

QUESTÃO  
EPIDEMIOLÓGICA  
DESAFIOS NO ATENDIMENTO  
AOS CHAMADOS POR  
SOLDADOS. UMA EXPERIÊNCIA  
CONTATO COM OS *KORU*

---

---

QUESTÕES  
EPIDEMIOLÓGICAS E  
DESAFIOS NO ATENDIMENTO  
AOS CHAMADOS POVOS  
ISOLADOS. UMA EXPERIÊNCIA DE  
CONTATO COM OS *KORUBO*<sup>1</sup>

ROBERTA AGUIAR CERRI REIS

SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA/ MINISTERIO DA SAÚDE

LUCAS ALBERTONI

SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA/ MINISTERIO DA SAÚDE

## **QUESTÕES EPIDEMIOLÓGICAS E DESAFIOS NO ATENDIMENTO AOS CHAMADOS POVOS ISOLADOS. UMA EXPERIÊNCIA DE CONTATO COM OS *KORUBO*<sup>1</sup>**

### **Resumo**

Nos últimos três anos, grupos indígenas de três etnias distintas, que até então não mantinham relação permanente com o Estado ou mesmo com a sociedade envolvente, passaram a receber assistência à saúde constante e permanentemente do governo brasileiro. Dentre as políticas aplicadas a eles, destaca-se o início de intervenções biomédicas em dois grupos da etnia Korubo na Terra Indígena Vale do Javari, Amazonas. A partir da experiência dos autores, este artigo tem como objetivo relatar e refletir sobre a situação sanitária, o cuidado médico e outras ações de saúde implicados nos processos atuais de contato interétnico, em especial nos eventos ocorrido na Terra Indígena (TI) Vale do Javari envolvendo a etnia Korubo. Busca-se, assim, contribuir para uma reflexão acerca do contexto epidemiológico atual dos povos indígenas que se encontram recentemente inseridos em uma zona de contato com agentes do Estado brasileiro, bem como levantar subsídios para o planejamento de ações de saúde em uma situação de contato.

Palavras-Chave: saúde indígena, Amazônia, povos indígenas isolados, epidemiologia.

## **EPIDEMIOLOGICAL ISSUES AND CHALLENGES IN THE ATTENDANCE OF THE SO-CALLED ISOLATED PEOPLES. AN EXPERIENCE OF CONTACT WITH THE *KORUBO***

### **Abstract**

In the last three years, indigenous groups of three distinct ethnicity, who until then had no permanent relationship with the State or even with the surrounding society, began receiving constant and permanent health assistance from the Brazilian government. Among the policies applied to them, we highlight the beginning of biomedical interventions in two groups of Korubo ethnicity in the Indigenous Land of Vale do Javari, Amazonas. Based on the authors' experience, this manuscript aims to report and reflect on the sanitary situation, the medical care and other health actions involved in the current processes of interethnic contact, espe-

cially in the events occurring in the Indigenous Territory (TI) of Vale do Javari involving the Korubo ethnicity. The aim is, thus, to contribute to a reflection on the current epidemiological context of the indigenous peoples who are recently inserted in a zone of contact with agents of the Brazilian State, as well as to raise subsidies for the planning of health actions in a contact situation.

Keywords: indigenous health, Amazonia, isolated indigenous people, epidemiology.

## **CUESTIONES EPIDEMIOLÓGICAS Y DESAFÍOS DE LA ATENCIÓN A LOS LLAMADOS PUEBLOS AISLADO. UNA EXPERIENCIA DE CONTACTO CON LOS KORUBO**

### **Resumen**

En los últimos tres años, grupos indígenas de tres etnias distintas, que hasta entonces no tenían relación permanente con el Estado o con la sociedad circundante, empezaron a recibir asistencia a la salud de manera constante y permanente de parte del gobierno brasileiro. Entre las políticas aplicadas se destaca el inicio de intervenciones biomédicas en dos grupos de la etnia Korubo en la Tierra Indígena del Valle de Javari, Amazonas. A partir de la experiencia de los autores, este artículo tiene como objetivo relatar y reflexionar sobre la situación sanitaria, el cuidado médico y otras acciones de salud implicadas en los procesos actuales de contacto interétnico, en especial en los eventos ocurridos en la Tierra Indígena (TI) Valle de Javari, que involucran a la etnia Korubo. Se busca contribuir a la reflexión acerca del contexto epidemiológico actual de los pueblos indígenas que se encuentran introducidos recientemente en una zona de contacto con agentes del Estado brasileiro, así como levantar subsidios para la planificación de acciones de salud en situaciones de contacto.

Palabras-Chave: salud indígena, Amazonia, pueblos indígenas aislados, epidemiología.

Roberta Aguiar Cerri Reis  
robertacerri@gmail.com

Lucas Albertoni  
lucasiablertoni@gmail.com

## INTRODUÇÃO

O território brasileiro possui a maior concentração mundial de povos indígenas classificados como isolados. De acordo com dados da Fundação Nacional do Índio (Funai), atualmente existem 26 referências confirmadas de povos ou grupos indígenas isolados, outras 26 referências em estudo com vistas à confirmação e mais de 50 informações sobre a presença desses povos em fase de qualificação (Funai:2016)<sup>2</sup>

Por povos isolados se entende aqueles grupos que ainda não mantêm relações intermitentes com a sociedade nacional, que não foram contatados pelo órgão indigenista oficial ou que ainda não se submeteram à conquista e às ações do Estado (Lima apud Arisi, 2007: 30)<sup>3</sup>. Acredita-se que os grupos identificados como isolados decidiram se manter afastados da sociedade nacional em virtude dos efeitos deletérios desencadeados por situações coloniais de contato vivenciados por eles mesmos ou por outros grupos com os quais mantinham relações de troca<sup>4</sup>.

Para o órgão indigenista governamental do Brasil, a Funai, “são considerados ‘isolados’ os grupos indígenas que não estabeleceram contato permanente com a população nacional, diferenciando-se dos povos indígenas que mantêm contato antigo e intenso com não-índios”<sup>5</sup>. Contudo, viver em condição de isolamento, seja tal condição voluntária ou sob pressão, não quer dizer que os indígenas não tenham entrado em contato com diferentes segmentos populacionais da sociedade na-

cional e que desconhecem a existência do mundo do homem branco. Desse modo, o isolamento

no debe ser entendido como una situación de ‘no contacto’ en relación al resto de la sociedad sino como una actitud mediante la cual estos pueblos se rehusan a establecer relaciones permanentes con otros actores sociales con el objetivo de garantizar su sobrevivencia física y cultural. (Huertas Castillo apud Arisi, 2007: 31)

Optar pelo isolamento, de certa forma, constitui uma estratégia desses grupos de controlar o próprio encontro com os estrangeiros e de exercer a sua agência. Claro que os termos que orientam a forma por meio da qual esses grupos decidem se aproximar ou manter-se afastados da sociedade regional, bem como as situações contingentes que muitas vezes contribuem para que esses grupos decidam se aproximar, é influenciada pelo modo como eles concebem o branco e o seu mundo a partir de sua própria cosmologia (Albert e Ramos, 2001), bem como nos dá um indicativo de que essas sociedades possuem, de certa forma, uma autonomia social, econômica e simbólica.

Com o reconhecimento dos direitos diferenciados dos povos indígenas promulgados pela Constituição Brasileira de 1988, a política direcionada aos não contatados mudou: ao invés do Estado executar medidas para atrair e pacificar os indígenas, agora ele passa a protegê-los visando garantir as condições para o exercício de suas atividades tradicionais e a respeitar o seu direito de se manter distantes da sociedade

nacional<sup>6</sup>. À Coordenação Geral de Índios Isolados e Recém Contatados (CGIIRC), criada em 1987 no âmbito da Funai, coube a responsabilidade por desenvolver medidas de proteção aos territórios dos grupos isolados por meio das Frentes de Proteção Etnoambiental. Enquanto à Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), atuando em parceria com a CGIIRC, cabe a responsabilidade por desenvolver medidas para mitigar o impacto do contato sobre a saúde dos povos em isolamento que decidem por se aproximar da sociedade nacional.

