

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
CENTRO DE PESQUISA LEONIDAS E MARIA DEANE – FIOCRUZ
MESTRADO EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA**

A Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) no Amazonas: Um
estudo sobre sua atuação junto aos indígenas

Amandia Braga Lima Sousa

MANAUS
2011

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
CENTRO DE PESQUISA LEONIDAS E MARIA DEANE – FIOCRUZ
MESTRADO EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA
AMAZÔNIA**

Amandia Braga Lima Sousa

A Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) no Amazonas: Um
estudo sobre sua atuação junto aos indígenas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia.

Orientador: Prof. Doutor Júlio Cesar Schweickardt

MANAUS
2011

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UFAM

A725f Sousa, Amandia Braga Lima
A Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) no Amazonas: Um estudo sobre sua atuação junto aos indígenas / Amandia Braga Lima Sousa. - Manaus, AM : UFAM, 2011.
87 f.: il. ; 30 cm

Inclui referências.

Dissertação (Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia). Universidade Federal do Amazonas. Orientador: Prof. Dr. Júlio Cesar Schweickardt.

1. Política de saúde - Brasil 2. Política de saúde - Índios - Brasil 3. Índios da América do Sul - Brasil - Política de saúde 4. Saúde pública - Brasil I. Schweickardt, Júlio Cesar Schweickardt (Orient.) II. Título

CDU (2007): 614.2 (811.3)(043.3)

Amandia Braga Lima Sousa

A Fundação Serviço de Saúde Pública (FSESP) no Amazonas: Um estudo sobre sua atuação diante dos indígenas

Dissertação defendida e aprovada pela Banca Examinadora, constituída pelos professores:

Prof.º Dr.º Julio Cesar Schweickardt (CPLMD/FIOCRUZ) – Orientador

Prof.ª Dr.ª Nisia Trindade Lima (COC/FIOCRUZ)

Prof.ª Dr.ª Nair Chase da Silva (UFAM)

Suplente:

Prof.º Dr.º Hideraldo Lima da Costa (UFAM)

Manaus, de de 2011.

À minha família.
Aos meus pais, em especial, pela
dedicação incansável à Saúde Pública.

Agradecimentos

Agradeço, primeiramente, a meus pais, Alice e Vicente, por sempre terem confiado em mim e pela vibração a cada pequena vitória ao longo da minha vida. Agradeço ainda, por suas histórias de vida e dedicação à Saúde Pública, que despertaram em mim, desde cedo, interesse por esse tema. Agradeço à minha filha Ilana pelos sorrisos e pelas manhãs de sol, e por, ainda na minha barriga, ter dividido sua mamãe com esse trabalho. À Tia Nenem pela torcida e por ter sempre ficado com a Ilana quando precisei me dedicar a este estudo. Ao Rommel pelo incentivo e pela forma prática de enxergar as coisas, o que tornou mais fácil essa longa jornada. Especial agradecimento ao Júlio pela confiança na minha capacidade de desenvolver um bom trabalho e pela tranquilidade nas horas que mais precisei. À Cláudia Sampaio pelo companheirismo e pelos ensinamentos. Aos funcionários da Secretaria do Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane pela dedicação e disponibilidade no atendimento, em especial à Rose, Elen e Laura.

Aos funcionários da FUNASA por terem me recebido bem e facilitado os caminhos percorridos nessa instituição, em especial às Sras. Zilda, Lenise e Miraci. Aos ex-funcionários da FSESP por terem aceitado participar desta pesquisa e dividido comigo suas lembranças, em especial à Estelita e Nair pelos contatos que viabilizaram essa pesquisa. À Nísia pela generosidade com que sempre me ouviu e pela ajuda significativa durante minha estada na Casa Oswaldo Cruz. Aos funcionários da biblioteca da Casa Oswaldo Cruz pela paciência e dedicação.

Aos alunos do curso de Mestrado pela cooperação e pelo empenho em sempre fazer melhor, em especial à Marilise pela amizade e disponibilidade e Cristiane, Flávia e Sully pelas palavras amigas. À Elena e Adriana companheiras de trabalho que sempre entenderam quando tive que priorizar esse estudo. Aos meus irmãos e à Érica pelo exemplo e dedicação à pesquisa. Ao Adilson pelas caminhadas nas horas vagas.

Agradeço a todos com quem interagi na minha trajetória acadêmica e contribuíram, de alguma forma, nessa caminhada.

RESUMO

A Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) se consagrou, entre os anos de 1960 e 1990, como serviço responsável por uma rede de serviços de saúde espalhada por todo o país, dando continuidade às ações empreendidas pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). A presente pesquisa teve como objetivo analisar a atuação dessa Fundação no Amazonas, especialmente junto às populações indígenas, em sua maior parte presentes no interior do Estado. A sua metodologia se baseou em entrevistas com profissionais que atuaram nesta Fundação e análise de documentação pertencente ao SESP e à FSESP. Os resultados mostraram que, formalmente, a FSESP não tinha uma política específica para as populações indígenas, situação contextualizada a partir da relação entre a saúde pública e a saúde indígena naquele período. Na prática, entretanto, os profissionais incluíram os indígenas dentro dos seus cuidados em saúde, seguindo orientação da FSESP, que previa cobertura universal da população nos locais com unidades de saúde instaladas.

Palavras-Chave: saúde indígena, SESP, FSESP, Amazonas e políticas públicas de saúde.

ABSTRACT

The Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) was, between the 1960's and 1990's, an institution responsible for a wide network of health care services spread all over the country, following up the actions taken by the Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). The goal of this research was to analyse the activities of the Fundação in the State of Amazonas, particularly regarding the indigenous populations, mainly located outside the capital of the State. The methodology was based on interviews with former workers of the Fundação, and also on the analysis of institutional paperwork from SESP and FSESP. The results have shown that, legally, the FSESP had no policy directed toward indigenous populations, scenario explained from the analysis of the relation between the public health system and the indigenous health system at the time. But in real situations, however, the agents included the indigenous among their health clients, in accordance to FSESP orientation to provide all people with health services in the areas where health bases were installed.

Keywords: indigenous health, SESP, FSESP, State of Amazonas and public health system.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	- Mapa da atuação do Programa da Amazônia em 1952.....	81
FIGURA 2	- Posto de Higiene em construção no município de Parintins (AM) em 1945.....	82
FIGURA 3	- Transporte comum entre os profissionais do SESP em 1947.....	82
FIGURA 4	- Visitadora de Saúde realizando visita em domicílio no município de Itacoatiara (AM) em 1946.....	83
FIGURA 5	- Inauguração do Posto de Saúde no município de Itacoatiara (AM) em 1946.....	83
FIGURA 6	-Recursos Humanos no Programa da Amazônia em 1950.....	84
FIGURA 7	- Mapa da atuação da FSESP entre os anos 1960 e 1961.....	85
FIGURA 8	- Reforma do Hospital da FSESP em Parintins (AM)	86
FIGURA 9	- Procedimento de escovação realizado pela FSESP no município de São Paulo de Olivença (AM), s/d.....	86
FIGURA 10	-Médico da FSESP em atendimento no município de Humaitá(AM), s/d.....	87
FIGURA 11	- Profissionais de saúde da FSESP no município de Humaitá, s/d.....	87

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
REVISÃO DA LITERATURA.....	12
1. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E POLÍTICAS INDIGENISTAS NO INÍCIO DO SÉCULO XX.....	12
1.1 SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	12
1.2 SAÚDE PÚBLICA NO AMAZONAS NO INÍCIO DO SÉCULO XX.....	18
1.3 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA OS INDÍGENAS NO INÍCIO DO SÉCULO XX.....	22
2. O SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA (SESP) E A FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA (FSESP).....	26
2.1 IMPLANTAÇÃO E ATUAÇÃO DO SESP E DA FSESP NO CONTEXTO NACIONAL.....	26
2.2 ESPECIFICIDADES DA ATUAÇÃO DO SESP E DA FSESP NO ESTADO DO AMAZONAS.....	31
3 A FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA (FSESP) E A SAÚDE INDÍGENA NO ESTADO DO AMAZONAS.....	37
3.1 METODOLOGIA “SESPIANA” E A CONVIVÊNCIA COM A CULTURA DAS PESSOAS DA ÁREA RURAL.....	37
3.2 O COMPONENTE INDÍGENA NA ATUAÇÃO DA FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA NO AMAZONAS.....	43
METODOLOGIA.....	46
ARTIGO.....	49
FONTES.....	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
ANEXOS.....	77
ANEXO 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	78
ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	79
ANEXO 3 – IMAGENS.....	80

INTRODUÇÃO

O presente estudo buscou compreender como a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), que existiu entre os anos 1960 e 1990, sendo um serviço voltado para o interior do Brasil, atuou no estado Amazonas, mais especificamente junto à população indígena. Para discussão desse tema, privilegiou-se estudos dos documentos pertencentes à Fundação e a narrativa de alguns profissionais que atuaram nesse serviço. Em nosso favor, adiantamos a importância deste estudo em vista da pouca investigação sobre a FSESP, especialmente no estado do Amazonas.

É válido destacar que, para análise do percurso da FSESP, foi imprescindível fazer um resgate da atuação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que funcionou no país a partir do ano de 1942 através de um acordo entre os EUA e o Brasil. Esse serviço, que tinha sido inicialmente planejado para ser provisório, estendeu-se após a Segunda Guerra, permanecendo atuante no país até o ano de 1960, quando foi substituído pela FSESP, que, enquanto fundação, subordinada ao Governo Central, continuou existindo até o ano de 1990.

Neste sentido, esta pesquisa buscou contemplar a atuação dessa fundação junto às populações indígenas considerando a existência de um momento marcado por um movimento sanitário que se aproximou das áreas rurais e inevitavelmente promoveu encontros com essas populações. A análise desse conhecimento tornou possível relacionar a política institucional preconizada historicamente no país e como, de fato, esta se concretizou no contexto específico objeto desse estudo. Considerando que a FSESP esteve ativa em um passado não muito distante, foi possível realizar entrevistas com profissionais que atuaram na Fundação e que foram significativos na construção da história sanitária do país, e por outro lado, por ser uma instituição que tinha prática de arquivar seus documentos e realizar o registro de suas atividades, resultando em um acervo considerável nos dias atuais, foi possível reconstituir, a partir desses documentos, uma parte da história dessa instituição.

Esta dissertação de mestrado está assim dividida em: uma breve introdução que apresenta a pesquisa, seguida de uma revisão da literatura que relaciona os aspectos teóricos ligados ao tema. A revisão da literatura encontra-se dividida em três capítulos que contemplam o percurso teórico trilhado por esse estudo. Esse caminho envolveu

primeiramente uma contextualização das políticas de saúde vigentes no Brasil e no Amazonas no período anterior à implantação do SESP e FSESP, posteriormente foi caracterizado e descrito as atividades empreendidas pelo SESP e a FSESP e o que esses serviços significaram para o país, desde o contexto de seu surgimento, inclusive dentro do estado do Amazonas, e por fim, foi realizada a abordagem teórica das relações históricas vivenciadas entre a saúde pública e a saúde indígena, particularmente entre a FSESP e a saúde indígena no Amazonas.

O primeiro capítulo - Políticas públicas de saúde e Políticas Indigenistas no início do século XX – teve a intenção de fazer uma contextualização histórica das políticas públicas de saúde no país no início do século XX, especialmente seu avanço para área rural. Neste capítulo também é abordada a história da saúde pública no Amazonas, visando facilitar o entendimento do contexto de saúde desse estado quando da implantação do SESP e da FSESP. Nesse capítulo também consta uma breve perspectiva histórica sobre as Políticas Indigenistas que estiveram vigentes no início do século e que possibilitam uma melhor compreensão da situação das populações indígenas no período contemplado por este estudo.

No segundo capítulo — O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) – foi realizada uma descrição da atuação do SESP e da FSESP, levando em conta os interesses sociopolíticos e econômicos correlacionados a essas instituições e os atores e as práticas sociais que lhe foram correspondentes. No Amazonas, foram detalhados marcos cronológicos e espaciais que possibilitaram uma visão de aspectos específicos desse serviço nessa região.

Finalmente, no terceiro capítulo – A Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) e a Saúde indígena no estado do Amazonas – foi traçada a trajetória do SESP e da FSESP, que englobou um resumo sobre a metodologia de trabalho dessas instituições, sua relação com a cultura das pessoas pertencentes à área rural do país, e por fim, sua relação com as populações indígenas.

Após a revisão da literatura, essa dissertação contempla uma exposição da metodologia que informa os passos seguidos para obtenção e análise dos dados referentes a essa pesquisa e, por fim, abordando as reflexões trazidas por esse estudo, foi elaborado um artigo que tem como tema: “O SESP nunca trabalhou com índios!: A invisibilidade dos indígenas na atuação da Fundação Serviços de Saúde Pública - FSESP no estado do Amazonas.”

REVISÃO DA LITERATURA

1. Políticas públicas de saúde e políticas indigenistas no início do século XX

1.1 Saúde pública no Brasil

O início do século XX foi marcado pela importância destinada à saúde pública, sendo esta significativa nos rumos tomados pelas políticas públicas tanto internacionalmente como no Brasil. No contexto geral é válido destacar que se vivenciava um período em que os mercados entre os países estreitavam relações e ampliavam a interdependência entre suas economias. Com relação à saúde, especialmente na América Latina, destaca-se a formação de organismos e o estabelecimento de acordos internacionais dedicados à questão da saúde pública.

Neste período, os países da América Latina estreitaram laços com países europeus, dentre essas relações, Campos (2006) destaca a mantida pelo Brasil com a Alemanha. É válido ressaltar que nesse período, conforme o autor, cerca de 55% do comércio sul americano era realizado com a Europa e apenas 32% com os EUA. Essa situação tornou-se motivo de preocupação para os EUA, agravada pelo cenário de guerra vivenciado na primeira metade do século XX. Na busca de conter a aproximação da Alemanha com esses países, o que poderia ocasionar para os EUA a tomada de mercados exportadores, esse país foi obrigado a reforçar suas estratégias de influência na América Latina.

A intenção dos EUA de se aproximar dos países da América Latina, trouxe impactos em diversos setores destes últimos, inclusive no âmbito da saúde. Com relação a esse aspecto, destaca-se a presença da Fundação Rockefeller¹, que teve atuação significativa em toda a América Latina e exercia atividades de cunho impositivo e apesar das resistências encontradas, deixou sua influência nesses países. No que diz respeito ao Brasil, é válido ressaltar que entre os anos de 1910 e 1940 este foi o país que mais recebeu recursos oriundos dessa fundação (Regino, 2007).

¹Fundação Rockefeller se originou a partir da Comissão Sanitária Rockefeller fundada em 1909 com objetivo de erradicar a ancilostomíase do sul dos EUA. Em 1913 cria a Internacional Health Division que atua na América Latina com objetivo de além do combate à ancilostomose, atuar contra a malária e febre-amarela nesses países. Sua missão era promover, no exterior, a saúde pública, o ensino, a pesquisa e a filantropia com foco principalmente nos países subdesenvolvidos.

Ainda no que diz respeito à saúde, ressalta-se que esse período foi marcado pela expansão das doenças tropicais, o que desencadeou um movimento de cooperação entre os países que começavam a perceber a sua interdependência no trato com casos da doença. Especialmente no período da Segunda Guerra Mundial surgiram interesses pela chamada “medicina tropical”, que desencadeou um movimento de cooperação sanitária entre os países por meio de agências internacionais (Campos,2006)

No que diz respeito ao cenário interno brasileiro, no início do século XX, vive-se o denominado primeiro período republicano. Este, se caracteriza pela dominação oligárquica e a fragmentação do território. Na República Oligárquica, predominavam os Presidentes dos Estados, na chamada Política dos Estados. Nesse período, o poder político federal ficou nas mãos das oligarquias cafeeiras paulistas e mineira, havendo destaque para política do “Café com leite”, e, além desta para a produção da borracha, que chegou a ocupar o segundo lugar na pauta de exportações brasileiras.

Predominava neste momento, ainda com a economia dominada pela cultura do café, a busca pela modernização do país, passando a existir grandes focos de industrialização. Esse contexto exigia esforços no âmbito da saúde nos locais onde o fluxo comercial estava mais acentuado. Entretanto, todo interior do país esteve à margem de ações em saúde até a primeira década do século XX (Escorel;Texeira, 2008). São Paulo, como grande centro econômico e Rio de Janeiro, como capital do país, realizaram ações em saúde a partir da lógica de manutenção da importação de produtos industrializados e da exportação do café para os países desenvolvidos. Entretanto, não havia sido implantado um modelo sanitário para o país, o que deixava as cidades brasileiras, especialmente o interior do Brasil, a mercê das epidemias. “ *Até esse momento, a ação dos poderes públicos não se voltava para a assistência à saúde dos indivíduos, permanecendo com a filantropia a responsabilidade pelo cumprimento desse papel*” (Escorel; Texeira,2008, p.333).

A carência das políticas públicas de saúde trouxe consequências diretas sobre a população, além de influenciar sobre o comércio exterior, havendo recusa por parte de navios estrangeiros em atracar nos portos brasileiros em função da situação sanitária. Essa situação desencadeou uma série de ações em saúde que tiveram como foco o Distrito Federal e os portos. Nesse momento se tem uma ênfase no saneamento urbano na cidade do Rio de Janeiro e o combate às epidemias de febre-amarela, peste e varíola (Hochman, 2006)

No que diz respeito ao saneamento do Rio de Janeiro, Oswaldo Cruz como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, atuou com o propósito de erradicar a

epidemia de febre-amarela na cidade. Sua atuação se realizou com intervenções que utilizavam a força e autoridade para conseguir seus objetivos, o que gerou revolta da população. Outra medida que implicou em movimentos revoltosos por parte da população, foi a Lei Federal nº 1.261, de 31 de outubro de 1904, que instituiu a vacinação anti-varíola. A forma de atuar de Oswaldo Cruz ficou conhecida como modelo campanhista, este por sua vez, obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, conseguindo inclusive erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro, o que fortaleceu o modelo proposto e o tornou hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva durante décadas (Hochman, 2006).

Uma nova geração de médicos, formados segundo o paradigma da bacteriologia, surgiu nesse período e começou a influenciar as concepções sobre as doenças transmissíveis e as propostas de ações em saúde pública. Ao mesmo tempo, vivenciava-se uma crescente conscientização por parte das elites políticas sobre os efeitos negativos do quadro sanitário existente no país.

Vivencia-se nesse contexto, o período que Hochman (2006), denomina como “A Era do saneamento”, inicia-se assim um processo de transformação no país e a saúde, aos poucos, passa a ser tratada como problema nacional, em um movimento apoiado por parcelas da elite intelectual e política. Esse momento caracteriza-se por uma ênfase nos aspectos políticos muito mais que nos aspectos econômicos, passando a saúde a ser vista como propulsora da integração do país (Hochman, 2006) .

Esse curto período caracterizou-se por aumento exponencial da consciência pública sobre a responsabilidade governamental em saúde e acelerou o processo de crescimento das atividades do Estado brasileiro, a partir da transformação da doença transmissível em um problema político (Hochman,2006,p.62).

