Suruwaha, são as que seguem:

**Ação 1 - Redução do número de pessoas nas Bases:** na Base Suruwaha, a FPE Madeira-Purus já trabalha com uma equipe mínima, constituída, na maioria das vezes, de um servidor e dois colaboradores. Quanto às Bases Canuaru e Piranha, entretanto, a FPE conversou com os Jamamadi e Banawa para que fosse interrompida temporariamente a parceria. Dessa forma, atualmente e enquanto estiver em vigência a situação de emergência pública, a Base Piranha terá apenas três profissionais da instituição – sem o apoio dos indígenas Banawa – e seis na Base Canuaru – sem os indígenas Jamamadi.

**Ação 2 - Aumento do período em área:** No que tange às BAPes Suruwaha e Piranha, foi ampliado o período de permanência das equipes, passando de quarenta e cinco (45) para sessenta dias (60). Dessa forma, reduzem-se as trocas a serem feitas enquanto perdurar a situação de pandemia. Na BAPE Canuaru, a FPE já havia adotado o sistema de 60 dias mesmo antes da pandemia.

**Ação 3 - Quarentena de oito dias na cidade de Lábrea:** em reunião do GT Suruwaha, deliberou-se pela realização de quarentena de oito dias na cidade de Lábrea (AM) antes de cada nova equipe se deslocar às Bases.

Essa quarentena funciona da seguinte forma: oito dias antes da viagem, os membros das equipes são instruídos a permanecerem em casa, sem receberem visitas. Também são instruídos a não saírem de casa e avisarem aos profissionais da FPE Madeira-Purus/FUNAI ou do DSEI-MRP/SESAI caso venham a apresentar algum sinal e/ou sintoma de COVID-19. No dia da viagem propriamente dito, é realizado teste para COVID-19 em cada um dos membros das equipes, assim como os demais exames já realizados pela equipe de vigilância do Distrito.

Considerando os riscos de contaminação e o grau de letalidade; e também que o COVID-19 pode acarretar situações adversas no território, provocando problemas graves, **é de extrema relevância que todos os profissionais que trabalham nas BAPes sejam testados para COVID-19 depois de cumprirem a quarentena na cidade, uma vez que mesmo pessoas assintomáticas podem estar contaminadas.**

**Ação 4 - Equipamentos de Proteção Individuais:** os colaboradores que cumprirão períodos nas BAPes receberão, por parte da FPE Madeira-Purus, Equipamentos de Proteção Individuais – luvas de látex, toucas, máscaras e óculos. Na última troca de equipes, esta ação não foi implementada em virtude do fato de que os Equipamentos ainda não estão disponíveis para a instituição. **A Frente de Proteção Etnoambiental já solicitou à Coordenação Geral de Índios Isolados e de Recente Contato (CGIIRC/FUNAI) a descentralização desses Equipamentos de Proteção Individual dos profissionais.** A equipe de Saúde Suruwaha, por sua vez, receberá os EPIs por parte do Distrito Médio Rio Purus.

**Ação 5 - Ações de fiscalização no Mamoriazinho:** de sua foz à Base Canuaru, a margem esquerda do Rio Mamoriazinho é TI Jamamadi/Jarawara/Kanamati, ao passo que a

margem direita é RESEX Médio Purus. Da Base Canuaru ao Posto Jeruã, a margem direita do Mamoriazinho continua sendo RESEX Médio Purus, enquanto que a margem esquerda passa a ser TI Hi-Merimã.

Em função do fato de que, à montante da Base Canuaru, a margem direita do Mamoriazinho é RESEX Médio Purus, a FPE Madeira-Purus não se opunha a moradores da RESEX Médio Purus fazerem uso de seus recursos à montante da Base, embora os monitorassem de perto para que não adentrassem a TI Hi-Merimã. Contudo, diante da proliferação do COVID-19 no território nacional, a FPE Madeira Purus, em reunião com o ICMBio local, decidiu que o acesso à montante da Base Canuaru seria completamente fechado, inclusive aos moradores da RESEX. O ICMBio encarregou-se de comunicar os moradores da Reserva sobre os encaminhamentos da reunião.

No entanto, observando o descumprimento diário das restrições atualmente pactuadas com o ICMBio e, diante da proximidade com a TI Hi-Merimã, a FPE Madeira Purus procurou articular-se junto a polícia militar local, para realizar ações conjuntas de fiscalização no território dos PII. Entretanto, justamente em função da pandemia, há falta de contingente para uma ação fiscalizatória adequada, razão pela qual a FPE Madeira Purus está organizando uma ação no Mamoriazinho com outras instituições parceiras.

**Ação 6 - Ações de fiscalização no Rio Tapauá:** O Rio Cuniuá, que dá acesso aos territórios Hi-Merimã e Suruwaha via BAPes Piranha e Suruwaha, respectivamente, é um afluente direito do Rio Tapauá, que é, por sua vez, tributário esquerdo do Rio Purus.

A FPE Médio-Purus tem recebido informações de invasores na calha do Tapauá, principalmente de barcos pesqueiros vindos de Manacapuru e Manaus. Também está sendo organizada uma ação fiscalizatória na região, de modo a retirar os invasores que se encontram nela e, assim, evitar os riscos de proliferação e contaminação por COVID-19 nos territórios presentes nas calhas do rio Tapauá e Cuniuá.

