

**“O Sesp nunca trabalhou com índios”: a (in)visibilidade dos indígenas na atuação da Fundação Serviços de Saúde Pública no estado do Amazonas**

*“SESP never worked with Indians”: the (in)visibility of indigenes in the activities of the Fundação de Serviços de Saúde Pública in the state of Amazonas*

**Amandia Braga Lima Sousa**

Especialista em Saúde/Secretaria Municipal de Saúde de Manaus.  
Av. Mário Ypiranga Monteiro, 1695  
69057-001 – Manaus – AM – Brasil  
amandia.lima@pmm.am.gov.br

**Júlio César Schweickardt**

Pesquisador do Instituto Leônidas e Maria Deane/  
Fundação Oswaldo Cruz.  
Rua Teresina, 476  
69057-070 – Manaus – AM – Brasil  
juliocesar@amazonia.fiocruz.br

Recebido para publicação em agosto de 2011.

Aprovado para publicação em julho de 2012.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-597020130005000012>

SOUSA, Amandia Braga Lima;  
SCHWEICKARDT, Júlio César.  
“O Sesp nunca trabalhou com índios”:  
a (in)visibilidade dos indígenas na  
atuação da Fundação Serviços de Saúde  
Pública no estado do Amazonas. *História,  
Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de  
Janeiro, v.20, n.4, out.-dez. 2013, p.1635-  
1655.

**Resumo**

A Fundação de Serviços de Saúde Pública, entre 1960 e 1990, foi responsável por uma rede de serviços de saúde em todo o país, em continuidade às ações do Serviço Especial de Saúde Pública. O artigo trata de pesquisa realizada no estado do Amazonas, em 2010, que investigou a atuação dessa Fundação junto às populações indígenas, com base em entrevistas com ex-profissionais da Fundação e análise de documentação a ela pertencente. Os resultados mostraram que, embora não tivesse política formal para as populações indígenas, na prática teve que atendê-las, pois eram maioria nos municípios do interior do estado.

Palavras-chave: saúde indígena; Serviço Especial de Saúde Pública; Fundação de Serviços de Saúde Pública; Amazonas; políticas públicas de saúde.

**Abstract**

From 1960 to 1990, the Fundação de Serviços de Saúde Pública (Public Health Services Foundation) was in charge of a network of health services across Brazil, in continuation of work previously done by the Serviço Especial de Saúde Pública (Special Public Health Service). The article presents a 2010 research conducted in the state of Amazonas regarding the Foundation's activities among indigenous populations based on interviews with the Foundation's personnel and the analysis of its documentation. The findings indicate that while the Foundation had no formal policy for indigenous populations, in practice its staff did serve indigenes since in most municipalities in the interior of Amazonas they comprised a significant number of the inhabitants.

Keywords: indigenous health; Serviço Especial de Saúde Pública; Fundação de Serviços de Saúde Pública; Amazonas; public health policy.

A frase “O Sesp nunca trabalhou com índios” foi dita por uma profissional de saúde que trabalhou na Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) como enfermeira. Esse foi o primeiro questionamento quanto à proposta de estudo, que buscou entender as formas de atuação dessa instituição com a população indígena. Colocado em destaque, o argumento resume o posicionamento oficial do Sesp no que concerne aos índios na região amazônica. A instituição desempenhou papel significativo no interior da Amazônia, que tem a maior população indígena do país. Assim, o objetivo deste estudo foi compreender como aconteceu essa relação entre o modelo de assistência do Sesp e a cultura indígena.

O Sesp foi um marco na política pública de saúde durante cinco décadas (1942-1992), que contribuiu com a formação de muitos profissionais de saúde e gerou referências para a assistência à saúde no interior do país e da Amazônia. Sua forma de atuar e seus procedimentos ainda são visíveis no discurso de profissionais autodenominados sespianos, em que não faltam elogios para a estrutura administrativa e os modelos de assistência. Do mesmo modo, as estruturas físicas ainda estão presentes nos municípios do interior como hospitais e saneamento.

A metodologia desta pesquisa consistiu em analisar o discurso oficial do Sesp através de relatórios e manuais, constantes do arquivo da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) referente ao Amazonas e do Fundo FSESP da Casa de Oswaldo Cruz (COC), Fiocruz. Para compreender a atuação do Serviço com populações indígenas, realizaram-se entrevistas com profissionais que atuaram no Sesp e estiveram em contato com essas populações do interior do Amazonas entre 1960 e 1990.

É importante destacar que a relação entre a política de saúde pública e as populações indígenas faz parte de um conjunto de pesquisas e trabalhos, principalmente sobre a relação entre o Estado e os índios. Dessa perspectiva, foram caracterizadas e descritas as ações de instituições como Serviço de Proteção do Índio (SPI), Sesp e da FSESP. O enfoque priorizou as duas últimas, em função de sua forte atuação em localidades do interior do Amazonas, com unidades que dispensavam cuidados à população indígena.

Predominou na relação entre o Estado e os indígenas a concepção de que estes últimos desapareceriam como sociedades culturalmente diferenciadas. A ideia da transitoriedade dessas populações fez com que historicamente fossem entendidas a partir de um discurso assimilacionista, pensamento que prevaleceu até o final do século XX (Coimbra Jr., Santos, Cardoso, 2007). A política de assimilação dos índios ganhou força a partir das ideias trazidas pelo marechal Cândido Rondon, que defendia a necessidade de adaptação dos indígenas e sua assimilação como ‘brasileiros’ (Diacon, 2006).

### **As políticas públicas brasileiras voltadas para os indígenas e seu impacto no estado do Amazonas no início do século XX**

A expedição realizada por Carlos Chagas à Amazônia em 1912 constatou a presença de indígenas trabalhando como seringueiros ao longo do rio Negro. Na ocasião, ele denunciou as péssimas condições dos indígenas nos seringais: “É incontestavelmente no Rio Negro que se encontra a condição mais primitiva e a condição mais precária de vida humana” (Cruz, Chagas, Peixoto, 1972, p.107). Diante das condições de exploração associadas às características

dessa população, Chagas declarou que isso poderia significar o fim da ‘raça’. Esse relato ilustra a situação dos indígenas no início do século XX.

Em 1910 foi criado o SPI, que oficializou as técnicas empregadas por Rondon para pacificar os índios, tornando-as política oficial do governo federal (Diacon, 2006). Esse serviço foi primeiramente denominado Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILTN). Segundo Antonio Carlos de Souza Lima (1995), não houve critérios para definir o público-alvo da instituição, tendo como pressuposto a categoria genérica ‘índio’, criada pelo Estado e que reduzia a heterogeneidade dos povos indígenas. Em relação ao Serviço, o autor destacou que suas unidades funcionavam de forma hierarquizada, sendo as mais locais denominadas ‘postos e vigilâncias’, caracterizando-se pela clara inspiração militar e pelo objetivo de adentrar as chamadas povoações indígenas. A ideia era que os postos se transformassem em ‘centros agrícolas’, como forma de integração entre os indígenas e os trabalhadores nacionais. Assim, os indígenas superariam o *status* de índio. As relações vivenciadas entre o Estado e as populações nativas, no período republicano, não seguiram a modalidade da guerra, mas envolveram um ‘assujeitamento’ dos indígenas ou ‘poder tutelar’. Esse poder ficou visível no controle do Estado sobre a inclusão e exclusão de populações na comunidade nacional e caracterizou-se por ser, além de instrumento disciplinador, convergente de alteridades, elemento gerador de hierarquia dentro da própria sociedade (Lima, 1995).

Ficou evidente a dificuldade do Estado em incluir populações que estavam à margem da sociedade nacional, principalmente na questão da autonomia e sustentabilidade desses grupos. O entendimento era de que essas populações provocavam descontinuidade política, econômica e, sobretudo, simbólica em relação a seu suporte ideológico principal: a ideia de nação formada por um corpo de cidadãos (Melo, 2007; Lima, 1995). Ficou sob responsabilidade do SPILTN extinguir essa situação, incorporando os índios à comunidade nacional, especificamente na condição de trabalhadores nacionais. O poder estatizado foi exercido sobre populações e territórios, buscando assegurar o monopólio dos procedimentos de definição e controle sobre as populações indígenas. A proposta do SPILTN era estabelecer alianças com os índios que estavam pacificados e levar a paz aos resistentes, a partir da estratégia de produzir ‘um grande cerco de paz’. Essa forma de atuar, segundo Lima (1995), caracterizava-se por tática militar que pressionou os índios a aceitar uma aliança, sendo essa a única possibilidade para essas populações. Assim, os índios viviam a ilusão de estar protegidos de inimigos externos, porém perdiam a liberdade de circular, pois estavam sob vigilância e controle do Estado. Após sua criação o SPILTN teria como uma de suas finalidades, por meio de métodos persuasivos, estabelecer relações pacíficas com os grupos indígenas que começavam a manter os primeiros contatos com a frente de expansão (Gagliardi, 1989).