Na contemporaneidade os grupos isolados vem sendo pressionados por diversos agentes externos, tais como os setores extrativistas, turísticos e missionários, colocando em risco a vida destes povos, através de situações de enfrentamentos, transmissão de doenças, geração de novas dependências (ferramentas, açúcar, entre outros) e morte. Algumas dessas situações fazem com que esses grupos, que até então se mantiveram em isolamento em relação à sociedade nacional, decidam contatar as agências indigenistas oficiais em busca de cuidados à sua saúde e também de proteção ou o Estado pode efetivar o contato quando a integridade física dos isolados estiver ameaçada (Arisi, 2007).

Entre os efeitos do contato, destaca-se a elevada taxa de mortes por epidemias (Buchillet, 2011), configurando uma das causas de maior impacto na redução demográfica dos povos indígenas. Por isso, o planejamento de ações em saúde assume grande importância na redução da mortalidade indígena, so-

bretudo as ações de prevenção de doenças infecto-contagiosas. Geralmente são priorizadas ações de imunização e redução de contaminantes, assim como a administração de medicamentos específicos, em especial, para infecções respiratórias e malária.

Contudo, o contato com vetores e/ou agentes patogênicos - seja em função de alterações antropogênicas no meio ambiente ou a partir de relações interétnicas com outros povos indígenas ou com invasores (madeireiros, traficantes, garimpeiros, etc.) - pode acontecer mesmo quando estes grupos se encontram em uma situação considerada de isolamento; ou seja, os efeitos do contato podem existir mesmo não havendo contato direto entre indígenas isolados e não indígenas.

Ainda assim, os primeiros contatos estabelecidos entre os isolados e os não-indígenas instauram uma radical transformação na situação de saúde dos grupos recém contatados. Além dos fatores biológicos (a partir do paradigma biomédico), é de extrema importância para o entendimento da situação sanitária de cada grupo considerar os determinantes sociais ou/e ambientais que contribuem para configurar a manifestação de certos agravos e doenças. Ademais, a forma com que os procedimentos de assistência à saúde até então desconhecidos ou pouco conhecidos pelo grupo indígena vão tomando lugar no cotidiano irá conduzir ou mesmo determinar a relação da comunidade com as práticas médicas e ações das políticas públicas de saúde, tais como a imunização.

Nos últimos três anos, grupos indígenas de três etnias distintas, que até então não mantinham relação permanente com os agentes estatais, passaram a receber assistência à saúde do governo brasileiro. Foram eles: grupo da família linguística pano que vive próximo ao igarapé Xinane, na Terra Indígena Kampa e Isolados, no Alto Rio Envira, Acre; dois grupos da etnia Korubo na Terra Indígena Vale do Javari, Amazonas; e um grupo de três Awa Guajá na Terra Indígena Caru, Maranhão.

Como veremos ao longo do relato da experiência de contato com o grupo Korubo, as ações atuais de atenção à saúde aos povos em isolamento desenvolvidas pelos órgãos estatais, ainda que desenvolvidas de forma improvisada, teve como objetivo evitar os efeitos dramáticos sobre a saúde desses povos.

A construção do presente artigo teve como referência a atuação profissional dos autores<sup>7</sup> em instituição governamental que presta serviços de saúde aos povos indígenas. Trata-se, portanto, de uma metodologia complexa e não intencional para o campo da pesquisa, uma vez que essa foi desenhada a partir da ação prática dos autores participantes do processo descrito a seguir. Deste modo, os observadores encontravam-se nas conjunções dos fenômenos narrados e é a partir de tal lugar que as reflexões que compõem esse artigo foram construídas. Não se trata de uma abordagem etnológica, de modo que não poderemos recorrer a perspectivas dos Korubo sobre o contato com a equipe responsável pelas ações narradas, bem como seu univer-

so conceitual concernente ao corpo, adoecimentos e terapias.

Assim, a partir da experiência dos autores, este artigo tem como objetivo relatar a situação sanitária, o cuidado médico e outras ações de saúde realizadas em situações iniciais de contato com grupos ditos isolados, em especial nos eventos ocorrido na Terra Indígena (II) Vale do Javari com grupos da etnia Korubo, e refletir sobre isso. Busca-se, assim, contribuir para uma reflexão acerca do contexto epidemiológico atual dos povos indígenas que se encontram recentemente inseridos em uma zona de contato com agentes do Estado brasileiro e a subsidiar planejamento de ações de saúde realizadas junto a povos recém contatados.

## ZONA DE CONTATO INTERÉTNICO E SAÚDE

Estudos sobre a história da colonização e dos povos indígenas no Brasil nos mostram que dentre as estratégias de dominação empregadas pelo colonizador para subjugar as populações nativas estavam as políticas de sedentarização dos indígenas, de modo a facilitar a ocupação de seus territórios. Assim foi durante a política dos descimentos<sup>8</sup>, incentivada ao longo do período colonial, do século XVI ao XVIII; e em situações mais recentes no século XX, em especial durante o regime militar<sup>9</sup>. Nessas ocasiões, os efeitos da *pacificação* ou dos eventos de *contato* resultaram, além da esperada liberação de territórios, no genocídio de vários povos, em consequência da introdução de

doenças e valores alheios às suas vidas até então.

Atualmente, as políticas voltadas para povos isolados tem a intenção de proteger e evitar as relações forçadas de contato, entendendo que, no passado, estas foram relações destrutivas. Contudo, diante da impossibilidade de proteger o território onde vivem os povos ditos isolados ou mesmo de evitar uma situação de contato<sup>10</sup>, as práticas adotadas pelo Estado nessas situações têm sido de mitigar os impactos negativos de tais eventos sobre a saúde dos grupos recém contatados, principalmente por meio da intervenção clínica e pela oferta de serviços de saúde, tendo em vista a alta vulnerabilidade desses povos a doenças infecciosas para as quais o grupo, muito provavelmente, não possui memória imunológica.

Sob o ponto de vista da saúde, o contato pode significar uma drástica mudança na condição sanitária do grupo e este tem sido um dos pilares fundamentais de sustentação das retóricas e políticas de proteção aos povos indígenas isolados. Por outro lado, não sabemos ao certo o quanto os povos ou grupos que se encontram em uma situação de isolamento em relação ao Estado estão protegidos de doenças infectocontagiosas. Por exemplo, analisamos o quadro clínico de uma Awá Guaja oficialmente contatada no final de 2014, na Terra Indígena Caru, no Maranhão, e que apresentava um agravo pulmonar bastante avançado como consequência de prováveis infecções reincidentes. O quadro sugeria, portanto, que, mesmo antes do contato com agentes estatais, a indígena Awá havia

estabelecido relações direta ou indireta com a população do entorno ou/ou com outros agentes externos como invasores da terra indígena. Ou seja, ela já tinha sofrido os efeitos do contato. Assim, doenças e agravos podem afetar uma comunidade indígena inteira, sem que ao menos o Estado brasileiro tome conhecimento. Deste modo, para tratar dos eventos de contato e de suas consequências, não basta concebê-los como uma passagem de um estágio para outro, sem levar em conta os diversos fatores e contextos que permeiam tais momentos.

Além disso, os povos indígenas em isolamento são, muito provavelmente, descendentes de grupos que recusaram ao encontro colonial e que se agruparam em zonas de refúgio, dentro e fora de terras indígenas. Tais locais não estão necessariamente livres de vetores e agentes patogênicos, seja em função de alterações antropogênicas no meio ambiente ou de relações interétnicas com outros povos indígenas ou com invasores (madeireiros, traficantes, garimpeiros, etc.).