**Ação 7 - Igarapé do Vara:** Os Jamamadi, ante o avanço do COVID-19 no município de Lábrea, e por iniciativa própria, espalharam-se para antigas localidades de moradia, sendo que um dos subgrupos montou acampamento no Igarapé do Vara, afluente esquerdo do Canuaru, à montante da Base Canuaru. Convém ressaltar que a margem esquerda do Rio Canuaru é TI Jamamadi/Jarawara/Kanamati, mas a direita é TI Hi-Merimã. Os Jamamadi, em outros termos, adotaram a estratégia do isolamento como forma de sobrevivência diante da pandemia, informando ao DSEI e à FUNAI que não desejam receber ações de saúde durante a crise de saúde existente no mundo. Ambas as instituições

decidiram pelo respeito à autonomia dos Jamamadi, estabelecendo estratégias de monitoramento e comunicação com o grupo.

Diante disso, a FPE Madeira-Purus tem realizado vigilância no trecho do Rio Canuaru entre a Base Canuaru e o Igarapé do Vara, solicitando aos Jamamadi que não adentrem o interior do território Hi-Merimã e lhes dando assistência em suas demandas durante o isolamento de seus núcleos familiares.

**Ação 8 - Orientações aos Apurinã do Igarapé Mucuí:** há comunidades à oeste da TI Apurinã do Igarapé Mucuí, fora da TI Hi-Merimã, em que foram encontrados vestígios Hi-Merimã nos últimos quatro anos. As pessoas dessas comunidades, de maneira geral, têm medo de um possível contato com os Hi-Merimã. A FPE Madeira-Purus, que vem dialogando com essas comunidades desde então, tem intensificado o diálogo junto a elas, conscientizando as pessoas não apenas a não adentrar o território Hi-Merimã, mas também a como proceder em casos em que os Hi-Merimã resolvam romper o isolamento e fazer o contato – embora não haja nenhum sinal claro de que isso seja provável de ocorrer.

**Ação 9 – Informes ao DSEI:** A FPE Madeira-Purus manterá o DSEI MRP informado 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.

### **1.2– Ações do DSEI-MRP**

Considerando que uma das responsabilidades da SESAI é *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*, assim, entre as ações planejadas pelo DSEI MRP, destaca-se que:

**Ação 1 – manutenção de altos níveis de cobertura vacinal (acima de 90%):** ampliar a cobertura vacinal dos povos indígenas localizados no entorno dos PIIs, considerando que a vacinação é a medida de prevenção primária mais eficaz da saúde pública e deve ser sempre priorizada e é baseada no Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas.

**Ação 2 – serviços de saúde para diagnóstico, tratamento precoce e controle efetivo das principais endemias:** intensificar nas áreas dos PIIs os serviços de diagnóstico e tratamento da malária, tuberculose, filária, leishmaniose cutâneo-mucosa e visceral (calazar), a fim de protegê-los das principais endemias que podem provocar novos agravos e, conseqüentemente, levá-los à óbito.

**Ação 3 – vigilância sanitária:** compete ao DSEI a responsabilidade sanitária nos territórios indígenas, assim, cabe à instituição realizar o monitoramento das principais causas de morbimortalidade, situação vacinal, periodicidade de equipe em área e estrutura de saúde existente nos territórios adjacentes aos PIIs, definindo estratégias e ações de saúde que visam o controle e redução dos agravos identificados, considerando as especificidades de cada grupo.

**Ação 4 – diálogo interinstitucional:** pactuação de parcerias entre os diferentes níveis de governo (local, municipal, regional e nacional), com Agentes Indígenas de Saúde, conselhos de saúde indígena, lideranças locais, associações indígenas e ONGs sobre as condições de vida dos PIIs; bem como os desafios e as medidas colaborativas para se implementar ações específicas de saúde para essa população.

**Ação 5 – acionamento da sala de situação:** considerando a Portaria Conjunta do Ministério da Saúde e FUNAI, nº 4.094, de 20 de dezembro de 2018, a sala de situação pode ser acionada por uma das instituições envolvidas com os PIIRC, e ela pode ocorrer quando se observar risco iminente de quebra de isolamento, seja por quaisquer razões. A sala de situação tem por objetivo subsidiar a tomada de decisões rápidas da alta gestão para atuação direta nos PIIs.