Nesse período é desencadeado um movimento de fortalecimento da esfera pública e estatal, que passou a ter a saúde o seu ponto forte, tornando possível o início do processo de construção do Estado Nacional. Entretanto, as políticas de saúde pública, em crescente ascensão a partir da década de 1910, não foram uma mera consequência do crescimento do poder do Estado, e sim, um instrumento de expansão deste poder na sociedade e no território brasileiro. Para a operacionalização das políticas de saúde, foi necessário ocorrer um ponto de convergência entre as ideias e os interesses materiais dos atores envolvidos na questão, associados com as condições que permitiram a efetivação da coletivização da saúde. Assim, a decisão de promover a saúde pública foi uma opção pensada, resultado de negociações e acordos políticos entre os diversos atores sociais

envolvidos nesta questão: as elites políticas, o Estado e o movimento sanitarista, não sendo, portanto, fruto de um processo decorrente de condições abstratas e intangíveis. Neste sentido, a adesão dos estados, no momento em que tinham seus poderes consolidados pela constituição, deu-se a partir de uma avaliação dos mesmos entre os custos e os benefícios de uma transferência de poderes para o poder central dos serviços de saneamento e saúde pública. Sendo que nesta ocasião, os mesmos avaliaram como conveniente as atividades da autoridade federal em seus territórios (Hochman, 2006).

A aceitação voluntária dessas provisões legais significava julgar que os custos da alocação de atividades de saúde pública no Governo central – a perda de autonomia – poderiam ser toleráveis, diante dos benefícios advindos dela – saneamento e profilaxia rural – e os custos da doença transmissível. (Hochman,2006, p.176)

Como resultado desta intervenção federal, Hochman (2006) ressalta que em 1922 estavam em funcionamento 88 postos sanitários rurais espalhados em quinze estados e no DF, existindo alguns itinerantes nos estados do Amazonas e Pará com objetivo de atender as populações ribeirinhas.

Santos (1985) declarou a existência de duas correntes de pensamento nacionalista nesse período. Uma que enxergava no desenvolvimento das cidades sinais de civilização e almejava adotar modelos europeus como padrão, entendendo que a imigração branca poderia melhorar a raça dos brasileiros que encontrava-se prejudicada pela miscigenação. E outra que estava preocupada em avançar para o interior com a finalidade de incluir o homem do sertão no projeto de construção nacional, entendendo o atraso do sertanejo como uma questão a ser resolvida pelo poder público, que segundo essa corrente, seria capaz de através de projetos civilizatórios superar os obstáculos presentes nessas regiões.

Várias expedições científicas desbravaram o interior brasileiro e denunciaram o abandono das populações interioranas (Escorel;Texeira, 2008). Na ocasião, isso foi apontado como entrave à ampliação da capacidade econômica do país e a causa da sua inferioridade frente às nações desenvolvidas. A partir desse sentimento, em um contexto de expansão do pensamento nacionalista, em 1918 foi criada a Liga Pró-Saneamento do Brasil que lutou pela reforma dos serviços de saúde e pelo saneamento dos sertões. Esse período se caracteriza na ênfase ao saneamento rural, com enfoque para as doenças mais características dessas regiões, quais sejam, ancilostomíase.

Com a chegada de Getúlio Vargas ao poder, em 1930, o entendimento da saúde como um bem público e de responsabilidade do Governo Central já estava consolidado.

Diante dessa realidade, Vargas buscou garantir a presença do Estado no interior do país utilizando a saúde como instrumento para que isso fosse possível. Para isso, ele buscou fazer um resgate da tradição sanitária, ao mesmo tempo em que construiu uma política baseada no forte nacionalismo. Se intensifica, nesse período, a transição de uma sociedade de base agroexportadora para uma sociedade urbano-industrial. Conforme Fonseca e Hochman (1999), a Era Vargas se caracterizou por uma ênfase no mercado interno centrada no setor urbano-industrial, ao mesmo tempo que, o saneamento do sertão se tornava o carro chefe do processo de construção do Estado e da construção das bases sanitárias para a industrialização. Na ideologia presente, o atraso e a doença são entendidos como obstáculos ao projeto modernizador e conformador de um novo homem brasileiro.

Fonseca e Gilberto (1999), ao analisar a dualidade presente dentro do governo Vargas, concluíram que este atuou, de um lado, visando a consolidação de um Estado Nacional, com prioridade para saúde pública voltada para o interior do país, sendo esta assistência prestada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), ao mesmo tempo que, na área urbana, voltou-se para construção de uma política previdenciária que ficava restrita aos que se encontravam formalmente empregados, ficando sob os cuidados do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC).

O desenvolvimento das políticas de previdência e de saúde pública a partir dos anos 20 se deu de forma paralela, sem pontos de contato. O projeto de saúde pública legado pela primeira república foi incorporado pelo Mesp, através do seu departamento nacional de saúde, mantendo a sua agenda de combate às grandes endemias e às eventuais epidemias. O modelo de previdência social que se consagrou ao longo da década de 30 incluía uma série de serviços assistenciais, entre eles serviços de assistência médica por cada IAP aos seus associados. (Fonseca;Hochman,1999, p.80)

O projeto de saúde pública da Era Vargas contou com Gustavo Capanema à frente do MESP a partir do ano de 1934. Como ministro, Gustavo Capanema assegurou a ampliação da ação federal nos estados. Dentre suas ações destaca-se a implantação de delegacias federais. Estas ficaram distribuídas em oito regiões e estavam subordinadas ao Departamento Nacional de Saúde. Outro fator de destaque em sua gestão foram as conferências sanitárias realizadas, instituídas a partir da reforma de 1937, que tinham como objetivo reunir representantes de todos os estados em um fórum nacional para discutir temas de saúde pública. Conforme os direcionamentos ditados por Gustavo Capanema as ações em saúde nesse período basearam-se em grande medida nos acordos internacionais realizados. Dentre as influências internacionais, destacou-se a presença norte-americana na

estruturação de serviços dentro do país e com o preparo de mão-de-obra especializada para o trabalho com saúde pública. Hochman e Fonseca (1999) ressaltaram a influência norte-americana na formação de profissionais de saúde, como também, na divulgação de princípios orientadores das atividades de saúde pública nesse período. Durante a gestão de Capanema, destacou-se ainda a implantação do Estado Novo ocorrida em 1937, fato que facilitou a implementação de uma reforma centralizadora.

A longo prazo a política de saúde implantada por Vargas teve como resultado uma ênfase na assistência médica previdenciária, no que diz respeito à saúde pública, não significou uma quebra com o modelo de saúde preconizado na década de 20, havendo uma continuação da agenda sanitarista. O que existiu, segundo eles, foram modificações que se fizeram necessárias para o devido ajuste ao processo de constituição do Estado pós-30. Neste sentido, houve uma prioridade nos aspectos de organização, profissionalização, despolitização, burocratização e centralização das atividades de saúde e saneamento (Hochman;Fonseca, 1999)

No que diz respeito aos aspectos econômicos, o Brasil vivenciava nesse período uma crise econômica desencadeada pelos baixos preços do café, agravada pelo colapso da borracha que passou a ser produzida em terras asiáticas. Frente a essa situação, o país saiu em busca de um aumento nas suas relações comerciais que pudessem levar a um crescimento nas exportações e uma diminuição das suas importações. Conforme Campos (2006), essa crise desencadeou um processo de aproximação entre os governos brasileiro e alemão.

A crise econômica e a falta de divisas levaram à aproximação entre os governos brasileiro e alemão e a subsequente assinatura, em 1934, do primeiro acordo compensatório entre os dois países. Isto transformou a Alemanha, em até 1939, no melhor parceiro comercial do Brasil... (Campos,2006,p.37)

Por outro lado, os EUA sentido-se ameaçado buscou estreitar cada vez mais suas relações com os mercados do Brasil, realizando ações que pressionavam o país. Diante desse quadro, o Brasil buscou permanecer neutro, na tentativa de permanecer usufruindo da liberdade de negociar. Campos (2006), denominou essa estratégia política como “ambígua”, na qual o Brasil permaneceu mantendo relações econômicas com países da Europa, em especial, com a Alemanha, ao mesmo tempo que aumentava suas negociações com os EUA. Segundo o autor, o governo Vargas encontrava-se dividido entre simpatizantes da Alemanha e dos EUA. Entretanto, depois de uma pesada intervenção americana em toda América Latina e diante da impossibilidade de continuar neutro, Vargas

resolveu orientar suas relações para o mercado Americano.

No ano de 1942, o ataque dos EUA a Pearl Harbor precipitou a realização, no Rio de Janeiro, do Terceiro Encontro de Ministros das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas, que teve como resultado a criação de um programa de saúde e saneamento para a América Latina. Particularmente com o Brasil, os EUA assinaram uma série de tratados que cobriam assuntos que variavam desde comércio, empréstimos até acordo de saúde e saneamento, sendo que deste último foi originado o Serviço Especial de Saúde Pública – SESP.

1.2 Saúde pública no Amazonas no início do século XX

A economia da borracha implicou na circulação de recursos financeiros no estado do Amazonas como ainda não havia ocorrido em sua história. Segundo Loureiro (1986), comparado ao restante do país, entre os anos de 1889 e 1912, os recursos oriundos da borracha significaram 38% da economia nacional, representando mais do que qualquer outra política, fazendária, econômica ou governamental nesse período.

A presença desses recursos no estado resultou em mudanças significativas na sua política, na economia e na demografia da região. Entretanto, essas mudanças ocorreram de formas distintas no interior do estado e na sua capital. Enquanto Manaus respirava os ares do progresso, o interior mostrava uma realidade bem diferente. Neste, proliferava a pobreza nos seringais e a exploração do trabalho indígena e do migrante nordestino. A comissão liderada por Carlos Chagas (1912-1913) que tinha como objetivo fazer uma avaliação dos seringais constatou a existência nesses locais de uma população cronicamente doente, havendo muitas mortes ocasionadas pela malária (Cruz; Chagas; Peixoto, 1972). Outro fator que agravava as condições de pobreza dessas populações era a falta de alimentos. A vida nos seringais impedia a agricultura, sendo impossível produzir alimentos nas condições de trabalho praticadas. Diante dessa realidade, os seringueiros se viam obrigados a consumir produtos vendidos nos barracões tornando-se cada vez mais endividados (Schweickardt, 2009).

Por outro lado, Schweickardt (2009) em sua pesquisa intitulada “Ciência, Nação e Região: As doenças tropicais e o saneamento no estado do Amazonas (1890-1930)”, destacou a importância dos atores de ciência na região. Seu estudo demonstra como os médicos foram ativos nesse período participando da criação de instituições e na formulação de políticas de saúde pública no estado do Amazonas. Auxiliados pela presença

de expedições científicas na região e pelo intenso movimento cultural, puseram em prática a circulação de ideias científicas e primaram pela sua aplicação nas políticas de saúde.

Com o surgimento da crise da borracha por volta de 1912 as condições de saúde se agravaram. Nesse mesmo ano foi proposto um Plano de Defesa Econômica da Borracha que tratou de medidas sanitárias para a região com principal objetivo de controlar a malária. No mesmo período, Carlos Chagas fez a síntese sobre a epidemiologia no vale do Amazonas, em suas reflexões, o mesmo considerava que a ausência de estudos na área experimental se configurava como um problema, além disso, em sua avaliação, a falta de processos profiláticos castigava ainda mais a região sob o ponto de vista sanitário. Ele defendia medidas de higiene definidas pela “moderna” ciência para serem aplicadas na região. (Schweickardt;Lima, 2007)

Com a crise instalada, os recursos ficaram escassos e o estado realizou acordos com a União. Em 1921, o Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural², de responsabilidade federal, passa a atuar no estado. Na ocasião, o Serviço Sanitário do Estado deixou de funcionar com o argumento de haver conflito de atividades. Na época, esse serviço contava com 129 trabalhadores e ainda com voluntários religiosos que atuavam nas regiões do Alto Solimões, ficando parte da estrutura desse serviço assumida pelo Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural.

O diretor do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural, Samuel Uchoa destacou no relatório do serviço que além da assistência à saúde era necessário prestar assistência à subsistência física nessas regiões, além disso, destacou o papel da população, segundo o mesmo, esta contribuiu significativamente com o serviço, realizando a pintura das casas, a limpeza dos quintais, roçando os terrenos, derrubando os matos e construindo fossas (Uchoa,1922). A abertura da população para as ações em saúde foi também enfatizada por Santos (1986):

Foi considerado um auxílio o fato do povo comparecer espontaneamente aos postos de saúde, não somente quando atacado de verminose e outras doenças, como também em casos preventivos, como por exemplo, a quininição contra o impaludismo. (Santos,1986, p.98)

Por outro lado, o serviço atuou na região com poucos recursos e sua atuação foi sempre marcada por problemas financeiros. Uma das dificuldades do Serviço de

2 Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural, serviço subordinado à Inspeção de Serviços de Profilaxia (Decreto nº 13.001, de 1/5/1918). Criado para funcionar em âmbito nacional, ficou sob sua responsabilidade a fiscalização do exercício da medicina, farmácia, odontologia e obstetrícia e de produtos farmacêuticos. Além disso, eram de sua responsabilidade a profilaxia geral de doenças transmissíveis e específica das doenças de notificação compulsória nas áreas suburbanas e rurais, e, quando necessário, a vigilância do isolamento dos doentes menos nos casos de tuberculose.

Saneamento e Profilaxia Rural era que o mesmo funcionava através de contratos com os municípios, assim, sua atuação dependia da situação financeira de cada prefeitura. Em razão disso, havia descontinuidade, além de vários municípios ficarem desassistidos. Na ocasião, a estratégia de trabalho foi de utilizar poucos médicos e mais auxiliares, o entendimento é que isto diminuía as burocracias para o atendimento e, por outro lado, os auxiliares por estarem mais acostumados a suportar condições mais difíceis tornavam melhor o andamento do trabalho (Uchoa, 1922).

O Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural passou a administrar as instituições existentes na região, ficando sob sua tutela o Dispensário Oswaldo Cruz, a Colônia Umirisal e o Instituto Pasteur, e ainda, a fiscalização da medicina. O livro de registro dos profissionais da saúde, então sob responsabilidade do Serviço de Saneamento, dá uma visão da distribuição de Saúde no Estado, destacando que deste quantitativo, a maioria atuava nas cidades de Manaus, Itacoatiara e Parintins (Uchoa,1922).

Apesar do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural ter como prioridade o combate aos problemas de saúde da área rural, no Amazonas isso aconteceu de forma diferente, tendo sido Manaus o primeiro alvo da comissão pertencente a este serviço. A meta era o beneficiamento completo da capital para em um segundo momento partir para a área rural do estado. No interior do estado, destacou-se a existência de postos itinerantes, funcionando como uma inovação do Serviço para a região. O Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural do Amazonas, criou uma rede de postos itinerantes rurais, utilizando da criatividade e de estratégias inovadoras para disponibilizar os serviços de saúde nos lugares mais distantes do estado. Assim, foram criados postos itinerantes nos municípios de Manacapuru, Lábrea, Benjamin Constant, Tefé, Parintins, Humaitá e Itacoatiara. Além de sub-posto no município de São Felipe, atual Eirunepé.

O Serviço de Saneamento criou em 1922 o Dispensário Oswaldo Cruz que tinha como responsabilidade a profilaxia e o tratamento da lepra. Segundo a direção do serviço, a lepra encontrava-se difundida no Amazonas sendo necessário a adoção de medidas urgentes contra essa doença. No mesmo ano, o serviço inaugurou a Casa Dr. Fajardo que tinha como obrigação atuar no serviço de higiene e assistência médica hospitalar à infância. A proposta da direção do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural era que os serviços de saneamento rural seriam menos complexos e Manaus ficaria responsável pela assistência às situações mais graves. (Schweickardt, 2009).

Com relação às práticas médico-científicas empregadas no estado, Schweickardt (2009) ressaltou que, no início do século XX, estas estavam baseadas em

experiências realizadas no Brasil e fora dele, estando inseridas na agenda nacional e internacional de pesquisas. Em sua análise as ideias seguidas na região acompanharam as medidas realizadas no “centro”, ou seja, na capital federal e em São Paulo.

As ações de saneamento realizadas pelo Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural no Amazonas, conforme interpretação de Schweickardt (2009), fizeram com que a região incorporasse entendimentos e idéias advindas do projeto nacional vigente na primeira república, que tinham motivação no movimento sanitarista. As ideias propostas por esse movimento pregavam que atender a saúde de pessoas isoladas fazia parte de uma missão patriótica que teria como resultado torná-las mais produtivas.

As ações de saneamento eram motivadas pelas idéias do movimento sanitarista, que pregava a incorporação dos sertões através de uma política de saúde. Nesse sentido, o sanitarismo regional também incorporou às suas ações um ideal nacionalista, quando entendia que atender ao caboclo, ao seringueiro, aos indígenas fazia parte de uma missão patriótica de mudar e recuperar o ser humano debilitado pelo parasito da malária e pelos vermes (Schweickardt,2009,363).

Baseado nesses fatos, Schweickardt (2009) ressalta que os aspectos políticos foram significativos nos rumos escolhidos pelo Estado do Amazonas, especialmente no que diz respeito em como lidou com a saúde. Segundo o mesmo, os grupos políticos locais foram determinantes no trato das doenças tropicais, sendo estes que determinavam a contratação ou não dos serviços. Em sua análise houve momentos em que os conflitos políticos prejudicaram a erradicação de doenças que necessitavam de um trabalho sistemático e contínuo.

Santos (1986) fez críticas ao modelo de política de saúde adotado no estado, afirmando que as intervenções em saúde propostas não tinham o homem como seu principal enfoque, mas a doença, que passou a ser uma questão de Estado, de segurança nacional, de desenvolvimento econômico e soberania.

Encerrado, em 1930, o Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural no Estado do Amazonas, o interior ficou desassistido por parte do poder público, o que gerou o agravamento das suas condições de saúde. Somente em 1939, com a criação do Serviço de Profilaxia da Malária, vinculado ao Departamento Nacional de Saúde esta região voltou a ter uma intervenção pública da União na área de saúde, em seguida, no ano de 1942, o SESP se instalou na região passando a representar a instituição de maior importância em saúde no estado nos anos que se seguiram.

1.3 Políticas públicas para os indígenas no início do século XX

A concepção que visava incorporar os indígenas à sociedade nacional, especialmente como força de trabalho, ganhou prestígio em âmbito nacional a partir das ideias trazidas por Marechal Cândido Rondon no início do século XX. Segundo ele, os indígenas apenas necessitavam de um período de adaptação para que conseguissem evoluir e tornarem-se “brasileiros” (Diacon, 2006). Predominou neste período, na relação entre o Estado e os indígenas, a concepção de que estes últimos iriam desaparecer 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 (Santos *et al.*, 2008).

No que diz respeito à concepção sobre as populações indígenas vivenciado no período republicano. Lima (2002) enfatiza que, na época, os indígenas eram classificados em duas categorias, daqueles que teriam se tornado “sertanejos” visto que trabalhavam, produziam e queriam aprender, em razão disso não seriam mais entendidos como índios; e outros, que não tinham como ser aproveitados visto que estavam voltados aos maus costumes e, portanto, não deixariam de ser índios, essa concepção foi abstraída de um texto datado do início do século XX, retirado de Rondonia, de Edgard Roquette-Pinto, na época professor de Antropologia do Museu Nacional, fruto da sua experiência como expedicionário nas terras do Mato Grosso e do atual estado de Rondonia.

O paternalismo e a tutela foram formas de dominação que se estabeleceram ao longo dos séculos XIX e XX. Nesse período a gestão da população indígena ficou classificada em três formas: a “tradição sertanista”, “tradição missionária” e a “tradição mercantil”, todas baseadas em uma tradição escravista. Com relação especialmente a tradição sertanista, esta era presente nas primeiras colonizações portuguesas inseridas no sertão e caracterizava-se por visar conquistar espaços geográficos desconhecidos, assimilando-os ao “mundo conhecido” do explorador. Essa tradição ressurgiu no período republicano, entretanto, a busca não era mais por catecúmenos ou súditos e sim por cidadãos que se esperava conquistar através das almas indígenas (Lima, 1995).