Após 1930, o SPI vinculou-se ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), mantendo, entretanto, a obrigação de promover a assimilação dos indígenas nos moldes anteriores. Àquela altura, porém, já se tinha compreensão das dificuldades em incluir os indígenas na massa trabalhadora. Em 1933, o serviço passou a fazer parte do Ministério de Guerra, no âmbito da Inspeção Especial de Fronteiras. Essa mudança tinha como ênfase o controle de acesso ao sertão, expandindo as possibilidades do uso do trabalho indígena para além da agricultura, podendo ser utilizada sua potencialidade militar (Lima, 1995). Em 1936, o SPI constituiu através do decreto n.911, de 16 de junho, uma Inspeção Especial de Fronteiras,

com a finalidade de “pôr em execução medidas e ensinamentos para a nacionalização dos silvícolas, com o objetivo de sua incorporação à sociedade brasileira” (Melo, 2007, p.52).

O estudo de Melo (2007, p.210), que contempla a atuação do SPI no estado do Amazonas, demonstra que a atuação do Serviço baseava-se nos princípios nacionais:

No projeto “civilizatório” que o Serviço de Proteção aos Índios empreendeu no Estado do Amazonas, ao se nomearem os responsáveis pela empresa seringalista como delegados de índios, duas vertentes de princípios extremamente diferentes acabaram por se unir. De um lado, o ideário rondonista, que procurava “melhorar o índio” através de sua incorporação como trabalhador produtivo, na tentativa de alçá-lo à condição de brasileiro e por extensão, de “cidadão”. De outro, a empresa seringalista, com todas as formas de exploração da força de trabalho que lhe eram peculiares, exercia uma forma de dominação apoiada na tutela.

A Inspetoria Regional do Amazonas foi instalada em 1911 e teve como diretor o tenente Alípio Bandeira, que atuou com base em dogmas positivistas e se destacou pela pacificação dos indígenas do rio Jauapery. Essa ‘vitória’ para o serviço consagrou sua gestão, que, entretanto, durou apenas seis meses. A pacificação nesse momento era entendida pelo SPI como prestígio para a instituição e marca de que o serviço era eficiente. A gestão de João de Araújo Amora manteve as ações iniciadas na anterior. Nesse sentido, ele realizou diversas excursões na busca de indígenas para promover sua pacificação. Na ocasião, importava ir ao encontro de indígenas que já estavam de certa forma ‘assimilados’ com a perspectiva de agrupá-los, visto que, dispersos como se encontravam não produziram trabalho eficaz, nos termos do que era compreendido como trabalho civilizado. Nesse período, no Amazonas, a economia gomífera entra em crise, momento em que a Inspetoria se empenha em organizar a força de trabalho dos indígenas visando a um processo de produção permanente, abrangendo outras formas de extrativismo ou coleta (Melo, 2007).

Em 1916 assume a Inspetoria Bento Lemos, cuja gestão foi marcada pela dizimação de vários grupos indígenas por doenças e epidemias, como a gripe espanhola que até 1922 assolou a região amazônica. Essa situação, se por um lado colocava em discussão a atuação do SPI e a enfraquecia, por outro fortalecia dentro da instituição a figura dos delegados, seringalistas que, com esse título, se tornavam verdadeiros ‘donos’ dos índios, num padrão de tutela nada deixando a desejar em relação ao que acontecia no período colonial (Melo, 2007). Essa relação estabelecida entre a Inspetoria do Amazonas e os indígenas representava o que era preconizado pela política nacional para os indígenas naquele momento, sendo oficializado o SPI como único responsável pelos indígenas, devendo atuar nos diversos aspectos de suas vidas. “Assim, não resta a menor dúvida de que um delegado, por mau que ele seja, sempre constitui ainda, sob certos pontos de vista um benefício para os índios porque lembra aos perseguidores dos mesmos a existência de uma autoridade protetora dos indígenas” (Nimuendajú, citado em Melo, 2007, p.99).

Nessa nova configuração, o SPI continuou com a obrigação de promover a assimilação dos indígenas nos mesmos moldes anteriores, entretanto, àquela altura já se tinha compreensão das dificuldades em incluir os indígenas na massa trabalhadora. Por volta da década de 1940, ainda que o SPI tenha continuado com a intenção de assimilar os indígenas à força de trabalho, na prática se percebe que essa forma de atuar não estava rendendo os resultados esperados, o

que levou o Estado a adotar novo tipo de atuação frente aos indígenas, enfatizando o caráter monopolista do SPI. Em outras palavras, era obrigação do Serviço prover os povos indígenas de assistências mínimas, que consistiam em terra, saúde, educação e subsistência, sempre a partir da perspectiva da ‘relativa incapacidade indígena’ e da necessidade de sua ‘tutela’ pelos órgãos do Estado, cujo principal objetivo era acomodar os povos indígenas sobreviventes; simultaneamente, entretanto, o Estado e o SPI faziam avançar as invasões territoriais já consumadas, as legitimava e abria novas fronteiras de expansão. Havia, no entanto, por parte de grupos políticos e econômicos no país, resistência em relação aos indígenas, considerando-os, aliás, obstáculo ao desenvolvimento econômico do país (Melo, 2007).

A gestão do SPI ao longo de seus 57 anos de existência foi marcada pela falta de recursos financeiros e de pessoal qualificado, principalmente na Amazônia onde se exigia a fixação de profissionais nas distantes regiões sob responsabilidade da Inspeção, que abrangiam o estado do Amazonas, o então território do Acre e o atual estado de Roraima.

Em 1967 o SPI foi substituído pela Fundação Nacional do Índio (Funai), o que, entretanto, não representou mudanças significativas no que diz respeito à sensibilidade em relação às especificidades étnicas. A figura jurídica da tutela foi mantida e, em alguns casos, aprofundada. Ao analisar esse período, Souza Lima (1995) aponta que não houve grandes alterações na forma de o Estado se relacionar com os indígenas, prevalecendo uma política que via em sua assimilação e no forte autoritarismo a melhor forma de manter relações com essas populações. Sendo assim, continuou-se a julgar que os indígenas desapareceriam, sendo integrados ao modelo de civilização proposto. Pela lei n.6001 de 19 de dezembro de 1973 foi sancionado o Estatuto do Índio, que regulamentou a situação jurídica das populações indígenas. Até 1988, entretanto, a política indigenista brasileira estava centrada nas atividades voltadas para a incorporação dos índios à comunhão nacional, princípio que esteve presente nas Constituições de 1934, 1946, 1967 e 1969, só sendo suprimido na de 1988, que reconheceu aos índios sua organização social, seus costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupavam (Lima, Hoffman, 2002).

## **Encontros e desencontros entre saúde pública e saúde indígena**

As políticas de saúde pública durante a Primeira República favoreceram a ampliação da capacidade do Estado brasileiro de integrar todo o território nacional e intervir sobre ele, independentemente do fato de as ações desenvolvidas inicialmente não alcançarem o sucesso esperado. De qualquer modo, apesar de não provocar mudanças estruturais de grande importância, são evidentes os impactos ideológicos e políticos advindos do fortalecimento do poder público sobre o território, através de políticas de assistência à saúde e de saneamento (Hochman, 2006; Schweickardt, 2011). Esse avanço deve-se ao pensamento então predominante que enfatizava a proposta de saneamento do interior do país. Nesse mesmo período, foi criada uma agência estatal específica para lidar com a questão indígena, sugestivamente com a denominação inicial de Serviço de Proteção aos Índios e de Localização dos Trabalhadores Nacionais.

Apesar de ambas as políticas focalizarem as populações do interior do país, e ainda que os indígenas ali se encontrassem, essas políticas não se integraram quanto ao cuidado com

a saúde indígena. Ao contrário, o que existiu, nesse início de atuação, foi a total ausência da figura do índio nos estudos sobre o sanitarismo rural. “É como se a atenção à saúde indígena, por estar fora da história institucional da política pública de saúde que vem há séculos sendo repetida numa sucessão de departamentos, superintendências, fundações e ministérios que culminariam na criação do Ministério da Saúde atual, não tivesse existido para a concepção vigente de saúde coletiva” (Teixeira, 2008a, p.335).