## Anexo 3 - Contatos e referências das equipes

<b>Nomes dos membros da equipe de referência central</b>	<b>Telefones</b>	<b>E-mail</b>
Zaíra Zambelli Taveira – Coordenadora da Gestão da Atenção à Saúde Indígena	(61) 3315-5933	<a href="mailto:zaira.aveira@saude.gov.br">zaira.aveira@saude.gov.br</a>
Alexandra Galvão Japiassu – Apoiadora Técnica	(61) 98262-7768	<a href="mailto:alexandra.japiassu@saude.gov.br">alexandra.japiassu@saude.gov.br</a>
Tell Victor Furtado Coura – Analista Técnico de Políticas Sociais/SESAI/MS	(61) 3315-5961	<a href="mailto:tell.furtado@saude.gov.br">tell.furtado@saude.gov.br</a>
<b>Nomes dos membros da equipe de referência local</b>		
Antônio Carlos Galvão – Coordenador DSEI MRP	(97) 99157-9870	<a href="mailto:antonioc.silva@saude.gov.br">antonioc.silva@saude.gov.br</a>
Zenilton Dias – Chefe da DIASI MRP	(97) 99164-1743	<a href="mailto:zenilton.dias@saude.gov.br">zenilton.dias@saude.gov.br</a>
Maria do Carmo Duarte – Apoiadora Técnica em Saúde		<a href="mailto:maria.duarte@saude.gov.br">maria.duarte@saude.gov.br</a>
Angélica Maia Vieira – Antropóloga DSEI MRP	(92) 99463-4906 ou 99463-4942	<a href="mailto:angelica.vieira@saude.gov.br">angelica.vieira@saude.gov.br</a>
Cássio de Oliveira Pantoja – Coordenador da CR Médio Purus	(97) 98419-3063	<a href="mailto:cassio.pantoja@funai.gov.br">cassio.pantoja@funai.gov.br</a>
Izac Albuquerque – Chefe Substituto FPE Madeira-Purus	(97)98405-0252	<a href="mailto:izac.albuquerque@funai.gov.br">izac.albuquerque@funai.gov.br</a>
<b>Nomes dos membros da equipe de campo</b>		
<b>Equipe de Campo 1</b>		
Alexander Alexandrino Aleixo da Cunha – Médico	(69) 99375-9885	<a href="mailto:alexanderaleixodacunha@gmail.com">alexanderaleixodacunha@gmail.com</a>
Déa Cristina de Jesus Santiago – Enfermeira	(71) 99221-5253	<a href="mailto:deacrissan@yahoo.com.br">deacrissan@yahoo.com.br</a>
Tarcília Souza – Técnica de enfermagem	(97) 98421-9757	
Neilton Farias da Silva – Agente de Endemias	(97) 99172-6937	
Joel Martinho do Nascimento – Auxiliar em Indigenismo	(92) 98142-8687	<a href="mailto:joel.nascimento@funai.gov.br">joel.nascimento@funai.gov.br</a>
Rogélio Nogueira Alves – Chefe de Serviço	(97) 98421-3223	<a href="mailto:rogelio.alves@funai.gov.br">rogelio.alves@funai.gov.br</a>
Francisco Marques dos Santos – Chefe de Serviço	(97) 99137-5183	
Interprete Indígena Jamamadi – a definir		
<b>Equipe de Campo 2</b>		
Ruth Maria Alves Silva – Médica	(81) 99767-9530	<a href="mailto:ruthalves.silva@gmail.com">ruthalves.silva@gmail.com</a>
Andrew Lima – Enfermeiro	(92) 98181-1133	<a href="mailto:andrewbjm@gmail.com">andrewbjm@gmail.com</a>
Marileude Moura Barreiro – Técnica de enfermagem	(97) 98125-8994	<a href="mailto:marileude.moura27@gmail.com">marileude.moura27@gmail.com</a>
Jobson Ferreira de Paz – Agente de Endemias		
Mauro Gonçalves Knackfuss – Auxiliar em Indigenismo	(97) 98421-3223	<a href="mailto:maurotapes@gmail.com">maurotapes@gmail.com</a>
Felipe Bulzico da Silva – Indigenista Especializado	(11) 99657-9210	<a href="mailto:felipe.silva@funai.gov.br">felipe.silva@funai.gov.br</a>
Antônio Marcos Rocha – Colaborador Eventual	(97) 98439-8803	
Interprete Indígena Banawa – a definir		
<b>Equipe de Retaguarda</b>		
Vladimir Fernandes da Cunha – Médico	(69) 98424-0272	<a href="mailto:vladimirfernandesdacunha@gmail.com">vladimirfernandesdacunha@gmail.com</a>
Daniele Nascimento de Souza – Enfermeira	(97) 98124-6286	<a href="mailto:enfdaniele@outlook.com">enfdaniele@outlook.com</a>
Maria Merivânia Pires Martins – Técnica de enfermagem	(97) 99176-6686	

Zilma Rufino – <b>Técnica de Laboratório</b>	(97) 99152-4528	<a href="mailto:zilmarufinodva2018@gmail.com">zilmarufinodva2018@gmail.com</a>
<b>Outros contatos importantes</b>		
Ministério Público Federal – 5º Ofício		
Exército Brasileiro		
Defesa Civil		
Federação da Organizações e Comunidades Indígenas do Médio Rio Purus – FOCIMP		
SUSAM		
SEMSA Lábrea		

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

1. 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,
2. 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);
3. Não oferecer aos indígenas alimentação com sal, açúcar e produtos industrializados;
4. 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;
5. Quando houver troca deverão ser ensinados os procedimentos de limpeza do objetivo trocado;
6. Criar no acampamento da Equipe de Campo um local de quarentena/observação para os novos integrantes ingressos no mesmo;
7. Realização de exame clínico rigoroso em toda a equipe antes de entrada em área (anamnese, exame físico detalhado, teste de malária, hepatite, COVID-19, entre outros), priorizando a vacinação vermifugação de todos os profissionais envolvidos no contato;
8. Uso rigoroso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs);
9. Tratamento adequado da água para consumo (hipoclorito líquido ou sólido);
10. 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,);
11. Colocar sabão neutro (coco) e álcool 70 em diversos locais do acampamento (cozinha, igarapé, banheiro, trapiche, bote, entre outros);
12. Atenção ao meio ambiente e destino adequado de dejetos, principalmente resíduos infectantes;
13. Adequado manejo dos resíduos sólidos: utilizar sacos plásticos para posterior retirada do lixo do local;
14. Para resíduos orgânicos, enterrá-los a pelo menos meio metro de profundidade e longe da praia;
15. O manejo dos resíduos biocontaminados é de responsabilidade exclusiva do pessoal da saúde;
16. Não queimar papéis e/ou outros materiais próximos aos PII pela possível associação que podem fazer com mecanismos de transmissão de doenças;
17. 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;
18. 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);

- 19.** 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;
- 20.** É proibido a veiculação dos registros fotograficos dos indígenas em redes sociais e grupos particulares de whatsApp, bem como o repasse de informações à terceiros que não estejam envolvidos com o contato;
- 21.** 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;
- 22.** Fazer reuniões diárias com toda equipe para alinhamento da rotina diária e resolução de questões de tensões e dúvida na equipe.