Sendo assim, preferimos conceber os eventos de contato situados em *zonas de contato*, tal como preconizado por Mary Louis Pratt (1992; 1999): locais onde trocas acontecem dentro de uma sociedade colonial composta por vários grupos étnicos que mantêm sua língua, cultura e modo de vida peculiar a sua etnia, mas na qual se inter-relacionam em uma situação comum, embora de acordo com relações de poder radicalmente assimétricas. Uma *zona de contato* não deixa de expressar as relações entre colonizadores e coloni-

zados: são espaços nos quais os povos, antes separados pela geografia e história, entram em contato e estabelecem relações contínuas, mesmo que estas envolvam condições de desigualdade radical (Foller, 2011: 132).

Consideramos uma *zona de contato*, então, o cenário das ações de saúde realizadas a partir de um evento de contato com uma população indígena Korubo. Utilizaremos este conceito para expressar as relações estabelecidas entre equipe de saúde e indígenas em isolamento, e que engloba a própria concepção indigenista, que considera uma situação de contato como o início de relações entre um grupo indígena e agentes estatais.

É importante destacar que o encontro é narrado sob o ponto de vista dos agentes estatais. Contudo não se descarta a ideia de que este espaço ou evento constitui um local de negociações ambivalentes. Como ressalta Albert (2002:15), *nenhuma sociedade, desde que consiga sobreviver, pode deixar de capturar e transfigurar em seus próprios termos culturais tudo o que lhe é proposto ou imposto*. Ademais, é a partir dessas representações que podemos observar o tipo de resposta adotado pela comunidade indígena frente a epidemias, bem como seu nível de aceitação e as formas de apropriação que os indígenas fazem das intervenções médico-sanitárias.<sup>11</sup>

Apesar de se reconhecer a agência exercida pelos povos indígenas nas diferentes situações de contato, por exemplo, ao desenvolverem suas próprias versões sobre o encontro como “branco” e indigenizarem os agentes, mercado-

rias, coisas e conhecimentos advindos da relação interétnica, não podemos negar que o encontro colonial desencadeia uma série de efeitos nefastos e disruptivos sobre os universos socioculturais e a integridade física desses povos, como são os causados pelas epidemias infectocontagiosas que assolaram os povos indígenas. Criar medidas para proteger a saúde e a integridade física dos grupos indígenas que estão a optar por se aproximar da sociedade nacional, constitui assim uma das estratégias a serem desenvolvidas por uma política indigenista voltada para a proteção dos povos indígenas em isolamento e de recente contato.

## **VULNERABILIDADE SÓCIO-EPIDEMIOLÓGICA**

A atual situação de saúde dos povos considerados isolados ou em contato recente com a sociedade nacional deve ser entendida em seu contexto sociopolítico e considerando-se a longa história de violência que reduziu as populações indígenas. Dentre os fatores que contribuíram para a depopulação indígena está a baixa resistência desses povos a patologias introduzidas pelo contato com a sociedade nacional. O contato gera mudanças nas condições de saúde da maioria dos povos, pois as doenças introduzidas, principalmente as infecções respiratórias, diarreias, malária e outras doenças infectocontagiosas, além de se tornarem constantes, acabam por causar um impacto também sobre as formas de organização social e o sistema de produção desses povos, o que tende a comprometer

as próprias condições nutricionais do grupo contatado e o ambiente social ao qual a doença se instalou.

A vulnerabilidade socio-epidemiológica das populações indígenas às doenças infectocontagiosas é caracterizada por um conjunto de fatores que tornam essas populações mais suscetíveis ao adoecimento e à morte. Em termos de vulnerabilidade biológica, destaca-se certa susceptibilidade às epidemias, pelo fato desses indígenas não terem memória imunológica para os agentes infecciosos corriqueiros para a população envolvente (Rodrigues, 2014). Além do alto grau de homogeneidade biológica, como consequência de seu isolamento, a população não contatada também não teve acesso à imunização ativa por vacinas, o que os coloca em uma situação ainda mais vulnerável em relação às doenças infectocontagiosas.

A literatura que mostra os impactos das doenças infectocontagiosas em processos de contato é bastante vasta<sup>12</sup>. Pelos casos amplamente conhecidos, *é possível dizer que as epidemias de doenças infecciosas dizimaram etnias indígenas inteiras e atingiram também regiões sem contato direto com os brancos; por intermédio de índios infectados em fuga ou de seus objetos contaminados, facilitaram sem dúvida a dominação colonial do continente americano* (Buchilett, 2011: 45). Dentre os principais agravos, as epidemias de doenças simples, como a gripe, o sarampo e a malária, geraram maiores impactos na mortalidade (Nutels, 1968). Segundo Ribeiro (1996), *quase metade das tribos que se defrontaram com a civilização desapareceram menos de cinquenta anos depois e, às vezes, muito mais depressa*.

Dentre as doenças infecciosas, a gripe assumiu grande importância na mortalidade indígena em períodos pós-contato. Assim ocorreu com os Xokleng, Kaingang, com várias etnias do Xingu, do Vale do Javari<sup>13</sup> e Zo'é<sup>14</sup>, dentre outras. Outra doença que atingiu vários grupos em processos de contato foi o sarampo. No Xingu, Noel Nutels, médico sanitário pioneiro no atendimento à saúde de populações indígenas no Brasil, relatou uma epidemia de sarampo, em 1954, que atingiu 654 pessoas, causando 114 mortes; uma taxa de letalidade de 17,5%, mesmo com cuidados médicos disponíveis à época (Rodrigues, 2014: 11-13). A malária é também uma doença de grande importância na mortalidade seguinte ao contato. Entre os Yanomami, na década de 1980, a malária foi a principal causa de morte, embora outras epidemias também os tenham assolado (Ramos, 1993).

Davi Kopenawa, em “A queda do céu” (2015: 246-266), relata que, enquanto jovem e nos períodos de contato com os homens brancos, presenciou episódios de epidemias que atingiram toda uma comunidade, causando alta mortalidade de crianças, jovens e velhos Yanomami. Dentre as enfermidades, estavam infecções respiratórias e sarampo trazidas por brancos que se vingavam por meio de seus objetos e fumaças<sup>15</sup>. As epidemias os devoravam, faziam com que as pessoas ardessem em febre e fossem morrendo uma atrás da outra. A lembrança das epidemias e das medidas tomadas pelos não indígenas, em decorrência de tais even-

tos - como a interferência nos rituais funerários, enterrando os corpos como fazem os cristãos e não respeitando as práticas yanomami - fez que o contato fosse lembrado com grande amargura pelo autor.

Contudo, para explicar os impactos devastadores das epidemias, outras características não relacionadas à imunidade ou vulnerabilidade biológica são levadas em consideração. Segundo Ribeiro (1996), grande parte dos efeitos letais ocorreu devido à abrupta paralisação das atividades produtivas em decorrência do acometimento simultâneo de toda a comunidade. Como não contam com um sistema de estocagem, o fornecimento de alimentação regular foi dificultado e tornou-se o principal fator contra a recuperação dos doentes. Sendo assim, a possível precariedade do sistema de subsistência em uma situação de contato consiste um fator importante para a alta letalidade das epidemias.

Ainda, a depopulação impõe mudanças profundas nas inter-relações dos vários grupos locais e também nas relações sociais internas. Por exemplo, diminui-se o número de casamentos permitidos, o que causa dificuldade de recuperação demográfica<sup>16</sup>. Além disso, os efeitos acumulativos das epidemias podem levar à baixa expectativa de vida e ao prolongamento de um modo de vida não saudável nos parâmetros desse povo, podendo culminar na extinção de seus corpos ou modos tradicionais de existência. (Albertoni, 2016).