A distância das práticas sanitárias com relação às populações indígenas, até a década de 1950, pode ser explicada por essa segmentação institucional, com a criação de um serviço específico voltado para a população indígena. Essa, contudo, não parece ser a única razão que tenha ocasionado o distanciamento da saúde pública com relação à saúde indígena, se considerarmos que naquele período existia ênfase da saúde pública em dar conta das condições de saúde e de vida das populações sertanejas. A relativa invisibilidade da saúde indígena na saúde pública está relacionada ao pensamento de influência rondonista, que acreditava na assimilação das populações à sociedade nacional e em sua integração à civilização.

Por outro lado, a saúde indígena, apesar de parte integrante da regulamentação e dos objetivos primeiros do SPI, não foi ao longo de sua atuação estruturada de forma regular e eficiente. Denúncias e registros sobre surtos epidêmicos, falta de assistência às populações e fragilidade do SPI constavam nos relatórios e inquéritos realizados pelo Serviço, desde suas origens até, pelo menos, a década de 1950. Os problemas apontados consistiam na falta de material médico e de profissionais da saúde, além de constatações de prejuízos advindos do processo de aculturação, dado o impacto do convívio entre indígenas e civilizados. Desde a década de 1920, registrava-se naqueles documentos que a notável dificuldade sanitária enfrentada pelos grupos indígenas assistidos pelo SPI contribuiu largamente para o agravamento da diminuição demográfica indígena (Brito, 2011).

A partir da década de 1940, com a criação da Seção de Estudos do SPI, postulou-se a necessidade de enfrentar as questões sanitárias relativas ao contato entre ‘civilizados’ e indígenas. Fato é que no final de 1946, Serpa, após o levantamento dessas questões, propôs a criação de um Serviço Médico-Sanitário do SPI em 1947. Apesar de esforços e discussões, só na década de 1950 foi organizado um serviço médico dentro da Seção de Orientação e Assistência, com atuação bem mais limitada do que havia sido pensada originalmente, resultando na criação de farmácias nos postos indígenas, sendo incluída, em alguns, a presença de uma enfermeira (Figueiredo, 2009; Brito, 2011). Nesse período, também passa a ser assunto de discussão interna a formação necessária aos médicos para lidar com as questões indígenas, um dos motivos, aliás, da contratação de antropólogos pelo SPI.

O indígena ganhou mais visibilidade na política de saúde quando o médico Noel Nutels visitou os Xavante no rio das Mortes e alertou sobre o risco de drástica diminuição da população indígena em função das doenças. Em 1952, Nutels elaborou um plano de saúde para o enfrentamento da tuberculose, sua área de atuação. A criação desse plano foi exceção no que diz respeito à saúde indígena, visto que implementou medidas sociais amplas, que não se restringiram a intervenções médico-curativas, além do fato de não ser exclusivas aos povos indígenas (Coimbra Jr., Santos, Cardoso, 2007). A partir da experiência de Noel Nutels, o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (Susa) foi implantado junto com o recém-criado Correio Aéreo Nacional (CAN), caracterizando-se por ser um modelo de assistência aérea,

levando equipes volantes, constituídas por médicos sanitaristas, enfermeiros e técnicos em saúde, para áreas de difícil acesso em que se localizavam populações indígenas. Esse serviço priorizou ações de controle da tuberculose, vacinação antivaricelosa, diagnóstico, tratamento clínico e encaminhamento (Costa, 1987; Brito, 2011).

Na Funai, o serviço de saúde para os indígenas se organizou dentro de um setor específico. O modelo de saúde adotado passou a contar com as equipes volantes de saúde (EVS), que, entretanto, se restringiam aos cuidados em saúde complementares aos postos indígenas (PIN), compostos de um auxiliar de enfermagem. Com a mudança da capital, do litoral para o interior, as condições sanitárias apresentadas nesse espaço ganharam maior destaque, ao mesmo tempo em que os indígenas presentes em áreas de interesse econômico para o desenvolvimento passaram, progressivamente, a constituir prioridade. A relação entre os serviços sanitários e as instituições de tutela dos indígenas passou a existir. Os cuidados com a saúde indígena, contudo, se limitaram às doenças infecciosas, que, aliás, sempre ocuparam lugar de privilégio quando se tratava dessa população (Coimbra Jr., Santos, Cardoso, 2007).

No final da década de 1970, inicia-se um movimento de crítica ao modelo das políticas de saúde, culminando com a reforma sanitária que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. Ao lado disso, a saúde indígena foi ganhando espaço com um olhar diferenciado para as culturas e sociedades indígenas. A saúde pública, superando uma leitura restrita à assistência com base nos aspectos biológicos, foi-se construindo em base teórica mais ampla, mediante a incorporação das questões culturais, políticas e sociais nos modelos assistenciais. No entanto, na saúde indígena, as questões culturais continuavam não fazendo parte das prioridades da assistência (Garnelo, Langdon, 2005).

O processo de redemocratização política no Brasil a partir da década de 1980 trouxe reflexos na área da saúde, por intermédio do Movimento de Reforma Sanitária, cujos principais líderes compunham o chamado Partido Sanitário. Como consequência desse movimento, seguiram-se a oitava Conferência Nacional de Saúde e a Primeira Conferência Nacional de Saúde do Índio. Dentre as propostas e conclusões desta última, destaca-se, após avaliação das dificuldades encontradas pela Funai para realização de suas atividades, a necessidade de que a responsabilidade pela saúde fosse assumida pelo futuro órgão gestor do SUS. Essa recomendação estava em consonância com proposta política mais ampla, apresentada por organizações indígenas e indigenistas não governamentais, de deslocamento dos demais setores técnicos para os respectivos ministérios técnicos. Restariam à Funai as atividades de demarcação e controle da integridade territorial das áreas indígenas (Garnelo, Langdon, 2005).

O SUS, já contemplado pelo novo texto constitucional e normatizado pela Lei Orgânica de Saúde 1988, no entanto, não estabelecia a forma como a saúde de populações indígenas seria integrada ao Sistema; a base legal para a política indigenista proposta na Primeira Conferência Nacional em 1991 estava estabelecida pelos decretos presidenciais números 23, 24, 25 e 26. Em 1994, a responsabilidade pelo componente curativo volta a ser da Funai, ficando o Ministério da Saúde responsável pelas ações de prevenção direcionadas a essa população. A lei n.9.836 de 1999 cria o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. “No caso do Brasil, o modelo de atenção em saúde indígena se caracteriza por ser processo em construção, cuja especificidade é o resultado do cruzamento de fatores históricos e políticos postos em movimento desde a

década de 1980, que reconhece o caráter pluriétnico do país, e o crescimento das organizações indígenas.” (Langdon, Garnelo, 2004, p.34)

Apesar dos avanços legais, a saúde indígena continua a ser um desafio nos aspectos relacionados à integração das ações com outros setores e com a gestão municipal e estadual de saúde, bem como à aplicação de modelos autônomos de gestão e à busca de uma política de gestão de trabalho apropriada às diferentes realidades regionais do país.

## **Fundação Serviços de Saúde Pública**

A FSESP consagrou-se historicamente como serviço de grande relevância na área da saúde. Seus méritos se devem a sua grande capilaridade, que alcançou abrangência nacional e cobertura de parte significativa da área rural do país. Esses resultados, cabe ressaltar, não foram fruto apenas da FSESP, mas em parte herança do Sesp, extinto em 1960. A mudança teve caráter jurídico, sem alterar nem a forma de trabalho, nem as metas da instituição, que simplesmente passou a funcionar como fundação.

Criado em 1942, o Sesp é resultado de uma parceria entre o Brasil e os EUA. O acordo que o originou definiu que o serviço seria custeado primeiramente com recursos norte-americanos e em parte com recursos nacionais (Campos, 2006). Inicialmente, os interesses norte-americanos na implantação desse serviço estavam focados na garantia da produção de borracha para suprir sua demanda e na manutenção de influências econômicas dentro do Brasil. O decreto-lei n.4.275 de 1942 regulamentou a implantação do Sesp no país, definindo como espaço inicial de sua atuação o vale do Amazonas, no intuito de assegurar a produção de borracha a partir da oferta de serviços de saúde, que deveriam ter como foco inicial o controle da malária na região. Para o governo brasileiro, o Sesp foi entendido como um facilitador para os planos de construção de um Estado nacional. A atuação do Sesp no vale do Amazonas também era estratégica para a política de Getúlio Vargas, visto que o estabelecimento de serviços de saúde em regiões com pouco investimento público significava uma forma de estender o poder do governo até essas localidades (Andrade, Hochman, 2007).

