


Antes sós do que mal acompanhados: contato e contágio com povos indígenas isolados e de recente contato no Brasil e desafios para sua proteção e assistência à saúde


Better alone than in bad company: contact and contagion with isolated and recently contacted indigenous people in Brazil and challenges for their protection and health care

Douglas Rodrigues^a

 <https://orcid.org/0000-0002-6810-5410>


E-mail: douglas.rodrigues@unifesp.br

Lucas Albertoni^b

 <https://orcid.org/0000-0003-4969-697X>

E-mail: lucasalbertoni@gmail.com

Sofia Beatriz Machado de Mendonça^a

 <https://orcid.org/0000-0002-3801-9343>

E-mail: sofia.xingu@gmail.com

^aUniversidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva. Projeto Xingu. São Paulo, SP, Brasil.

^bUniversidade Federal do Pará. Observatório dos Direitos Humanos dos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato. Belém, PA, Brasil.

Resumo

O objetivo deste artigo é apresentar e discutir a vulnerabilidade de povos indígenas em isolamento voluntário a epidemias decorrentes do contato com representantes de nossa sociedade e apontar os desafios para a assistência à saúde nas situações de contato iminente. A partir da experiência dos autores na atenção à saúde de comunidades indígenas isoladas e de contato recente e de informações existentes na literatura indigenista, são apresentados exemplos da alta mortalidade que incidiu sobre alguns povos indígenas em períodos posteriores à quebra de seu estado de isolamento. O artigo atualiza as informações existentes sobre povos indígenas isolados no Brasil, discute a política indigenista e as ameaças a que estão submetidos esses povos pelo avanço da invasão ilegal de seus territórios e alerta para a possibilidade de novos contatos entre esses grupos e a sociedade circundante no contexto atual de ataque aos direitos indígenas agravados pela epidemia de covid-19. Contextualizam-se a suscetibilidade dos povos indígenas isolados, a necessidade de preparação para futuras situações de contato e medidas para evitar o contágio quando ocorrer a quebra do estado de isolamento desses povos.

Palavras-chave: Índios Sul-Americanos; Povos Indígenas Isolados; Saúde Indígena.

Correspondência

Douglas Rodrigues

Rua Napoleão de Barros, 847, Vila Clementino. São Paulo, SP, Brasil.

CEP 04021-001.

Abstract

The purpose of this article is to present and discuss the vulnerability of indigenous people in voluntary isolation due to epidemics resulting from contact with representatives of our society and to point out the challenges for health care in situations of imminent contact. Based on the authors' experience in the health care of isolated and recently contacted indigenous communities and on information in the indigenous literature, examples of the high mortality that affected some indigenous peoples in periods after break of their isolation state are presented. The article updates the existing information on isolated indigenous peoples in Brazil, discusses the indigenous policy formulated for them, the threats to which they are subjected by the advance of the illegal invasion of their territories and alerts to the possibility of new contacts of these groups and the surrounding society, in current context of attack on indigenous rights aggravated by the COVID-19 pandemic. It contextualizes the susceptibility of isolated indigenous peoples, the need to be ready for future situations of contact and measures to avoid contagion when the isolation of these peoples is interrupted.

Keywords: South American Indians; Isolated Indigenous Peoples; Indigenous Health.

A ocupação do território brasileiro por populações paleoíndias ocorreu há mais de 12 mil anos. Às teorias migratórias mais antigas, a partir do nordeste da Ásia, utilizando a faixa de terra denominada Beríngia, somam-se descobertas em sítios arqueológicos no sudeste do Piauí, na Bahia e em Minas Gerais que mostram indícios de ocupação humana no Brasil com datações de até 25 mil anos, sugerindo outras formas de migração, como a travessia do Pacífico por navegação costeira e entre ilhas (Guidon, 1992). Embora as teorias possam divergir quanto a números e rotas migratórias, há consenso de que o continente americano era intensamente povoado quando da chegada dos europeus (Cunha, 1992).

Documento precioso, o mapa etno-histórico feito pelo etnólogo Curt Nimuendaju contabilizou 1.422 povos indígenas, 40 famílias linguísticas e 33 línguas isoladas, registrando a imensa dispersão e diversidade de povos que habitavam o território brasileiro quando da chegada dos portugueses (IBGE, 1987).

Metodologia

Este ensaio se remete à experiência pessoal, aos registros de campo e relatórios dos autores, que participaram de episódios de contato com grupos indígenas isolados. Baseia-se ainda na revisão da bibliografia existente sobre a história do contato entre colonizadores e indígenas a partir do século XVI, na participação dos autores em fóruns sobre a política de proteção a povos indígenas isolados no Brasil e na experiência de elaboração da Portaria Conjunta nº 4.094/2018, que define princípios, diretrizes e estratégias para a atenção à saúde dos povos indígenas isolados e de recente contato.

Contato e contágio: vulnerabilidade e depopulação

A primeira expedição de colonizadores a descer o rio Amazonas, em 1542, relatou que, quanto mais adentravam o território, melhor era a terra e mais densamente povoada. Referem-se aos indígenas como pessoas saudáveis, acometidas por poucas

doenças. O jesuíta Manuel da Nóbrega, em 1550, escreveu nunca ter ouvido dizer que alguém tivesse morrido de febre, mas somente de velhice (Hemming, 2007).

Vírus e bactérias, especialmente os vírus, funcionaram como verdadeiras armas biológicas na conquista do Novo Mundo. As epidemias foram responsáveis pela altíssima mortalidade que se seguiu ao contato com os europeus, levando vários povos indígenas à extinção. Um dos estudos mais abrangentes sobre estimativas populacionais para o continente americano no período anterior à chegada dos europeus foi feito por Henry F. Dobyns (1966), que ao revisitar dados de vários autores conclui que ao final do século XV entre 90 e 112 milhões de pessoas poderiam estar vivendo nas Américas. O que se seguiu após o contato com os europeus foi uma das maiores catástrofes biológicas da história (Cunha, 1992).

Entre as doenças adquiridas pelos povos originários no convívio com sociedades não indígenas, gripe, varíola, sarampo, varicela, tuberculose, malária e doenças sexualmente transmissíveis são as mais citadas como causas de epidemias que produziram grande mortalidade (Hemming, 2007; Ribeiro, 1996).