Os cuidados médicos, mesmo que básicos, tendem a diminuir a letalidade de uma epidemia. No Parque Indígena do Xingu, por exemplo, na ocasião da epidemia de sarampo descrita anteriormente, a taxa de mortalidade foi de 9,6% entre os doentes que contaram com algum tipo de assistência e de 26,8% entre os demais (Nutels, 1968 apud Buchillet, 2011). Outros exemplos de baixa letalidade ou de recuperação demográfica estão relacionados ao acesso à assistência médica e básica (acesso à água e alimentos) regular, como foi o caso dos Enawene-Nawê do Mato Grosso que, na época do contato, somavam 130 pessoas e atualmente são 671 (SIASI, 2013); ou dos Zo'é, que eram pouco mais que 150 indivíduos no início dos anos 2000 (estima-se que metade da população morrera em decorrência de uma epidemia em 1989) e hoje somam 305 (DSEI Guamá-Tocantins/SESAI, 2017).

## **EPIDEMIOLOGIA E EXPERIÊNCIA DE CONTATO COM OS KORUBO**

Relataremos a seguir os cenários do trabalho da equipe de saúde que assistiu, direta e indiretamente, aos grupos Korubo em uma situação de contato nos anos de 2014 e 2015, na Terra Indígena Vale do Javari. Ofereceremos, além do relato, algumas reflexões e interpretações sobre os eventos sob o ponto de vista de agentes estatais comprometidos com a sobrevivência física dos Korubo e que dispunham, sobretudo, da biomedicina e de seus produtos como meios para o relacionamento interétnico.

A Terra Indígena Vale do Javari se localiza no extremo oeste do Estado do Amazonas e possui mais de 8,5 milhões de hectares. Sua área é habitada por indígenas das etnias Kanamari, Korubo, Kulina Pano, Marubo, Matis, Matsés e Tsohom-dyapa, que somam uma população de aproximadamente 4.500 indivíduos, além de possuir a maior concentração de grupos indígenas isolados no mundo. De acordo com dados da Funai, há pelo menos 09 registros de povos indígenas isolados, além de outras referências e informações.

Os Korubo, povo falante de uma língua pano, ocupam a região que abrange o interflúvio entre os rios Ituí e Itaqui:

*Em 2014, havia quatro grupos locais Korubo: um em situação de recente contato (o “grupo da Maya”, contatado em 1996) e três em situação de isolamento: o grupo do rio Coari; o grupo do rio Itaqui; e o grupo do rio Curuena. Entre 2010 e 2014, a Funai, por meio da Frente de Proteção Etnoambiental Vale do Javari, investiu bastante em ações de localização de povos isolados na TI Vale do Javari, na tentativa de aumentar o conhecimento sobre a presença e as dinâmicas de uso e ocupação desses povos, com o intuito de subsidiar estratégias de proteção. Foi nesse contexto que foram localizados pela Funai, em 2010, pela primeira vez em mais de 20 anos, tapiris de isolados Korubo no rio Itaqui.<sup>17</sup>*

O relato que desenvolveremos a seguir consiste em uma sistematização de dois eventos de contato com os grupos Korubo do rio Itaqui e do rio Coari. O primeiro evento ocorreu em dois momentos distintos: no início de setembro de 2014, quando

os Kanamari estabeleceram contato com um pequeno grupo Korubo; e o segundo momento no final de outubro de 2014, quando outros Korubo daquele grupo se aproximaram das imediações de uma aldeia Kanamari. O segundo evento ocorreu em setembro de 2015 com o grupo indígena isolado Korubo do rio Coari, e foi desencadeado por um grupo Matis.

Em todos esses eventos, uma equipe formada por funcionários da Funai e da Sesai se deslocou imediatamente ao local, junto com intérpretes Matis e Korubo do grupo da Maya. As equipes se dividiam em dois grupos principais: um que ficava em campo e outro que operava a partir Base de Proteção Etnoambiental da Funai, localizada às margens do rio Ituí na entrada da TI Vale do Javari, onde as informações eram trocadas entre equipes de referência local e central da Funai e Sesai, as quais eram responsáveis por articulações externas e políticas que pudessem dar apoio às ações em campo. O evento de 2014, ao que indicam os depoimentos dos próprios Korubo, ocorreu devido a uma suposta desestruturação social do grupo após a morte de alguns deles, decorrente de possível surto epidêmico. Os relatos dizem que os indígenas morreram de *ienë* (frio), podendo ser tanto o calafrio característico das crises de malária quanto o calafrio causado pela bacteremia<sup>18</sup>:

*“Visa e Malu estão tristes e preocupados com o restante do seu grupo, porque eles estão morrendo muito no mato nesses anos, Malu conta 13 mortos<sup>19</sup>. E ao que parece devido ao contato intermitente com*

*os indígenas Kanamari e as dificuldades da terra. Visa ainda diz que sua mãe estava sofrendo com o frio (ienë) (Malária?) e sua irmã está grávida e com o bebê sentado.*<sup>20</sup>

Quando a equipe de saúde iniciou os primeiros procedimentos, os Korubo já apresentavam tanto casos de doenças respiratórias quanto de malária, além de um quadro nutricional em deficiência.

Após as primeiras conversas realizadas entre os intérpretes e os Korubo recém contatados, os indígenas expressavam o desejo de ir morar junto à comunidade do grupo da Maya contatado em 1996 e da qual pertenciam os intérpretes<sup>21</sup>. É possível que esse desejo tenha sido motivado pelos próprios intérpretes, em especial por haver laços próximos de parentesco entre eles<sup>22</sup> e possibilidades de melhor garantia de segurança alimentar, já que na aldeia da Maya havia roças e maior número de homens para buscar caças:

*“Voltei ao Kukabã (barco) à tarde para realizar a visita (...). Na conversa, quando os parentes souberam da ida para a aldeia (Korubo – Contato 1996) o clima mudou completamente. Eles ficaram muito felizes com a notícia e tudo ficou combinado para no dia seguinte pela manhã irmos para a aldeia.”*<sup>23</sup>

*“Chegamos na aldeia Mario Brasi<sup>24</sup> por volta das 11:00 e, enquanto descarregávamos o barco, os Korubo já estavam se pintando para a festa de reencontro. Todos se pintaram de urucum e se enfeitaram com palha de palmeira. (...). Eles dançaram em roda, cantando e se encarando como é de praxe para os Korubo nessa ocasião.”*<sup>25</sup>

Outro fator relevante foi a desconfiança dos Korubo em relação aos não indígenas, em decorrência do histórico de ataques e assassinatos por parte de madeireiros, pescadores e outros agentes não indígenas contra eles, na região do Vale do Javari. Como reação às agressões sofridas, os Korubo usavam suas armas, as bordunas, e táticas tradicionais de guerra contra seus agressores (Coutinho, 1998).

### *Episódio 2*

Já em 2015, o contato com o grupo isolado Korubo do rio Coari foi motivado por um conflito entre os Korubo e os Matis que habitam um território em área próxima aos rios Coari e Branco. Os episódios de contato entre as duas etnias começaram a ocorrer próximo à comunidade Todowak, constituída em 2010 pelos Matis, no rio Coari. De acordo com relatos dos Korubo de Coari, após alguns episódios de contato entre os grupos, algumas crianças Korubo adoeceram e vieram a falecer. Os Korubo culpavam os Matis de haverem lançado feitiço<sup>26</sup> nas crianças, e foram à roça dos Matis se vingarem e mataram dois indígenas Matis a golpes de borduna. Dois dias após, logo ao amanhecer, os Korubo foram surpreendidos por um grande grupo de Matis armados de espingardas de caça que os alvejaram ao sair dos tapiris que haviam instalados bem próximo à roça dos Matis.