Partindo dessa concepção sobre os indígenas, no ano de 1910 foi criado o Serviço de Proteção aos Índios (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 de Serviço de Proteção aos Índios e

Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILTN). Ao analisá-lo, Lima (1995) enfatiza que não houve critérios para definir o que seria o seu público-alvo, estando voltado para uma categoria genérica denominada “índio”, criada pelo Estado e que reduzia a heterogeneidade dos povos indígenas. Ainda com relação a esse serviço, o autor destacou que suas unidades funcionavam de forma hierarquizada, sendo as mais locais denominadas 'postos e vigilâncias', caracterizando-se por serem unidades de clara inspiração militar e que deveriam progredir para as chamadas 'povoações indígenas'. Estas, se tornariam 'centros agrícolas', na medida que houvesse uma integração entre os indígenas e os trabalhadores nacionais, sendo para isso necessário que os primeiros superassem seu status de índio. Em suas análises, Souza Lima (1995) faz uma reflexão sobre as relações vivenciadas entre o Estado e as populações nativas, concluindo que, ao invés da modalidade da guerra, a forma de se relacionar no período republicano envolveu um assujeitamento dos indígenas, o que ele denominou de “poder tutelar”. Esse poder foi visível no controle do Estado sobre a inclusão e exclusão de populações na comunidade nacional e caracterizou-se por ser, além de um instrumento disciplinador, convergente de alteridades, também um elemento gerador de hierarquia dentro da própria sociedade (Lima, 1995).

Com o fim do Império, o sentimento de nação que era refletido na figura do imperador foi extinto. Assim, a República teve que lidar com dificuldades em incluir populações que estavam à parte do Estado e conseguiam ser autossuficientes. O entendimento era que estas populações provocavam uma descontinuidade política, econômica, e, principalmente, simbólica em relação ao seu suporte ideológico principal: a ideia de nação formada por um corpo de cidadãos. 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 índios resistentes, a partir da estratégia de produzir "um grande cerco de paz". Esta forma de atuar, segundo Lima (1995), caracterizava-se por uma tática militar que pressionou os índios a aceitarem uma aliança, sendo esta a única saída para essas populações. Assim, os índios viviam a ilusão de estarem protegidos de inimigos externos, entretanto ficavam sem liberdade de circular, sob vigilância e controle do Estado. Após sua criação o SPILTN teria como uma de suas

finalidades, portanto, através de métodos persuasivos, estabelecer relações pacíficas com os grupos indígenas que começavam a manter os primeiros contatos com a frente de expansão (Gagliardi, 1989).

Sob a marca da "tutela", as políticas indigenistas no Brasil foram desenvolvidas pelo SPITLN, que a partir de 1918 passou a ser denominado apenas Serviço de Proteção aos Índios. Desde sua criação até 1930 esse serviço integrou o Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio. Nesse período havia muitas semelhanças entre as formas de pensar o meio rural e os índios, sendo ambos objetos de intervenção do Estado, predominando a ideologia do atraso do mundo rural que necessitava de ações para que pudesse atingir o progresso. A vinculação do Serviço de Proteção aos Índios ao dos Trabalhadores Rurais ressalta o entendimento vivenciado de que a categoria dos assim chamados “índios” estaria em trânsito, vindo com o tempo a se tornarem cidadãos.

Após 1930, o SPI passou a estar vinculado ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio – MTIC. Este período foi definido por Lima (1995) como um momento de colapso para o SPI. Segundo ele, mais uma vez este serviço estaria alinhado a tarefas de pouco peso político. 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. 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 1967 o SPI foi substituído pela FUNAI. Entretanto isso 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 fazer uma análise desse período, Lima (1995) aponta que não houve grandes alterações na forma do Estado se relacionar com os indígenas, prevalecendo uma política que via na assimilação dos mesmos e no forte autoritarismo a melhor forma de manter relações com essas populações. Em sendo assim, continuaram a julgar que os indígenas iriam desaparecer sendo integrados ao modelo de civilização proposto. Pela Lei 6001 de 19/12/73 foi sancionado o Estatuto do Índio, que regulamentou a situação jurídica das populações indígenas. Entretanto, até 1988 a política indigenista brasileira estava centrada nas atividades voltadas à incorporação dos índios à comunhão nacional, princípio este que

esteve presente nas Constituições de 1934, 1946, 1967 e 1969, sendo suprimido somente na constituição de 1988, que reconheceu aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupavam (Lima, Hoffman, 2002).

A Constituição de 1988 representa uma clivagem em relação a todo o sistema constitucional pretérito, uma vez que reconhece o Estado brasileiro como pluriétnico, e não mais pautado em pretendidas homogeneidades, garantidas ora por uma perspectiva de assimilação, mediante a qual sub-repticiamente se instalam entre os diferentes grupos étnicos novos gostos e hábitos, corrompendo-os e levando-os a renegarem a si próprios ao eliminar o específico de sua identidade, ora submetendo-os forçadamente à invisibilidade. (Pereira,2002,p.41)

Especificamente com relação a Amazônia, durante todo o século XIX houve uma preocupação das administrações locais com a incorporação dos índios, especialmente como força de trabalho. Conforme Patrícia Sampaio (2004), a relação da Coroa com essas populações exigiu normas diferenciadas de convivência devido às especificidades locais. Ela argumenta que a Carta Régia de 1798, de forma diferente de outros locais do país, foi efetivamente colocada em prática. Em razão disso, a Amazônia estabeleceu um trajeto diferenciado na tentativa de civilizar os indígenas, vivenciando na prática, conforme os postulados da mesma Carta, uma política de incentivos aos casamentos interétnicos e a possibilidade de serem firmados contratos dos indígenas diretamente com particulares.

(...) no caso da Amazônia Portuguesa, a preocupação com a incorporação dos índios, sobretudo como força de trabalho, persistiu na pauta das administrações locais durante todo o correr do século XIX, fazendo emergir projetos afinados aos seus processos internos. (Sampaio,2004,p.135)

O contexto acima demonstra que a prática de assimilação dos indígenas que iria se tornar a forma predominante de relação da sociedade nacional com os indígenas no início do século XX, já era uma prática na Amazônia desde muito tempo. A introdução dessas populações como mão -de-obra e a busca de sua assimilação ao convívio com os “brancos” já era uma prática secular dentro da Amazônia. Essa particularidade da Amazônia se deu motivada por interesses na ocupação da região e devido a necessidade de mão-de-obra.

A expedição realizada por Carlos Chagas à Amazônia em 1912 constatou a

presença de indígenas ao longo do Rio Negro trabalhando como seringueiros. 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). Diante das condições encontradas, Chagas declarou uma visão negativa sobre os indígenas, chamando-os inclusive de indolentes. Em seu entendimento, as qualidades negativas dos indígenas fariam com que essa “raça” desaparecesse.

A exploração da borracha utilizou de forma predominante a mão-de-obra indígena, outro fato significativo é que a busca desse produto dentro das florestas implicava em desbravar terras habitadas por indígenas, sendo essa situação agravada na metade do século XIX, quando houve aumento da produção da borracha o que gerou uma verdadeira “invasão” das terras indígenas em busca desse produto (Melo, 2007)

A exploração do trabalho indígena na Amazônia foi evidenciada no trabalho de Melo(2007) em sua análise dos relatórios de presidentes e vice-presidentes da Província do Amazonas:

Tornar-se-ia repetitivo transcrever todos os Relatórios, Falas e Exposições de Presidentes e Vice-presidentes da Província do Amazonas. Há muita repetição sobre exploração da força de trabalho indígena por parte de diretores parciais e encarregados, os quais, não sendo remunerados, locupletavam-se com o trabalho dos indígenas. (Melo, 2007, p.67)

No Amazonas o SPI atuou através da Inspetoria Regional do Amazonas que foi criada em 16 de julho de 1911, e nos termos do serviço funcionou sob a ideologia predominante em âmbito nacional que entendia a necessidade da “tutela” dos indígenas, nos termos preconizados por Lima,1995.

No projeto “civilizatório” que o Serviço de Proteção aos Índios empreendeu no Estado do Amazonas, ao se nomear 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 lhes eram peculiares, exercia uma forma de dominação apoiada na tutela (Melo,2007,p.210).

2. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP)

2.1 Implantação e atuação do SESP e da FSESP no contexto nacional

O acordo que originou o SESP definia que o mesmo seria custeado com recursos americanos e em parte com recursos nacionais. Na ocasião de sua implantação, havia interesses tanto americanos quanto nacionais favoráveis ao SESP. No âmbito nacional, as políticas de saúde priorizavam centralizar os cuidados com a saúde no país, por outro lado, os EUA buscavam uma forma de garantir a produção de borracha e sua influência comercial sobre o Brasil. Campos (2006) analisa que a entrada desse serviço no país aconteceu devido a uma conjugação de fatores muito mais complexa do que apenas um movimento de fora para dentro com interesses norte-americanos se impondo a uma realidade local.

O Decreto-lei nº.4.275 de 1942 regulamentou seu funcionamento e estabeleceu em sua cláusula primeira as seguintes funções:

o saneamento do vale amazônico, especialmente profilaxia e os estudos da malária no vale do Amazonas e a assistência médico-sanitária aos trabalhadores ligados ao desenvolvimento econômico da região; o preparo de profissionais para trabalho na saúde pública, compreendendo aperfeiçoamento de médicos e engenheiros sanitaristas, a formação de enfermeiras de saúde pública e o treinamento de outros técnicos; a colaboração com o Serviço Nacional de Lepra, e por intermédio deste, com as repartições sanitárias estaduais, para o combate da Lepra. (Decreto-lei n.º4.275 de 1942)

Essa agência, ainda que subordinada ao então Ministério da Educação e da Saúde, teve garantida sua autonomia. Conforme Bastos (1993), essa autonomia possibilitava flexibilidade para ajustar-se às variedades de tarefas que eram necessárias ser cumpridas. Entretanto, a atuação do SESP não fugiu do que havia sido previsto na agenda do governo central. “... a trajetória do SESP nunca deixou de estar afinada aos interesses do regime Vargas de fortalecimento do Estado nacional e de desenvolvimento econômico do país” (Campos, 2006, p. 56).

A gestão do SESP ficou dividida em nível central, nível regional e nível local. O nível regional foi gerido a partir dos programas e o nível local com os distritos sanitários, os postos de higiene e os hospitais. Em agosto de 1942 foi inaugurada sua sede no Rio de Janeiro e posteriormente foi elegida a cidade de Belém como sede do Programa

da Amazônia³ (Bastos, 1993).

Inicialmente, o SESP priorizou as regiões da Amazônia e do Vale do Rio Doce como foco de suas ações, com prioridade no combate à febre amarela e malária. Esses fatores permitiram a construção de serviços médico-sanitários nessas áreas (Hochman;Fonseca,1999). Nestas localidades o SESP encaminhou políticas sanitárias, montou uma rede de unidades e outros equipamentos, construiu e administrou escolas de enfermagem, hospitais, centros e postos de saúde, sistemas de águas e saneamento, normatizou técnicas e procedimentos, contratou e expandiu uma burocracia, estabeleceu convênios para executar e padronizar políticas de saúde, formou mão-de-obra qualificada e promoveu a educação sanitária.

Os mesmos interesses presentes na implantação do SESP reafirmaram o desejo pela sua permanência no período pós-guerra. Conforme Campos (2006), a conjuntura internacional nesse período apresentava vantagens aos EUA na manutenção de seus programas na América Latina, dentre eles, o acordo bilateral firmado entre o SESP e o Instituto de Assuntos Interamericanos- IAIA⁴. Nesse período os EUA via vantagem em expandir os mercados para os produtos americanos e controlar as epidemias. Por outro lado, o Brasil também mostrou-se favorável à manutenção do acordo em saúde, que, na época, continuava coadunando com os interesses políticos internos. Conforme afirma Campos (2006), as preocupações com a manutenção da política de desenvolvimento adotada pelo governo ficou ainda mais intensa a partir da década de 1940. Em sendo assim, ainda que o SESP tenha sido pensado como uma agência para atuar durante o período de guerras, os interesses externos aliados a uma atmosfera interna do Brasil que valorizava sua permanência, transformaram o SESP em uma política pública para o país e fizeram que os serviços prestados pelo SESP se estendessem ao longo dos anos.

Contudo, com a prorrogação da permanência do SESP em terras brasileiras, o serviço foi sofrendo adaptações necessárias para sua continuidade, o que implicou em tomar rumos diferentes do que haviam sido previstos logo de início. Dentre essas mudanças, Bastos (1993) destaca que foram executadas medidas que modificaram seu caráter emergencial por atendimentos que buscavam conciliar assistência médica com prevenção. De acordo com Campos (2006) na Conferência de Organização Sanitária,

3 Programa que tinha como foco a atuação na Amazônia e objetivo de aumentar a produção da borracha para a manutenção dos EUA na guerra. Inicialmente desenhado para proteger os seringueiros contra doenças, em especial a malária. (Campos, 2005, p.113)

4 Programa que passou a funcionar oficialmente desde o ano de 1942 e tinha como um dos 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.

ocorrida em 1948, a medicina curativa foi oficialmente incorporada ao sistema. Isso se justificava como uma medida de atração da população para os serviços.

Após o ano de 1946, o SESP procurou, com apoio fundamental dos municípios e estados, ajustar-se aos princípios de uma “saúde pública moderna”, essa forma de atuar estava baseada na constituição vigente que previa a autonomia dos estados. Nessa forma de atuar, o SESP ficava responsável por supervisionar a criação e reprodução das unidades de saúde, que posteriormente seriam entregues à administração do estado. *“Num segundo momento, o SESP compartilharia a administração da rede com os governos estaduais; e, por fim, a rede seria totalmente gerida pelos administradores locais, quando o estado estivesse habilitado, financeira e tecnicamente, a fazê-lo”*. (Campos,2006, p.239)

Com relação à expansão do SESP no território brasileiro, Bastos (1993) afirma que até o ano de 1948, esta instituição teve sua atuação limitada aos estados do Amazonas, Pará, Territórios Federais e o Vale do Rio Doce, o que ele denominou como primeira fase do SESP. A seguir, o SESP vivenciou uma fase denominada pelo autor de “fase de expansão” que se caracterizou pelo aumento da sua influência sobre o restante do país através de ações de saneamento do meio ambiente, assistência médica, educação para saúde, controle das doenças transmissíveis e treinamento de pessoal, profissional e auxiliar. O projeto de “modernização” do SESP deve ser entendido com a sustentação de quatro bases: qualificação de pessoal de saúde, educação sanitária, construção de uma rede horizontal integrada e permanente de unidades de saúde, um hospital ou um híbrido de centro de saúde e hospital (Campos,2006).

Segundo Campos (2006), em 1954 foram implementados os Serviços Cooperativos de Saúde, originados de acordos do SESP com os estados. Estes passaram a funcionar como agências especiais dentro dos departamento de saúde, com a finalidade de “modernizar” a administração sanitária estadual até que com o término do contrato o estado passasse a gerir sozinho a infra-estrutura sanitária montada. Nesse sentido, a relação que o SESP passou a estabelecer com os estados foi a mesma que no momento anterior o próprio SESP manteve com o IAIA, procurando manter vivo os princípios de uniformização técnica, científica e administrativa.

Finalmente, podemos notar que a estratégia do SESP de “modernizar a administração sanitária” utilizando-se de convênios com departamentos de saúde estaduais esteve em plena sintonia com as diretrizes das reformas sanitárias implementadas pelo ministro Gustavo Capanema... (Campos, 2006, p.244)

Entretanto, os custos operacionais das Unidades de demonstração que vinham

sendo mantidas pelo SESP nos vários estados da União, impediam que esses serviços fossem absorvidos pelas administrações estaduais, o que levou ao não cumprimento do que estava acordado com a maioria dos estados.

Com relação ao financiamento do SESP, Campos (2006) ressalta a diminuição do capital externo para seu sustento e um gradativo aumento da participação nacional para sua manutenção. Em 1960 encerrou por completo o Convênio Internacional que mantinha o SESP, neste ano a saída encontrada pelo governo para continuar dispondo desse serviço foi transformá-lo em Fundação, passando a funcionar nessa condição até 1990.

Enquanto Fundação, o SESP passou a responder diretamente ao governo federal, sendo que, através do Decreto-lei n.904 de 01/10/69 foi retirado o “especial” do seu nome passando a se chamar Fundação Serviços de Saúde Pública. Conforme Bastos (1993), a Fundação deu continuidade às ações que vinham sendo realizadas pelo SESP desde 1942. Entretanto, conforme a Lei n.º. 3.750/60 deu prioridade para as seguintes ações: organização e operação dos serviços de saúde pública e assistência médico-hospitalar nas áreas do território nacional onde se desenvolvessem programas de valorização econômica, sempre que os serviços não constassem dos órgãos federais; estudo, projeção e execução de empreendimentos relativos à construção, ampliação ou melhoria de serviços de abastecimento d’água e sistema de esgotos; desenvolvimento de um programa de educação sanitária nas localidades onde mantivesse unidades sanitárias; desenvolvimento de programas em cooperação com os estados, o Distrito Federal, os territórios ou os municípios, visando à higienização dos bairros pobres e a solução de problemas de saúde pública.

A condição de fundação deu para a FSESP maior autonomia e possibilidade da instituição qualificar-se com liberdade, sendo possível a aplicação de novos métodos e a realização de novos estudos que puderam ser incorporados à rotina de trabalho (Bastos,1993). É válido considerar que o SESP já tinha 18 anos de atuação quando foi transformado em Fundação, sendo necessário ressaltar que durante o decorrer desse período muitas coisas foram sendo modificadas da ideia original do serviço, inclusive a base de funcionamento do serviço originada a partir de preceitos do sanitarismo americano. Com as mudanças advindas do momento histórico e político do país, a FSESP fez ajustes visando adequar o serviço a esta nova realidade. Em 1964 os militares tomaram o poder no país e neste contexto foi promulgado o Decreto Lei n.º 200 de 1967 que criou o Ministério da Saúde e estabeleceu como sua competência a formulação e coordenação da política nacional de saúde. Além disso, desde o final da década de 1960 e primeira metade

da década de 1970, viveu-se no país um período de expansão da privatização que trouxe impactos para o funcionamento da FSESP. (Bastos,1993)

Diante dessas realidades, a FSESP sobreviveu à custa de manobras políticas e outras oportunidades de preservação institucional. Em 1964, houve uma ajuda do governo através da Lei nº. 4.441/64, que assegurou recursos para manutenção da Fundação, inclusive para novas perspectivas de trabalho. Nesse mesmo período foram dissolvidos os Serviços Cooperativos de Saúde e realizados novas formas de acordos com os estados. Entretanto, mesmo com a política de ajuda norte americana, através de projetos de cooperação com a Fundação que foram financiados por órgãos internacionais como o Banco Internacional de Desenvolvimento (BID), o Fundo Internacional de Socorro à Infância (FISI), a Oficina Sanitária Panamericana (OSP) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), a FSESP passou ao longo dos anos a sofrer restrições orçamentárias, o que provocou um enfraquecimento na sua atuação. Essa situação foi agravada com a criação dentro do Ministério da Saúde de uma Divisão de Engenharia que concorreu com as ações de engenharia sanitária executadas pela FSESP, culminando com a transferência dessas ações para o Instituto Evandro Chagas. Em 1974, foi implantado o Plano de Pronta Ação do Ministério da Previdência e Assistência Social – PPA, que previa a expansão dos serviços médicos contratados, ampliando a rede pública. Essa nova forma de lidar com a saúde pública desconsiderou por completo a existência da FSESP e não desenvolveu conexões com sua rede instalada.