A estratégia de longo prazo da instituição foi construir uma rede de unidades sanitárias no vale amazônico. De acordo com André Campos (2006), em fins de 1942 o Sesp já havia implantado dez postos de saúde no vale, acrescidos de outros 14 no ano seguinte. Dessa forma, as pretensões do governo tornavam-se realidade, pois a presença dos profissionais de saúde era garantia do contato de algumas populações com o poder público nacional. As ações desenvolvidas pelo Sesp na Amazônia foram realizadas pelo Programa da Amazônia, estabelecido ainda em 1942. A necessidade de profissionais para atuar na região levou à criação da Escola de Enfermagem de Manaus, em 1949, que teve a missão de formar enfermeiros e auxiliares de enfermagem para atuar nos programas do Sesp e, posteriormente, da FSESP.

No *Boletim do Sesp* de julho de 1951, foram divulgadas reportagens da “Higiene sobre o Amazonas” veiculadas pelo jornal *Folha Carioca*, do Distrito Federal. O Sesp destacou três municípios do vale amazônico, Abaetetuba, Cameté e Benjamin Constant, e as transformações que as ações de saúde ali provocaram. A estratégia do Sesp era divulgar os trabalhos como garantia da sua legitimação social, principalmente nas comunidades do interior em que mantinha suas unidades sanitárias.



No interior do Amazonas, foi criada extensa rede de serviços, que passou a atuar de forma permanente, com destaque para profilaxia de doenças transmissíveis, sobretudo helmintoses, malária e gripe. A seção Educação Sanitária atuou na instalação de bibliotecas nos centros de saúde, com o claro objetivo de incentivar a leitura sobre assuntos de higiene, mas também de funcionar como local para exposição de *slides-sounds* e cinema. Outra estratégia de educação era a criação dos clubes de saúde, que tinham como finalidade difundir o ensino da higiene e criar consciência sanitária entre as novas gerações, sendo as escolas o espaço privilegiado para a educação sanitária (FSESP, 1946-1947). A ação educativa tinha interesses na modificação dos hábitos culturais da população regional. Segundo José Cardoso (2009), a educação sanitária apoiou a implementação da política de saúde pública do Sesp, que, seguindo um padrão de formação, conseguia atuar nas práticas cotidianas da população rural, transformando seus hábitos e costumes, e modificando sua vida a partir de uma nova consciência sanitária.

Malária, lepra, puru-puru e tétano eram as doenças que mais apareciam nos registros. A estratégia do Sesp era um sistema de visitas domiciliares de ampla cobertura nos municípios, realizando o controle das doenças transmissíveis. Essa forma de atuar tinha como base as orientações contidas em seus documentos: “Os programas de saúde devem estender seus benefícios ao maior número possível de indivíduos. Devem ser planejados para um atendimento em massa, mesmo que, para isso, haja necessidade de limitar os recursos oferecidos ao povo” (FSESP, s.d. (a), p.41).

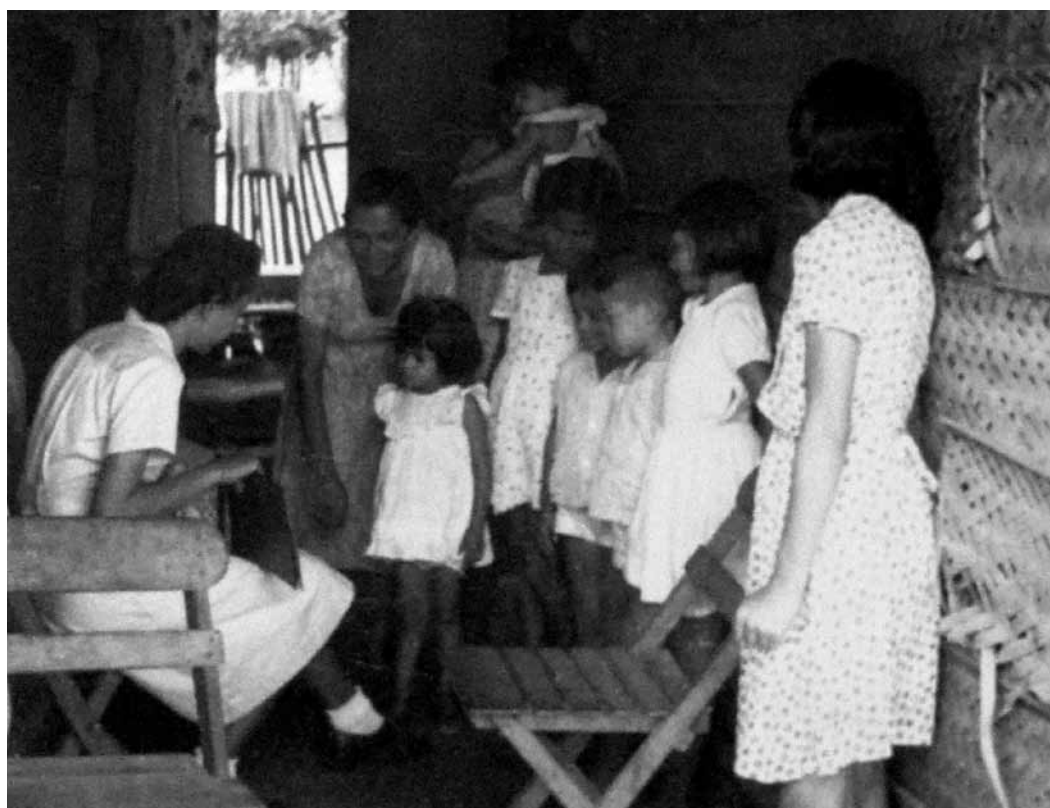


Figura 1: Visitadora de saúde atuando em domicílio no município de Itacoatiara (AM) em 1946 (Fundo FSESP, COC/Fiocruz)

Em 1951 o Sesp contabilizava 22 postos e 26 subpostos nos estados do Amazonas e do Pará e havia assumido o controle e a profilaxia da lepra nos municípios desses estados. Consta que, em Itacoatiara, o Serviço havia inaugurado banheiros e lavanderias públicas e realizado a reforma do mercado. Em Tefé, foi transformada em lei a exigência do 'Habite-se' do Sesp para a instalação de privadas (FSESP, 1951).

Em 1954 o Programa da Amazônia foi dividido em dois: Amazonas e Pará. Até 1960, ano em que se transformou em fundação, o Sesp atuava em 24 municípios no estado do Amazonas e atendia 466.781 pessoas, o que representava 65,1% da população. Nesse estado, contava com 14 postos, 12 subpostos e um hospital, assim distribuídos: os postos nos municípios de Alvarães, Benjamin Constant, Itacoatiara, Boca do Acre, Borba, Coari, Eirunepé, Lábrea, Manacapuru, Manicoré, Maués, Parintins, São Paulo de Olivença e Tefé; os subpostos, em Barreirinha, Canutama, Carauari, Codajás, Fonte Boa, Frederico Veiga, Humaitá, Itapiranga, Novo Aripuanã, Urucará, Urucurituba e Parintins; e o hospital em Benjamin Constant (FSESP, 1961, p.100).

Os mesmos interesses presentes na implantação do Sesp influenciaram sua permanência no período pós-guerra. Segundo André Campos (2006), a conjuntura internacional nesse período apresentava vantagens aos EUA na manutenção de seus programas na América Latina, entre eles o acordo bilateral firmado entre o Sesp e o Instituto de Assuntos Interamericanos (Iaia).<sup>1</sup> Por outro lado, o Brasil também se mostrou favorável à manutenção do acordo em saúde que, na época, continuava coadunando com os interesses políticos internos.