Assim ocorreu com os Kaingang paulistas, que tiveram sua população reduzida a menos da metade nos primeiros anos após o contato, de acordo com o relato do doutor Luiz Benedito Horta Barboza, do Serviço de Proteção aos Índios (SPI), que testemunhou o ocorrido:

Só esse incômodo, a influenza ou cofuro como eles o denominaram pois não o conheciam antes das relações conosco, matou até agora mais de metade das crianças, mulheres e homens que existiam no princípio de 1912! Houve mesmo um grupo, o do Congue-Hui (nome de liderança), que foi totalmente aniquilado no curto espaço de alguns dias. Isso se deu de março a abril de 1913. Quando nos chegou, no Ribeirão dos Patos, a notícia de estar o povo daquele chefe morrendo

de cofuro, para lá partiram os abnegados auxiliares da inspetoria; mas ao chegarem, nada mais encontraram senão ossadas à flor da terra! (Ribeiro, 1996, p. 306)

Noel Nutels (1968), médico sanitário pioneiro no atendimento à saúde de populações indígenas no Brasil, relata a morte de 25 indígenas Kalapalo, em 1946, por uma epidemia de gripe que se seguiu a seu primeiro contato com a vanguarda da Expedição Roncador-Xingu. Em 1950, nova epidemia da doença matou 12 pessoas entre os Kamayurá. Em 1954, no que viria a ser o Parque Indígena do Xingu, uma epidemia de sarampo que atingiu 654 pessoas causou 114 mortes, uma taxa de letalidade de 17,4%, mesmo com os cuidados médicos disponíveis à época (Costa, 1987; Nutels, 1968).

Gripe e malária foram as principais causas de morte também entre os Panará no período de aproximação e contato, entre 1967 e 1973. Os sobreviventes relatam que enquanto fugiam dos sertanistas da frente de atração da Fundação Nacional do Índio (Funai), muitos começaram a apresentar tosse, febre, dores no peito, sintomas que levavam adultos e crianças rapidamente à morte. Tesseia, um dos sobreviventes, conta do “tempo em que todo mundo morreu” (Arnt; Pinto; Pinto, 1998; Rodrigues, 2013).

Não há, no Brasil, registros sistematizados sobre o impacto na mortalidade após contato com grupos indígenas isolados. As informações existentes indicam que as epidemias que se seguiram à quebra do isolamento levaram a grandes reduções populacionais na maioria dos grupos contactados no passado. A perda populacional pode atingir proporções alarmantes, como mostram alguns exemplos ilustrativos, retirados de diferentes fontes de informação (Quadro 1). No período posterior ao contato, alguns grupos logram atingir determinado grau de acomodação, inclusive com casamentos entre outras etnias, que lhes permite sobreviver, enquanto outros continuam diminuindo até o desaparecimento.

Quadro 1 – Contato e depopulação de povos indígenas isolados no Brasil e principais causas de morte, Brasil, 1912 a 1986

Nome	Família linguística	Período de contato	População no início do período	População ao final do período	Mortalidade (%)	Principais causas de mortalidade
Kaingang de SP	Jê	1912-1956	1.200	87	92,7	Gripe, sarampo, hemorragia, varíola
Karajá	Karajá	1940-1956	4.000	1.000	75,0	Gripe, sarampo, malária, tuberculose
Xokleng Santa Catarina	Jê	1941-1943	400 a 600	106	73,5 a 82,3	Sarampo, gripe, coqueluche, gonorreia
Nambikwara	Nambikwara	1948-1956	10.000	1.000	90,0	Gripe, malária, sarampo, tuberculose
Urubu Kaapor	Tupi-Guarani	1950-1951	750	590	21,3	Sarampo
Asurini Tocantins	Tupi-Guarani	1953-1962	190	35	81,5	Gripe, sarampo, varicela
Grupos do Alto Xingu	Aruak, Karib, Tupi	1954-1955	650	536	17,5	Sarampo
Gavião Parkatêjê	Jê	1956-1966	580	176	69,6	Gripe, malária
Aikeawara	Tupi-Guarani	1960-1965	126	34	73,0	Gripe, varíola
Panará	Jê	1967-1975	450	79	82,4	Gripe, malária
Parakanã	Tupi-Guarani	1970-1972	180	86	52,2	Gripe, malária
Waimiri-Atroari	Karib	1971-1986	1.500	347	76,8	Gripe, malária, violência
Awá-Guajá do Alto Turiaçu	Tupi-Guarani	1976-1981	91	25	72,5	Gripe, malária, calazar
Suruí Paiter	Mondé	1980-1986	800	200	75,0	Sarampo, tuberculose

Fonte: ISA,¹ Ribeiro (1996), Schwartzman (1996) e Hemming (2007)

Em isolamento, essas populações mantêm uma relação estável com agentes de doenças infecciosas presentes em seu habitat natural, num estado de equilíbrio e crescimento demográfico. A introdução

de novos vírus e bactérias, até então desconhecidos, quebra esse equilíbrio e provoca o adoecimento de muitas pessoas ao mesmo tempo, causando muitas mortes.

1 ISA - INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. *Povos indígenas no Brasil*, [s. l., s. d.]. Disponível em: <piib.socioambiental.org>. Acesso em: 16 set. 2018.

Entre os fatores que explicam a alta mortalidade em consequência do contato está a falta de memória imunológica do grupo para os agentes infecciosos introduzidos pelos agentes do contato e, em alguma medida, a homogeneidade genética dos grupos isolados devido aos casamentos endogâmicos. Estudos mostram que os indígenas produzem anticorpos como qualquer pessoa (Black; Woodall; Pinheiro, 1969), o que de alguma maneira afasta a ideia de que esses povos não tivessem competência imunológica adequada. O estilo de vida comunitário, com casas que acolhem um número maior de pessoas, a partir de outra concepção de família, com grande compartilhamento de objetos e falta de acesso a vacinas e cuidados de saúde, também ajudam a explicar a rápida transmissão das doenças infecciosas e o comprometimento da organização social e de sua subsistência.