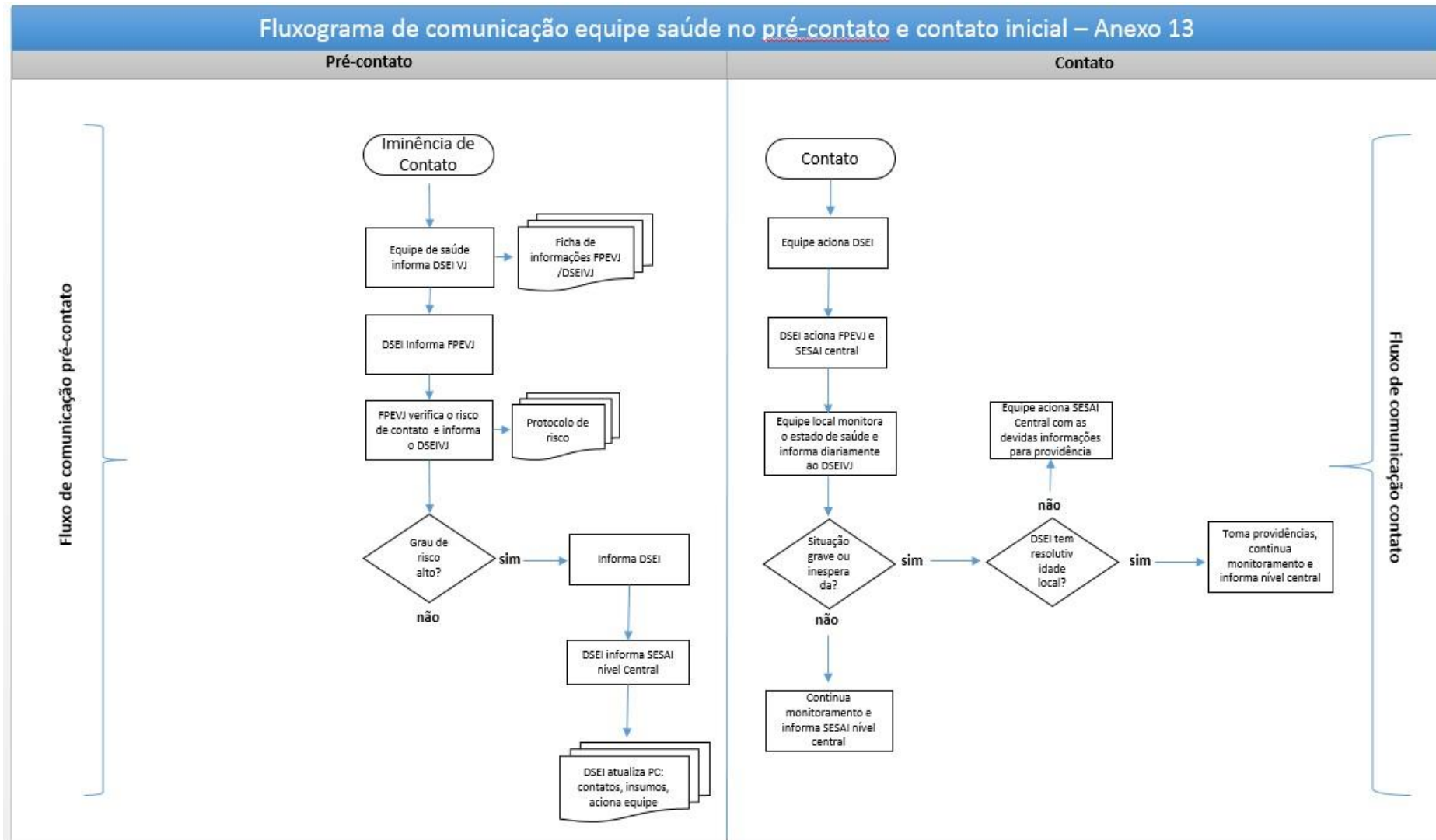
## **Anexo 5 – Condutas de segurança no contato**

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.

1. Evitar a utilização de muitos objetos e acessórios (relógio, correntes, etc.);
2. Evitar que o acampamento da equipe coincida com o acampamento dos indígenas;
3. Não ir sozinho ao acampamento onde ficam os indígenas;
4. Se possível não permitir/evitar a visita e pernoite dos indígenas em contato inicial ao acampamento da Equipe de Campo;
5. 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);
6. Não sair para a mata a sós ou acompanhado dos índios em contato inicial sem autorização do coordenador da Funai;
7. Restringir o acesso ao local do contato (rio, aldeia, igarapé, roça, outros) de pessoas estranhas ou não autorizadas;
8. Respeitar possíveis questões de gênero (evitar fazer qualquer abordagem direta às mulheres e crianças, etc.);
9. A equipe deve estar devidamente identificada com camisas iguais, onde destaque-se a logomarca da Funai;
10. Posicionamento da equipe quando do atendimento de saúde próximo a uma rota de fuga pré-estabelecida no acampamento de contato;
11. 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.)
12. Sempre fazer o atendimento de saúde próximo à equipe da Funai (servidores e colaboradores indígenas);
13. Ter número de homens adultos, no mínimo, equivalente ao dos indígenas em contato inicial;
14. Fazer varredura na primeira visita diária ao acampamento de contato à procura de armas escondidas (bordunas, terçados, entre outros);