Mesmo com enfraquecimento da FSESP, essa agência, em 1986, comemorou os resultados alcançados dentro do país. O serviço havia atingido 600 municípios, contando com quase 800 unidades de saúde e com 11 mil servidores espalhados no estados. Destaca-se que 97% dos municípios trabalhados pela FSESP tinham menos que 50 mil habitantes e em 200 localidades havia mais de mil habitantes. Além disso, a FSESP se consolidou como agência formadora, o que garantiu entre os anos e 1942 e 1986 a formação superior de 8.183 profissionais, além de ter possibilitado a realização de atualizações e aperfeiçoamentos de 14.623 profissionais de nível superior e 6.619 profissionais de nível médio(Publicação comemorativa de 45 anos, 1986).

Além dos resultados acima elencados, a análise do percurso desse serviço apresenta a criação de técnicas específicas de assistência médico-sanitária, como é o caso da integração do controle da tuberculose e da hanseníase, que tornaram-se modelos 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, todas inovações trazidas pelo SESP e a FSESP que foram incorporadas às formas de fazer saúde no país. Fora isso, destaca-se sua atuação na área de pesquisa que resultou em projetos desde arboviroses na área do Projeto Carajás à ecologia e epidemiologia da leishmaniose visceral na Região Amazônica.

Em 1990 a FSESP foi incorporada à Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) no processo de criação da Fundação Nacional de Saúde (FNS), por meio da Lei n.º 8.029 de 12 de abril de 1990.

2.2 Especificidades da atuação do SESP e da FSESP no estado do Amazonas

Desde o surgimento do SESP, em 1942, este serviço destacou-se por sua significativa atuação na Amazônia. O interesse nessa região se justificava naquele período devido a demanda dos EUA pela borracha que era produzida, produto essencial para sua manutenção na guerra. Isso fica demonstrado em afirmações de autoridades da época: “*O documento emitido pelo secretário americano assinalava que o programa sanitário seria designado para a bacia Amazônica com o propósito especial de auxiliar no aumento da produção de borracha*” (Campos, 2006, p.45).

Por outro lado, internamente, desde 1938, com a Marcha para o Oeste, implementada pela política de Vargas, a Amazônia passou a ter destaque no âmbito nacional. Segundo Andrade e Hochman (2007), principalmente, após a visita de Getúlio Vargas em 1940, a região se tornou foco do regime político da época. A presença estatal na Amazônia era estratégica para a política de unificação do país. Neste sentido, implantar serviços de saúde em regiões com pouco investimento público significava uma forma de estender o poder do governo para estas localidades.

Nesse período, o governo brasileiro fez acordos com o governo dos Estados Unidos, com objetivo de realizar uma operação em larga escala de extração de látex na Amazônia, atitude que ficou conhecida como a “Batalha da Borracha”. Essa ação implicou na criação de diversas instituições públicas: Abastecimento do Vale da Amazônia, o Serviço de Navegação da Amazônia e de Administração do Porto do Pará, o Banco de Crédito da Borracha, sendo nesse contexto também criado o SESP.

As ações desenvolvidas pelo SESP na Amazônia foram realizadas a partir do Programa da Amazônia que passou a existir ainda em 1942. De forma tímida e com sede

em Belém foi criado o escritório do Programa, que segundo Bastos (1993), ficou dividido em três setores: Pará, Amazonas e Acre, ficando logo em seguida dividido em dois, tendo o Setor Pará sede em Belém e o Setor Amazonas sede em Manaus. Neste sentido, cada setor era composto de distritos sanitários e cada distrito era composto por postos de higiene.

Para instalação do Programa foi necessário a construção de prédios desde suas fundações devido a falta de infra-estrutura nas comunidades do interior. Nesses locais não havia sequer construções que pudessem ser utilizadas para residência do pessoal técnico e administrativo, ao mesmo tempo que, na maioria, não havia prédio público disponíveis para instalação do SESP.

Assim o SESP teve de iniciar a construção de prédios para instalar suas unidades de saúde e para residências, construções simples, geralmente de madeira, devido a falta de tijolos e outros materiais de construção na região. (Bastos,1993, p.66)

Na época da assinatura dos acordos, os seringais da Amazônia encontravam-se abandonados, tendo em torno de 35 mil trabalhadores que permaneceram na região. O desafio do Governo de Getúlio Vargas era aumentar a produção anual de látex de 18 mil para 45 mil toneladas, como previa o acordo feito com os Estados Unidos.

Devido a carência de mão-de-obra, o Governo ficou responsável por promover a vinda de migrantes do nordeste para a Amazônia. Em dezembro de 1942 foi criado o Programa de Migração do SESP, neste, a agência ficava encarregada de realizar a seleção dos fisicamente capazes, prover assistência médica nos postos do Departamento Nacional de Imigração (DNI) e as boas condições sanitárias nos alojamentos (Bastos, 1991). Esse movimento migratório ficou sob responsabilidade do Serviço Especial de Mobilização de Trabalhadores para a Amazônia(SEMTA). Estima-se que mais de 60.000 pessoas migraram para a região amazônica para trabalharem como “Soldados da Borracha”. Entretanto, os trabalhadores desde a ida para os seringais foram submetidos a situações extremas que ocasionaram adoecimentos e mortes. *“O projeto de recrutar 'soldados' para a 'batalha da borracha' na Amazônia resultou numa incontável quantidade de mortes ou perdas de laços familiares.”* (Campos,2006, p.160). Em 1948 o programa foi finalizado e entre os prejuízos gerados restou como saldo para o governo Vargas a ocupação do território do Acre.

A necessidade de produção da borracha teve como outro desafio o enfrentamento da Malária. Esta já vinha sendo alvo de combate por parte dos governos local e central desde o início do século XX (Schweickardt,2009). Em 1940 o governo lançou um plano de saneamento para a região. Com a assinatura dos acordos com os EUA,

as ações contra a malária foram intensificadas, tendo o SESP como responsável pelo combate à doença no vale. Assim, o serviço organizou formas de fazer chegar o medicamento às populações, o que implicou na construção de uma vasta rede distributiva.

Dentre as primeiras ações do SESP no combate à malária destacou-se a busca de estratégias de intervenção no meio-ambiente. Como estratégia de longo prazo entretanto, o SESP iniciou a construção de uma rede de unidades sanitárias no Vale Amazônico. De acordo com Campos (2006), em fins de 1942 o SESP já havia implantado 10 postos de saúde no Vale, acrescido de mais 14 postos no ano seguinte. Dessa forma, as pretensões do governo Vargas tornavam-se realidade, constituindo a presença dos profissionais nessa região uma garantia do contato das populações com o poder público nacional.

Em Boletim do SESP, datado de julho de 1951, consta matérias que foram divulgadas pelo jornal da Folha Carioca do Distrito Federal. Na reportagem “Higiene sobre o Amazonas” o SESP destacou três municípios do vale amazônico: Abaetetuba, Cameté e Benjamin Constant, e descreveu como as unidades de saúde trouxeram transformações para estas localidades. O SESP entendia que essa forma de divulgar os trabalhos garantia sua legitimação social, principalmente nas comunidades do interior, onde mantinha suas unidades sanitárias.

A estratégia de consolidar uma rede permanente de unidades sanitárias confirma o argumento de que, para o Governo Vargas, o SESP serviu de instrumento de expansão da autoridade pública, mesmo quando a agência esteve orientada para atender os objetivos militares dos norte-americanos. O significado do que representou o SESP para a região é ressaltado por Campos (2006) quando afirma que a presença do SESP na Amazônia trouxe implicações para a sua ocupação territorial e a economia.

No que diz respeito ao Estado do Amazonas, entre os anos 1942 a 1945, o SESP implantou serviços nos municípios de Manaus, Fonte Boa, Benjamin Constant, Eirunepé, Lábrea, Parintins, Uaupés, Manicoré, Itacoatiara, Maués e Tefé, além de subpostos nos municípios de Ervira, Caruarí, São Paulo de Olivença e Borba. (Bastos,1993,p.72). Conforme os anos se passaram, seguindo o que aconteceu nos demais estados do país, o SESP e depois a FSESP realizaram obras de saneamento e prestação de serviços à saúde que foram atingindo outros municípios do estado de forma gradativa. Os municípios do Amazonas, em sua grande maioria utilizavam água direto do rio, sendo em muitos deles a atuação do SESP a primeira iniciativa de algum tipo de tratamento da água para consumo (Azevedo, 2007).

O SESP foi responsável pela criação de uma rede de serviços no interior que passou a atuar de forma permanente, com destaque para profilaxia de doenças transmissíveis, dentre as quais, conforme quadro de atendimentos, se destacam as helmintoses, malária e gripe (Relatório da Seção de Educação Sanitária do Programa da Amazônia, 1947). Ainda no Amazonas, no que diz respeito à Educação Sanitária, no ano de 1946 foram instaladas 15 bibliotecas nos centros de saúde com vistas a incentivar a leitura sobre assuntos de higiene, funcionando também, de forma inédita, 'slides-sounds' e cinema. Destaca-se ainda, nessas localidades, a criação dos clubes de saúde, que tinham como finalidade difundir o ensino da higiene e criar uma consciência sanitária entre as novas gerações, sendo as escolas o espaço privilegiado para a educação sanitária. Um exemplo, destacado pelo Serviço, foi o fato de, no início do ano de 1946, o município de Maués contar com a existência de três hortas, ao passo que no final do ano eram contabilizadas 40 hortas nos quintais dos moradores da cidade. Outro fato apontado como relevante foi a mudança de hábitos de higiene, dentre eles, os cuidados de lavar as mãos e andar calçado (Relatório da Seção de Educação Sanitária do Programa da Amazônia, 1947).

Neste período, os municípios nos quais o SESP tinha atuação encontravam-se em situações distintas de consolidação do serviço. Fato é que, nos postos de Benjamin Constant, Eirunepé, Lábrea, Manicoré e Tefé ainda não eram desenvolvidas ações de saúde pública, enquanto os municípios Itacoatiara, Maués, Parintins e Tarauacá já estavam avançados neste sentido. Itacoatiara contava com 4.166 pessoas, sendo que ao menos 1.906 delas eram atendidas no mínimo uma vez ao ano pelo SESP, o que significava quase metade da população do município. Além disso, havia o registro das visitas realizadas e notificações das doenças de malária, lepra, puru-purú e tétano. Destaca-se no relatório do SESP que haviam sido realizadas 592 visitas em Itacoatiara, 526 em Parintins e 208 em Maués (Relatório de Serviço Especial de Saúde Pública do 1º trimestre de 1950). Percebe-se a partir desses registros que o SESP procurava fazer a cobertura total da área do município, controlando a proliferação das doenças transmissíveis, inclusive realizando visitas aos domicílios. 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”* (Relatório das localidades trabalhadas pelo SESP no território brasileiro, pág.41)

No ano de 1951 o SESP contabilizava 22 postos e 26 sub-postos nos estados do

Amazonas e do Pará. Além disso, o controle e profilaxia da lepra nos municípios desses estados passou para sua responsabilidade. Consta que em Itacoatiara o SESP 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 das privadas (Relatório de Serviço Especial de Saúde Pública do 4º trimestre de 1951).

No ano de 1954, o Programa da Amazônia ficou dividido, passando a existir os Programas do Amazonas e do Pará. Em 1960, ano que o SESP viria a se transformar em Fundação, este atuava em 24 municípios no estado do Amazonas e atendia 466.781 pessoas, o que representava 65,1% da população. Neste estado o serviço contava com 14 Postos, 12 Sub-postos e 01 hospital. Os postos estavam localizados 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 sub-postos, em Barreirinha, Canutama, Carauari, Codajás, Fonte Boa, Frederico Veiga, Humaitá, Itapiranga, Novo Aripuanã, Urucará, Urucurituba e Parintins; e o hospital funcionava no município de Benjamin Constant (Relatório Geral, 1961, p.100).

Em 1965, o serviço teve que elencar prioridades para seu trabalho em virtude da contenção de recursos. Assim, o saneamento, especialmente o abastecimento de água, a assistência à gestante e à criança de 0 a 4 anos e o controle das doenças transmissíveis ficaram sendo as principais atividades da FSESP. Visando se organizar, foi formalizada a presença dos profissionais, passando a ser proporcional ao número de habitantes de cada localidade. Assim, ficou definido que: localidades com até 2500 habitantes não teriam necessidade da presença de médicos, somente 1 visitadora de saúde; população acima de 25.000 justificava um médico permanente, sendo considerado necessário 1 visitadora para cada 5000 habitantes. Essa divisão também levou em conta a restrição orçamentária pela qual vinha passando a fundação (Relatório de Atividades da Divisão de Saúde da Comunidade, 1965).

Em 1986 passaram a haver menos contratações no nível médio em virtude de restrições governamentais, ao mesmo tempo passou a existir uma rotatividade de profissionais que nunca tinha acontecido dentro do serviço. As visitas de enfermagem nesse período, realizadas em menor quantidade, passaram a ser delegadas às Visitadoras de Saúde. Conforme relatório datado deste ano, a conjuntura nacional encontrava-se desfavorável para a continuação da FSESP, agravado pelas críticas que vivenciava o Ministério da Saúde (Avaliação de alguns aspectos da prestação de serviços de saúde na FSESP de 1985 a 1987).

Em documento que analisa qual perfil deveria ter a Fundação, datado de 1988, fica descrita a preocupação de como este serviço seria inserido dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), surgido naquele ano. É válido ressaltar que a implementação do SUS previa a diminuição das ações executadas de forma direta pelo governo federal, remetendo aos municípios e estados tais responsabilidades. No documento intitulado : “Fundação Sesp: um novo perfil institucional”, datado de 1988, o serviço traz uma reflexão sobre sua atuação, nele indica que a instituição teria como continuar seus serviços, apontando que na esfera estadual poderiam participar da vigilância epidemiológica, na assessoria técnica de áreas específicas, assumir unidades que pudessem ser executoras da política nacional; no âmbito municipal, esse documento dispõe que a FSESP poderia se responsabilizar por suas unidades de saúde e sistema de água e esgoto, prestar assessoria técnica e administrativa, colaborar com o município na solução de seus problemas e na capacitação de recursos humanos. A FSESP ainda continuou funcionando até o ano de 1990, quando foi extinta e suas atribuições, acervos e recursos foram transferidos para a recém criada Fundação Nacional de Saúde (FNS).

3. A Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) e a Saúde indígena no estado do Amazonas

3.1 Metodologia “Sespiana” e a convivência com a cultura das pessoas da área rural

O início do funcionamento do SESP coincide com a existência no país de uma política governamental que tinha planos de desenvolvimento e integração econômica. Por outro lado, esse período também é marcado por interesses do governo nacional na expansão da sua autoridade sobre todo o território, incluindo o interior do país. No discurso de Getúlio Vargas, isso pode ser identificado: “O sertão, o isolamento, a falta de contato são os únicos inimigos temíveis para integração do país” (Campos,2006,p.46).

Nesse período, a atuação do SESP, como agência de saúde voltada para o interior, tinha como missão atuar no sentido de proporcionar o fortalecimento do Estado e os valores da nacionalidade. “... o movimento sanitaria foi incorporado ao “projeto político-ideológico do governo”, de expansão da autoridade federal no interior do país” (Fonseca,2005 apud Campos,p.25,2006)

O trabalho realizado pelo SESP, e posteriormente, pela FSESP foi conduzido a partir de normas e instruções unificadas com a intenção de que, independente do grau de complexidade, os serviços caminhassem para uma direção única, objetivando cumprir as metas fixadas no nível central. Em sendo assim, para iniciar a execução de seus trabalhos, os profissionais da FSESP tinham a obrigação de passar por treinamentos que visavam proporcionar o conhecimento indispensável sobre a filosofia fundamental do trabalho a desenvolver e sobre os métodos e técnicas que seriam necessários para executar as ações previstas, sendo a partir dos treinamentos que os profissionais seriam introduzidos dentro das normas existentes.

A FSESP realizava seleção e contratação de pessoal, primando que os profissionais residissem nos locais onde iriam trabalhar, ou pelo menos o mais próximo possível. Esse fator era considerado importante para implantação e continuidade do serviço, além disso, o enxergavam como vantagem pelo fato de contribuir na fixação das pessoas ao meio rural e atenuar os problemas de migração. Essa forma de selecionar e contratar foi possível com o pessoal auxiliar, entretanto, no que diz respeito aos profissionais de nível superior isso tornou-se impossível visto que nos pequenos municípios, localizados em áreas rurais, dificilmente havia profissionais disponíveis para atuação dentro dos serviços (Revista da FSESP, 1973).

Para seleção dos profissionais o SESP e a FSESP realizavam provas, avaliações físicas e entrevistas. Para o cargo de Visitadora Sanitária especificamente, dentre os critérios, estava o de ter entre 16 e 28 anos e ser solteira ou viúva(casadas somente com autorização do marido), ter concluído o primário, além de atributos de ordem pessoal que eram avaliados a partir de um questionário com 50 perguntas. Esse questionário tinha intenção de conhecer as concepções e práticas da mesma e observar se coadunavam com os preceitos da medicina. No que diz respeito a exigência de formação para as Visitadoras, o estudo de Texeira (2008) sobre a atuação das mesmas, evidenciou uma ênfase na ordenação moral e higiênica, devendo estas espelhar o espírito do sanitarismo dentro das comunidades. A forma como o SESP e a FSESP selecionavam seus profissionais, deixa claro que essas instituições buscavam filtrar na entrada desses serviços, profissionais que pudessem se enquadrar na rígida disciplina de trabalho estabelecida por essas instituições e estivessem dispostos a abandonar suas crenças pessoais assumindo compromisso com objetivos da saúde pública como seus.

Logo após a seleção, os profissionais passavam por treinamentos que enfatizavam a parte prática. Nesses, havia uma continuidade do processo de seleção com

ênfase na forma de trabalho regida pelas normas do serviço. Os médicos contratados, ao ingressarem, recebiam um treinamento de quarenta dias que englobava conhecimentos sobre a área burocrática do serviço. Dentre esses médicos, 85,1% declararam que seus conhecimentos não eram suficientes para exercer a prática curativa e preventiva nas unidades locais, em sendo assim, ao longo de sua atuação recebiam prioritariamente treinamentos nas disciplinas de traumatologia, cirurgia, clínica obstétrica e ginecológica, anestesia, radiologia e nas áreas de tuberculose e pediatria (Revista da FSESP, 1974)

A exigência de uma sólida formação foi uma marca do SESP e da FSESP ao longo de seus trabalhos desenvolvidos no Brasil. As imposições para ingresso, faziam com que muitos profissionais não conseguissem concluir os cursos iniciados. Um exemplo disso pode ser constatado no curso de Visitadoras realizado em Itacoatiara no ano de 1946, onde das 20 candidatas que iniciaram, somente 13 conseguiram concluir o curso, tendo como justificativas mais frequentes a existência de candidatas fracas intelectualmente ou que tinham apresentado problemas com a disciplina (Relatório do Curso de Visitadoras Sanitárias, 1946).

Os profissionais do SESP e posteriormente da FSESP tinham em comum a obrigação de passar por treinamentos para realização do serviço. Esses treinamentos visavam proporcionar o conhecimento indispensável sobre a filosofia fundamental do trabalho a desenvolver e sobre os métodos e técnicas que seriam necessários para executar as ações previstas. O que se observa a partir dos relatórios desses serviços é que o treinamento sempre foi uma peça chave para a condução dos trabalhos, e que, foi utilizado como forma de introduzir os profissionais dentro das normas presentes nesses serviços visando unificar sua forma de trabalho (Revista da FSESP , 1975).