Foi nesse contexto que ocorreu o contato de 2015 dos korubo com a equipe de saúde, momento em que medidas clínicas e sanitárias passaram a ser tomadas visando atender os doentes e

evitar que as mesmas se alastrassem pela via do contágio. Como primeira ação, foi criado um acampamento pela equipe da Funai entre duas das aldeias Matis para isolar os Korubo de Coari dos patógenos das aldeias Matis. Isso porque, do ponto de vista biomédico, é importante que seja observado um período de “quarentena” em local onde não haja circulação de pessoas que possam transmitir doenças infecto-contagiosas, para que a equipe possa avaliar o estado de saúde desses grupos após uma situação de quebra de isolamento, bem como observar efeitos secundários de vacinas e de possíveis medicações.

Os procedimentos de minimização de contaminantes (máscaras, luvas, lavagem de mãos, etc.) foram implantados e foram iniciados tratamentos para as doenças respiratórias em curso. Após os primeiros dias do contato e familiarização dos Korubo de Coari com os intérpretes, o grupo contatado começou a pedir para se mudarem daquele local. Os Korubo apresentavam um medo perceptível em relação aos Matis, tanto de serem atacados ali onde se encontravam, como também de retornar ao território onde estavam e serem atacados novamente. Começaram então a expressar o desejo de irem morar perto do restante dos Korubos já contatados (1996 e 2014), que os convidaram até lá. O desejo foi motivado, também nesse caso, por uma relação próxima de parentesco entre eles<sup>27</sup>; além de buscarem por segurança alimentar e, principalmente pelo medo de novos ataques ou roubo de mulheres por parte dos Matis.

O desejo dos grupos de Itaquai e Coari de irem viver junto à comunidade da Maya foi um dado importante para tomada de decisões da equipe de campo composta pelo pessoal da saúde e por indigenistas da Funai, pois a população Korubo daquela comunidade já possuía patógenos adquiridos do contato com a sociedade envolvente e relativa resistência a eles. Aos quais os grupos Korubo, até então em situação de isolamento, não possuíam. Sendo assim, a inserção da população Korubo recentemente contatada foi feita a partir de medidas sanitárias tais como: medidas prevenção de contaminação, realização de ações de imunização e acompanhamento médico constante.

### **A ABORDAGEM CLÍNICA ADO- TADA JUNTO AOS KORUBO RECÉM CONTATADOS**

Nos eventos de 2014 e 2015, os Korubo de Itaquai e Coari rapidamente adquiriram doenças respiratórias e foram diagnosticados com casos positivos de malária. Conjectura-se que as doenças foram adquiridas no encontro com as comunidades indígenas – Kanamary e Matis – com as quais primeiramente fizeram o contato: por meio da transmissão direta pelo ar e gotículas de saliva, no caso das doenças respiratórias; e por vetores (mosquito) no caso da malária. Em um período de 3 dias, todos os indígenas estavam doentes (infecções respiratórias), apresentando sintomas. Os quadros evoluem como na população não indígena, porém, com gravidade muito maior. Os Korubo apresentaram temperaturas bem

altas chegando aos 39°C, tosse carregada, roncos pulmonares e prostração intensa, principalmente os adultos.

No primeiro momento, foram iniciados os tratamentos dos sintomas e aplicado os protocolos de minimização de contaminantes. Os tratamentos foram realizados com antitérmicos e anti-inflamatórios e os pacientes apresentaram melhora significativa enquanto medicados. Nos casos mais graves, principalmente com febre persistente, foram iniciados tratamentos com antibióticos para evitar quadros de pneumonia. Apesar do uso de antibióticos, ao menos 3 pacientes, em cada evento (2014 e 2015), apresentaram sinais indicativos de pneumonia, e então tratamentos mais severos com medicação endovenosa tiveram que ser instituídos.

Em relação à evolução dos quadros, o que mais chamou a atenção da equipe de saúde foram a prostração, acompanhados da falta de apetite, fraqueza e desidratação dos infectados. Essa era a maior queixa dos indígenas, que diziam que nunca antes haviam ficado tão doentes a ponto de não conseguirem levantar das redes, caçar e ir às suas roças. Essa informação é relevante porque mostra outro importante motivo da alta mortalidade nos eventos de contato: os indígenas de todo o grupo ficam doentes ao mesmo tempo, não havendo quem possa prover o sustento e realizar cuidados nos períodos de doença e convalescença. Sem o alimento, o corpo tem ainda menos força para reagir às infecções, elevando assim o número de óbitos. Soma-se a isso a apreensão dos doentes frente a possibilidade de morte e o medo diante do

desconhecimento e, logo, falta de controle sobre aquelas doenças. Por isso, a assistência à saúde deve ser prestada nos momentos iniciais do contato, evitando que esses quadros evoluam e adquiram contornos dramáticos para o grupo.

No começo dos tratamentos, os Korubo apresentaram certa resistência ao uso dos medicamentos, tanto aos comprimidos, mas principalmente aos injetáveis. Porém, após a primeira aplicação, devido à velocidade da resposta medicamentosa, eles começaram a preferir os injetáveis chegando a pedi-los à equipe de saúde. Os Korubo diziam desconhecer os sintomas e principalmente a fraqueza extrema causadas pelas doenças. Em certos momentos, achavam que iriam morrer e duvidavam da eficácia das nossas medicações, e só mudaram de ideia a partir dos primeiros sinais de melhora.

Após uma semana de tratamento, a maioria dos indígenas apresentava melhora significativa dos quadros respiratórios. Todavia, persistia ainda tosse seca em todos; e coriza, em alguns, por pelo menos mais 15 dias. Todas as crianças e alguns adultos também apresentaram infecções secundárias como otite e conjuntivite após a melhora do quadro gripal.

Durante os tratamentos, é fundamental e imprescindível que haja comunicação qualificada entre equipe e paciente. No caso dos eventos relatados, a comunicação era feita por meio dos intérpretes Korubo da comunidade da Maya. Eles explicavam o que era o medicamento, como funcionava e qual seria

o seu resultado a partir de conversas progressas e no momento da administração do medicamento junto com os profissionais da saúde.

Devido à alta vulnerabilidade sócio-epidemiológica a que esses povos estão submetidos, à facilidade em adquirir infecções e à gravidade das mesmas, traçamos alguns protocolos básicos voltados para reduzir as possibilidades de novas contaminações durante o processo do contato. Primeiramente, como mencionado anteriormente, foi determinado um local para montar um acampamento para o grupo recém contatado de modo a evitar a aproximação entre eles e outras pessoas que não fossem a equipe Sesai/Funai, impedindo, assim, a entrada de infecções provenientes das aldeias do entorno e da cidade para o grupo contatado. Em relação às equipes do contato, também foram criados alguns procedimentos: todos os participantes deveriam ter as carteiras de vacinação completas, não apresentar nenhum sintoma de doença ativa e realizar coleta de gota espessa para verificar infecção de malária, periodicamente. Além disso, evitava-se o máximo possível o contato físico e o compartilhamento de utensílios e alimentos. Durante as visitas, toda a equipe portava máscaras cirúrgicas para evitar a transmissão por gotículas de saliva, e luvas, quando necessário o contato físico. Antes de todas as visitas aos acampamentos, eram realizados a esterilização dos materiais e a lavagem sistemática das mãos. Evitava-se também a troca de equipe para que não houvesse quebra do isolamento em relação às aldeias e à cidade.

Outro fator fundamental foi a garantir aos Korubo o acesso à alimentação tradicional no momento do contato. Como os indígenas estavam prostrados pelas doenças, foi necessário o fornecimento constante, pela equipe da Funai, de alimentos para ajudar na recuperação da saúde. A alimentação era composta por produtos de roças tradicionais (macaxeira, milho, banana) e carne de caça. Não foi introduzido alimentos industrializados na dieta indígena, a não ser que não haja outra forma, por não sabermos qual pode ser a aceitação no organismo de um indígena nestas condições. Por outro lado, possibilitar o fornecimento da alimentação tradicional contribuiu para aumentar os laços de confiança e convivência entre a equipe e indígenas.