Figura 2: Procedimento de escovação bucal realizado pela FSESP no município de São Paulo de Olivença (AM), s.d. (Arquivo da Sala de leitura da Funasa-AM)

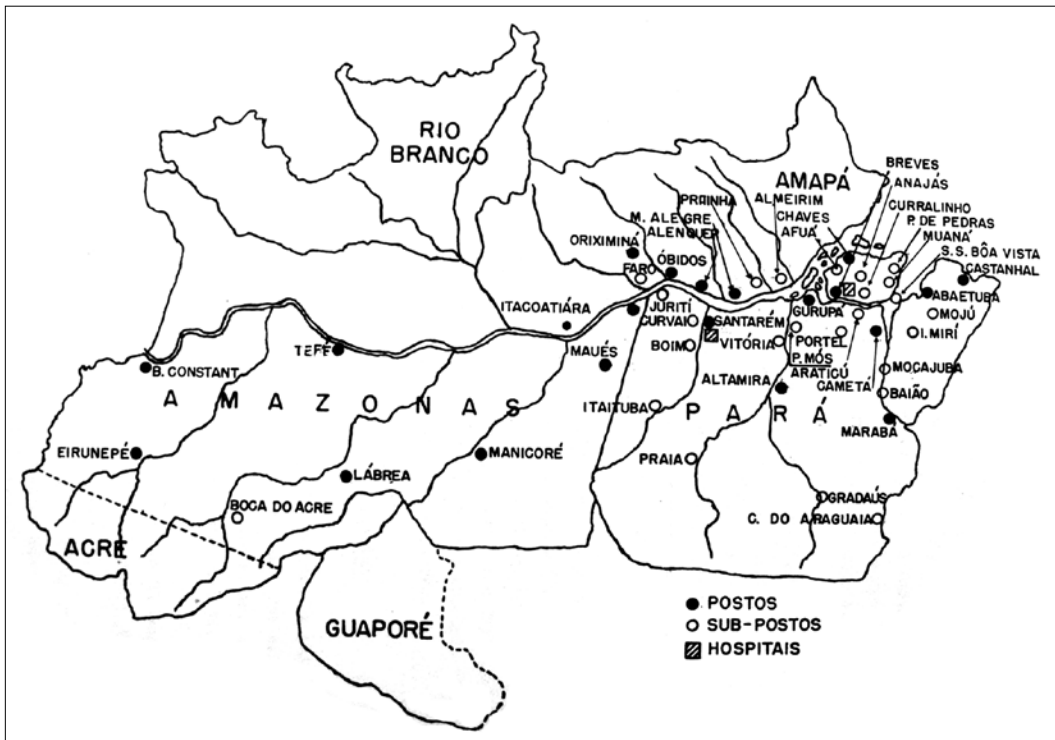


Figura 3: Mapa da atuação do Programa da Amazônia em 1952 (Fundo FSESP, COC/Fiocruz)

Ao longo de 18 anos de atuação, o Sesp destacou-se pela realização de ações em saúde, a maioria no interior do Brasil.

Dessas ações, José Cardoso (2009) enfatiza o estabelecimento da educação sanitária, que representou tanto uma nova forma de promover saúde quanto a construção de uma identidade para o Serviço. As medidas modificaram seu caráter primeiro, emergencial para atendimentos que buscavam conciliar assistência médica e prevenção, rompendo com alguns preceitos do sanitarismo americano, base inicial de seu funcionamento (Bastos, 1996). Outra mudança ressaltada por André Campos (2006) foi a diminuição do capital externo para sustento do Sesp e gradativo aumento da participação nacional para sua manutenção. Nesse sentido, o percurso da instituição tomou rumos diferentes dos previstos.

Em 1960 quando se encerrou por completo o convênio internacional, a saída encontrada pelo governo brasileiro para continuar dispondo desse serviço foi transformá-lo em fundação, condição em que funcionou até 1990. A Fundação deu continuidade às ações que vinham sendo realizadas pelo Sesp desde 1942. Com as mudanças advindas do momento histórico e político do país, a FSESP fez ajustes visando adequar o serviço à nova realidade. Além disso, entre o final da década de 1960 e a primeira metade da seguinte, viveu-se no país um período de expansão da privatização da saúde, o que trouxe consequências para o funcionamento da Fundação.

A FSESP sobreviveu à custa de manobras políticas e outras oportunidades de preservação institucional. Fato é que conseguiu ampliar suas agências ainda nesse período. Em 1964, o



Figura 4: Médico da FSESP em atendimento no município de Humaitá(AM), s.d. (Arquivo da Sala de leitura da Funasa-AM)



Figura 5: Profissionais de saúde da FSESP no município de Humaitá, s.d. (Arquivo da Sala de leitura da Funasa-AM)

governo, através da lei n.4.441, assegurou recursos para sua manutenção, incluindo novas perspectivas de trabalho. A Fundação contou ainda com a política de auxílio dos EUA, que financiou projetos de cooperação por meio de órgãos internacionais como o Banco Internacional de Desenvolvimento (BID), o Fundo Internacional de Socorro à Infância (Fisi), a Oficina Sanitária Pan-Americana (OSP) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) (Bastos, 1996). Apesar dos limitados recursos, a FSESP, em publicação alusiva a seus 45 anos, comemorou os resultados alcançados. Naquele ano, o serviço havia atingido seiscentos municípios, com quase oitocentas unidades de saúde e 11 mil servidores espalhados pelo país. O Sesp e a FSESP formaram, entre 1942 e 1986, 8.183 profissionais de nível superior, além de ter possibilitado a realização de atualizações e aperfeiçoamentos de 14.623 profissionais de nível superior e 6.619 de nível médio (FSESP, 1987).

Além das atividades de assistência médico-sanitária e educação em saúde, o Sesp promoveu a integração do controle da tuberculose e da hanseníase, que se tornou modelo nas atividades básicas de saúde pública. A introdução da profilaxia do câncer de útero, a montagem de bancos de sangue simplificados e o aperfeiçoamento dos indicadores de saúde foram inovações trazidas pela instituição em suas duas fases e se incorporaram às formas de fazer saúde no país. Destaca-se ainda sua atuação em pesquisas que foram significativas para consolidar uma nova política em relação à saúde no país. Na Amazônia, pesquisou a etiologia e epidemiologia de doenças de origem virótica, bacteriana e parasitária, tornando-se responsável pela conquista do maior conhecimento científico no campo da medicina tropical da Amazônia, com destaque para estudos sobre malária, leishmaniose e tripanossomíases (FSESP, 1980).

Em 1965 foi preciso elencar prioridades para seu trabalho em virtude da contenção de recursos; o saneamento, especialmente o abastecimento de água, a assistência à gestante e à criança de zero a quatro anos e o controle das doenças transmissíveis foram definidos como suas principais atividades. Os profissionais foram distribuídos proporcionalmente ao número de habitantes de cada localidade: aquelas com até 25 mil habitantes não teriam necessidade da presença de médicos, bastando-lhes a de visitadoras de saúde; aquelas cuja população superasse esse número teriam um médico permanente e uma visitadora para cada cinco mil habitantes. Essa divisão também levou em conta a restrição orçamentária pela qual vinha passando a Fundação (FSESP, 1965).

Outras consequências das restrições orçamentárias, a partir de 1986, foram a menor contratação de profissionais de nível médio e a maior rotatividade de profissionais, situação até então inédita. As visitas de enfermagem nesse período, realizadas em menor quantidade, passaram a ser delegadas às visitadoras de saúde. A conjuntura política do país era desfavorável à continuidade da FSESP, o que se agravava pelas críticas que o Ministério da Saúde vinha recebendo (FSESP, 1988). Com a criação do SUS, havia dúvidas quanto à inserção do Serviço no novo sistema, que previa a diminuição das ações executadas de forma direta pelo governo federal, transferindo aos municípios e estados tais responsabilidades. A FSESP ainda continuou funcionando até 1990, quando foi extinta, e suas atribuições, seus acervos e recursos transferidos para a recém-criada Fundação Nacional de Saúde (Funasa).

## Entre o formal e a prática: a convivência dos profissionais da Fundação com os indígenas no estado do Amazonas

A análise da atuação da FSESP no estado do Amazonas, objeto deste trabalho, procurou entender como se deu a atenção à saúde dos povos indígenas antes da definição de uma proposta de atenção diferenciada. É válido ressaltar que a atuação do Sesp e, em seguida, da FSESP nessa região deu-se predominantemente com o público das áreas rurais dos municípios do estado. Conforme quadro que aponta a localidade das pessoas atendidas pela FSESP em 1975, o atendimento realizado pela FSESP na área rural dos municípios do estado do Amazonas equivalia ao dobro do atendimento realizado em área urbana. Esse fato indica que a FSESP atuou nos cuidados em saúde das populações indígenas que eram os principais ocupantes desses espaços.