- 15.** 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;
- 16.** Avaliar e determinar junto com toda Equipe de Campo o porte de arma de fogo longa próximo aos índios em contato inicial;
- 17.** Evitar movimentos bruscos e demonstrar empatia, afeição e tranquilidade na relação com os indígenas;
- 18.** Tentar manter a calma em casos de aumento da entonação de voz e expressões intimidatórias dos indígenas em contato inicial;
- 19.** Explicar antecipadamente as ações que serão realizadas e só iniciá-las a partir do consentimento do indígena;
- 20.** É comum que os indígenas queiram ver as partes íntimas dos que chegam, os profissionais não precisam se assustar;
- 21.** Recomenda-se não aceitar alimentos oferecidos pelos indígenas por possibilidade de envenenamento;
- 22.** 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

### Medicamentos

Nº	Medicamento	Especificação		Quantidade
1.	Azitromicina	Comprimidos	500 mg	150 cp
2.	Azitromicina	Suspensão	200 mg/5ml	75 fco
3.	Ceftriaxona	Frasco-ampola	1g	50
4.	Penicilina G Benzatina	Frasco-ampola	1.200.000 U.I	40 fco
5.	Prednisona	comprimidos	20 mg	200 cp
6.	Prednisolona	suspensão	3 mg/ml	20
7.	Salbutamol (sulfato)	xarope	0,4 mg/ml	5
8.	Ipratrópio (brometo)	Frasco	0,25 mg/ml	10
9.	Solução fisiológica 0,9% (NaCl)	Flaconetes 10 ml	0,90%	
10.	Solução fisiológica 0,9% (NaCl)	Frascos 250 ml	0,90%	
11.	Solução fisiológica 0,9% (NaCl)	Frascos 500 ml	0,90%	50
12.	Solução de glicose hipertônica 50%	Flaconetes 10 ml	50 mg/ml	30
13.	Solução Ringer Lactato	Frasco		50
14.	Solução Glicosada 5%	Frasco 500 ml		50
15.	Tetraciclina Pomada Oftálmica	Pomada - Tubo	1%	15
16.	Neomicina + bacitracina	Pomada - Tubo	5% neomicina	30
17.	Dexametasona	Creme – 15g	0,10%	30
18.	Nitrato de Miconazol	Creme	2%	30
19.	Ivermectina	Comprimidos	6 mg	60
20.	Nistatina suspensão oral	Suspensão	100.000 U/ml	20
21.	Dipirona sódica	Solução oral	500 mg/ml	30
22.	Ibuprofeno / acrescentar gotas	Comprimidos	300 mg	500
23.	Lidocaína 2% sem vasoconstritor	Frasco-ampola	2%	10
24.	Água para injeção	Ampolas 5 ml		120
25.	Sais para reidratação oral	Envelopes		50
26.	Adrenalina	Ampola	1 mg/ml	10
27.	Hidrocortisona	Frasco-ampola	500 mg	20
28.	Corticosteróide de depósito solução injetável	Frasco-ampola		15
29.	Cefalexina	Comprimidos	500mg	560
30.	Cefalexina	Suspensão	250 mg/5mL	20
31.	Amoxicilina	Comprimidos	500 mg	420
32.	Amoxicilina Clavulanato	Comprimidos	875/125mg	300
33.	Amoxicilina	Suspensão	250mg/5mL	20
34.	Sulfametoxazol	Suspensão	40mg+200mg/5ml	20
35.	Sulfametoxazol	Comprimidos	800mg+160mg	300
36.	Ciprofloxacino	Comprimidos	500 mg	420



37.	Levofloxacino	Comprimidos	500 mg	140
38.	Ambroxol	Xarope	30mg/5ml	30
39.	Loratadina	Comprimidos	10 mg	120
40.	Salbutamol aerossol	Frasco	aerossol 100mcg	20
41.	Metronidazol	Comprimidos	250mg	400
42.	Albendazol	Comprimidos	400 mg	200
43.	Albendazol	Suspensão	40mg/ml	30
44.	Omeprazol	Comprimidos	20mg	280
45.	Metoclopramida	Comprimidos	10mg	100
46.	Escopolamina	Ampola	20mg/ml	30
47.	Lacrima Plus	Colírio	0,001g/ml+0,003mg/ml	20
48.	Gentamicina colírio	Colírio	2mg/ml	20
49.	Lidocaína/polimixina otol	Solução otol.	43,4mg/10.000ui	20
50.	Dipirona injetável	Ampola	2ml/ampola	40
51.	Decadron injetável	Ampola	4mg/ampola	40
52.	Vitamina K	Frasco-ampola	2mg/0,2ml	20
53.	Diazepam injetável	Ampola	10mg/ampola	20
54.	Dormonid injetável	Ampola	15mg/ampola	20
55.	Gentamicina injetável	Ampola	80mg/2ml	30
56.	Fosfato de Oseltamivir (Tamiflu)	Cápsulas	30, 45, 75 mg	500
57.	Fosfato de Oseltamivir (Tamiflu)	Pó para suspensão oral	12mg/ml (frasco com 30g)	30

## Equipamentos

Nº	Descrição	Quantidade
1	Esfigmomanômetro	1
2	Estetoscópio	1
3	Lanterna de cabeça	1
4	Glicosímetro com fitas	1
5	Lanterna clínica	2
6	Otoscópio	1
7	Nebulizador	1
8	Termômetro Clínico	4
9	Suporte de Soro	1
10	Maca ou Prancha rígida	1
11	Gerador de Energia	02
12	Máquina fotográfica	01
13	Impressora	02
14	Kit Placa Solar + radiofonia + antena	01
15	Rede	
16	Barraca (Defesa Civil)	04