O SESP e a FSESP foram caracterizados como entidades detentoras dos melhores profissionais da área prestadora de serviços de assistência médica e profilática, bem como serviços introdutórios de técnicas de saneamento (Revista da FSESP, 1976). Com relação aos recursos humanos, conforme Revista da FSESP de 1973, o SESP e a FSESP utilizaram pessoal auxiliar em caráter permanente. Em sendo assim, localidades com menos de 2.500 habitantes tinham de forma permanente a presença de uma Visitadora e um Auxiliar de conservação e saneamento, sendo estes supervisionados por um médico e outros profissionais nas “Unidades de Apoio”. No caso de localidades com mais de 2.500 habitantes exigia-se um médico de forma permanente. É válido ressaltar que a maioria dos profissionais auxiliares pertenciam ao local onde trabalhavam, visto que a seleção para

trabalho no SESP e posteriormente na FSESP era realizada nos municípios onde seria instalada a unidade de saúde. Ao contrário, no que diz respeito aos profissionais de nível superior, estes, em sua maioria, não pertenciam ao município e algumas vezes vinham de outros estados para trabalhar, visto que os municípios de pequeno porte não dispunham desses profissionais.

De acordo com Boletim do Sesp editado em 1953 houve um reforço sobre a necessidade de atividades educativas dentro das ações dos profissionais. Conforme José Cardoso (2009) a educação sanitária teve o papel de ser um apoio para implementação da política de saúde pública do SESP, que, seguindo um padrão de formação, conseguiam atuar nas práticas cotidianas da população rural, transformando seus hábitos e costumes e modificando sua vida a partir de uma nova consciência sanitária. Todos, incluindo médicos, enfermeiros, visitantes e administradores deveriam realizar tais atividades. Esses profissionais recebiam orientações de sociólogos que atuavam com treinamentos, pesquisa na comunidade e identificação de lideranças buscando apoiar os profissionais. O entendimento era que as ações educativas, bem como as de assistência, prestadas pelos profissionais, exigia desses um preparo para lidar com as questões culturais (Lima; Maio, 2010). Entretanto, ao observarmos uma tabela que elenca assuntos abordados para treinamento dos médicos, entre os anos de 1963 a 1972, não consta qualquer menção a temas referentes a cultura das pessoas atendidas (Revista da FSESP, 1976).

Por outro lado, Carla Teixeira(2008) destaca a ausência de conteúdos na formação das Visitadoras de Saúde e dos Guardas Sanitários, pertencentes ao município de Itacoatiara (AM), que lhes preparassem para o trabalho com os aspectos humanos. *“Afiml, as pessoas a serem trabalhadas pelas visitadoras não são consideradas, pelo menos não é abordado na descrição do curso, como portadoras de razão ou sensibilidade, reduzidas que foram a potenciais veículos de microorganismos patológicos, nem tampouco em sua especificidade sociocultural, sendo pressupostas como genericamente desprovidas de educação sanitária e de condições de vida e saúde.”* (Teixeira, 2008, p.973).

Esta situação demonstra o despreparo desses profissionais na abordagem da saúde das pessoas que viviam na área rural. Na década de 50, a tentativa de lidar com essa situação levou a contratação de cientistas sociais para o SESP, com o intuito de que estes pudessem minimizar os “prejuízos” trazidos pela cultura.

Ao longo dos anos 1950, o Sesp tornou-se gradativamente um amplo órgão voltado para os problemas de saúde pública do Brasil. Dele participam os cientistas sociais Kalervo Oberg, José Arthur Rios, Luiz

Fernando Fontenelle e Carlos Alberto Medina. A ciência social então praticada enfatizava a importância do desenvolvimento de comunidades rurais para o processo de mudança social. (Maio e Lima,2009,p.532)

Esses autores destacam que a entrada de cientistas sociais nas instituições de saúde da época teve como pano de fundo as dificuldades que os profissionais começam a ter ao lidar com pessoas pertencentes ao “sertão do país”. Neste sentido, era esperado que os cientistas sociais minimizassem as diferenças culturais, entendidas no período, como obstáculos à modernização.

...incompatibilidades entre o grupo de profissionais com ideais da medicina científica dos centros urbanos e as noções de saúde e doença das populações desfavorecidas (...) As causas culturais que dificultam e prejudicam a ação da medicina científica só podem ser caracterizadas pelas técnicas e conhecimentos que são objeto das Ciências Sociais” (Fontenelle e Medina apud Maio e Lima,2009, p. 530)

Em 1953, foi criada a Seção de Pesquisa Social no âmbito da Divisão de Educação Sanitária e nela atuaram cientistas sociais brasileiros com formação em universidades norte-americanas, além de consultores da Escola Livre de Sociologia e Política (ELSP) e do Instituto de Antropologia Social, órgão vinculado à Smithsonian Institution, com a colaboração da Divisão de Saúde e Saneamento do Instituto de Assuntos Interamericanos (Pierson,1987 apud Campos,2006).

Nesse período, marcado por um processo de transição para uma sociedade moderna, a cultura era entendida como um obstáculo a ser superado pela saúde pública (Lima, Maio, 2009). Esse entendimento foi compartilhado pelo SESP que, dentro de seu serviço, buscou encontrar estratégias para enfrentar essa nova realidade. Lima e Maio (2010), ao analisarem boletins do SESP que datam deste período, constataram a relevância dada às ciências sociais, passando a ser enxergadas como saída para o trabalho com as populações da área rural. A demanda por cientistas sociais revelava a esperança de que os mesmos poderiam lidar com a cultura das pessoas pertencentes ao “sertão do país” e, dessa forma, facilitaria a comunicação para que, por fim, pudesse ser operada uma mudança cultural.

Conforme Pinheiro (1992), o SESP era constituído de uma organização rígida que seguiu princípios típicos de uma missão de guerra. Entretanto, ao ter como foco de atuação o sertão do país, os profissionais se depararam com as diferenças culturais existentes nessas regiões, o que gerou dificuldades em colocar em prática os princípios estabelecidos.

Uma das dificuldades que o Sesp vem constantemente encontrando é a de convencer o público a trocar os maus hábitos de saúde pelos bons. O povo não gosta de abrir mão de costumes que vem praticando por gerações (...) É realmente um problema fazer com que o povo construa privadas, aceite a vacinação ou coma alimentos diferentes. (Boletim do Sesp, Fev. 195,p.2 apud Maio e Lima,2009,p.547)

Por outro lado, Teixeira (2008) em análise dos manuais de formação dos Guardas de Saúde e das Visitadoras Sanitárias do SESP avalia que na formação desses profissionais o conceito de saúde era interpretado como sinônimo de desenvolvimento, sendo a doença símbolo de atraso. A mesma destaca o autoritarismo presente na atuação desses profissionais, o Guarda Sanitário com os aspectos materiais e as Visitadoras de Saúde com os aspectos humanos. Nesse sentido, ela afirma:

Afinal, as pessoas a serem trabalhadas pelas visitadoras não são consideradas, pelo menos não é abordado na descrição do curso, como portadoras de razão ou sensibilidade, reduzidas que foram a potenciais veículos de microorganismos patológicos, nem tampouco em sua especificidade sociocultural, sendo pressupostas como genericamente desprovidas de educação sanitária e de condições de vida e saúde. (Teixeira,2008, p.973)

Conforme Vilarino (2008), no estudo em que fez o registro do discurso de Guardas Sanitários que atuaram no SESP, os mesmos declararam que as populações submetidas aos seus cuidados eram receosas quanto a presença dos mesmos em suas residências. Os funcionários eram treinados a agir com autoridade o que gerava, na maioria das vezes, consentimento da população. Ainda com relação aos relacionamentos entre profissionais do SESP e a população por eles atendida, Vilarino (2008) em comentários a pesquisa realizada por pesquisadores do SESP, entre eles, Kalervo Oberg, com a colaboração da Divisão de Saúde e Saneamento, do IAIA e dos Ministérios e Serviços de Saúde do Brasil, Colômbia, México e Peru, afirma:

Segundo a análise há um estranhamento mútuo entre os possíveis pacientes e os médicos; de um lado os pacientes desconfiam da parafernália e das explicações racionais dos médicos, bem como têm dificuldade diante de sua atitude formal no atendimento; de outro os médicos desconhecem, quando não ridicularizam, as concepções e terapêuticas da Medicina Popular, comumente reconhecidas e utilizadas. (Vilarino, 2008, p.245)

A compreensão dos conceitos de saúde e doença, predominantes nesse período, só começa a ser discutida na década de 70. Segundo Jean Langdon (2005) inicia nesse período questionamentos no que diz respeito ao conceito de cultura como algo fixo e imutável no tempo, adotando-se um entendimento mais flexível que passa enxergar a

cultura como um sistema de símbolos que tem a pessoa que a utiliza como centro. Essa compreensão tem como ênfase a práxis, e entende que a pessoa é capaz de interpretar e agir dentro do sistema cultural que vive. “*O significado dos eventos, seja doença, sejam outros problemas, emergem das ações concretas tomadas pelos participantes*” (Langdon, p.118, 2005). A partir dessa corrente a doença começa a ser entendida como um processo de construção sociocultural, havendo abertura para superação do entendimento da doença como algo descolado da cultura e da experiência subjetiva das pessoas.

Entretanto, ainda que essa discussão sobre saúde tenha iniciado na década de 70, ainda nos dias atuais existem dificuldades da inserção dos aspectos culturais na relação entre profissionais e as pessoas por eles atendidas. No âmbito das políticas de saúde essa compreensão só tornou-se uma prática a partir da Constituição de 1988 que reconheceu o direito à diversidade, na medida que, reconheceu o Estado brasileiro como pluriétnico. Em sendo assim, durante o período de atuação da FSESP predominou o que Garnelo e Langdon (2005) denominaram de processos de intervenção sanitária implicitamente orientadas por um modelo mecanicista de comunicação. Em sendo assim, a prática da FSESP no processo de educação em saúde, continuou a priorizar como elementos interativos no processo educativo apenas o emissor, o receptor e o meio de comunicação, ficando de fora desse processo as condições socioeconômicas, culturais e políticas, que foram consideradas como mero ruído de comunicação por essas instituições.

3.2 O componente indígena na atuação da Fundação Serviços de Saúde Pública no Amazonas

A FSESP funcionou no interior do país realizando ações de assistência e prevenção em saúde através da instalação de uma rede de pequenas unidades periféricas e curativas que tinham seu funcionamento assegurado por outros serviços mais especializados. Essa rede visava uma cobertura universal da população que se dava de forma hierarquizada e buscava realizar um atendimento integral (Revista da FSESP, 1975)

Nos locais onde tinha suas unidades instaladas a FSESP primava por atender não somente as pequenas cidades e vilas que lhe serviam de suporte, mas também as populações rurais circunvizinhas, aglomeradas ou dispersas. Esse serviço também primava pela regionalização dos serviços que segundo avaliação da FSESP tinha trazido bons resultados (Revista da FSESP, 1975).

Os serviços realizados pela FSESP foram prestados em sua maioria na área rural do país. A FSESP e o SESP atingiram principalmente municípios com menos de 50 mil habitantes, o que correspondeu à 97% dos municípios trabalhados por esses serviços (Publicação Comemorativa de 45 anos,1986). Com uma atuação significativa na área rural, foi inevitável que esses serviços tivessem que conviver com a cultura dos moradores dessas áreas.

A implantação do SESP com direcionamento inicial voltado para a produção da borracha nos remete ao entendimento de que este serviço tenha tido indígenas como parte de sua clientela desde o início da sua atuação, especialmente na região amazônica, considerando que os indígenas foram a força de trabalho fundamental para a produção da borracha (Melo,2007). Além disso, o período de instalação do SESP na região amazônica coincidiu com a segunda fase da exploração da borracha nessa região o que representou um avanço dentro das terras dominadas por indígenas naquele período.

Em um segundo momento do funcionamento desse serviço, as unidades de saúde pertencentes ao SESP e posteriormente pertencentes à FSESP, instaladas no interior do estado do Amazonas, baseada na orientação de estender seus benefícios ao maior número possível de pessoas, tendo como meta o atendimento em massa nas localidades onde havia unidades de saúde, tiveram que considerar todos, inclusive indígenas, como beneficiários dos serviços de prevenção e assistência à saúde.

Por outro lado, esses serviços tinham como perspectivas a transformação da cultura e dos hábitos das pessoas baseada em modelos rígidos de cuidados com a saúde.

As práticas médico-sanitárias eram apoiadas por um modelo de organização dos serviços que se orientava pela elaboração de normas técnico-administrativas.... Essa prática mecânica subtrai a margem de criação e decisão, induz ao conformismo, aumenta as resistências às mudanças, dificultando uma renovação institucional tendente a criar uma nova ordem e uma nova hegemonia. (Pinheiro, 1992, p.109)

Essa forma de atuar contrastava com o entendimento de Langdon e Garnelo (2004), no que diz respeito a interação dos profissionais de saúde e os indígenas na atenção primária, que entendem como fundamental que os profissionais de saúde sejam capazes de descrever e analisar os modos de existência das pessoas que atendem.

Embora as práticas sanitárias sejam pautadas pela epidemiologia, elas também comportam outras nuances como relações econômicas, políticas, éticas, educativo-comunicativas e étnicas, congregando diferentes visões de mundo dos profissionais, entre si, e destes com seus pacientes,

envolvendo o exercício de micropoderes em contextos de desigualdades sociais.

No que diz respeito a cultura das populações indígenas, o entendimento que prevaleceu foi o de sempre buscar que a mesma não interferisse nos planos políticos que visavam formas de atuação unificada dentro da saúde (Texeira, 2007). Essa busca por uma universalização no trato com a saúde fez com que esta se tornasse invisível para as instituições de saúde pública no país.

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 (no museu consta uma cronologia deste tipo), não tivesse existido para a concepção vigente de saúde coletiva. (Texeira, 2007, p.335)

No Brasil, o modelo de atenção em saúde indígena se encontra ainda em processo de construção e tem por traz o resultado do cruzamento de fatores históricos e políticos que não podem ser desconsiderados. Pereira (2002) ao comentar essa situação afirma que somente com a constituição de 1988 foi oficialmente extinta essa política de relacionamento do Estado com os indígenas:

A Constituição de 1988 representa uma clivagem em relação a todo o sistema constitucional pretérito, uma vez que reconhece o Estado brasileiro como pluriétnico, e não mais pautado em pretendidas homogeneidades, garantidas ora por uma perspectiva de assimilação, mediante a qual sub-repticiamente se instalam entre os diferentes grupos étnicos novos gostos e hábitos, corrompendo-os e levando-os a renegarem a si próprios ao eliminar o específico de sua identidade, ora submetendo-os forçadamente à invisibilidade. (Pereira,2002,p.41)

METODOLOGIA

Visando atingir os objetivos deste estudo foi realizada uma pesquisa histórica que utilizou métodos qualitativos para obtenção de informações e posterior análise. Assim, foram realizadas entrevistas com profissionais de saúde que trabalharam na FSESP, desde que houvessem atuado na área rural do Estado do Amazonas. Posteriormente foi realizado um levantamento da documentação oficial do SESP e da FSESP no que diz respeito à sua atuação no Estado do Amazonas, especialmente no trato com a questão indígena.

Com relação a esses últimos, foram investigados nos acervos da FUNASA/AM, Escola de Enfermagem do Amazonas e Casa Oswaldo Cruz -COC Fiocruz/RJ. Especificamente, no que diz respeito aos pertencentes à COC, é válido ressaltar que o acervo foi recentemente organizado e conta com uma extensa lista de documentos que puderam ser acessados a partir de um índice remissivo que continha os termos relacionados às diferentes regiões trabalhadas pela instituição, às doenças e aos temas de muitas de suas publicações. Além desses, o acervo conta com negativos e fotos que foram enriquecedores para construção desse trabalho.

Graças à tradição sepiana de publicar obras inéditas no Brasil, as informações sobre doenças (história, tratamento etc.) e os resultados de suas atividades, temos condições de tomar contato nos dias atuais com um farto material que cobre praticamente todo o período de existência do SESP/FSESP. (Andrade, 2003, p.847).

Considerando tratar-se de uma instituição que não existe mais, a metodologia da Pesquisa Documental foi essencial para um resgate da memória oficial, sendo possível obter informações sobre seus personagens e sobre um dado momento da sua história. A importância desse tipo de pesquisa foi ressaltada por Sá-Silva, Almeida e Guindane (2009):

O uso de documentos em pesquisa deve ser apreciado e valorizado. A riqueza de informações que deles podemos extrair e resgatar justifica o seu uso em várias áreas das Ciências Humanas e Sociais porque possibilita ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural. (Sá-Silva, Almeida, Guindane, 2009, p.10).

De posse das fontes, os documentos foram classificados e posteriormente problematizados. Para facilitar o desenvolvimento da análise foram utilizados arquivos que serviram para organizar toda a documentação, bem como, fichas de leitura. Posteriormente

foram construídos quadros compostos de termos-chave, aos quais foram acrescentadas observações ou comentários sobre possíveis relações com as questões da pesquisa.

Com relação às entrevistas aplicadas aos profissionais, estas seguiram o entendimento de Tobar e Yalour (2001), quando se manifestam quanto a entrevista semi-estruturada, entendendo que nesse tipo de entrevista o pesquisador tem alguma idéia prévia sobre os temas a serem abordados e, apesar de poder existir uma listagem dos temas a serem utilizados, existe um mínimo de controle sobre esses e sobre as respostas dos entrevistados. Esses autores ainda afirmam, que o tom que se dá nesse tipo de entrevista é de uma conversa, onde o ideal é que o entrevistador deixe a pessoa expressar-se com seus próprios termos. A entrevista buscou que o profissional fizesse uma autobiografia do período profissional em que atuou na FSESP utilizando como referencial metodológico a história oral.

A história oral é um procedimento metodológico que busca, pela construção de fontes e documentos, registrar, através de narrativas induzidas e estimuladas, testemunhos, versões e interpretações sobre a História em suas múltiplas dimensões: factuais, temporais, espaciais, conflituosas, consensuais. (Delgado, 2006, p.15).

Considerando os objetivos desse estudo, focados na história da FSESP, o uso da História Oral possibilitou o entendimento do que passou.

A consideração do âmbito subjetivo da experiência humana é a parte central do trabalho desse método de pesquisa histórica, cujo propósito incluiu a ampliação, no nível social, da categoria de produção dos conhecimentos históricos, pelo que também se identifica e solidariza com muitos dos princípios da tão discutida “história popular”. (Ferreira, Amado, 2001, p.16).

Foram entrevistados 7 (sete) profissionais que atuaram na FSESP no interior do Amazonas e hoje se encontram trabalhando na FUNASA em Manaus (AM), sendo dois médicos, uma enfermeira, duas visitadoras, um técnico de enfermagem e uma auxiliar administrativo. Esses profissionais foram contatados previamente por telefone quando foi explicado os objetivos da pesquisa e posteriormente os profissionais que concordavam em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo), autorizando sua participação na pesquisa.

Para realização dessas entrevistas foi utilizado um roteiro (anexo), entretanto, em alguns momentos foram incluídas outras questões que não estavam incluídas no roteiro prévio. Conforme Lucilia Delgado (2006), o roteiro deve ser flexível e adequado à

linguagem do entrevistado, sendo assim possível a retirada ou a inclusão de questões ao roteiro prévio.

Em paralelo a realização das entrevistas as mesmas foram transcritas e analisadas. Segundo Lucilia Delgado (2006) a análise deve seguir as seguintes etapas: análise temática de seus conteúdos, destacando-se temas gerais, posteriormente deve ser realizada nova análise de acordo com os temas destacados, com intuito de ter uma maior compreensão da narrativa, inclusive de suas especificidades, por fim, deve se realizar um agrupamento das entrevistas para que possam ser comparadas as versões e a análise das mesmas.