Numa aldeia de indígenas isolados, todos são igualmente suscetíveis, e as epidemias instalam-se de forma rápida. Em poucos dias todos adoecem. Isso quebra a economia do grupo, pois não há quem possa buscar alimento nas roças ou coletá-lo na floresta, trazer água para as casas ou cuidar dos doentes, como descreveu o sertanista Wellington Gomes Figueiredo ao lembrar uma epidemia de gripe entre um grupo Arara, alguns meses após o contato, em 1981.

[Em] mais ou menos meio dia [de caminhada] chegamos em uma aldeia. E todo mundo ficou parado, com medo de ir lá, para não ser atacado [...] então apareceu uma criança de uns sete anos de idade [...] apareceu na porta da maloca, com arco e flecha, peitando a gente. Na maloca, todo mundo

estava arriado [...] sem forças para mais nada. Só havia uma mulher que estava mais inteira, a Kutê [...]. Ela e aquele menino, o Tanti, que estavam mais inteiros, de certa forma, eram quem alimentava todos os outros. Todo resto do grupo estava na rede. (Milanez, 2015, p. 281)

Mapeando o contato: cicatrizes sorológicas e afetivas

Os Panará

Os Panará foram oficialmente contatados em 1973, por conta da construção da estrada Cuiabá-Santarém. O contato levou à morte cerca de 82,4% de sua população, em razão de doenças e violência (Schwartzman, 1996).

Com o intuito de documentar a infecção dos Panará pelo vírus da gripe, foram realizados testes de hemoaglutinação com amostras de cadeias virais de subtipos do vírus que circularam em diferentes períodos. Foi possível constatar que nenhum dos examinados tinha anticorpos para os vírus de gripe que circularam no mundo até 1967, quando teve início o trabalho da frente de atração da Funai (Quadro 2). Apenas 5% dos sobreviventes ao contato apresentavam anticorpos contra os vírus de gripe que circularam até 1973, ano do contato oficial, e 55% dos sobreviventes possuíam anticorpos contra os vírus de gripe que circularam até 1980, ano em que foi feito o estudo (Nascimento et al., 1985; Rodrigues, 2013).

Quadro 2 – Soroprevalência de anticorpos contra diferentes subtipos de vírus da gripe que circularam entre 1967 e 1980 em adultos Panará que sobreviveram ao contato com nossa sociedade

Período de contato	Até 1967	1967-1973	1973-1975
Etapas do processo de atração e contato	Isolamento	Tentativas de contato e fugas	Contato oficial e dois anos de permanência próximo à rodovia Cuiabá-Santarém (BR 163)
Presença de anticorpos anti-influenza	Nenhum anticorpo detectado	Detectados anticorpos em 5% dos sobreviventes	Detectados anticorpos em 55% dos sobreviventes
População	Entre 450 e 600 (estimativa)	Entre 140 e 150 (Funai)	79 (grupo que foi removido para o Parque Indígena do Xingu)

Fonte: Nascimento et al. (1985)

Os Zo'é

Os Zo'é foram inicialmente contatados por missionários da Missão Novas Tribos do Brasil no Pará, entre 1985 e 1987. Alguns meses após o contato sobreveio grande número de mortes por malária e infecções respiratórias, o que levou a Funai a expulsar os missionários da região, montando uma estrutura de vigilância e assistência à saúde no território (Simões; Pinto; Pena, 2016). Dois anos após o contato com os índios Zo'é, uma pesquisa em 34 adultos maiores de 15 anos revelou que todos possuíam anticorpos IgG para malária *falciparum*, 17 pessoas apresentaram anticorpos para citomegalovírus e sete possuíam anticorpos para toxoplasmose. Todas as amostras foram negativas para rubéola, lues, *Clamídia trachomatis*, varicela, sarampo, hepatite A e hepatite B, mostrando que nunca haviam tido contato com esses agentes infecciosos (Rodrigues, 1989).

Os "isolados do Xinane"

O contato com o grupo de indígenas isolados do igarapé Xinane, cuja autodenominação ainda desconhecemos, ocorreu em junho de 2014, no alto rio Envira, estado do Acre. Foram feitos exames para detectar anticorpos (IgG e IgM) para hepatite A e B, toxoplasmose, sarampo e antígenos não treponêmicos (VDRL) em 15 indivíduos que aparentavam ter mais de 15 anos de idade, do grupo inicial de 35 que foram contatados.

Nenhum apresentou anticorpos para as hepatites A e B, cinco indivíduos apresentaram anticorpos para toxoplasmose, dos quais dois tinham títulos de IgG e IgM. Apenas um adolescente, de cerca de 16 anos, apresentou anticorpos (IgG) contra o sarampo, o que pode indicar contato prévio com a doença, ainda com o grupo em situação de isolamento voluntário.

Os "isolados do Xinane" relataram várias mortes por tiros e doenças que cursavam com febre, tosse e dores no peito. Essas mortes teriam sido decisivas para o grupo buscar contato, mostrando que este pode ocorrer com invasores do território ou com grupos indígenas que já mantêm relações com nossa sociedade, o que pode infectar o grupo, levando

a mortes sem que os agentes governamentais responsáveis por sua proteção fiquem sabendo.

Das 35 pessoas do grupo contatado, seis apresentavam anemia ($Hb < 12g/dL$). O estado nutricional, calculado pelo índice de massa corporal, mostrou baixo peso em quatro pessoas ($IMC < 18,5$) e eutrofia nos demais (IMC entre 18,5 e 25). Nenhum caso de sobrepeso ou obesidade foi encontrado (Rodrigues, 2014b).

Memória do sofrimento

Conversando com as pessoas mais velhas de vários povos indígenas que tiveram em sua história períodos de epidemias, é comum ouvir relatada a lembrança do sofrimento, da perda e da desorganização social que se estabeleceu. Muitos povos ou grupos familiares fugiram mata adentro para não pegar a doença. Até hoje povos ou famílias vão para a mata e fazem acampamentos para fugir das epidemias. Recentemente, quando da epidemia de H1N1 em 2009, vários grupos se esconderam na floresta. Em 2020, com a pandemia da covid-19, repetem esse movimento, dadas as memórias de episódios anteriores.