## Insumos

Nº	Descrição	Quantidade
1	Abaixador de Língua - madeira	
2	Sabão degermante	
3	Hipoclorito de sódio a 2,5%	
4	Agulhas descartáveis( 25/7, 25/8, 13/4,5, 30/8)	
5	Álcool 70%	
6	Algodão	
7	Almotolias (Frasco de cor âmbar e transparente)	
8	Ataduras de Crepom de 10 e 15 cm	
9	Aventais descartáveis	
10	Clorexidina	
11	Coletor universal para exames	
12	Coletores para Perfuro cortantes	
13	Compressas cirúrgicas pequena	
14	Detergente enzimático	
15	Equipo para soro (macro e microgotas)	
16	Escalpe (21,23,25,27)	
17	Esparadrapo	
18	Fios para sutura não absorvível (2-0,3-0 e 4-0 nylon)	
19	Fios para sutura absorvível (catgut 2-0 e 3-0)	
20	Fita adesiva crepe monoface	
21	Fita Micropore	
22	Garrote	
23	Gazes (estéril e não estéril)	
24	Gorro descartável	
25	Iodopovidona (PVPI)	
26	Jelco ou abocath (cateter intravenoso) (16, 18, 20, 22, 24)	
27	Lâminas de bisturi (curva e reta)	
28	Lancetas para punção digital	
29	Lençol descartável	
30	Luvas (procedimento e estéril) tamanhos P/M/G	
31	Máscara cirúrgica descartável com elástico	
32	Máscara N95	
34	Saco de Lixo branco e comum	
35	Seringas descartáveis - diversos tamanhos	
36	Seringas descartáveis com agulhas acopladas para insulina	
38	Swab - material em haste plástico para doença respiratória (kit)	
40	Material para Entubação	
42	Oxímetro de Pulso	
49	Teste de gravidez	
50	Teste Rápido de malária, hepatites B, C, HIV, Sífilis e COVID-19	

51	Kit de curativo	
52	Kit de pequenas cirurgias	
53	Colar cervical P/M/G	02 de cada
54	Fita métrica	3

## Anexo 8 – Ficha de identificação



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA

DSEI: \_\_\_\_\_

FOTO	FOTO	FOTO	N°	
			ETNIA	
			DATA	
			SEXO	M ( ) F ( )
DATA:			NASCIMENTO:	
DATA:			NOMES DO ADULTO:	
DATA:			NOMES DA CRIANÇA:	
DATA:			P/PAI:	
DATA:			P/MÃE:	

CASOU-SE COM	N°	ETNIA	FILIAÇÃO:	N°	ETNIA

FILHOS	N°	ETNIA	FILHOS	N°	ETNIA

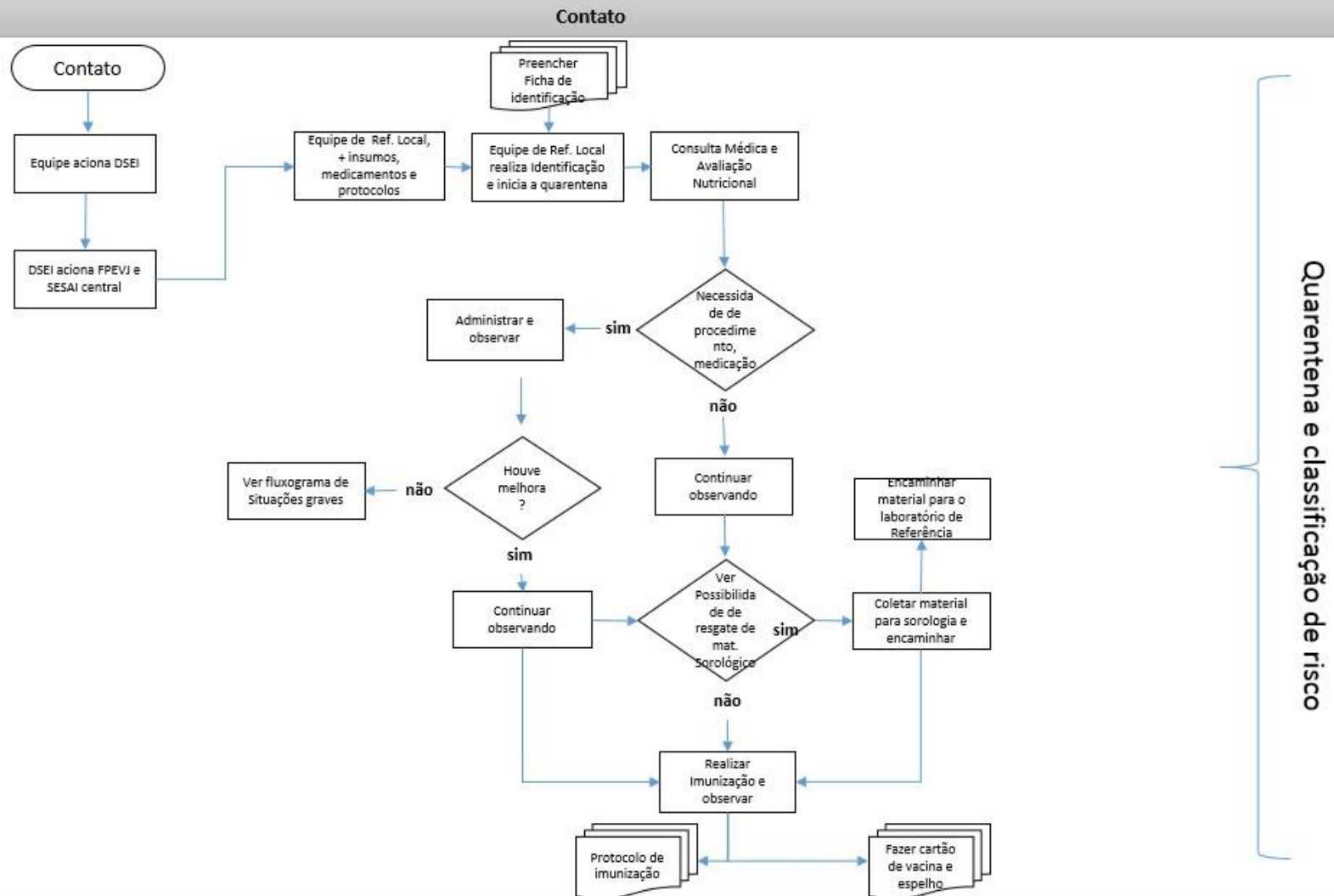
PRIMEIRA OBSERVAÇÃO CLÍNICA		Peso (gramas): _____	Altura (cm): _____
PELE:	GÂNGLIOS:	OLHOS, OUVIDOS, NARIZ E OROFARINGE:	
TÓRAX:	PULMÕES:	ABDOME:	
FÍGADO:	GENITAIS:	EXTREMIDADES:	