Realizada a pesquisa documental e finalizadas as entrevistas, foi feita uma análise geral do material considerando os aspectos históricos existentes em cada período. A relação história oral e pesquisa documental é bidirecional e complementar. Ambas fornecem simultaneamente subsídios e informações à outra, tornando o processo de construção de fontes orais extremamente desafiante e rico (Delgado, 2006).

Nesta análise privilegiou-se identificar as ações do SESP e da FSESP no estado do Amazonas, suas estratégias, os resultados atingidos, as concepções que sustentavam a ação, as práticas sociais existentes modificadas ou não, especialmente no que diz respeito ao componente indígena. Mediante o cruzamento e a combinação das informações obtidas na documentação produzida pelo órgão ou sobre ele, bem como dos depoimentos de antigos funcionários, primou-se por responder aos objetivos da investigação proposta. Cada qual exigiu uma leitura específica em conformidade com sua natureza e com o contexto de sua produção e divulgação, bem como foi necessária a atenção aos seus limites.

ARTIGO

“O SESP nunca trabalhou com índios”: A (in)visibilidade dos indígenas na atuação da Fundação Serviços de Saúde Pública - FSESP no estado do Amazonas

RESUMO

A Fundação de Serviços de Saúde Pública foi, entre os anos de 1960 e 1990, responsável por uma rede de serviços de saúde espalhada por todo o país, dando continuidade às ações empreendidas pelo Serviço Especial de Saúde Pública. Essa pesquisa teve como objetivo analisar a atuação dessa Fundação no Amazonas, especialmente diante das populações indígenas. A sua metodologia se baseou em entrevistas com profissionais que atuaram nesta Fundação e análise de documentação pertencente ao SESP e à FSESP. Os resultados mostraram que, formalmente, a FSESP não tinha uma política específica para as populações indígenas. Entretanto, na prática, os profissionais, seguindo orientação da FSESP, que previa cobertura universal da população nos locais com unidades instaladas, incluíram os indígenas dentro dos seus cuidados em saúde.

Palavras-Chave: saúde indígena, SESP, FSESP, Amazonas e políticas públicas de saúde.

A frase utilizada no título desse artigo “O SESP nunca trabalhou com índios” foi pronunciada por uma gestora interina da FUNASA/Amazonas e ex-enfermeira da Fundação Serviços de Saúde Pública em um dos primeiros questionamentos desse estudo sobre a atuação da FSESP. Colocada em destaque, o argumento da profissional consegue resumir o pensamento oficial do SESP e da FSESP quando indagados sobre o trabalho em saúde com populações indígenas. Entretanto, considerando que tratam-se de instituições com significativa atuação no interior do país e que tinham como meta cobertura universal da população que estava ao entorno de suas unidades, este estudo buscou entender como essa situação se deu na prática.

A FSESP como uma importante representante das políticas públicas de saúde no período de sua existência, com abrangência nacional, refletiu em sua forma de funcionar, pensamentos, ideias e interesses da política de saúde voltada para o interior do país naquele momento da história. Neste sentido, o conhecimento da sua forma de atuar nos permitiu fazer uma relação entre a política institucional idealizada naquele período específico e como, de fato, essa política se concretizou na ponta, sendo isto possível a partir do conhecimento da prática dessa fundação no interior do estado do Amazonas.

Em sendo assim, este artigo, levando em consideração a política brasileira de saúde indígena, mostra o resultado de uma pesquisa que se baseou na investigação dos processos históricos da saúde e político-institucional do país, considerando o discurso oficial do SESP e da FSESP presente nos seus documentos, normativos e relatórios do período. Por outro lado, a partir de entrevistas com profissionais de saúde pertencentes à FSESP buscou-se entender como ocorreram os serviços prestados no estado do Amazonas, especialmente junto às populações indígenas.

A análise dessa trajetória considerou a existência de uma política de Estado para as populações indígenas e os avanços da saúde pública para o interior do país, onde ocorreram os primeiros encontros entre a saúde pública brasileira e as populações indígenas. Dessa perspectiva, inicialmente foram caracterizadas e descritas as ações do SESP e da FSESP no estado do Amazonas, sendo posteriormente realizada análise do conteúdo encontrado nos documentos oficiais dessas instituições, ao mesmo tempo em que foi feita uma discussão entre a missão da FSESP de realizar atendimento em massa nos locais onde tinha suas unidades instaladas e os cuidados dispensados à população indígena que encontravam-se em seu entorno.

A transitoriedade dos indígenas para as políticas públicas brasileiras no início do século XX

A expedição realizada por Carlos Chagas à Amazônia em 1912 constatou a presença de indígenas ao longo do Rio Negro trabalhando como seringueiros. 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). Diante da situação encontrada, Chagas declarou uma visão negativa sobre os indígenas, chamando-os inclusive de indolentes. Em seu entendimento, as qualidades negativas dos indígenas fariam com que essa “raça” desaparecesse.

Predominou na relação entre o Estado e os indígenas a concepção de que estes últimos iriam desaparecer 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 (Santos *et al.*, 2008). A política de assimilação dos índios ganhou força a partir das ideias

trazidas pelo Marechal Cândido Rondon. Segundo ele, os indígenas apenas necessitavam de um período de adaptação para que conseguissem evoluir e tornarem-se “brasileiros” (Diacon, 2006).

Partindo dessa concepção sobre os indígenas, no ano de 1910 foi criado o Serviço de Proteção aos Índios – 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 de Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais – SPILTN. Ao analisá-lo, Souza Lima (1995) enfatiza que não houve critérios para definir o que seria o seu público-alvo, estando voltado para uma categoria genérica denominada “índio”, criada pelo Estado e que reduzia a heterogeneidade dos povos indígenas. Ainda com relação a esse serviço, o autor destacou que suas unidades funcionavam de forma hierarquizada, sendo as mais locais denominadas 'postos e vigilâncias', caracterizando-se por serem unidades de clara inspiração militar e que deveriam progredir para as chamadas 'povoações indígenas'. Estas, se tornariam 'centros agrícolas', na medida que houvesse uma integração entre os indígenas e os trabalhadores nacionais, sendo para isso necessário que os primeiros superassem seu status de índio. Em suas análises, Souza Lima (1995) faz uma reflexão sobre as relações vivenciadas entre o Estado e as populações nativas, concluindo que, ao invés da modalidade da guerra, a forma de se relacionar no período republicano envolveu um assujeitamento dos indígenas, o que ele denominou de “poder tutelar”. Esse poder foi visível no controle do Estado sobre a inclusão e exclusão de populações na comunidade nacional e caracterizou-se por ser, além de um instrumento disciplinador, também um elemento gerador de hierarquia dentro da própria sociedade (Souza Lima, 1995).

A República teve que lidar com dificuldades em incluir populações que estavam à parte do Estado e conseguiam ser autossuficientes. O entendimento era que estas populações provocavam uma descontinuidade política, econômica, e, principalmente, simbólica em relação ao seu suporte ideológico principal: a ideia de nação formada por um corpo de cidadãos. 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 índios resistentes, a partir da estratégia de produzir

"um grande cerco de paz". Esta forma de atuar, segundo Souza Lima (1995), caracterizava-se por uma tática militar que pressionou os índios a aceitarem uma aliança, sendo esta a única saída para essas populações. Assim, os índios viviam a ilusão de estarem protegidos de inimigos externos, entretanto ficavam sem liberdade de circular, sob vigilância e controle do Estado. Após sua criação o SPILTIN teria como uma de suas finalidades, portanto, através de métodos persuasivos, estabelecer relações pacíficas com os grupos indígenas que começavam a manter os primeiros contatos com a frente de expansão (Gagliardi, 1989).

Sob a marca da "tutela", as políticas indigenistas no Brasil foram desenvolvidas pelo SPILTIN, que a partir de 1918 passou a ser denominado apenas Serviço de Proteção aos Índios - SPI. Desde sua criação até 1930 esse serviço integrou o Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio. Nesse período havia muitas semelhanças entre as formas de pensar o meio rural e os índios, sendo ambos objetos de intervenção do Estado, predominando a ideologia do atraso do mundo rural que necessitava de ações para que pudesse atingir o progresso. A vinculação do Serviço de Proteção aos Índios ao dos Trabalhadores Rurais ressalta o entendimento vivenciado de que a categoria dos assim chamados "índios" estaria em trânsito, vindo com o tempo a se tornarem cidadãos.

Após 1930, o SPI passou a estar vinculado ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio – MTIC. Este período foi definido por Souza Lima (1995) como um momento de colapso para o SPI. Segundo ele, mais uma vez este serviço estaria alinhado a tarefas de pouco peso político. 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. Em 1933, o serviço passou a fazer parte do Ministério de Guerra, no âmbito da Inspetoria 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 (Souza Lima, 1995).

No estudo de Melo (2007), que contempla a atuação do SPI no estado do Amazonas fica demonstrado que nesse estado a atuação do serviço se deu baseada nas compreensões vigentes em âmbito nacional.

No projeto "civilizatório" que o Serviço de Proteção aos Índios empreendeu no Estado do Amazonas, ao se nomear 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 lhes eram peculiares, exercia uma forma de dominação apoiada na tutela (Melo,2007,p.210).

Em 1967 o SPI foi substituído pela FUNAI. Entretanto isso 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 fazer uma análise desse período, Souza Lima (1995) aponta que não houve grandes alterações na forma do Estado se relacionar com os indígenas, prevalecendo uma política que via na assimilação dos mesmos e no forte autoritarismo a melhor forma de manter relações com essas populações. Em sendo assim, continuaram a julgar que os indígenas iriam desaparecer sendo integrados ao modelo de civilização proposto. Pela Lei 6001 de 19/12/73 foi sancionado o Estatuto do Índio, que regulamentou a situação jurídica das populações indígenas. Entretanto, até 1988 a política indigenista brasileira estava centrada nas atividades voltadas à incorporação dos índios à comunhão nacional, princípio este que esteve presente nas Constituições de 1934, 1946, 1967 e 1969, sendo suprimido somente na constituição de 1988, que reconheceu aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupavam (Souza Lima, Hoffman, 2002).

Os encontros e desencontros entre saúde pública e saúde indígena

A forma de pensar os indígenas a partir de uma política assimilacionista que entendia essas populações como transitórias trouxe consequências na forma como foram construídas as políticas públicas no país, inclusive as de saúde. Estas últimas tiveram sua atenção voltada para a área rural somente a partir do início do século XX, quando se inicia a busca pela modernização do país baseada no desenvolvimentismo (Hochman, 2006). Entretanto, apesar do avanço para a área rural, a saúde pública demorou um longo período para se voltar para a saúde indígena. Durante as três primeiras décadas republicanas, os indígenas ficaram de fora das prioridades elencadas pela saúde pública brasileira, sem a prestação de serviços de saúde de forma sistemática (Santos *et al.*, 2008).

Destaca-se nos estudos sobre o sanitarismo no Brasil, especialmente o sanitarismo rural, a ausência da figura do índio (Teixeira, 2008). Com relação às práticas sanitárias, sua forma de funcionar a partir de modelos de campanhas e com foco voltado para a luta contra as endemias rurais não permitiu que os indígenas pudessem ser vistos como sujeitos parte da construção da história da saúde pública. *“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, 2007, p.335).

A necessidade de enfrentar as questões sanitárias foi reconhecida pelo SPI na gestão de Herbert Serpa (1944-1951), onde destacou-se a preocupação do contato dos indígenas com os “civilizados”. Entretanto, desses esforços e discussões foi organizado apenas na década de 50 um serviço médico dentro da Seção de Orientação e Assistência, com uma atuação bem mais limitada do que havia sido pensada, resultando na criação de farmácias nos postos indígenas e, em alguns, a presença de uma enfermeira (Figueredo, 2009). Nesse período, também passa a ser motivo de discussão dentro do serviço a formação que seria necessária para os médicos lidarem com as questões indígenas, sendo também esse um dos motivos da contratação de antropólogos pelo SPI.

No ano de 1940 o médico Noel Nutels alerta para realidade da saúde indígena, quando visita os índios Xavantes no Rio das Mortes, e em 1952 elabora um plano de saúde para o enfrentamento da tuberculose. A criação desse plano foi uma exceção no que diz respeito à saúde indígena, visto que implementou medidas sociais amplas e não se restringiu a intervenções médico-curativas, além do fato de não serem exclusivas aos povos indígenas (Santos *et al.*, 2008). Na segunda metade do século XX, destaca-se a atuação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) no Ministério da Saúde. A partir da experiência de Noel Nutels, esse serviço 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 onde se localizavam as populações indígenas. Esse serviço priorizou ações de controle da tuberculose, vacinação antivariólica, diagnóstico, tratamento clínico e encaminhamento (Cereznia, 1987).

Nesse período, a saúde pública, a partir da simplificação dos modelos terapêuticos, reforça a crença de que seria possível eliminar as endemias rurais. Acontece,

assim, um avanço da indústria química e farmacêutica e um aumento da luta contra o agente patógeno, sem maiores preocupações com as demais condições sociais e ambientais às quais o agente estava relacionado. Com esse quadro vive-se a certeza de que ações profiláticas e terapêuticas baseadas no conhecimento biomédico eram suficientes para o controle das endemias rurais. Por outro lado, temas como doenças e redução demográfica encabeçados por Darcy Ribeiro apresentam-se como questões a serem superadas e objeto de discussões por profissionais de saúde e antropólogos.

Já enquanto FUNAI, o serviço de saúde para os indígenas se organiza dentro de um setor específico. O modelo de saúde adotado passou a contar com as Equipes Volantes de Saúde – EVS, entretanto estas se restringiam aos cuidados em saúde complementares aos Postos Indígenas (PIN), que eram 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 se tornar prioridade. A partir disso ocorre o início de uma relação entre os serviços sanitários existentes e as instituições de tutela dos indígenas. Entretanto, os cuidados com a saúde indígena se limitaram às doenças infecciosas que ocuparam sempre um lugar de privilégio quando tratava-se dessa população (Santos *et al.*, 2008).

No final da década de 70, são fomentados os questionamentos sobre o modelo das políticas de saúde que vinham sendo adotados no país. Neste sentido, aos poucos foi sendo exigido um novo olhar sobre a saúde, bem como sobre a doença, o que desencadeou o início da reforma na saúde. Langdon e Garnelo (2005), ao discutirem o percurso da saúde pública no país, ressaltam que esta estava restrita aos aspectos biológicos, mas que, aos poucos, começam a ser contempladas questões culturais, políticas e sociais. Por outro lado, no que diz respeito às ações voltadas para a saúde indígena, as autoras afirmam que as questões culturais nunca foram uma prioridade.

Seguindo a tendência continental de colocar um fim nos regimes militares, o Brasil inicia na década de 80 um processo de redemocratização política, o qual teve reflexos na área da saúde, através do “Movimento de Reforma Sanitária”, cujos principais líderes compunham o chamado “Partido Sanitário”. Como consequência desse movimento, seguiu-se à 8ª Conferência Nacional de Saúde a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Índio. Dentre as propostas e conclusões da Conferência, destaca-se, após avaliação das dificuldades encontradas pela FUNAI para realização de suas atividades, a necessidade de

que a responsabilidade das atividades de saúde fosse assumida pelo futuro órgão gestor do SUS. Esta recomendação estava em consonância com uma 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.

O SUS, já contemplado pelo novo texto constitucional, normatizado pela Lei Orgânica de Saúde no final da década de 80, no entanto, não estabelecia a forma como a saúde de populações indígenas seria integrada ao Sistema, sendo somente no ano de 1991, através dos Decretos Presidenciais nº 23, 24, 25 e 26, conferida a base legal para a política indigenista proposta na I Conferência Nacional. No ano de 1994, a responsabilidade pelo componente curativo volta a ser da FUNAI, ficando o Ministério da Saúde responsável pelas ações de prevenção com essa população. Sendo somente através da Lei 9.836 de 1999 instituído no âmbito do SUS 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).

Os caminhos trilhados pela saúde pública e saúde indígena mostram que, historicamente, a relação entre elas ficou comprometida. A inserção da saúde indígena na saúde pública a partir de uma agenda desenvolvimentista tem reflexos até os dias atuais, tendo vigorado durante quase um século a compreensão da doença como obstáculo ao desenvolvimento e não a saúde como direito dessas populações.

Fundação Serviços de Saúde Pública-FSESP

A FSESP se consagrou historicamente por ter sido um serviço de grande relevância na área da saúde. Seus méritos se devem a grande capilaridade alcançada por esse serviço que conseguiu uma abrangência nacional e cobertura de uma parte significativa da área rural do país. Entretanto, é válido ressaltar que esses resultados não foram fruto apenas da FSESP, tendo iniciado sua construção ainda enquanto funcionava como SESP. Este último, foi o serviço que deu origem à FSESP, havendo em 1960, ano em

que foi extinto e passou a funcionar como fundação, muito mais uma mudança nos aspectos jurídicos do que na forma de trabalho e metas da instituição.

Surgido em 1942, o SESP passou a funcionar no país como 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 americanos na implantação desse serviço estavam focados na garantia da produção de borracha para suprir sua demanda e como forma de manter influências econômicas dentro do Brasil. O Decreto-lei n.4.275 de 1942 que regulamentou sua implantação no país, definiu como espaço de atuação inicial desse serviço o vale do Amazonas, com a intenção de assegurar a produção de borracha a partir da implantação de serviços de saúde, que deveriam ter como foco inicial o controle da malária na região.

Por outro lado, para o governo brasileiro, o SESP foi visto naquele momento específico da história 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 a implantação de serviços de saúde em regiões com pouco investimento público significava uma forma de estender o poder do governo para estas localidades (Andrade e Hochman, 2007).

Como estratégia de longo prazo o SESP iniciou a construção de uma rede de unidades sanitárias no vale amazônico. De acordo com André Campos (2006), em fins de 1942 o SESP já havia implantado 10 postos de saúde no vale, acrescido de mais 14 postos no ano seguinte. Dessa forma, as pretensões do governo tornavam-se realidade, sendo a presença dos profissionais uma garantia do contato de algumas populações com o poder público nacional.

As ações desenvolvidas pelo SESP na Amazônia foram realizadas a partir do Programa da Amazônia que passou a existir ainda em 1942. De forma tímida e com sede em Belém foi criado o escritório do Programa que, segundo Nilo Bastos (1993), ficou dividido em três setores: Pará, Amazonas e Acre, sendo logo em seguida reorganizado em dois: Pará, com sede em Belém, e Amazonas, com sede em Manaus. Para instalação do Programa da Amazônia, além da logística foi necessário a consolidação de uma formação contínua de profissionais, visto que na região não havia profissionais de saúde para dar conta da demanda do SESP. A necessidade de profissionais para atuar na Amazônia levou à criação da Escola de Enfermagem de Manaus, no ano de 1949. Esta, por sua vez, cumpriu a missão de formar enfermeiros e auxiliares de enfermagem para atender às necessidades

de profissionais para os programas do SESP e da FSESP.

Em Boletim do SESP, datado de julho de 1951, consta matérias que foram divulgadas pelo jornal da Folha Carioca do Distrito Federal. Na reportagem “Higiene sobre o Amazonas” o SESP destacou três municípios do vale amazônico: Abaetetuba, Cametá e Benjamin Constant, e descreveu como as unidades de saúde trouxeram transformações para estas localidades. O SESP entendia que essa forma de divulgar os trabalhos garantia sua legitimação social, principalmente nas comunidades do interior, onde mantinha suas unidades sanitárias.