Para estes povos, a doença aparece como reflexo da perda de equilíbrio, da quebra de regras. Portanto, durante uma epidemia, em que muitas pessoas adoecem ao mesmo tempo, o desequilíbrio e a desordem ganham outra dimensão na explicação de sua causa. O pajé Davi Yanomami tratou do assunto em uma entrevista concedida ao antropólogo Bruce Albert em 1990:

Bruce - Gostaria que você contasse o que os Yanomami falam das epidemias que assolam o seu território por causa da invasão garimpeira.

Davi - Vou te dizer o que nós pensamos. Nós chamamos estas epidemias de xawara. A xawara que mata os Yanomami. É assim que nós chamamos epidemia. Agora sabemos da origem da xawara. No começo, nós pensávamos que ela se propagava sozinha, sem causa. Agora ela está crescendo muito e se alastrando em toda parte. O que chamamos de xawara, há muito tempo nossos antepassados mantinham isso escondido. Omamê [o criador da

humanidade Yanomami e de suas regras culturais] mantinha a xawara escondida. Ele a mantinha escondida e não queria que os Yanomami mexessem com isto. Ele dizia: “Não! Não toquem nisso!” Por isso ele a escondeu nas profundezas da terra. Ele dizia também: “Se isso fica na superfície da terra, todos Yanomami vão começar a morrer à toa!” [...] Quando os brancos tiram o ouro da terra, eles o queimam, mexem com ele em cima do fogo como se fosse farinha. Isto faz sair fumaça dele. Assim se cria a xawara, que é esta fumaça do ouro. Depois, esta xawara wakëxi, esta “epidemia-fumaça”, vai se alastrando na floresta, lá onde moram os Yanomami, mas também na terra dos brancos, em todo lugar. É por isso que estamos morrendo. (ISA, 1990, p. 1)

A política indigenista e os povos indígenas isolados

A criação do SPI, em 1910, redesenhou a relação do Estado brasileiro com os povos indígenas. Influenciado por ideias iluministas e evolucionistas, o marechal Cândido Mariano Rondon, no comando do SPI, deu início a um novo paradigma na política indigenista brasileira, de caráter protecionista, gerando ações de **atração** e **pacificação** dos indígenas. Geralmente nestes encontros se levavam presentes, doenças e remédios. Essa política, embora tenha assegurado a sobrevivência de alguns povos, os excluiu do acesso à informação e formação, que garantiria o diálogo e maior interlocução com a sociedade nacional. Ao contrário, muitas vezes a pacificação acarretava desestruturação social, fome e miséria, como vimos acontecer na década de 1970, com a construção das grandes estradas, obras de infraestrutura e projetos de colonização na Amazônia, durante o governo militar. O “milagre econômico” provocou enorme mortandade e levou à beira da extinção vários povos indígenas que viviam isolados de nossa sociedade (Davis, 1978).

Essa política de atração, contato e pacificação começou a ser revista em 1987, durante o primeiro encontro de indigenistas da Funai, na esteira do movimento de redemocratização do país.

O documento final do encontro, assinado por sertanistas experientes que haviam participado de missões de atração e pacificação de índios isolados, lançou as bases para a mudança do paradigma na política indigenista brasileira:

É necessário que o conceito de proteção ao índio isolado seja reformulado [...] o ato do contato só deve ocorrer quando, comprovadamente, aquele grupo isolado não tiver mais condições de suportar o cerco das fazendas, invasões de seu território. Quando compulsões incontroláveis ocorrerem, aí então, o ato do contato seria uma medida essencial de proteção [...] É necessário um imediato mapeamento de todos os grupos isolados no Brasil [...] A Funai deverá interditar imediatamente os territórios onde vivem [...] exercer sistema de vigilância e proteção em torno do mesmo, no sentido estrito de preservar o grupo isolado que se encontra ali incluso. (Encontro..., 1987, p. 4)

Em decorrência desse encontro histórico foi criado o Sistema de Proteção aos Índios Isolados e de Recente Contato, ainda em vigor, que tem como estratégia principal o não contato, o monitoramento e acúmulo de informações sobre os grupos isolados e a interdição, demarcação e proteção de seus territórios. Esse sistema funciona com base em estruturas mantidas nos territórios onde vivem grupos de índios isolados, chamadas de “Frentes de Proteção Etnoambiental”, que são na maioria das vezes compostas por indigenistas da Funai e colaboradores indígenas (CTI, 2016).

Por que temos que nos preparar para novos contatos?

O Brasil tem a maior presença confirmada de povos isolados do mundo, uma imensa riqueza de diversidade cultural e social. Dos 114 registros relacionados pela Coordenação Geral de Índios Isolados e de Recente Contato (CGIIRC) da Funai, 28 estão confirmados e 86 estão sendo estudados para averiguar sua existência (UNHRC, 2020). São chamados de “povos indígenas em isolamento voluntário” e trata-se, na maioria das vezes, de fragmentos de povos que optaram pelo isolamento

em reação a experiências traumáticas de contato com representantes de nossa sociedade. O termo “voluntário” refere-se mais a uma estratégia de sobrevivência do que a uma opção espontânea pela vida em isolamento (Vaz, 2011).

A concentração de grupos isolados em áreas remotas da Amazônia brasileira e de países fronteiriços sugere migração para lugares mais seguros. É como uma fuga dos projetos de exploração de recursos naturais e de grandes obras de infraestrutura, de grilagem de terras, garimpos e extração ilegal de madeira que vão se aproximando das terras por eles ocupadas (Figura 1). É possível que tenhamos uma crescente identificação de novos grupos isolados, na medida em que essas atividades avançam para o interior da região.