Nesse sentido, a escuta dos profissionais que atuaram na FSESP foi fonte importante para abordar a questão central da relação entre a instituição e esse segmento populacional do interior do Amazonas. As entrevistas foram realizadas com três médicos, uma enfermeira, uma assistente de enfermagem e duas visitadoras de saúde atuantes durante as décadas de 1970 e 1980 em unidades da FSESP no interior do Amazonas. Todos ingressaram na Fundação mediante concurso e, depois de sua extinção, foram automaticamente transferidos aos quadros da Funasa.

O aspecto mais marcante nos depoimentos foi o sentimento de saudosismo com relação à FSESP, cuja atuação em todo o estado avaliam como exemplar. Isso se evidencia na fala de Sirley Sousa (2 jul. 2010)<sup>2</sup>: “Foi o início da saúde naquele município, foi uma época muito boa; as pessoas trabalhavam por amor à instituição”. A autodenominação sespiano é dita com orgulho para destacar a participação de um modelo que era, no entendimento desses profissionais, resolutivo e que tinha regras disciplinares claras para o funcionamento do serviço.

Considerando a realidade do interior do estado do Amazonas, o Sesp e posteriormente a FSESP foram implantados em locais de difícil acesso, com baixa densidade populacional e abandonados devido à crise da borracha que assolava a região. Diante dessa realidade, as insti-

QUADRO 1  
POPULAÇÃO DAS LOCALIDADES DA ÁREA PROGRAMÁTICA ESTIMADA PARA  
1975

LOCALIDADES	POPULAÇÃO	URBANA	RURAL	TOTAL
BENJAMIN CONSTANT		5.159	11.214	16.373
Esperança		1.050	-	1.050
Piranaí		-	-	-
SÃO PAULO DE OLIVENÇA		1.841	4.719	6.560
Belém		1.403	-	1.403
Amaturá		870	5.550	6.420
Santa Rita Weil		723	6.467	7.190
Bom Futuro		30	-	30
Flora		61	-	61
Caturiã		73	-	73
SANTO ANTONIO IÇÁ		-	-	-
Boca do Jacaré		18	-	18
Tonantins		819	4.433	5.252
Canavial		316	-	316
FONTE BOA		-	-	-
Foz do Jutai		583	-	583
Foz do Mamoria		152	-	152
Santa Maria		61	-	61
JURUÁ		-	-	-
Tamaniquã		286	-	286
TEFE		8.162	13.044	21.206
Alvarães		1.069	-	1.069
<b>T O T A L</b>		<b>22.676</b>	<b>45.427</b>	<b>68.103</b>

Base no Censo de 1970 da FIBGE - A taxa geométrica.

Figura 6: Quadro das unidades assistenciais da FSESP em 1973 (Fundo FSESP, COC/Fiocruz)

tuições prestadoras de serviços de saúde foram vistas nessas localidades como ‘salvadoras da pátria’. Essa compreensão era reforçada pela ausência do governo central nessa região, em que só restavam resquícios do que tinham sido as Comissões de Saneamento e Profilaxia Rural que se concretizaram no Amazonas a partir de 1921, mas que devido a questões econômicas não conseguiram se manter (Schweickardt, 2011). As ações médico-assistenciais e a estrutura de serviços representaram grande impacto na região, principalmente porque a instituição se fazia presente ao longo de todo o vale amazônico, implantando a primeira tentativa de abastecimento de água nesses municípios. Assim, está na memória tanto de seus servidores como da população que ainda vive nessas localidades até os dias atuais.

Os profissionais relataram que em área indígena havia boa receptividade aos serviços da FSESP, como se apreende da fala de Sirley Sousa (2 jul. 2010) – “Eles aceitavam a presença da FSESP na comunidade porque ia saneamento, uma equipe completa” –, ainda que ela tenha relatado algumas dificuldades com índios da comunidade Vendaval, que afirmavam que a vacina aplicada pela Fundação os levava à morte. De acordo com a depoente, os profissionais insistiam em vaciná-los através de atividades educativas: “Mas mesmo assim a gente insistia, nem todos eram vacinados mais pela falta de conscientização”.

Segundo o discurso dos servidores, embora aquelas populações indígenas recebessem cuidados em saúde por meio das ações da FSESP, não tinham *status* que os diferenciasse da população geral do Amazonas. A implantação desse Serviço na Amazônia, inicialmente direcionado para atuar nas regiões produtoras de borracha, fez com que inevitavelmente os profissionais de saúde tivessem como seu público as populações indígenas, pois elas também faziam parte da mão de obra que atuava nessa atividade econômica. Além disso, o período de instalação do Sesp na região coincidiu com a segunda fase da exploração local da borracha, ocorrendo um avanço para o interior das áreas de uso dos indígenas. A orientação do Serviço determinava o atendimento às populações rurais circunvizinhas dos municípios, aglomeradas ou dispersas, incluindo as populações indígenas. A presença dos indígenas no cotidiano dos serviços prestados pela FSESP se confirmou nas entrevistas realizadas, sendo unânime a informação de que no cotidiano do trabalho, os indígenas eram atendidos de acordo com os princípios da FSESP. Segundo o depoimento de Elizabeth Guimarães (17 jun. 2010)<sup>3</sup>, “O Sesp não era responsável pela saúde indígena especificamente, mas era o serviço que mais lidava com isso”.

Essa afirmação evidencia o contraste entre o que constava nas orientações formais da instituição e o que a realidade apresentava, ou seja, os documentos não explicitam atendimento diferenciado às populações indígenas. Um fato que representa bem essa questão foi a realização de um estudo pela FSESP em 1975 para implantação de um projeto de saúde no Alto Solimões, no qual, apesar de ter havido um aprofundamento sobre a situação demográfica da população, em nenhum momento é mencionada a presença dos indígenas que ali habitavam (FSESP, 1975).

Os documentos formais do Sesp, bem como da FSESP, raramente tratavam das populações indígenas e quando muito em relação aos aspectos nosológicos e de pesquisa, como, por exemplo, o estudo de doenças parasitárias e de bacteriologia e virologia, realizado pelo Instituto Evandro Chagas em 1966 em duas populações indígenas assistidas por religiosos, uma no norte do estado do Pará e outra na Missão Salesiana de Pari-Cachoeira às margens do rio Tiquiê, afluente do rio Negro, no estado do Amazonas.

Ao lidar com as populações indígenas, os profissionais relataram suas dificuldades em conciliar o ‘modelo sespiano’ de trabalho com a realidade encontrada. A FSESP consolidou-se ao longo de sua existência como serviço guiado por normas e instruções unificadas com a intenção de, independente do grau de complexidade, ser mantida direção única para cumprimento das metas fixadas no nível central. Contudo, considerando a cobertura no país e sua penetração em municípios com menos de cinquenta mil habitantes, o que correspondia a 97% dos locais trabalhados por esse serviço (FSESP, 1987), é possível ter a dimensão de como foi difícil a manutenção dessas exigências diante da diversidade encontrada nessas localidades, especialmente em municípios do interior do Amazonas, com significativa população indígena.

Desde sua origem, ainda como Sesp, sua forma de atuação diante dessas populações baseou-se no entendimento da necessidade de romper com a cultura do homem do interior, que nesse momento era interpretada como responsável por seu ‘atraso’. Essa compreensão era fruto do processo de transição para uma sociedade moderna, em que a cultura representava obstáculo a ser superado pela saúde pública (Lima, Maio, 2010). Para lidar com essa dificuldade, na década de 1950 foram contratados cientistas sociais como forma de amenizar os ‘prejuízos’. Nessa década, proliferaram estudos denominados estudos de comunidade, que tinham as pessoas do interior como sujeito, sofriam influência da linha de pesquisa desenvolvida nos EUA e cuja intenção era estabelecer dentro do país um modelo de saúde preventiva, fomentado por uma corrente de pensamento com base na educação sanitária, que buscava entender para intervir.

Os materiais e serviços produzidos pelo Sesp e pela FSESP, manuais e treinamentos, por exemplo, adotaram um formato padronizado de atendimento e execução das ações que não contemplava as diferenças presentes no estilo de vida do ‘homem do sertão’, expressão então usada para designar as populações espalhadas pelo interior do país. Como exemplo, Carla Teixeira (2008b) destaca a ausência, na formação das visitadoras de saúde e dos guardas sanitários de Itacoatiara (AM), de conteúdos que os preparassem para o trabalho com os aspectos humanos. No que diz respeito ao preparo dos médicos, em uma tabela que elenca assuntos abordados para treinamento desses profissionais, entre 1963 e 1972 não consta qualquer menção a temas referentes à cultura da população atendida (FSESP, 1976). Essa situação pode também ser evidenciada nos critérios exigidos para o ingresso das visitadoras de saúde, que, além de conhecer os hábitos das candidatas buscava conhecer os aspectos relacionados às questões morais e culturais dessas pessoas. Por exemplo, entre as questões para ingresso, a candidata tinha que responder se acreditava que comer laranja e beber leite em uma mesma refeição fazia mal (FSESP, s.d. (b)). Apesar de o Sesp e a FSESP terem tido atuação voltada para o interior do país, sua forma de trabalho, desde a exigência para o ingresso na instituição e a formação dos seus profissionais, vislumbrava a transformação de comportamentos com base em modelos rígidos, que buscavam o progresso das populações sertanejas e caboclas, o que, no entendimento compartilhado naquele período, ajudaria o país a se tornar desenvolvido.