No que diz respeito à sua atuação no estado do Amazonas, o SESP foi responsável pela criação de uma rede de serviços no interior que passou a atuar de forma permanente, com destaque para profilaxia de doenças transmissíveis, dentre as quais, conforme quadro de atendimentos, se destacam as helmintoses, malária e gripe (Relatório da Seção de Educação Sanitária do Programa da Amazônia, 1946-1947). Ainda no Amazonas, no que diz respeito à Educação Sanitária, no ano de 1946 foram instaladas 15 bibliotecas nos centros de saúde com vistas a incentivar a leitura sobre assuntos de higiene, funcionando também, de forma inédita, 'slides-sounds' e cinema. Destaca-se ainda, nessas localidades, a criação dos clubes de saúde, que tinham como finalidade difundir o ensino da higiene e criar uma consciência sanitária entre as novas gerações, sendo as escolas o espaço privilegiado para a educação sanitária. Um exemplo, destacado pelo Serviço, foi o fato de, no início do ano de 1946, o município de Maués contar com a existência de três hortas, ao passo que no final do ano eram contabilizadas 40 hortas nos quintais dos moradores da cidade. Outro fato apontado como relevante foi a mudança de hábitos de higiene, dentre eles, os cuidados de lavar as mãos e andar calçado (Relatório da Seção de Educação Sanitária do Programa da Amazônia, 1946-1947).

As informações contidas nesse relatório, a partir dos dados qualitativos e quantitativos, nos dão uma ideia dos interesses do SESP em modificar os hábitos culturais da população regional. Conforme José Cardoso (2009) a educação sanitária teve o papel de ser um apoio para implementação da política de saúde pública do SESP, que, seguindo um padrão de formação, conseguiam atuar nas práticas cotidianas da população rural, transformando seus hábitos e costumes e modificando sua vida a partir de uma nova consciência sanitária.

Neste período, os municípios nos quais o SESP tinha atuação, encontravam-se em situações distintas de consolidação do serviço. Fato é que, nos postos de Benjamin Constant, Eirunepé, Lábrea, Manicoré e Tefé ainda não eram desenvolvidas ações de saúde

pública, enquanto os municípios Itacoatiara, Maués, Parintins e Tarauacá já estavam avançados neste sentido. Itacoatiara contava com 4.166 pessoas, sendo que ao menos 1.906 delas eram atendidas no mínimo uma vez ao ano pelo SESP, o que significava quase metade da população do município. Além disso, havia o registro das visitas realizadas e notificações das doenças de malária, lepra, puru-purú e tétano. Destaca-se no relatório do SESP que haviam sido realizadas 592 visitas em Itacoatiara, 526 em Parintins e 208 em Maués (Relatório de Serviço Especial de Saúde Pública do 1º trimestre de 1950). Percebe-se a partir desses registros que o SESP procurava fazer a cobertura total da área do município, controlando a proliferação das doenças transmissíveis, inclusive realizando visitas aos domicílios. 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.”* (Relatório das localidades trabalhadas pelo SESP no território brasileiro, pág.41)

No ano de 1951 o SESP contabilizava 22 postos e 26 sub-postos nos estados do Amazonas e do Pará. Além disso, o controle e profilaxia da lepra nos municípios desses estados passou para sua responsabilidade. Consta que em Itacoatiara o SESP 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 das privadas (Relatório de Serviço Especial de Saúde Pública do 4º trimestre de 1951).

No ano de 1954, o Programa da Amazônia ficou dividido, passando a existir o Programas do Amazonas e do Pará. Em 1960, ano que o SESP viria a se transformar em fundação, este atuava em 24 municípios no estado do Amazonas e atendia 466.781 pessoas, o que representava 65,1% da população. Neste estado o serviço contava com 14 Postos, 12 Sub-postos e 01 hospital. Os postos estavam localizados 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 sub-postos, em Barreirinha, Canutama, Carauari, Codajás, Fonte Boa, Frederico Veiga, Humaitá, Itapiranga, Novo Aripuanã, Urucará, Urucurituba e Parintins; e o hospital funcionava no município de Benjamin Constant (Relatório Geral, 1961, p.100).

Os mesmos interesses presentes na implantação do SESP, influenciaram sua permanência no período pós-guerra. Conforme André Campos (2006), a conjuntura internacional nesse período apresentava vantagens aos EUA na manutenção de seus programas na América Latina, dentre eles, o acordo bilateral firmado entre o SESP e o

Instituto de Assuntos Interamericanos- IAIA¹. 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.

Ao longo de dezoito anos de serviços prestados, o SESP destacou-se pela realização de ações em saúde, em sua maioria, no interior do Brasil. José Cardoso (2009) destacou o estabelecimento da educação sanitária dentro do SESP, que representou, por um lado, uma nova forma de promover saúde e, por outro, a construção de uma identidade para o serviço. Nilo Bastos (1993) atentou para as medidas que modificaram seu caráter, inicialmente emergencial, para atendimentos que buscavam conciliar assistência médica com prevenção, rompendo com alguns preceitos do sanitarismo americano, base inicial do seu funcionamento. Outra mudança ressaltada por André Campos (2006) foi a diminuição do capital externo para sustento do SESP e um gradativo aumento da participação nacional para sua manutenção. Neste sentido, destaca-se que o percurso desta instituição tomou rumos diferentes dos que haviam sido previstos logo de início.

Em 1960, quando se encerrou por completo o Convênio Internacional, a saída encontrada pelo governo para continuar dispo do desse serviço foi transformá-lo em fundação, passando a funcionar nessa condição até 1990. Conforme Nilo Bastos (1993), 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 a esta nova realidade. Além disso, desde o final da década de 1960 e primeira metade da década de 1970, viveu-se no país um período de expansão da privatização da saúde, o que trouxe consequências para seu funcionamento (Bastos,1993).

Diante dessas realidades, 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 governo, através da Lei 4.441, assegurou recursos para a manutenção da fundação, inclusive com novas perspectivas de trabalho. Ainda neste período contou com a política de auxílio dos EUA, que financiou projetos de cooperação através 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, 1993).

Apesar dos limitados recursos, a FSESP, em publicação alusiva aos seus 45 anos, comemorou os resultados alcançados. Nesse ano, o serviço havia atingido 600 municípios, contando com quase 800 unidades de saúde e com 11 mil servidores espalhados pelo país. No que se refere a formação, a FSESP formou entre os anos 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 profissionais de nível médio (Revista Fundação Serviços de Saúde Pública, 1987).

Além dos resultados acima, ao analisarmos o percurso desse serviço vê-se que as técnicas específicas de assistência médico-sanitária, como é o caso da integração do controle da tuberculose e da hanseníase, tornaram-se modelos nas atividades básicas de saúde pública. Além disso, 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 pelo SESP e FSESP, que foram incorporadas às formas de fazer saúde no país. Ainda, destaca-se sua atuação em pesquisas que foram significativas para consolidar uma nova política em relação à saúde no país. Na Amazônia, destacou-se a realização de pesquisas com objetivo de conhecer a etiologia e epidemiologia de doenças de origem virótica, bacteriana e parasitária, tornando-se a FSESP responsável pela conquista da maioria do conhecimento científico no campo da Medicina Tropical da Amazônia, destacando-se estudos sobre a malária, leishmaniose e das tripanossomíases (Síntese de atividades da Fundação Serviços de Saúde Pública, 1980). Além dos estudos realizados, o SESP, a partir de seu funcionamento no país, estabeleceu uma presença significativa na região, inicialmente, marcado pelo interesse pela borracha nativa, produto essencial para sua manutenção na guerra. Isso fica demonstrado em afirmações de autoridades da época: “O documento emitido pelo secretário americano assinalava que o programa sanitário seria designado para a bacia Amazônica com o propósito especial de auxiliar no aumento da produção de borracha.” (Campos, 2006, p.45).

Em 1965, o serviço teve que elencar prioridades para seu trabalho em virtude da contenção de recursos. Assim, o saneamento, especialmente o abastecimento de água, a assistência à gestante e à criança de 0 a 4 anos e o controle das doenças transmissíveis ficaram sendo as principais atividades da FSESP. Visando se organizar, foi formalizada a presença dos profissionais, passando a ser proporcional ao número de habitantes de cada localidade. Assim, ficou definido que: localidades com até 2500 habitantes não teriam necessidade da presença de médicos, somente 1 visitadora de saúde; população acima de 25.000 justificava um médico permanente, sendo considerado necessário 1 visitadora para cada 5000 habitantes. Essa divisão também levou em conta a restrição orçamentária pela qual vinha passando a fundação (Relatório de Atividades da Divisão de Saúde da Comunidade, 1965).

Em 1986 passaram a haver menos contratações no nível médio em virtude de

restrições governamentais, ao mesmo tempo passou a existir uma rotatividade de profissionais que nunca tinha acontecido dentro do serviço. As visitas de enfermagem nesse período, realizadas em menor quantidade, passaram a ser delegadas às Visitadoras de Saúde. Conforme relatório datado deste ano, a conjuntura nacional encontrava-se desfavorável para a continuação da FSESP, agravado pelas críticas que vivenciava o Ministério da Saúde (Avaliação de alguns aspectos da prestação de serviços de saúde na FSESP de 1985 a 1987).

Em documento que analisa qual perfil deveria ter a fundação, datado de 1988, fica descrito a preocupação de como este serviço seria inserido dentro do Sistema Único de Saúde- SUS, surgido naquele ano. É válido ressaltar que a implementação do SUS previa a diminuição das ações executadas de forma direta pelo governo federal, remetendo aos municípios e estados tais responsabilidades. A FSESP ainda continuou funcionando até o ano de 1990, quando foi extinta e suas atribuições, acervos e recursos foram transferidos para a recém criada Fundação Nacional de Saúde – FNS.

Entre o formal e a prática: a convivência dos profissionais da FSESP junto aos indígenas no estado do Amazonas

A FSESP teve como prioridade ao longo de sua existência a manutenção de um serviço a partir de normas e instruções unificadas com a intenção de que, independente do grau de complexidade, este mantivesse uma direção única, com o objetivo de cumprir as metas fixadas no nível central. Contudo, ao considerarmos sua cobertura no país (figura 1) e sua penetração em municípios com menos de 50 mil habitantes, o que correspondia a 97% dos locais trabalhados por esse serviço (Publicação Comemorativa de 45 anos, 1986), é possível ter a dimensão de como foi difícil a manutenção dessas exigências diante da diversidade encontrada nessas localidades.

Tendo como pano de fundo uma política de saúde pública que preconizava o avanço para o interior do país, a FSESP foi uma importante representante da ideologia que consagrou a relevância do homem e a mulher do interior, os sertanejos e os caboclos, que deveriam ser incluídos na comunidade nacional via saúde e saneamento. Entretanto, essa inclusão, na compreensão de saúde vigente naquele período, representava a adoção de comportamentos por parte dessas pessoas e o abandono de práticas próprias do modo de

vida interiorano em prol de um modelo de homem a ser seguido.

Ainda enquanto SESP a forma de atuar diante dessas populações baseou-se no entendimento da necessidade de romper com a cultura do homem do interior que, neste momento era interpretada como responsável pelo seu “atraso”. Essa compreensão era fruto de um processo de transição para uma sociedade moderna, onde a cultura representava um obstáculo a ser superado pela saúde pública (Lima, Maio, 2009). Para lidar com essa dificuldade, na década de 50 foram contratados cientistas sociais como forma de amenizar os “prejuízos”. Nesta década proliferaram estudos denominados “Estudos de Comunidade” que tinham as pessoas do interior como sujeito. Estes estudos sofriam influência da linha de pesquisa desenvolvida nos EUA e sua intenção era estabelecer dentro do país um modelo de saúde preventiva, fomentado por uma corrente de pensamento baseada na educação sanitária que buscava entender para intervir.

Os materiais e serviços produzidos pelo SESP, e posteriormente, pela FSESP, dentre manuais e treinamentos, adotaram um formato padronizado de atendimento e execução das ações que não contemplava as diferenças presentes no estilo de vida do “homem do sertão”, assim chamadas as populações espalhadas pelo interior do país naquele momento. Como exemplo dessa situação, Carla Teixeira (2008) destaca a ausência de conteúdos na formação das visitadoras de saúde e dos guardas sanitários, pertencentes ao município de Itacoatiara (AM), que lhes 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 os anos de 1963 a 1972 não consta qualquer menção a temas referentes à cultura da população atendida (Revista da FSESP, 1976). Essa situação foi confirmada através da narrativa de profissionais de saúde que atuaram na década de 70 e 80 no interior do Amazonas e foram por mim entrevistados. Nas suas falas, todos revelaram que nos treinamentos que receberam não havia disciplina que lhes preparassem para o trabalho diante da diversidade cultural com a qual iriam se deparar.

Neste sentido, apesar do SESP e da FSESP terem tido uma atuação voltada para o interior do país, sua forma de trabalho, desde a formação dos seus profissionais, vislumbrava a transformação de comportamentos baseada 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.

Por outro lado, dentre as populações habitantes no interior do país que foram

alvo desses serviços, ficou de fora uma parcela significativa dessa população que correspondia a população indígena. Como primeira hipótese dessa ausência poderíamos levantar a existência de agências estatais específicas para o trabalho com as populações indígenas, SPI e depois a FUNAI, que, de acordo com a política nacional estavam responsáveis pelos indígenas, o que os deixava de fora das atribuições dos serviços de âmbito nacional. Por outro lado, o aprofundamento sobre as questões que envolvem essa invisibilidade levanta uma discussão mais complexa que envolve a problemática da relação que se construiu entre o Estado e as populações indígenas ao longo do século XX, já abordada neste artigo, no qual se discute a transitoriedade dessas populações para as políticas públicas. Neste sentido, o silêncio que se verifica dentro da atuação da FSESP, reflete o que se vivenciava no contexto da saúde pública naquele período, marcado por uma ênfase nos cuidados com a população sertaneja, que seria incluída através da saúde e um silêncio com relação às populações indígenas entendidas como “transitórias” e fadadas ao desaparecimento.

No que diz respeito aos documentos formais da FSESP o silêncio sobre as populações indígenas foi uma constante, quando raramente eram citados, essas referências se restringiam aos aspectos nosológicos dessa população. Como exemplo, o estudo de realizado pelo Instituto Evandro Chagas em 1966 que teve como objeto 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.

Por outro lado, a compreensão de que essas populações deveriam ser objeto de serviços governamentais específicos pode também ter interferido na inclusão dessas populações nos serviços de abrangência nacional.

Na prática, ao analisarmos a atuação do SESP e posteriormente da FSESP no estado do Amazonas, temos que a implantação do SESP 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 considerando que estas populações faziam parte da mão-de-obra que atuava na exploração da borracha (Melo, 2007). Além disso, o período de instalação do SESP na região amazônica coincidiu com a segunda fase da exploração da borracha nessa região, momento em que ocorreu um avanço dentro das terras dominadas por indígenas naquele período.

Com a continuidade desse serviço dentro do estado do Amazonas, onde se

consolidou uma rede de serviços que tinha atuação baseada na orientação de estender seus benefícios ao maior número possível de pessoas e atender não somente as pequenas cidades e vilas que serviam de suporte para suas unidades de saúde, mas também estender o atendimento às populações rurais circunvizinhas, aglomeradas ou dispersas, fez com que as populações indígenas estivessem presentes no atendimento dos profissionais do SESP e posteriormente da FSESP. Essa presença se confirmou nas entrevistas realizadas com profissionais da FSESP que atuaram na década de 70 e 80 no interior do Estado do Amazonas. Em seus relatos, todos afirmaram ter no seu cotidiano de trabalho estendido os cuidados em saúde preconizados pela FSESP às populações indígenas. Na fala da Sra. Elizabeth Guimarães² fica clara essa situação: *“O SESP não era responsável pela saúde indígena especificamente, mas era o serviço que mais lidava com isto”*.

Nesta afirmação pode se evidenciar o contraste entre o que constava nos aspectos formais da fundação e a realidade da sua prática. Com relação ao atendimento às populações, indígenas, no discurso dos profissionais foram relatadas as dificuldades que tiveram em conciliar um “modelo sespiano” de trabalho com a realidade encontrada. No que diz respeito a interação dos profissionais de saúde e os indígenas na atenção primária, na fala da Sra. Hildete Ribeiro Araújo³ ficou evidente o conflito entre os ensinamentos repassados pela FSESP e a realidade de sua rotina de trabalho. Em comentário sobre os ensinamentos de como fazer um parto ela relatou: *“(...) 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”*.

A partir dessa afirmação, pode-se observar que a formação repassada pela FSESP baseada no biologicismo gerava dificuldades para os profissionais lidarem com as questões culturais específicas. *“Habitualmente a interação entre profissionais e pacientes exclui as referências socioculturais que permitiriam apreender estes últimos como agentes de transformação do meio social.”* (Garnelo, Langdon, 2009)

No que diz respeito a interação com os pacientes, a partir dos relatos colhidos, tivemos como resultado que as visitadoras de saúde foram as que mais se aproximaram de conseguir atingir o preconizado por Garnelo e Langdon, visto que na sua vivência compartilhavam os modos de existir de algumas etnias com as quais já conviviam muito antes de tornarem-se profissionais da FSESP. Essa convivência pôde ser verificada a partir do discurso da Sra. Hildete, no qual retrata o pensamento dos indígenas da sua área de

atuação ao compará-la com os demais profissionais: “(...) *ai 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*”.

A FSESP realizava seleção e contratação de pessoal, primando que os profissionais residissem nos locais onde iriam trabalhar, ou pelo menos o mais próximo possível. Esse fator era considerado importante para implantação e continuidade do serviço e, além disso, o enxergavam como vantagem 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, no que diz respeito aos profissionais de nível superior isso se mostrou inviável, visto que nos pequenos municípios, localizados em áreas rurais, dificilmente havia profissionais disponíveis para atuação dentro dos serviços (Revista da FSESP, 1973).

Neste sentido, os profissionais de nível superior que trabalhavam no SESP e na FSESP eram, em sua maioria, originários de áreas urbanas, o que tornava a compreensão das diversidades presentes na área rural mais problemática. Nas palavras do Sr. Humberto Polari⁴: “*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*”.

Entretanto, conforme seus relatos, tanto profissionais visitantes como médicos e enfermeiras estavam submetidos a normas e treinamentos constantes, que orientavam formas rígidas e unificadas de trabalho. Na fala do Sr. Humberto Polari descrita abaixo, pode ser evidenciada essa situação, onde o mesmo deveria cumprir o dever de “controlar”, no menor tempo possível, as doenças transmissíveis existentes: “*Não tinha programa específico para área indígena na época né? Você atendia, vamos dizer assim, na medida do possível, como eles fazendo parte da população geral*”.

A afirmação desse profissional nos remete ao que foi a atuação dos sanitaristas no país, na qual a preocupação com a cultura foi sempre mais uma forma de buscar que a mesma não interferisse nos planos políticos, os quais visavam formas de atuação unificada dentro da saúde: “*A eficácia que descobrimos, quando nos preocupamos com os contextos específicos e diferenciados, é a eficácia moral de um consenso que desconsidera a pessoa*”.

humana em prol do combate às endemias consideradas como um “mal comum”, mas que, principalmente, a desconsidera de modo desigual (em forma e intensidade) conforme sua inserção sociocultural”. (Teixeira, 2007, p.343).

Em sendo assim, sem respaldo oficial para o trabalho com as populações indígenas e sem formação para este tipo de atendimento, desconhecendo os complexos mecanismos de lidar com lógicas diferenciadas, os profissionais, à sua maneira, buscaram dar conta da demanda das populações indígenas para às quais tinham que prestar assistência. No discurso da Sra. Elizabeth Guimarães sobre seu atendimento, ela apresenta uma visão que resume bem essa situação:

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.

Como já abordado neste artigo, as populações indígenas eram consideradas pelas políticas públicas em geral como sendo populações transitórias e objetos de uma ação governamental específica e, em sendo assim, eram entendidas como não necessitando ser abrangidas pelas políticas públicas de cunho nacional. Essa situação seguiu a tendência do sanitarismo no Brasil, que, distanciou-se das questões que envolviam a saúde indígena e teve uma atuação baseada em homogeneidades.