VACINA	DATA DA APLICAÇÃO	VACINA	DATA DA APLICAÇÃO
Pentavalente		HPV	
Rotavírus Humano (VORH)		Hepatite B	
Tetra Viral		Hepatite A	
VOP		Febre Amarela	
VIP		Triplice 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

### Fluxograma de primeiras ações de saúde no contato inicial – Anexo 9



## Anexo 10 – Quadro de vacinação

O Calendário de Vacinação está em consonância com as Orientações da Nota Informativa 279 – NUP 25000.194891/2018-14.

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
BCG	X				Dose única (Ao nascer até 5 anos)
Rotavírus	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
Pentavalente (DTP-Hib-HepB)	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
VIP	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)
Pneumo 10v	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
Meningo C conjugada	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
Gripe	X	X			2 doses a partir de 6 meses de idade (primovacinação) Intervalo de 30 dias entre as doses
Febre Amarela	X				Dose única a partir de 9 meses de idade

Esquema de vacinação para crianças de 1 ano a menores de 7 anos					
Vacinas	1ª visita ou dose	2ª visita ou dose	3ª visita ou dose	Reforço	Esquema Básico
BCG	X				Dose única (Ao nascer até 5 anos)
Tríplice viral (SCR - Sarampo, Caxumba, Rubéola)	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)
Varicela	X	X			2 doses (Intervalo de 90 dias, mínimo de 30 dias entre doses) Pode ser utilizada vacina Varicela ou tetra viral (SCRV)

Pentavalente (DTP-Hib-HepB)	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
VIP	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)
Pneumo 10V	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
Meningo C conjugada	X				Dose única (A partir de 12 meses de idade)
Gripe	X				1 dose anual (Na primovacinação, 2 doses com intervalo de 30 dias entre as doses)
Febre Amarela	X				Dose única
Hepatite A	X				Uma dose

### Esquema de vacinação para pessoas acima de 7 anos

(adolescentes, adultos e idosos)

Vacinas	1ª visita ou dose	2ª visita ou dose	3ª visita ou dose	Reforço	Esquema Básico
Tríplice viral (SCR – Sarampo, Caxumba, Rubéola)	X	X			2 doses com intervalo de 30 dias entre as doses
Varicela	X	X			2 doses com intervalo 30 dias entre doses
Gripe	X				1 dose anual
Pneumo 23v	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
dTpa / dT	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
VIP	X	X	X		Para toda a população indígena (adolescentes, adultos e idosos) 3 doses (Intervalo de 60 dias, mínimo de 30 dias)
Hepatite 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)
HPV	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)



Febre Amarela	X				Dose única
Meningo C conjugada	X				Dose única
Hepatite A	X				Uma dose

Em se tratando de gestante deverão ser ofertadas as seguintes vacinas:

<b>Esquema de vacinação para gestantes</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>
dTpa / dT	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
Hepatite 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)
Gripe	X				1 dose anual

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

### **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.

### **Identificação:**

- a) Devido às dificuldades em relação à compreensão do sistema de nomenclatura de um grupo recém contato, é imprescindível que a identificação seja realizada por meio de fotos. Poderá ser anexada à ficha até três fotos (em diferentes datas e locais) da pessoa identificada.
- b) Tentar identificar os possíveis nomes atribuídos durante a infância e a vida adulta do indígena atendido, no entanto, não insistir em conhecê-los, pois pode haver restrição quanto ao conhecimento de seu(s) nome(s).
- c) Atentar para identificação da família, considerando que as relações de parentesco podem variar segundo a cultura. Por exemplo, a filiação muitas vezes não é determinado por relações de consanguinidade, o casamento pode ser poligâmico, dentre outras formas de relação.

### **Procedimentos:**

- a) Para alguns procedimentos médicos, tais como aplicações injetáveis e tópicas, é importante que a equipe de saúde e os demais que acompanham a equipe criem estratégias para demonstrar o procedimento a partir de exemplos visíveis a fim de comunicar o que se deseja realizar nos PII.