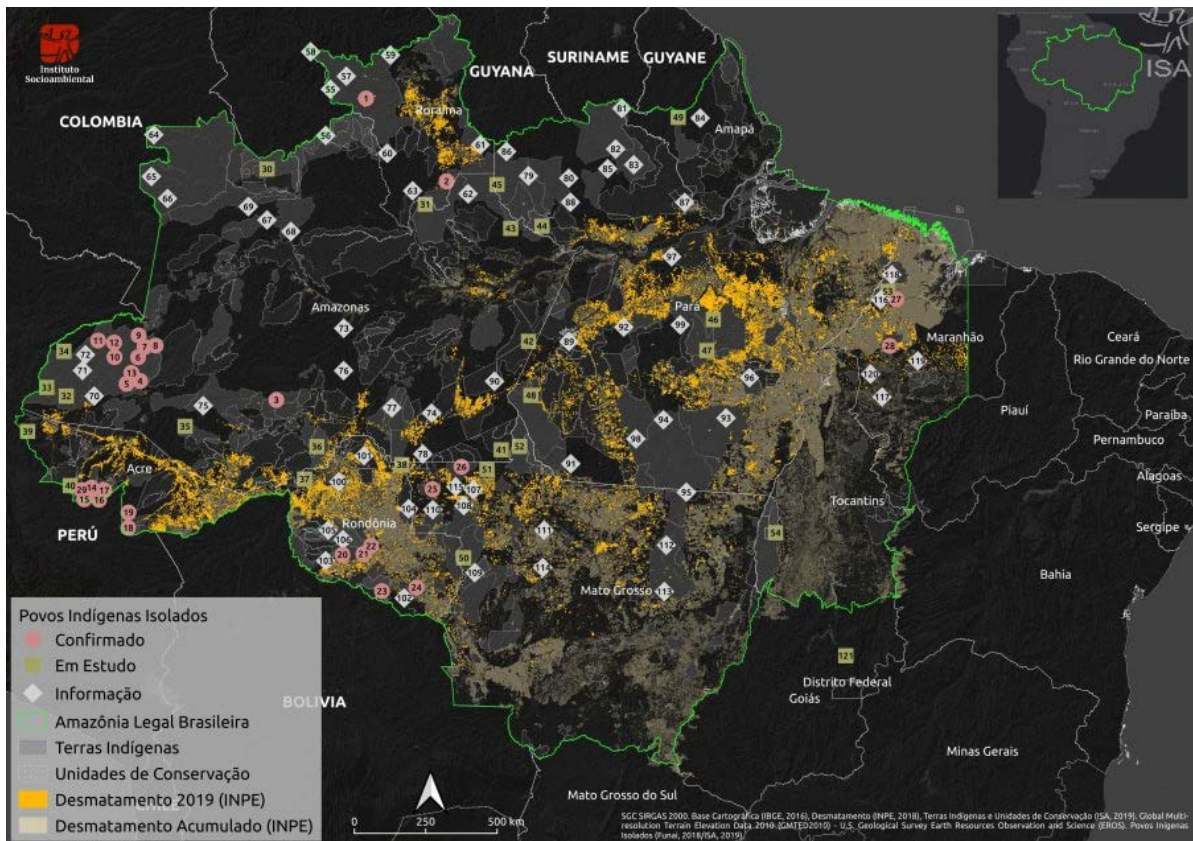
As ideias desenvolvimentistas de exploração da Amazônia seguem hegemônicas nos governos que sucederam os militares. Tem aumentado

a ocupação da terra, em boa parte de maneira ilegal, por desmatamento, agropecuária extensiva, exploração madeireira e garimpo, gerando mais destruição a cada dia.

No modelo de desenvolvimento brasileiro, a Amazônia é vista como um grande almoxarifado, no qual se buscam matéria-prima e energia baratas, sem que isso seja revertido para as pessoas que vivem na região e com grande impacto para o meio ambiente.

Segundo o Instituto do Homem e Meio Ambiente da Amazônia, em março de 2020, em plena pandemia da covid-19, foram desmatados 254km² na Amazônia Legal, 279% a mais do que no mesmo período do ano anterior (Fonseca et al., 2020). A maior porcentagem (57%) ocorreu em áreas de diferentes estágios de posse, seguido dos assentamentos (24%) e unidades de conservação e terras indígenas (19%).

Figura 1 – Mapa geral da presença de povos indígenas isolados e de recente contato no Brasil



Esse quadro é resultante de iniciativas governamentais que incentivam a invasão de territórios indígenas. Exemplo disso é o Projeto de Lei nº 191/2020 (Brasil, 2020), do Executivo, que abre as terras indígenas para atividades econômicas predatórias como garimpo, mineração industrial, exploração de petróleo e gás natural, obras de infraestrutura e plantio de transgênicos. No âmbito da Funai (2020), a recente Instrução Normativa nº 9/2020 fragiliza 237 terras indígenas cujos processos de homologação estão pendentes. Ao permitir que a Funai emita certificados afirmando que essas áreas não são terras indígenas, estimulam-se invasões e pedidos de titulação nessas localidades, que ficam ainda mais suscetíveis a serem vendidas, loteadas e desmembradas, exacerbando as dificuldades no processo administrativo de homologação das terras indígenas.

Para além de todas estas frentes de conflito, nos últimos meses a pandemia da covid-19 chegou às terras indígenas e, como um rastilho de pólvora, ameaça de genocídio mais uma vez os povos indígenas. Isolados, de recente contato, de longo contato e moradores de cidades, todos são suscetíveis e extremamente vulneráveis.

Relatos de sertanistas que participaram de contatos entre as décadas de 1960 e 1980 mostram que a falta de planejamento e assistência adequada à saúde durante esse momento foi fator determinante para a ocorrência de epidemias com alta mortalidade.

Veio para Altamira [um dos sertanistas] e trouxe cinco Xikrin [recém-contatados] junto [...] Eles estavam gripados [na volta de Altamira], sem medicamentos [...] quando chegaram no acampamento onde nós estávamos estavam todos doentes [...] não havia medicamentos, não havia nada. Eu vim para Altamira [...] avisei o chefe. Ele me disse que não tinha dinheiro para comprar medicamento. Morreram 55 índios. (Milanez, 2015, p. 129)

Esse quadro traz uma pergunta inevitável: até quando a política do não contato continuará viável? E o que pode minimizar os já conhecidos impactos do contato desses povos originários com nossa sociedade?