O esquema adotado de primovacinação dos Korubo de Itaquai e Coari teve como referência o calendário vacinal indígena. Contudo, as idades padrão (mínimas e máximas) para administração de cada vacina foram diferenciadas, conforme recomendado para vacinação pós-contato (Rodrigues, 2014). O objetivo foi administrar o maior número possível de vacinas para cada indivíduo, evitando a perda de oportunidades vacinais. No momento da aplicação das vacinas e no dia anterior, cabia aos intérpretes korubo a parte mais importante do trabalho: explicar que a administração das vacinas os protegeria de doenças perigosas que surgem a partir da intensificação do contato com o não indígena. A aceitação foi boa, mesmo entre as crianças, apesar do receio e do medo de injetáveis. Provavelmente, a boa relação estabelecida

no primeiro encontro com a equipe de saúde a partir do tratamento e a melhora dos casos de infecção respiratória aguda foram importantes para tal aceitação. Aparentemente não houve casos de reações adversas às vacinas.

O número de visitas aos acampamentos variava de duas a quatro visitas diárias, dependendo da gravidade dos quadros clínicos e da administração dos medicamentos. Procurava-se manter certo distanciamento relativo do grupo. Destaca-se a participação de profissional de saúde do sexo feminino na equipe, o que proporcionou maior acesso às crianças e mulheres; bem como a presença de indigenistas qualificados.

O período ideal para se manter um acampamento como este em situação de contato depende da evolução dos tratamentos e do tempo para garantir certas medidas de prevenção, como a imunização. Para os referidos eventos de contato, tanto o de 2014 quanto o de 2015, planejou-se a manutenção do acampamento até que a comunidade da Maya, para onde estavam indo, estivesse livre de malária e doenças respiratórias. Porém a pressão dos Korubo recém-contatados era tamanha que mesmo antes da resolução completa da malária na aldeia da Maya, a pedido dos indígenas, o acampamento foi desmontado e a mudança ocorreu.

Após essa mudança, começamos a enfrentar uma patologia que é endêmica na região dos Korubo já contatados: a malária. A inserção dos recém contatados no ciclo de contaminação por malária se tornou catastrófica e de mui-

to difícil controle, chegando a alcançar 150 casos ao ano em uma população de 80 pessoas. Após várias ações de controle da patologia, no início de 2017, os níveis de contaminação haviam baixado consideravelmente.

Outra questão importante ao se considerar o contato é a saúde da população que habita o entorno da região. Em 2014, o contato aconteceu em região com altos índices de malária e gripe, sendo esses os principais problemas enfrentados. Já em 2015, o contato ocorreu em região livre de malária, e por consequência, não houve nenhum caso registrado durante esse evento. Por isso, é fundamental a adoção de medidas de vigilância em saúde à população do entorno, criando barreiras para impedir a proliferação de agentes infecciosos ou epidemias.<sup>28</sup>

## O CONTATO E AÇÕES DE SAÚDE

Os eventos que aqui descrevemos exemplificam e expressam algumas premissas fundamentais para reduzir ou mesmo evitar os efeitos negativos na saúde da população indígena em contato inicial. Assim, considerando a experiência relatada, bem como, a literatura sobre o tema, desenvolveremos, a seguir, algumas recomendações ou lições aprendidas no período.

Dentre as principais medidas a serem tomadas, destacamos a necessidade de um planejamento prévio que vise não somente à elaboração de um plano de contingência, como também identificar aspectos socioculturais relevantes sobre os grupos indígenas em questão.

Por exemplo, deve-se buscar identificar a língua de referência de cada povo ou grupo isolado para que, no momento do contato, a equipe de saúde e indigenistas já possam contar com intérprete qualificado para as ações que se seguirão.

Outras medidas a serem consideradas pelas políticas públicas visando garantir que os indígenas que decidem sair da condição de isolamento recebam atendimento de saúde qualificado e adequado às suas especificidades são: (1) qualificar profissionais de saúde e indigenistas em áreas de conhecimento que vão além dos protocolos clínicos da atenção, como, por exemplo, conhecimentos linguísticos, antropológicos e de saúde coletiva; (2) adotar medidas de vigilância em saúde à população do entorno para impedir a proliferação de agentes infecciosos e/ou epidemias, o que inclui tanto acesso à diagnóstico e tratamento precoce, como também a manutenção de altos níveis de cobertura vacinal; (3) garantir que os profissionais que estejam circulando em acampamentos ou em locais com a presença de grupos em situação de recente contato, estejam livres de doença infectocontagiosa; (4) estabelecer códigos de conduta para os profissionais que circulam no local no sentido de orientá-los a evitar trocas indevidas e consumo de alimentos industrializados e realizar, prioritariamente, ações de imunização.

Os cuidados oferecidos devem levar em consideração o tamanho do grupo, os problemas de saúde apresentados e os riscos de contágio pela população do entorno. Ademais, os profissionais

de saúde devem evitar intervenções e condutas que possam afetar ou dificultar a realização de práticas socioculturais tradicionais, como por exemplo, interferir em práticas indígenas sobre parto/nascimento, quando não há riscos evidentes; ou mesmo introduzir medicamento que venha a substituir uma prática cultural que se demonstre eficiente para o tratamento do mesmo agravo. Neste sentido, dentre as práticas ou condutas a serem adotadas, deve-se priorizar aquelas que são sustentáveis a longo prazo e eficazes para que aquela população indígena não se torne dependente de tratamentos biomédicos. Assim, é fundamental ter como referência a priorização do tratamento de doenças as quais podem levá-los a quadros graves e as quais eles desconhecem (Rodrigues, 2014).

Os cuidados oferecidos pela equipe de campo devem também envolver orientação sobre troca de mercadorias, cuidados de higiene com possíveis roupas adquiridas, destino de lixo e dejetos, partilha de alimentos, dentre outras orientações que envolvam trocas e cenários novos decorrentes do contato que, a partir desse evento inicial, se torna intermitente. Ao mesmo passo, por meio de um intérprete, devem-se buscar orientações do grupo em contato inicial sobre a melhor forma de abordagem ou mesmo sobre outros aspectos culturais e/ou regras sociais que devem ser observados. Por fim, todo planejamento de saúde para situação como essa deve ter como determinação a não remoção dos indígenas para tratamento fora das aldeias ou território indígena.

## OBSERVAÇÕES FINAIS

Apesar das dificuldades logísticas, operacionais e de abastecimento enfrentados durante os eventos, foi possível contornar todos os quadros clínicos e, em decorrência, não houve nenhum óbito evitável. Pode-se dizer que a organização rigorosa da equipe de campo evitou um cenário pior, como a alta mortalidade inerente a esse tipo de situação.

Contudo, há diferenças históricas fundamentais entre as situações de contato atual como a aqui relatada e aquelas anteriores à década de 90, quando, na maioria dos eventos, grupos inteiros eram forçosamente contactados. Além do fato da intencionalidade de entrar em contato com grupos indígenas até então não conhecidos, a fim de liberar territórios para expansão colonial ou nacionalista; é importante ressaltar dois outros fatores diferenciais: a situação da saúde pública no Brasil e o contingente populacional em situações de contato. Em relação ao primeiro fator, muitas das doenças infectocontagiosas que dizimaram populações indígenas inteiras, como sarampo e varíola, diferentemente de outras épocas, são enfermidades hoje controladas em território nacional. Além disso, o acesso a medicamentos e a vacinas foi ampliado.