No que diz respeito ao conflito entre os ensinamentos passados pela FSESP e as questões culturais existentes na prática, a fala de Hildete Ribeiro Araújo (2 jul. 2010)<sup>4</sup> é bastante ilustrativa: “porque lá na área indígena é o seguinte: você faz treinamento em hospital com maca, tudo numa boa, mas no interior não, os Ticuna, quando vão fazer parto, eles fazem



de cócoras, não deitam não, aí tu já encontra impacto”. Nesse sentido, o que se evidencia é que o modelo único de atenção à saúde soava contraditório às realidades vivenciadas, por exemplo, quanto aos hábitos indígenas, apesar de ser cobrado desses profissionais dar conta da saúde de todas as pessoas que viviam naquela região.

Quanto à interação com os pacientes, as visitadoras de saúde relataram ter mais facilidade em lidar com as questões indígenas visto que em sua vivência compartilhavam os modos de existir de algumas etnias com as quais já conviviam muito antes de se tornar profissionais da FSESP. Em seu discurso Hildete reproduz a opinião dos indígenas da sua área de atuação ao compará-la com os demais profissionais: “aí eles dizem que o pessoal que trabalha aqui não é como a senhora, a senhora tomava banho com a gente, comia, morava; esse pessoal só vem passar o dia e vão embora de tarde, não querem nem tomar banho com a gente” (Araújo, 2 jul. 2010).

Nesse sentido, é válido destacar que a FSESP realizava seleção e contratação de pessoal, priorizando os profissionais que residissem nos locais em que trabalhariam ou, pelo menos, o mais próximo possível. Esse fator era considerado importante para implantação e continuidade do serviço e, além disso, vantajoso pelo fato de contribuir na fixação das pessoas ao meio rural e atenuar os problemas de migração. Embora essa forma de selecionar e contratar tivesse sido possível com o pessoal auxiliar, com relação aos profissionais de nível superior mostrou-se inviável, visto que nos pequenos municípios, localizados em áreas rurais, dificilmente havia profissionais qualificados para atuação dentro dos serviços (FSESP, 1975).

Os profissionais de nível superior que trabalhavam no Sesp e na FSESP eram, na maioria, originários de áreas urbanas, o que tornava a compreensão das diversidades presentes na área rural mais problemática. Nas palavras de Humberto Nunes Filho (17 jun. 2010)<sup>5</sup>, “É um aprendizado pra gente, você vai esperando uma realidade e encontra outra realidade, então a forma é ir procurando aos poucos, porque é muito difícil você assim chegar numa cidade, como eu cheguei em Lábrea (vim de Belém), a gente tem que ir aos poucos procurando sentir a necessidade de saúde da população e tentar ir minimizando algumas situações que a gente encontra”.

Conforme seus relatos, entretanto, visitadoras, médicos e enfermeiras estavam submetidos a normas e treinamentos constantes, que orientavam formas rígidas e unificadas de trabalho. Isso se evidencia nesta sua fala (Nunes Filho, 17 jun. 2010), referindo-se ao dever de ‘controlar’, no menor tempo possível, as doenças transmissíveis existentes: “Não tinha programa específico para área indígena na época. Você atendia, vamos dizer assim, na medida do possível, como eles fazendo parte da população geral”.

Sendo assim, sem respaldo oficial para o trabalho com as populações indígenas e sem formação para esse tipo de atendimento, desconhecendo os complexos mecanismos de lidar com lógicas diferenciadas, os profissionais, a sua maneira, buscaram dar conta da demanda das populações indígenas a que deviam prestar assistência. Elizabeth Guimarães (17 jun. 2010) resume bem esse quadro:

É lógico que a linguagem que você vai usar não vai ser a linguagem médica, tanto é que nós atendíamos os índios lá e, pela própria formação que a gente já tinha, procurava se comunicar. Eu até tentei aprender Saterê e Ascariana, que são duas etnias, eu aprendi, mas nem sei mais pra onde foi. Eu sei que eu tinha minhas anotações para poder me comunicar, às vezes não ia intérprete e era o jeito, ou por meio de sinais ou de desenhos.

E as receitas, tu imagina, eu desenhava luas e sóis, desenhava um comprimido, um copo, uma tigela, sei lá o que fosse, pra que desse pra entender. Dentro do possível se procurava fazer vendo a questão do humano mesmo.

A análise da relação entre a saúde pública e a saúde indígena no país revela que elas trilham caminhos distintos ao longo do século XX. Assim, apesar do avanço da saúde pública para o interior do Brasil, ela não incluiu os indígenas como segmento prioritário a ser trabalhado.

### **Considerações finais**

O avanço das políticas públicas de saúde para as populações rurais, na primeira metade do século XX, foi significativo no que se refere a programas e ações voltados para esse Brasil chamado sertão. A saúde indígena, no entanto, demorou para ganhar uma política que considerasse a diversidade, ou seja, a invisibilidade permaneceu apesar da visibilidade da presença indígena no que se refere à Amazônia. Vimos que o Sesp, como uma referência em política de saúde pública, não formalizou procedimentos específicos para os indígenas, deixando que os profissionais resolvessem os problemas que a assistência apresentava. As questões culturais que definiam as concepções de saúde e doença tornavam o cotidiano dos profissionais um grande desafio, exigindo que eles fizessem arranjos e negociações de acordo com o bom senso e a experiência.

A ideia de ausência ou invisibilidade dos indígenas nas políticas de instituições como SPI, Funai e Sesp mostra que a atuação histórica desses órgãos ajuda a compreender os desafios da saúde indígena nos dias atuais. Por outro lado, o aprofundamento das questões que envolvem essa invisibilidade levanta discussão mais complexa que envolve a problemática da relação que se construiu entre o Estado e as populações indígenas ao longo do século XX, pela transitoriedade desses grupos para as políticas públicas. Nesse sentido, o silêncio que se verifica na atuação da FSESP reflete o que se vivenciava no contexto da saúde pública naquele período, marcado por ênfase nos cuidados com a população sertaneja, que seria incluída pelas ações da saúde, e ausência de menção às populações indígenas, entendidas como ‘transitórias’ e fadadas ao desaparecimento.

No que diz respeito especificamente ao trabalho da FSESP, a contradição entre o disposto oficialmente e a realidade da atividade cotidiana de seus servidores pode ser percebida ainda nos dias atuais, quando eles afirmam, em entrevistas, que a FSESP só trabalhou com indígenas ao ser incorporada pela Funasa, criada na década de 1990, já com essa finalidade. Aprofundando-nos na atuação da FSESP no interior do Amazonas, esses mesmos profissionais relataram, todavia, a presença dos indígenas como uma realidade em suas atuações como funcionários da FSESP.

A escuta dos profissionais de saúde trouxe as vozes da prática de um serviço de saúde em seu cotidiano, mostrando as deficiências de um modelo formal e vertical, que vinha desde a formação e a concepção ideológica da instituição. A memória que eles guardam do Sesp, contudo, valoriza o sistema em seus aspectos gerais, pois tinha influência e abrangência em todo o vale amazônico. Evidentemente, escapava ao modelo geral exatamente o que mais identificava a região: a diversidade étnico-cultural. Assim, valeu o componente humano que lidou com a visibilidade que se apresentava em sua prática sanitária.

## NOTAS

<sup>1</sup> Programa que passou a funcionar oficialmente em 1942 tendo como um de seus objetivos a cooperação dos EUA em saúde e saneamento na América Latina. Tornou-se matriz para a política de ajuda externa que os EUA praticaram a partir do governo Truman (Campos, 2006).

<sup>2</sup> Atendente de enfermagem da FSESP, originária de São Paulo de Olivença (AM). Ingressou no serviço em 1971, e atuou 19 anos nesse município, onde recebeu formação e estagiou. (Nota do editor: Nos depoimentos aqui transcritos, foram mantidas características da linguagem oral).