A resposta a essa pergunta não é fácil. De maneira geral, além dos impactos na morbimortalidade em curto prazo, a intensificação das relações de contato em médio e longo prazo altera a estrutura sociocultural e econômica das sociedades indígenas, o que reforça que o contato só deveria ocorrer quando a integridade física e social de determinado grupo estiver comprovadamente ameaçada, ou quando os próprios isolados o buscarem. Nos anos seguintes ao contato, além de seus territórios serem demarcados e protegidos, os agora indígenas de recente contato devem receber atenção especial e, principalmente, ter tempo para que as mudanças inevitáveis sejam ressignificadas de modo a preservar sua autonomia.

Iniciativas para proteção dos povos indígenas isolados e de contato recente no Brasil

Em fevereiro de 2013 foi criado um grupo de trabalho interministerial envolvendo a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), do Ministério da Saúde, e a Fundação Nacional do Índio, do Ministério da Justiça e Segurança Pública, com a intenção de elaborar diretrizes e estratégias de saúde para povos indígenas isolados e de recente contato. No mesmo ano, por iniciativa da Organização do Tratado de Cooperação Amazônica, foi realizada uma oficina nacional sobre metodologias de atenção à saúde, proteção e promoção de direitos desses povos no Brasil e foi elaborado um relatório técnico sobre a assistência sanitária prestada a eles (Rodrigues, 2014b).

Com essas discussões, que, além da Funai e Sesai, envolveram setores do governo e da sociedade civil que têm interface com a política indigenista e com a proteção dos direitos indígenas, foi possível iniciar a construção de alianças e metodologias que tiveram papel fundamental nos contatos que aconteceram em 2014, 2015 e 2019 nas terras indígenas Kampa e Isolados do Envira (AC) e Vale do Javari (AM), nos quais não ocorreram nem epidemias nem mortes.

Como resultado da mobilização de indígenas e indigenistas, o governo federal publicou, em 20 de dezembro de 2018, a Portaria Conjunta nº 4.094 (Brasil, 2018), que “define princípios, diretrizes e estratégias para a atenção à saúde

dos povos indígenas isolados de recente contato”. A importância dessa portaria, embora frágil do ponto de vista legal, é o reconhecimento pelo Estado brasileiro da vulnerabilidade desses grupos. Além disso, deixa clara a necessidade de trabalho conjunto entre as equipes de indigenistas lotadas na Funai e os profissionais da saúde indígena lotados na Sesai.

Desafios da assistência à saúde em situações de contato com povos indígenas isolados

Toda situação de contato deve ser vista como uma emergência sanitária e prever longo tempo de acompanhamento após o contato inicial. De acordo com os dados da Funai e da Sesai, existem grupos de índios isolados em 19 dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas que compõem o subsistema de atenção à saúde indígena do SUS, conforme o Quadro 3.

Quadro 3 – Distritos Sanitários Especiais Indígenas com registros confirmados de povos isolados e de recente contato, 2014

Estado	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
Acre	Alto rio Juruá
Amazonas	Alto rio Purus, médio rio Purus, Vale do Javari, médio rio Solimões, alto rio Solimões, alto rio Negro e Parintins
Amapá	Amapá e norte do Pará
Mato Grosso	Araguaia, Kayapó e Mato Grosso
Pará	Kayapó, Pará, Guamá-Tocantins, Altamira e rio Tapajós
Rondônia	Porto Velho e Vilhena
Roraima	Leste de Roraima e Yanomami

Fonte: Rodrigues (2014a)

Sistematização e atualização dos conhecimentos sobre os grupos isolados

O planejamento das ações deve considerar informações básicas, como o tamanho do grupo, sua família linguística - para que a equipe possa contar com intérpretes (falantes de línguas semelhantes) -,

presença de invasores no território, perfil de morbidade e prevalência de doenças endêmicas nos grupos indígenas já contatados com os quais os grupos de isolados compartilha territórios, o que pode alertar para possíveis contaminações já em curso. Essas informações dependem da articulação entre a CGIIRC e a Sesai e do funcionamento adequado do Sistema de Proteção aos Índios Isolados e de Recente Contato, já que são captadas pelas Frentes de Proteção Etoambiental e pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Igualmente importantes são informações etnográficas que possam dar pistas sobre a família linguística do grupo, seus comportamentos, sua alimentação, entre outras particularidades de sua dinâmica sociocultural.

Indigenismo e aspectos médicos e socioculturais

São muito importantes as informações históricas e epidemiológicas das principais doenças responsáveis pela alta mortalidade em grupos isolados, com destaque para as enfermidades virais e entre elas as infecções respiratórias. A equipe deve estar ciente dos riscos envolvidos numa situação de contato.

A alta capacidade de transmissão dos vírus respiratórios em comunidades indígenas isoladas deve ser destacada, assim como a gravidade dos casos. São esperadas manifestações exuberantes, com febre elevada e muita secreção nas infecções das vias aéreas, afetando tanto crianças como adultos e idosos. A pandemia de covid-19 é mais um agravante nesse cenário.

A escolha das terapêuticas, quando necessárias, deve levar em consideração a eficácia, o conforto posológico e cuidados com a medicalização excessiva. A eficácia dos medicamentos está relacionada não só aos possíveis agentes etiológicos, mas também à aderência dos indígenas ao tratamento. Deve-se dar preferência a antibióticos que possam ser administrados em dose única diária. Medicamentos injetáveis costumam ser bem aceitos. Isso facilitará o trabalho de campo e diminuirá as falhas terapêuticas. É preciso lembrar que a eficácia dos medicamentos alopáticos, especialmente os analgésicos e antitérmicos, é logo percebida pelos indígenas, e seu uso indiscriminado

tende a criar adição rápida. A equipe deve ser sensibilizada sobre a existência e a importância de valorizar outras formas de interpretar o processo de adoecimento e as diversas práticas tradicionais de cura e cuidado.

Deve-se evitar interferir em situações corriqueiras para as quais seguramente existem conhecimentos tradicionais, como partos, dores osteomusculares e pequenos ferimentos, e focar nas afecções adquiridas pelo contato que ameaçam a integridade do grupo. É importante ter em mente a sustentabilidade e possíveis malefícios de novas práticas introduzidas em médio e longo prazos.