Quanto à densidade populacional, em períodos anteriores o contingente populacional em uma situação de contato era, por muitas vezes, maior que nos cenários atuais. Isso se dava não apenas porque os grupos poderiam ser maiores, mas também pelo fato de

que o impacto das epidemias alcançavam também outros pequenos grupos vinculados ao contato. Os últimos contatos, entre eles o dos Korubo aqui relatado, foram estabelecidos com pequenos grupos de poucas dezenas, segmentos de povos “refugiados” em zonas de proteção, com pouco ou quase nenhum vínculo social com outras populações indígenas contactadas.

Nessa longa trajetória de violências contra os povos indígenas, a partir de 1988, com a inclusão de um capítulo na Constituição Federal que lhes garante direitos fundamentais e a demarcação das terras indígenas, esses grupos refugiados da sangrenta violação de suas vidas passaram a contar com relativa segurança enquanto povos autodeterminados. A situação de contato aqui relatada não foi diretamente protagonizada por agentes estatais, como em outras épocas e sim resultado de relações e disputas internas aos povos que compartilham a mesma Terra Indígena - em 2014, pelos Kanamary e, em 2015, pelos Matis. Contudo, cabe-nos reconhecer que falhas institucionais quanto à proteção sanitária e falta de recursos financeiros e humanos para proteção e gestão territorial também contribuíram para acirrar os conflitos internos e desencadear alguns processos que fizeram com que os Korubo sofressem os efeitos indiretos do contato; ou até geraram condições para que o contato fosse permeado por conflitos étnicos, como no evento de 2015, com o povo Matis.

Observa-se, portanto, que, para planejar ações ou mesmo avaliar o impacto social e sanitário decorrentes do conta-

to, é necessário considerar fatores biológicos e sociais, considerando ainda que os povos indígenas não costumam operar essa divisão característica de epistemologias ocidentais. Por isso, a vulnerabilidade desses povos indígenas frente a uma situação de contato não deve ser concebida de maneira monocausal. É imprescindível que o ambiente físico e social que determinam a forma que o processo de adoecimento assumem junto a essas populações sejam considerados e que a equipe envolvida na situação esteja apta a dialogar, a respeitar as decisões e a não comprometer a autonomia sociocultural dos povos envolvidos, principalmente, dos grupos em situação de quebra ou flexibilização de isolamento.

## NOTAS

<sup>1</sup> Gostaríamos de agradecer o apoio dado por Luciane Ouriques, Fabrício Amorim e Willian Pereira para a construção desse artigo.

<sup>2</sup> Na América Latina, há presença de populações autóctones consideradas isoladas no Brasil, no Peru, na Colômbia, na Bolívia, no Equador e no Paraguai.

<sup>3</sup> O Estatuto do Índio, promulgado durante os anos de 1970, define como isolados os indígenas que vivem “em grupos desconhecidos ou de que se possuem poucos e vagos informes através de contatos eventuais com elementos da comunhão nacional” (BRASIL, 1973).

<sup>4</sup> “A maioria dos isolados contemporâneos participavam, em algum momento anterior, de redes sociais nas quais trocavam em festas, gentilezas, presentes, mulheres (algumas vezes por rapto), e em guerra, mortos, nomes e bordunadas” (Arisi, 2007: 31).

<sup>5</sup> <http://www.funai.gov.br/index.php/nossas-acoas/povos-indigenas-isolados-e-de-recente-contato>.

<sup>6</sup> No decorrer do processo histórico várias políticas de contato foram empreendidas por diferentes agentes coloniais - a Coroa, a Igreja, comerciantes, bandeirantes, distintas frentes de expansão. Com a criação do Serviço de Proteção ao Índio e Localização dos Trabalhadores Nacionais, o objetivo da política indigenista era transformar os indígenas em trabalhadores nacionais despojados de suas culturas (Carneiro da Cunha, 1992), assumindo um caráter integracionista.

<sup>7</sup> Roberta Cerri é antropóloga e trabalha como analista técnica de política sociais na Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai). Participou na coordenação das ações de saúde ao povo Korubo.

Lucas Albertoni é médico na Sesai e prestou assistência ao povo Korubo durante os eventos narrados nesse artigo.

<sup>8</sup> Os descimentos são concebidos como deslocamentos de povos inteiros para novas aldeias próximas aos estabelecimentos portugueses, onde deviam ser catequizados e civilizados, de modo a tornarem-se “vasallos úteis”. (Perrone-Moisés, 1992: 118)

<sup>9</sup> Dentre as denúncias presentes no Relatório Figueiredo, que apurou atrocidades cometidas por agentes do então Serviço de Proteção aos Índios e latifundiários contra indígenas durante a ditadura militar, estão as caçadas humanas promovidas com metralhadoras e dinamites atiradas de aviões, inoculações propositais de varíola em povoados isolados e doações de açúcar misturado a estircnina.

<sup>10</sup> Uma situação de contato pode também se dar a partir da própria vontade de um grupo de não mais se isolarem da relação com outras etnias ou com os brancos, como o ocorrido com o povo do Xinane

no Alto Envira.

<sup>11</sup> O encontro inicial entre os grupos que optaram por sair da condição de isolamento e os agentes do Estado que acontece em uma *zona de contato*, instituirá um processo de intermedialidade (Foller, 2004; Ferreira, 2013; Langdon, 2014) que culminará na configuração de medicinas híbridas. No entanto, analisar as formas intermédicas que emergem a partir do cuidado em saúde prestado aos indígenas recém contatados extrapola o escopo do presente artigo, constituindo em um empreendimento a ser realizado em futuros estudos.

<sup>12</sup> Baruzzi, 1994; Nutels, 1968; Ribeiro, 1956 e 1996; Buchillet, 2011; Rodrigues, 2013; Arnt et al., 1998; Ramos, 1993; dentre outros.

<sup>13</sup> Estima-se que dois terços da população Matis tenha sido dizimada em decorrência de um grave surto de gripe no início dos anos 80. <https://povosisolados.wordpress.com/2017/06/18/nos-tapiris-korubo-uma-perspectiva-indigenista-das-tensoes-e-distensoes-korubo-e-matis/>. Último acesso em 29/10/2017.

<sup>14</sup> *Em 1985, época das primeiras tentativas de contato dos Zo'é pelos missionários da Missão Novas Tribos do Brasil, inúmeras foram as mortes ocorridas decorrentes da vulnerabilidade desses índios face aos agentes etiológicos transportados para o contexto do contato por aqueles indivíduos estrangeiros. Os relatos dos Zo'é sobre essa época apontam um número surpreendente de óbitos relacionados a epidemias como a malária e a surtos viróticos gripais e diarreicos.* (Jennings Simões et al., 2016).

<sup>15</sup> De acordo com a etiologia Yanomami, a fumaça possui poderes altamente patogênicos por afetarem seu princípio vital de forma antropofágica. As epidemias que acometeram os Yanomami logo após os primeiros contatos ganharam significados a partir de concepções tradicionais e foram

associadas à fumaça do metal advinda de objetos manufaturados como facões e outras ferramentas dos brancos:

A contaminação ocorria sistematicamente após as expedições aos acampamentos brancos para conseguir objetos manufaturados, Os Yanomam elaboraram uma nova teoria epidemiológica em função dessa “co-incidência”. Atribuíram um princípio patogênico (*wayu*) às posses dos seres estrangeiros que tinham irrompido em seu território, e chamaram as epidemias de *boobè wakèshí*, “fumaças das ferramentas, fumaça do metal” (Albert, 1992:166).

<sup>16</sup> A dificuldade de recuperação demográfica em decorrência da ruptura das inter-relações sociais foi observada no caso dos Arara da TI Cachoeira Seca (Teixeira-Pinto, 1997) e mais recentemente com o grupo Korubo do contato de 1996 e ao grupo recém contatado do Xinane (Alto Rio Envira/Acre).