<sup>3</sup> Médica da FSESP, originária de Manaus (AM), onde se especializou em saúde pública e fez residência em pediatria. Ingressou no serviço em 1982 e trabalhou no município de Parintins (AM), no qual recebeu formação e treinamento.

<sup>4</sup> Visitadora sanitária da FSESP, originária de Amaturá (AM); realizou capacitação de seis meses para exercer o cargo de visitadora no município de Parintins (AM). Ingressou no serviço em 1984 e atuou em Itália, comunidade próxima a São Paulo de Olivença (AM).

<sup>5</sup> Médico da FSESP, originário de Belém (PA). Ingressou no serviço em 1976, trabalhando nos municípios amazonenses de Lábrea (quatro anos), Itacoatiara (um ano) e Maués (quatro anos).

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Rômulo de Paula; HOCHMAN, Gilberto.  
O Plano de Saneamento da Amazônia (1940-1942). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, supl., p.257-277. 2007.
- ARAÚJO, Hildete Ribeiro.  
[Depoimento]. Entrevistadora: Amandia Braga Lima Sousa. Manaus: Fundação Nacional de Saúde. Arquivo digital (25min). 2 jul. 2010.
- BASTOS, Nilo Chaves de Brito.  
SESP/FSESP: 1942: evolução histórica. Brasília: Fundação Nacional de Saúde. 1996.
- BRITO, Carolina Arouca Gomes de.  
*Medicina e antropologia: atenção à saúde no serviço de proteção aos índios (1942-1956)*. Dissertação (Mestrado) – Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2011.
- CAMPOS, André Luiz Vieira de.  
*Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2006.
- CARDOSO, José Leandro Rocha.  
Educando os educadores: ciências sociais e educação sanitária na experiência do Sesp (1950-1960). Tese (Doutorado) – Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro. 2009.
- COIMBRA JR., Carlos E.A.; SANTOS, Ricardo Ventura; CARDOSO, Andrey Moreira.  
Políticas públicas em saúde para os povos indígenas. In: Barros, Denise Cavalcante; Silva, Denise Oliveira e; Gugelmin, Silvia Ângela (Org.). *Vigilância alimentar e nutricional para a saúde indígena*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.75-91. 2007.
- COSTA, Dina Czeresnia.  
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.384-401. 1987.
- CRUZ, Oswaldo; CHAGAS, Carlos; PEIXOTO, Afrânio.  
*Sobre o saneamento da Amazônia*. Manaus: Philippe Daou. 1972.
- DIACON, Todd A.  
*Rondon: o marechal da floresta*. Tradução Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras. 2006.
- FIGUEIREDO, Regina Érika Domingos de.  
*Histórias de uma antropologia da boa vizinhança: um estudo sobre o papel dos antropólogos nos programas de assistência técnica e saúde no Brasil e no México (1942-1960)*. Tese (Doutorado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2009.
- FSESP.  
Fundação Serviços de Saúde Pública.  
Dossiê sobre avaliação de alguns aspectos da prestação de serviços de saúde na FSESP de 1985 a 1987. Fundo FSESP. BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/A/00/OF/00/345. (Fiocruz, Rio de Janeiro) 1988.
- FSESP.  
Fundação Serviços de Saúde Pública.  
*Revista Fundação Serviços de Saúde Pública: 45 anos*. Rio de Janeiro, FSESP. 1987.
- FSESP.  
Fundação Serviços de Saúde Pública. Síntese de atividades da Fundação Serviços de Saúde

Pública, 1980. Fundo FSESP. BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/A/00/OF/00/316. (Fiocruz, Rio de Janeiro). 1980.

FSESP.

Fundação Serviços de Saúde Pública.

*Revista da Fundação SESP*. Rio de Janeiro, t.20, n.2. 1976.

FSESP.

Fundação Serviços de Saúde Pública.

Saúde e Saneamento para a Região do Alto

Rio Solimões (AM). Estudo preliminar

para elaboração de projeto. Fundo FSESP.

BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/SS/00/15.

(Fiocruz, Rio de Janeiro). 1975.

FSESP.

Fundação Serviços de Saúde Pública.

Relatório de atividades da Divisão de Saúde da

Comunidade, apresentado pelo diretor Aldo

Villas Boas. Fundo FSESP. BR.FIOCRUZ-COC/

FSESP/A/00/OF/00/195. (Fiocruz, Rio de Janeiro).

1965.

FSESP.

Fundação Serviços de Saúde Pública. Relatório

Geral da Fundação Serviço Especial de Saúde

Pública. Fundo FSESP. BR.FIOCRUZ-COC/

FSESP/A/00/OF/00/181. (Fiocruz, Rio de Janeiro).

1961.

FSESP.

Fundação Serviços de Saúde Pública. Relatório

do Serviço Especial de Saúde Pública do quarto

trimestre de 1951. Fundo FSESP. BR.FIOCRUZ-

COC/FSESP/A/00/OF/00/166. (Fiocruz, Rio de

Janeiro). 1951.

FSESP.

Fundação Serviços de Saúde Pública.

Relatório da Seção de Educação Sanitária do

Programa da Amazônia, 1946-1947. Fundo

FSESP. BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/00/OF/00/121.

(Fiocruz, Rio de Janeiro). 1946-1947.

FSESP.

Fundação Serviço de Saúde Pública.

Relatório das localidades trabalhadas pelo

Sesp no território brasileiro apresentado ao

ministro da Saúde (1942-1959). Fundo FSESP.

BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/A/00/OF/00/120.

(Fiocruz, Rio de Janeiro). s.d. (a).

FSESP.

Fundação Serviço de Saúde Pública.

Teste para admissão de visitadoras de saúde.

Fundo FSESP. BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/AMS/00/

CT/FC/26 (Fiocruz, Rio de Janeiro). s.d. (b).

GAGLIARDI, José Mauro.

*O indígena e a República*. São Paulo, Hucitec.

1989.

GARNELO, Luiza; LANGDON, Esther Jean.

A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: Minayo, Maria Cecília; Coimbra Jr., Carlos (Org.). *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora. Fiocruz. p.139-150. 2005.

GUIMARÃES, Elizabeth Socorro Cavalcante.

[Depoimento]. Entrevistadora: Amandia Braga Lima Sousa. Manaus: Fundação Nacional de Saúde. Arquivo digital (41min). 17 jun. 2010.

LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza (Org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa. 2004.

HOCHMAN, Gilberto.

*A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec. 2006.

LIMA, Antonio Carlos de Souza.

*Um grande cerco de paz: poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil*. Petrópolis: Vozes. 1995.

LIMA, Antonio Carlos de Souza; HOFFMANN, Maria Barroso.

Estado e povos indígenas no Brasil. In: Lima, Antonio Carlos de Souza; Hoffmann, Maria Barroso. (Org.). *Estado e povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa; Laced. p.7-23. 2002.

LIMA, Nísia Trindade; MAIO, Marcos Chor.

Ciências sociais e educação sanitária: a perspectiva da Seção de Pesquisa Social do Serviço Especial de Saúde Pública na década de 1950. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.17, n.2. p.511-526. 2010.

MELO, Joaquim Rodrigues de.

*A política indigenista no Amazonas e o Serviço de Proteção aos Índios (1910-1932)*. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus. 2007.

NUNES FILHO, Humberto Polari.

[Depoimento]. Entrevistadora: Amandia Braga Lima Sousa. Manaus: Fundação Nacional de Saúde. Arquivo Digital (18min35s). 17 jun. 2010.

SCHWEICKARDT, Júlio.

*Ciência, nação e região: as doenças tropicais e o saneamento no estado do Amazonas, 1890 a 1930*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2011.

SOUZA, Sirley Maria Tourinho.

[Depoimento]. Entrevistadora: Amandia Braga Lima Sousa. Manaus: Fundação Nacional de Saúde. Arquivo digital (39min21s). 2 jul. 2010.

TEIXEIRA, Carla Costa.  
Fundação Nacional de Saúde: a política brasileira  
de saúde indígena vista através de um museu.  
*Revista Etnográfica*, Lisboa, v.12, n.2, p.323-351.  
2008a.

TEIXEIRA, Carla Costa.  
Interrompendo rotas, higienizando pessoas:  
técnicas sanitárias e seres humanos na ação de  
guardas e visitadoras sanitárias. *Ciências e Saúde  
Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.965-974.  
2008b.