A possibilidade de quebra rápida da economia do grupo deve ser considerada, tornando fundamental o suporte e a segurança alimentar, que deve ser baseada em produtos naturais, com maior probabilidade de serem já conhecidos, como frutas, mandioca *in natura*, farinha de mandioca, polvilho e tubérculos, como batata doce e cará. A equipe deve contar com “mateiros” experientes para suprir a necessidade de proteínas com caça e pesca sempre que possível. É preciso evitar ao máximo a oferta de produtos multiprocessados, comuns na dieta de equipes de campo, que podem não ser bem aceitos ou causar problemas na saúde do grupo.

É importante instituir um código de conduta abordando diferentes aspectos da relação que se estabelece no contato inicial: não ter contato muito próximo, especialmente nos primeiros dias, ter muito cuidado nas trocas de objetos, roupas e alimentos com os indígenas, fazer o descarte adequado do lixo, destinar local próprio para os dejetos, usar máscaras quando necessário, e não ter relações íntimas com os indígenas, homens ou mulheres.

Contato e contágio: conhecimento sobre a transmissão das doenças, quarentena, e higienização de equipamentos e meios de transporte

A gripe ceifou muitas vidas durante o processo de atração dos Panará pelos indígenas da Funai. O contágio se deu possivelmente por meio dos objetos deixados como presentes para os indígenas pela frente de atração. Para evitar que isso ocorra, é fundamental que todos os componentes da equipe de contato

conheçam as formas de transmissão das doenças respiratórias e diarreicas, assim como de eventuais doenças endêmicas presentes na região, como malária e as leishmanioses cutaneomucosa e visceral.

A quarentena deve ser obrigatória para toda a equipe e deve ser voltada especialmente para doenças respiratórias de etiologia viral. Por conta da covid-19, a quarentena deve estender-se por 14 dias, além de obrigatoriamente testar todos os componentes da equipe para o Sars-Cov-2 com RT-PCR (do inglês *reverse transcription polymerase chain reaction*) dois dias antes da entrada na região do contato. Do local de quarentena, a equipe deve sair diretamente para o meio de transporte que será utilizado para chegar na área onde será feito o contato. Uma alternativa importante é fazer o isolamento em um acampamento na mata, próximo da região onde o contato foi programado.

A equipe deverá portar equipamentos de proteção individual desde o primeiro momento do contato e assim permanecer nos primeiros quatorze dias de convívio com o grupo. Mesmo que não se constate nenhum adoecimento de membros da equipe ou do grupo de indígenas contatados, o uso de máscaras e luvas deve ser mantido sempre que algum procedimento demande proximidade. Todos os meios de transporte (barcos, caminhonetes, aeronaves) e objetos levados pela equipe devem ser higienizados com álcool 70% ou solução de água sanitária a 0,5%.

Caso as pessoas da equipe sejam procedentes de áreas malarígenas, deve ser feita a pesquisa do *plasmodium* em sangue periférico pela técnica da gota espessa ou esfregaço, tendo em vista a possibilidade de casos assintomáticos ou oligossintomáticos da doença. Todos devem estar com as vacinas em dia.

Imunização: escudo contra as armas biológicas

Após cerca de duas semanas de contato, se tudo estiver bem, deve ser iniciada a multivacinação. É um momento que demanda muita conversa, e a presença de intérpretes que facilitem o diálogo é crucial. É importante que primeiramente sejam vacinados alguns componentes da equipe, incluindo os indígenas, para se colocarem próximos e experimentando os mesmos procedimentos.

Aparentemente, a multivacinação pode parecer um dilema ético, mas faz sentido quando se olha para as epidemias e mortes por doenças preveníveis por vacinas entre os indígenas recém-contatados. O esquema vacinal deve ser dirigido a toda a população, incluindo adultos e idosos, resguardadas as contraindicações etárias de cada vacina. Todas as vacinas devem ser aplicadas concomitantemente, dando preferência a apresentações com vários imunizantes, como as vacinas penta e heptavalentes. A BCG intradérmica pode ser postergada por conta da possibilidade de reações vacinais tardias. Recomenda-se fazer o exame PPD em todas as pessoas. Para vacinas que necessitam de mais de uma dose, deve-se utilizar o menor intervalo possível entre as aplicações. Cuidados com a rede de frio são fundamentais para garantir a eficácia das vacinas aplicadas. O objetivo é imunizar a todos, no menor período possível.

Outras providências importantes

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

É imperativo que a equipe disponha de um sistema de comunicação eficiente, com internet e telefonia por satélite, inclusive para suporte de telemedicina.

Considerações finais

A proteção dos povos indígenas isolados e de recente contato está ameaçada como nunca. Desde sua campanha eleitoral, o atual governo federal manifesta-se contrário aos direitos indígenas, afirmando, por exemplo, que não demarcará nenhuma terra e revisará as demarcações já efetivadas.

Terras indígenas onde vivem grupos isolados e de recente contato, como as Yanomami e do Vale

do Rio Javari, têm sido invadidas por garimpeiros e madeireiros, animados com a impunidade resultante do enfraquecimento do órgão indigenista e dos órgãos de fiscalização ambiental. No norte do Mato Grosso, madeireiros e grileiros invadem impunemente a área onde vivem os isolados Kawahiwa. Recentemente, a covid-19 entrou no Vale do Javari e nas terras Yanomami.

Ainda que o Congresso Nacional tenha refreado parcialmente o desmonte da Funai proposto pela presidência da República, que pretendia, por medida provisória, retirar do órgão indigenista suas competências de demarcação e de avaliação de processos de licenciamento ambiental de projetos que incidem em terras indígenas, os grupos de interesse que controlam o governo - representantes do agronegócio, da mineração, de grupos evangélicos proselitistas - mantêm frentes permanentes de ataque aos direitos indígenas.

É muito importante que os povos isolados ganhem visibilidade e que nossa sociedade compreenda sua opção pelo isolamento por conta de experiências passadas que deixaram marcas traumáticas.

No momento atual, de ataque aos direitos indígenas duramente conquistados e garantidos pela Constituição Federal, agravado pela pandemia da covid-19, é fundamental que medidas sejam tomadas no sentido de proteger a já reduzida população indígena que vive no território brasileiro.