### **Registros:**

- a) A fim de se planejar futuras intervenções com aquele grupo, é importante que a equipe de saúde em conjunto com o antropólogo, intérprete e/ou indigenista façam um

registro de alguns costumes e atividades do grupo do PII, tais como dietas, atividades cotidianas, recursos terapêuticos, entre outros.

### **Imunização:**

- a) A vacinação é a medida de prevenção primária mais eficaz da saúde pública e deve ser sempre priorizada, no entanto não é uma atividade de emergência que deve ser executada obrigatoriamente no primeiro dia de trabalho. A possibilidade de imunizar as pessoas depende do cenário de contato.
- b) Quando há epidemia, a fragilidade que a doença acarreta pode facilitar a imunização e deve se esgotar, nesses casos, os mecanismos de comunicação para a aceitação da vacina.
- c) Quando não ocorrem epidemias a aceitação das vacinas pode ser mais difícil e deve ser buscada com cuidado, com a participação e colaboração de indígenas contatados e com suporte de comunicação com participação de antropólogos, linguistas e indigenistas.
- d) Utilizar vacinas polivalentes para reduzir o número de aplicações.
- e) As demais vacinas também são importantes e devem ser administradas sempre que possível, mas podem ser introduzidas gradualmente.

**Atenção:** A determinação do estado nutricional em crianças apresenta algumas limitações em indígenas recém contatados. Por não ser possível obter datas de nascimento e pela dificuldade de estimativa de idade, recomenda-se postergar esta ação até que haja melhores condições para realizá-la.

O registro de peso é fundamental para a dosagem dos medicamentos. Para fins de tratamento é recomendável que se utilize dose única ou tratamentos de fácil posologia

### **Casos complicados:**

- f) Conforme se transcorrem os dias, aumentam as chances de se ter casos complicados de alguma doença, principalmente respiratória.
- g) Realizar ausculta e vigilância das funções vitais diariamente. No caso de se detectar temperatura acima de 38,5°C em dois dias seguidos, sinal de alarme de processo infeccioso, o paciente deve receber antipirético e antibiótico, preferencialmente via oral.
- h) Caso seja necessária a via parenteral, deve ser usada apenas durante o período crítico para não correr o risco de abandono de tratamento.
- i) Evitar procedimentos invasivos de diagnóstico e tratamento e sempre contar com o apoio do intérprete para o consentimento do grupo.
- j) Os indígenas em contato inicial podem apresentar um quadro de tosse e de secreções amarelas por algumas semanas. Nestes casos, evitar o uso indiscriminado de antibióticos e utilizar antitussígenos de acordo com a avaliação do paciente.

**Atenção:** Se por algum motivo extremo, houver necessidade de equipe e tecnologia especializada, a possível remoção do paciente deve ser consentida pelos parentes e liderança. A necessidade de retaguarda hospitalar deve ser articulada previamente junto a rede do SUS e deve-se considerar que o indígena enfermo pode desejar estar acompanhado.

### **Em caso de atendimento às mulheres indígenas:**

- k) A atenção de saúde deve ser realizada por profissional do sexo feminino, com exceção de casos que necessitem avaliação especializada. Neste caso, deve se ter o consentimento do “marido” da paciente.
- l) Evitar a presença de pessoal do sexo masculino durante o atendimento.
- m) As adolescentes podem estar em fase de menarca, o que significa estar submetidas a rituais e dietas específicas. Recomenda-se, nestes casos, não insistir em visita-las ou examiná-las. Caso haja conhecimento de estado grave de saúde da menarca, o possível

atendimento deverá ser articulado com o responsável da adolescente, buscando coincidências entre o ritual e as indicações terapêuticas biomédicas.

**n)** Avaliar sempre a pertinência de exames clínicos em gestantes e realizá-lo somente se houver sinais de gravidade e risco de vida. Neste caso, obter o consentimento e confiança para realização de exames. Buscar ajuda de antropólogo e/ou indigenista para conduzir esta situação.

**o)** Não realizar exame ginecológico.

**p)** Caso haja alguma gestante em trabalho de parto, permitir que o evento siga conforme os costumes dos PII e, de preferência, não dar assistência a não ser que haja algum risco de vida.

**q)** É importante identificar as concepções do grupo em relação à gestação, parto, nascimento e puerpério: dietas, corte do cordão umbilical, uso de tintas naturais, dentre outros. As informações poderão subsidiar o planejamento de ações em relação à saúde da mulher do grupo recém contado.

### **Em casos de falecimentos:**

**a)** As concepções de morte variam consideravelmente segunda a cultura do grupo afetado e, geralmente, os rituais que seguem a morte são de grande importância dentro da cosmovisão de um povo. Deste modo, deveremos sempre refletir em conjunto com antropólogo e/ou indigenista da equipe e, se possível, junto a outras lideranças ou indígenas do entorno, sobre os procedimentos que devemos adotar no caso de algum falecimento.

**b)** Caso o falecimento do indígena ocorra em algum hospital ou outra localidade longe do grupo contatado, deve-se retornar o cadáver e entrega-lo ao grupo ao qual pertencia em vida, no entanto, é necessário avaliar a possibilidade de entrega tendo em conta o tipo de doença que causou a morte e a presença ou não do grupo ou família.

**c)** A família ou grupo deve conhecer a causa que levou a morte de seu ente, bem como os possíveis perigos de transmissão da doença que o levou a morte. Evitar realizar procedimentos investigativos pós-morte como autópsia, sem o entendimento e consentimento prévio dos indígenas em processo de contato.



## 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 adequada 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**, proíbe 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;

---

<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.



- **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.