<sup>17</sup> <https://povosisolados.wordpress.com/2017/06/18/nos-tapiris-korubo-uma-perspectiva-indigenista-das-tensoes-e-distensoes-korubo-e-matis/>. Último acesso em 20/10/2017.

<sup>18</sup> Presença de bactérias no sangue.

<sup>19</sup> Dado não confirmado.

<sup>20</sup> Registro do caderno de campo do médico Lucas Albertoni em 29/10/2014.

<sup>21</sup> “A atração do primeiro grupo de Korubo no Vale do Javari, etnia aqui considerada, foi realizada em 1996, depois, portanto, de estabelecida esta nova política protetiva adotada pelo governo brasileiro. Uma das razões apresentadas pela CGII para defender sua posição de fazer contato com os Korubo foi o fato dos índios se encontrarem em situação de risco por estarem aparecendo com frequência na comunidade ribeirinha do Ladário. O governo não conseguiria evitar a violenta reação dos ribei-

rinhos à presença cada vez mais constante dos Korubo no Ladário, portanto, a solução encontrada para o conflito eminente foi realizar o contato” (Arisi, 2007: 32).

<sup>22</sup> Lalanvet, mulher mais velha do grupo recém contatado é irmã de Maya, mulher mais velha do grupo em contato desde 1996.

<sup>23</sup> Registro do caderno de campo do médico Lucas Albertoni em 26/10/2014.

<sup>24</sup> Aldeia do grupo da Maya, contato de 1996.

<sup>25</sup> Registro do caderno de campo do médico Lucas Albertoni em 26/10/2014.

<sup>26</sup> Como apontado por Taylor (2012), a concepção de morte presente nos povos das terras baixas da América do Sul está estreitamente relacionada com o xamanismo e a vingança como engrenagens matriciais em seu universo socio-cosmológico. Assim, os povos amazônicos enxergam a morte como causada pela ação humana maligna, e não como resultado de causas naturais: sob tal perspectiva, toda morte é um potencial homicídio.

<sup>27</sup> Maluxi, mulher mais velha no contato de 2015 é irmã de Maya, mulher mais velha do contato de 1996

<sup>28</sup> Essas medidas incluem a manutenção de altos níveis de cobertura vacinal, acesso a serviços de saúde para diagnóstico, tratamento precoce e controle das principais endemias, em especial a malária, tuberculose, leishmaniose cutâneo-mucosa e visceral.

## REFERÊNCIAS

- ALBERT, Bruce. 1992. A fumaça do metal: história e representações do contato entre os Yanomami. *Anuário Antropológico*, 89: 151-189.
- \_\_\_\_\_; RAMOS, Alcida Rita (org). 2002. *Pacificando o branco: cosmologias do contato no Norte-Amazônico*. São Paulo: Editora UNESP.
- \_\_\_\_\_; KOPENAWA, Davi. 2015. *A queda do céu: palavras de um xamã yanomami*. São Paulo: Companhia das Letras.
- ARISI, Barbara Mansonnave. 2007. Matis e Korubo: contato e índios isolados no Vale do Javari, Amazônia. Dissertação. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- ALBERTONI, Lucas Infanzozzi. 2016. Intensificação das Estratégias de Controle de Malária entre os Korubo de Recente Contato na Terra Indígena do Vale do Javari. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Indígena, da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- ARNT, Ricardo et al. 1998. *Panará. A volta dos índios gigantes*. São Paulo: Instituto Socioambiental.
- BUCHILLET, Dominique. 2011. Contato interétnico e saúde. *Sexualidade e Saúde Indígena*. Brasília: Paralelo 15.
- CARVALHO, Francismar Alex. 2006. Fronteiras e zonas de contato: perspectivas teóricas para o estudo dos grupos étnicos. *Dimensões*, 18: 49-70.
- CUNHA, Manuela Carneiro da. 1992. *História dos Índios no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras.
- COUTINHO, Walter. 1998. *Relatório de identificação e delimitação da Terra Indígena Vale do Javari*. Funai.
- FERREIRA, Luciane Ouriques. 2013. *Medicinas Indígenas e as Políticas da Tradição: entre discursos oficiais e vozes indígenas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

- FOLLER, Maj-lis. 2004. Intermedicinalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa, Associação Brasileira de Antropologia, 129-147.
- FUNAI. 2016. *Povos Indígenas Isolados em Território Brasileiro*. Coordenação-Geral de Índios Isolados e Recém Contactados. Funai. Documento de atualização de banco de registros.
- GALLOIS, Dominique. 1992. De arredio a isolado: perspectivas de autonomia para os povos indígenas recém-contactados. In: GRUPIONI, L. (Org.) *Índios no Brasil*. São Paulo: Secretaria Municipal de Cultura.
- HUERTAS, Beatriz. 2008. Autodeterminación y salud. *El derecho a la salud de los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial*, Copenhagen: Iwgia.
- JENNINGS SIMÕES, Eric Leonardo; PINTO, Suely de Brito; PENA, Sandra Ferreira. 2016. Plano de Ação da Equipe de Saúde para o Programa Zo'ê. *Revista Brasileira de Linguística Antropológica*, 8: 121-132.
- LANGDON, Esther Jean. 2014. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 19: 1019-1029.
- LIMA, Antônio Carlos de Souza. 1995. *O Grande Cerco de Paz: poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil*. Rio de Janeiro, Petrópolis: ed. Vozes.
- NUTELS, Noel. 1968. Medical problems of newly contacted Indian groups. *Biomedical challenges presented by the american indian*. Washington: PAHO, 165: 68-76.
- PRATT, Mary Louise. 1999a. A crítica na zona de contato: nação e comunidade fora de foco. *Travessia: Revista de literatura*, 38: 7-30.
- PRATT, Mary Louise. 1999b. *Os olhos do império: relatos de viagem e transculturação*. Trad. de Jézio Hernani Bonfim Guerra. Bauru: Ed. da Universidade do Sagrado Coração.
- RAMOS, Alcida Rita. 1993. O papel político das epidemias: o caso Yanomami. *Série Antropologia*. Brasília: Universidade de Brasília.
- RIBEIRO, Darcy. 1956. Convívio e contaminação: efeitos dissociativos da depopulação provocada por epidemias em grupos indígenas. *Sociologia*, 18: 3 - 49.
- \_\_\_\_\_. 1996. *Os índios e a civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno*. São Paulo: Companhia das Letras.
- RODRIGUES, Douglas Antonio. 2013. Saúde e doença entre os Panará, povo indígena amazônico de contato recente, 1975-2007. Tese de doutorado, Escola Paulista de Medicina, Unifesp, São Paulo.
- \_\_\_\_\_. 2014. *Proteção e Assistência à Saúde dos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato no Brasil*. Organização do Tratado de Cooperação Amazônica. Documento técnico de consultoria.
- \_\_\_\_\_ e SANTOS, Evelin Plácido. 2014. *Segunda visita aos indígenas em contato inicial: "Povo do Xinane"*. Escola Paulista de Medicina. Relatório de atendimento ao povo de recém-contatado no Igarapé Xinane, Alto Rio Envira, Acre.
- TEIXEIRA-PINTO, Márnio. 1997. *Iéipari. Sacrifício e vida social entre os Arara*. Rio de Janeiro: Hucitec, Anpocs, Editora da Universidade Federal do Paraná.
- TAYLOR, Anne-Christine. 2012. O corpo da alma e seus estados: uma perspectiva amazônica sobre a natureza de ser-se humano. Trad.: Nunes, E.S., Cerri, R. e Coelho de Souza, M. *Cadernos de Campo*, 21: 213-228.

**Sítios na internet**

<https://povosisolados.wordpress.com/2017/06/18/nos-tapis-korubo-uma-perspectiva-indigenista-das-tensoes-e-distensoes-korubo-e-matis/>. Último acesso em 27 de setembro de 2017.