Marcos legais e diretrizes nacionais e internacionais respaldam o direito dos povos indígenas ao isolamento voluntário (OACNUDH, 2012). É necessário que seus territórios sejam respeitados e protegidos e que o Estado brasileiro esteja preparado para situações de contato, evitando os genocídios que povoam a história de nosso país. Dar visibilidade aos povos indígenas isolados e de contato recente é fundamental para a defesa desses grupos, que são possivelmente os mais vulneráveis do planeta.

Referências

- ARNT, R.; PINTO, L. F.; PINTO, R. *Panará, a volta dos índios gigantes*. São Paulo: Instituto Socioambiental, 1998.
- BLACK, F. L.; WOODALL, J. P.; PINHEIRO, F. P. Measles vaccine reactions in a virgin population.

American Journal of Epidemiology, Baltimore, v. 89, n. 2, p. 168-175, 1969.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 4.094, de 20 de dezembro de 2018. Define princípios, diretrizes e estratégias para a atenção à saúde dos povos indígenas isolados e de recente contato. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 dez. 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2FmuBqr>>. Acesso em: 2 jul. 2020.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei nº 191/2020*. Regulamenta o §1º do art. 176 e o §3º do art. 231 da Constituição para estabelecer as condições específicas para a realização da pesquisa e da lavra de recursos minerais e hidrocarbonetos e para o aproveitamento de recursos hídricos para geração de energia elétrica em terras indígenas e institui a indenização pela restrição do usufruto de terras indígenas. Brasília, DF, 6 fev. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/35EODH5>>. Acesso em: 21 jul. 2020.

COSTA, D. C. Política indigenista e assistência à saúde: Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 388-401, 1987.

CTI - CENTRO DE TRABALHO INDIGENISTA. *Povos isolados na Amazônia*: entenda o sistema de proteção aos índios isolados e de recente contato. 2 maio 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/3c7ivo7>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

CUNHA, M. C. Introdução a uma história indígena. In: CUNHA, M. C. (Org.). *História dos índios no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992. p. 9-24.

DAVIS, S. *Vítimas do milagre*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

DOBYNS, H. F. Estimating aboriginal American population: an appraisal of techniques with a new hemispheric estimate. *Current Anthropology*, Chicago, v. 7, n. 4, p. 395-416, 1966.

ENCONTRO DE SERTANISTAS, 1., 1987, Brasília, DF. *Anais...* Brasília, DF: Funai, 1987.

FONSECA, A. et al. *Boletim do desmatamento da Amazônia Legal (março de 2020) SAD*. Belém:

Imazon, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/2ZEdc3m>>. Acesso em: 5 maio 2020.

FUNAI - FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO. Instrução normativa nº 9, de 16 de abril de 2020. Disciplina o requerimento, análise e emissão da Declaração de Reconhecimento de Limites em relação a imóveis privados. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 abr. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3ixAQWL>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

GUIDON, N. As ocupações pré-históricas do Brasil. In: CUNHA, M. C. (Org.). *História dos índios no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992. p. 37-40.

HEMMING, J. *Ouro vermelho*: a conquista dos índios brasileiros. São Paulo: Edusp, 2007.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Mapa etno-histórico de Curt Nimuendaju*. Rio de Janeiro, 1987. Disponível em: <<https://bit.ly/3bYZLQg>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

ISA - INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. Xawara: o ouro canibal e a queda do céu. *Povos Indígenas no Brasil*, São Paulo, 1990. Disponível em: <<https://bit.ly/32wm7p7>>. Acesso em: 7 maio 2020.

ISA - INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. Relatório do ISA denuncia na ONU risco elevado de genocídio de povos indígenas isolados. *Instituto Socioambiental*, São Paulo, 2 mar. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3kqiMOM>>. Acesso em: 7 maio 2020.

MILANEZ, F. *Memórias sertanistas*: cem anos de indigenismo no Brasil. São Paulo: Edições Sesc, 2015.

NASCIMENTO, J. P. et al. Prevalence of antibody against influenza A viruses in the Kren-Akarore, an Indian tribe of Central Brazil, first contacted in 1973. *Journal of Hygiene*, Nova York, v. 95, n. 1, p. 159-164, 1985.

NUTELS, N. *Medical problems of newly contacted Indian groups*: biomedical challenges presented by the American Indian. Washington, DC: Paho, 1968.

OACNUDH - OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS

DERECHOS HUMANOS. *Directrices de protección para los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial de la región amazónica, el Gran Chaco y la región oriental del Paraguay*. Ginebra, 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/33uFyhF>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

RIBEIRO, D. *Os índios e a civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

RODRIGUES, D. *Relatório para a Funai sobre a ação de saúde e imunização entre os tupi do Cuminapanema: Zo'é*. Brasília, DF: Funai, 1989. Mimeografado.

RODRIGUES, D. Saúde e doença entre os Panará, povo indígena amazônico de recente contato. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013.

RODRIGUES, D. Proteção e assistência à saúde dos povos indígenas isolados e de recente contato no Brasil: relatório de consultoria para a Organização do Tratado de Cooperação

Amazônica. São Paulo, 2014a. Disponível em: <<https://bit.ly/3mqUXbj>>. Acesso em: 16 set. 2020.

RODRIGUES, D. *Relatório da segunda viagem aos índios isolados do Xinane: Sapanawa*. Brasília, DF: Secretaria Especial de Saúde Indígena, 2014b. Mimeografado.

SCHWARTZMAN, S. Panará, a saga dos índios gigantes. *Ciência Hoje*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 119, p. 26-35, 1996.

SIMÕES, E. L. J. ; PINTO, S. B. ; PENA, S. F. Plano de ação da equipe de saúde para o programa Zo'é. *Revista Brasileira de Linguística Antropológica*, Brasília, DF, v. 8, n. 2, p. 121-132, 2016.

UNHRC - CONSELHO DE DIREITOS HUMANOS DA ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Ameaças e violação de direitos humanos no Brasil: povos indígenas isolados*. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3iyL6oO>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

VAZ, A. *Isolados no Brasil: política de Estado: da tutela para a política de direitos: uma questão resolvida?* Brasília, DF: AECID, 2011.

Contribuição dos autores

Rodrigues concebeu e redigiu o ensaio. Mendonça e Albertoni colaboraram na redação e revisão do texto.

Recebido: 28/07/2020

Aprovado: 12/08/2020