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

Considerações Finais

No que diz respeito à saúde indígena, a contradição entre o disposto oficialmente pela FSESP e a realidade da atividade cotidiana de seus profissionais pode ser percebida ainda nos dias atuais, quando estes afirmaram, em entrevistas, que a FSESP só trabalhou com indígenas quando incorporada pela Fundação Nacional de Saúde -

FUNASA, criada na década de 1990 já com essa finalidade. Entretanto, quando nos aprofundamos sobre a atuação da FSESP no interior do Amazonas, estes mesmos profissionais nos relataram a presença dos indígenas como uma realidade nas suas atuações enquanto funcionários da FSESP.

Tal discurso conflitante é fruto de um momento específico na história do país, quando se vivenciou a transitoriedade de modelos de saúde verticais e biomédicos, existentes na atenção primária, para uma redemocratização do país que possibilitou o protagonismo para a questão indígena.

O fato da FSESP ter funcionado no país entre os anos 1960 e 1990 e não ter convivido, na maior parte do tempo de sua atuação, com os princípios da Constituição Federal de 1988, levou a um cenário no qual os indígenas não foram enxergados a partir de sua diversidade, predominando a concepção de ações, estudos e ideias sobre essas populações pautadas a partir de pretendidas homogeneidades. Por outro lado, é relevante considerar o avanço da saúde pública institucionalizada para o interior do país, o que inevitavelmente proporcionou o encontro entre os funcionários dessa fundação e os indígenas presentes nesses espaços. Situação que neste estudo foi relatada por todos os profissionais entrevistados em suas práticas e que podem servir de base para a construção de uma prática de saúde diferenciada para essas populações.

Notas

¹Programa que passou a funcionar oficialmente desde o ano de 1942 e tinha como um dos 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)

²Médica da FSESP, originária de Manaus, onde especializou-se em Saúde Pública e fez residência na área de pediatria. Ingressou no serviço no ano 1982 e trabalhou no município de Parintins, recebendo formação e treinamento nesse mesmo município.

³Visitadora Sanitária da FSESP, originária de Amaturá e realizou capacitação de seis meses para exercer o cargo de visitadora no município de Parintins. Ingressou na FSESP no ano de 1984 e atuou na comunidade próxima a São Paulo de Olivença denominada Itália, onde havia uma unidade L1 da FSESP

⁴ Médico da FSESP, originário de Belém. Ingressou no serviço no ano de 1976, onde

trabalhou, primeiramente em Lábrea, atuando durante 4 anos, trabalhou em Itacoatiara por um ano e posteriormente quatro anos em Maués.

Referências Bibliográficas

Andrade, Rômulo de Paula e Hochman, Gilberto. O Plano de Saneamento da Amazônia (1940-1942). In: História, Ciências e Saúde – Manguinhos, vol.14, Rio de Janeiro, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação SESP. Revista Fundação Serviços de Saúde Pública, Tomo VIII, n.01, Rio de Janeiro, 1975.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação SESP. Revista Fundação Serviços de Saúde Pública, Tomo XX, n.02, Rio de Janeiro, 1976.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação SESP. Revista Fundação Serviços de Saúde Pública: 45 anos, Rio de Janeiro, 1987.

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). Dissertação de Doutorado em História das Ciências – Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009.

Cardoso de Oliveira, Roberto. A sociologia do Brasil Indígena. Brasília: Ed. UNB, 1978.

Casa de Oswaldo Cruz, Acervo Fundação SESP. Brasil. Relatório das localidades trabalhadas pelo SESP no território brasileiro apresentado ao Ministro da Saúde (1942-1959), Rio de Janeiro, s.d. (BR.FIOCRUZ-COC/FESEP/A/00/OF/00/313)

Casa de Oswaldo Cruz, Acervo Fundação SESP. Brasil. Relatório da Seção de Educação Sanitária do Programa da Amazônia, 1946-1947. (BR.FIOCRUZ-COC/FESEP/00/OF/00/120)

Casa de Oswaldo Cruz, Acervo Fundação SESP. Brasil. Relatório de Serviço Especial de Saúde Pública do 1º trimestre de 1950. (BR.FIOCRUZ-COC/FESEP/A/00/OF/00/152)

Casa de Oswaldo Cruz, Acervo Fundação SESP. Brasil. Relatório de Serviço Especial de Saúde Pública do 4º trimestre de 1951. (BR.FIOCRUZ-COC/FESEP/A/00/OF/00/152)

Casa de Oswaldo Cruz, Acervo Fundação SESP. Brasil. Relatório Geral da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, 133 páginas. (BR.FIOCRUZ-COC/FESEP/A/00/OF/00/181)

Casa de Oswaldo Cruz, Acervo Fundação SESP. Brasil. Relatório das localidades trabalhadas pelo Serviço Especial de Saúde Pública no território brasileiro, 122 páginas. (BR.FIOCRUZ-COC/FESEP/A/00/OF/00/316)

Casa de Oswaldo Cruz, Acervo Fundação SESP. Brasil. Relatório de atividades da Divisão de Saúde da Comunidade, apresentado pelo diretor Aldo Villas Boas, 1965. (BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/A/00/OF/00/195)

Casa de Oswaldo Cruz, Acervo Fundação SESP. Brasil. Dossiê sobre Avaliação de alguns aspectos da prestação de serviços de saúde na FSESP de 1985 a 1987. Rio de Janeiro, 1988. (BR.FIOCRUZ-COC/FSESP/A/00/OF/00/345)

Costa, Dina Czeresnia. Política indigenista e assistência à saúde. Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. In: Cadernos de Saúde Pública, vol.3, nº.4. Rio de Janeiro, 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 Motta, Laura Texeira. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

Figueredo, Regina Érika Domingos. 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 de Doutorado, Campinas: Unicamp, 2009.

Gagliardi, José Mauro. O Indígena e a República. São Paulo-SP: Editora 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: Ed. Fiocruz. p.139-150, 2005.

Garnelo, Luiza; Langdon, Esther Jean. Saúde dos povos indígenas. Reflexões sobre antropologia participativa. In: Langdon, Esther Jean; Garnelo, Luiza. Saúde dos povos indígenas (Orgs.). Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria Ltda. p. 53-68, 2004.

Hochman, Gilberto. A Era do Saneamento: As bases da política de Saúde Pública no Brasil. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

Langdon, Esther Jean. A construção sócio-cultural da doença e seu desafio para prática médica. In: Baruzzi Ricardo; Junqueira, Carmem (Orgs.) Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história. São Paulo, UNIFESP

Lima, Antonio Carlos Souza. Um Grande Cerco de Paz. Poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil. Petrópolis – RJ: 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. (Orgs.). Estado e povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Contra-capá Livraria/LACED, p. 7 -23. 2002.

Lima, Nísia Trindade e Maio, Marcos Chor. Tradutores, intérpretes ou promotores de mudança? Cientistas sociais, educação sanitária rural e resistências culturais (1940 – 1960). In: *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 24, n. 2, p. 529-561, 2009.

Lima, Nísia; 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. In: *Revista História, Ciências, Saúde Manguinhos*, vol.17,nº.2. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz,2010.

Melo, Joaquim Rodrigues de. A política indigenista no Amazonas e o Serviço de Proteção aos Índios (1910-1932). Dissertação de Mestrado em Sociedade e Cultura da Amazônia. Universidade Federal do Amazonas – UFAM, Manaus, 2007.

Santos, Ricardo Ventura et al. Políticas públicas em saúde para os povos indígenas. In: Barros, Denise Cavalcante et al. (Org.). *Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p. 75-91. 2007

FONTES

FUNDO FSESP – Fundação Serviço Especial de Saúde Pública. Arquivo da Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ (COC/FIOCRUZ), Rio de Janeiro/RJ.

Casa de Oswaldo Cruz, Acervo Fundação SESP. Brasil. Relatório das localidades trabalhadas pelo SESP no território brasileiro apresentado ao Ministro da Saúde (1942-1959), Rio de Janeiro, s.d. (BR.FIOCRUZ-COC/FESEP/A/00/OF/00/313)

Casa de Oswaldo Cruz, Acervo Fundação SESP. Brasil. Relatório da Seção de Educação Sanitária do Programa da Amazônia, 1946-1947. (BR.FIOCRUZ-COC/FESEP/00/OF/00/120)

Casa de Oswaldo Cruz, Acervo Fundação SESP. Brasil. Relatório de Serviço Especial de Saúde Pública do 1º trimestre de 1950. (BR.FIOCRUZ-COC/FESEP/A/00/OF/00/152)

Casa de Oswaldo Cruz, Acervo Fundação SESP. Brasil. Relatório de Serviço Especial de Saúde Pública do 4º trimestre de 1951. (BR.FIOCRUZ-COC/FESEP/A/00/OF/00/152)

Casa de Oswaldo Cruz, Acervo Fundação SESP. Brasil. Relatório Geral da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, 133 páginas. (BR.FIOCRUZ-COC/FESEP/A/00/OF/00/181)

Casa de Oswaldo Cruz, Acervo Fundação SESP. Brasil. Relatório das localidades trabalhadas pelo Serviço Especial de Saúde Pública no território brasileiro, 122 páginas. (BR.FIOCRUZ-COC/FESEP/A/00/OF/00/316)

Casa de Oswaldo Cruz, Acervo Fundação SESP. Brasil. Relatório de atividades da Divisão de Saúde da Comunidade, apresentado pelo diretor Aldo Villas Boas, 1965. (BR.FIOCRUZ-COC/FESEP/A/00/OF/00/195)

Casa de Oswaldo Cruz, Acervo Fundação SESP. Brasil. Dossiê sobre Avaliação de alguns aspectos da prestação de serviços de saúde na FSESP de 1985 a 1987. Rio de Janeiro, 1988. (BR.FIOCRUZ-COC/FESEP/A/00/OF/00/345)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMADO, Janaína; FERREIRA, Marieta de Moraes. Usos & abusos da história oral. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

ANDRADE, Márcio Magalhães de. Proposta para um resgate historiográfico: as fontes do SESP/FSESP no estudo das campanhas de imunização no Brasil. In: História, Ciências, Saúde . Manguinhos, Rio de Janeiro vol. 10(suplemento 2):843-48, 2003.

ANDRADE, Rômulo de Paula; HOCHMAN, Gilberto. O Plano de Saneamento da Amazônia (1940-1942).In: História, Ciências e Saude – Manguinhos, vol.14,Rio de Janeiro,2007.

AZEVEDO, Rainier Pedraça de. Cronologia do Sistema de Abastecimento de água no estado do Amazonas. In: 24 Congresso Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental, Belo Horizonte,2007. Resumo dos Trabalhos.

BASTOS, Nilo Chaves de Brito. 1942- Evolução histórica – 1991, 2 edição. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1996.

Boletim do SESP, n.13, julho de 1951, p.4-7.

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). Dissertação de Doutorado em História das Ciências – Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009.

COSTA, Dina Czeresnia. Política indigenista e assistência à saúde. Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. In: Cadernos de Saúde Pública,vol.3,nº.4.Rio de Janeiro,1987.

CRUZ, Oswaldo; CHAGAS, Carlos; PEIXOTO, Afrânio. Sobre o saneamento da Amazônia. Manaus: Philippe Daou,1972.

Decreto-lei n.4.275 de 1942 , Diário Oficial de 20 de abril de 1942, pg.6400

DELGADO, Lucília de Almeida Neves. História oral: memória, tempo, identidades. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

DIACON, Todd A. Rondon: O marechal da floresta. Tradução Motta, Laura Texeira. São Paulo: Companhia das Letras,2006.

SCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antônio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: Giovanella, L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

FARIA, Lina. Saúde e política: a fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo. Rio

de Janeiro: Fiocruz, 2007.

FIGUEREDO, Regina Érika Domingos. 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 de Doutorado, Campinas: Unicamp, 2009.

FONSECA, Cristina; HOCHMAN, Gilberto. Repensando o Estado Novo: O que há de novo? – Políticas de Saúde Pública e Previdência, 1937-45. 1999. p. 73 – 94. In: Pandolfi, Dulce. Repensando o Estado Novo. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

GAGLIARDI, José Mauro. O Indígena e a República. São Paulo-SP: Editora 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: Ed. Fiocruz. p.139-150, 2005.

_____. Saúde dos povos indígenas. Reflexões sobre antropologia participativa. In: Langdon, Esther Jean; Garnelo, Luiza. Saúde dos povos indígenas(Orgs.). Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria Ltda. p. 53-68,2004.

HOCHMAN, Gilberto. A Era do Saneamento: As bases da política de Saúde Pública no Brasil. São Paulo:Editora Hucitec, 2006.

LANGDON, Esther Jean. . A Construção Sócio-Cultural da Doença e seu Desafio para a Prática Médica. 2005.p. 115-134. In: Roberto G. Baruzzi; Carmen Junqueira. (Org.). Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História. São Paulo: Terra Virgem/UNIFESP,2005.

LIMA, Antonio Carlos Souza. Um Grande Cerco de Paz. Poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil. Petrópolis – RJ: 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. (Orgs.). Estado e povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Contra-capá Livraria/LACED, p. 7 -23. 2002.

LIMA, Nísia Trindade; MAIO, Marcos Chor. Tradutores, intérpretes ou promotores de mudança? Cientistas sociais, educação sanitária rural e resistências culturais (1940 – 1960). In: Sociedade e Estado, Brasília, v. 24, n. 2, p. 529-561, 2009.

_____. Ciências sociais e educação sanitária: a perspectiva da Seção de Pesquisa Social do Serviço Especial de Saúde Pública na década de 1950. In: Revista História, Ciências, Saúde Manguinhos,vol.17,nº.2. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz,2010.

LOUREIRO, Antônio José Souto. A grande crise (1908 – 1916). Manaus: T. Loureiro e Cia, 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação SESP. Revista Fundação Serviços de Saúde Pública, Tomo VIII, n.01, Rio de Janeiro, 1975.

_____. Fundação SESP. Revista Fundação Serviços de Saúde Pública, Tomo XX, n.02, Rio de Janeiro, 1976.

_____. Fundação SESP. Revista Fundação Serviços de Saúde Pública: 45 anos, Rio de Janeiro, 1987.

MELO, Joaquim Rodrigues de. A política indigenista no Amazonas e o Serviço de Proteção aos Índios (1910-1932) 2007, fls.233. Dissertação de Mestrado em Sociedade e Cultura da Amazônia. Universidade Federal do Amazonas – UFAM, Manaus, 2007.

PINHEIRO, Themis Xavier de Albuquerque. Saúde Pública, Burocracia e Ideologia: um estudo sobre o SESP (1942 – 1974). Tese de Mestrado. Rio Grande do Norte: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 1992.

REGINO, Jonas Alves. Ações de Guerra sem o uso de armas: O Serviço Especial de Saúde Pública no Vale do Rio Doce/MG, 2007, 122fls. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Viçosa, Viçosa-MG.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos de; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. In: Revista Brasileira de História & Ciências Sociais, São Leopoldo, ano. I, n.I, jul. 2009.

SANTOS, LAC. O pensamento sanitário na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. In: Revista de Ciências Sociais, 1985, 28(2), fls.193-210.

SANTOS, Ricardo Ventura et al. Políticas públicas em saúde para os povos indígenas. In: Barros, Denise Cavalcante et al. (Org.). Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p. 75-91. 2007

SANTOS, Margarida Campos. Políticas de Saúde e organização de serviços na Primeira República: O Caso do Amazonas. 1986, 274fls. Dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária. Universidade Federal da Bahia - UFBA, Salvador.

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar; LIMA, Nísia Trindade. Os cientistas brasileiros visitam a Amazônia: as viagens científicas de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas (1910-1913). In: História, Ciências, Saúde, Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, suplemento, p. 15-50, dez.2007

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar. Ciência, nação e região: as doenças tropicais e o saneamento no Estado do Amazonas (1890-1930) Tese de Doutorado. Manaus: Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz, 2009.

TEIXEIRA, Carla Costa. Fundação Nacional de Saúde. A política brasileira de saúde indígena vista através de um museu. In: Revista Etnográfica, 2007, volume 12, fls. 323-351.

_____. Interrompendo rotas, higienizando pessoas: técnicas sanitárias e seres humanos

na ação de guardas e visitadoras sanitárias. In: Ciências e Saúde Coletiva, 13 (3), 2008, fls. 965-974.

TOBAR, Federico; YALOUR, Margot. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2001.

UCHOA, Samuel. A Profilaxia Rural: postos itinerantes. Diário Oficial. Manaus: Imprensa Oficial, 1922.

VILARINO, Maria Terezinha B. Entre lagoas e florestas: Atuação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) no saneamento do Médio Rio Doce – 1942-1960. 190f. 2008. Dissertação de Mestrado em História. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte.

ANEXOS

ANEXO 1:**Roteiro para Entrevistas individuais com profissionais de Saúde da antiga FSESP**

INFORMAÇÕES PESSOAIS

1. Nome Completo
2. Nível de Escolaridade (locais onde estudou)
3. Cidade onde nasceu
4. Profissão

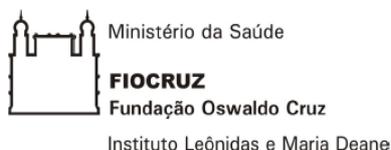
INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS

1. Conte como você ingressou na FSESP?
2. Fale sobre sua trajetória dentro da FSESP (quanto tempo permaneceu no serviço, o que fazia, em que locais atuou)
3. Além da FSESP, alguma outra instituição prestava serviços de saúde naquele período, se existia, havia parceria entre essas instituições com a FSESP?
4. Você recebeu formação da FSESP para sua atuação, qual era o conteúdo dessa formação? Você considera que ele estava adequado à realidade?
5. Havia alguma dificuldade para realizar o serviço proposto?
6. Como era a população com a qual você trabalhava? Quais eram suas principais necessidades no que diz respeito à saúde?
7. Havia diferenças na sua atuação conforme o tipo de pessoas com as quais você lidava

CUIDADOS COM A SAÚDE INDÍGENA

8. Havia indígenas na área que você trabalhou? Você sabe a que etnia eles pertenciam?
9. A FSESP se responsabilizava pelos cuidados de saúde dessa população?
10. Havia algum outro órgão que era responsável pela saúde indígena na época?
11. Como era na prática lidar com os indígenas?

ANEXO 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar, como voluntário(a), da pesquisa “**A FSESP diante da diversidade cultural: Um estudo sobre sua atuação no Amazonas**” sob responsabilidade da pesquisadora Amandia Braga Lima Sousa. A pesquisa tem como objetivo analisar como se deu a atuação da antiga Fundação de Saúde Pública – FSESP no interior do estado do Amazonas, considerando a diversidade cultural presente na região durante o período de existência da fundação. A coleta dessas informações possibilitará o conhecimento de práticas passadas, sendo estas fundamentais para realizar comparações e iluminar opções atuais no trato com a saúde. Para realização desse estudo será realizada uma entrevista com duração média de 1h (uma hora), quando e onde houver disponibilidade ao entrevistado. O uso da sua identidade e das informações obtidas serão restritos para fins científicos. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Não haverá qualquer ganho financeiro para parte alguma envolvida no processo da entrevista. Havendo quaisquer dúvidas, você poderá entrar em contato com a pesquisadora pelos telefones (92) 81211682 e (92) 3646 6093.

Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me leve a qualquer prejuízo.

Entrevistado(a)

Pesquisadora Responsável

Manaus, ____ de _____ de 2010.

ANEXO 3 – FIGURAS



FIGURA 1 - Mapa da atuação do Programa da Amazônia em 1952 – Fundo FSESP – Arquivo COC/FIOCRUZ

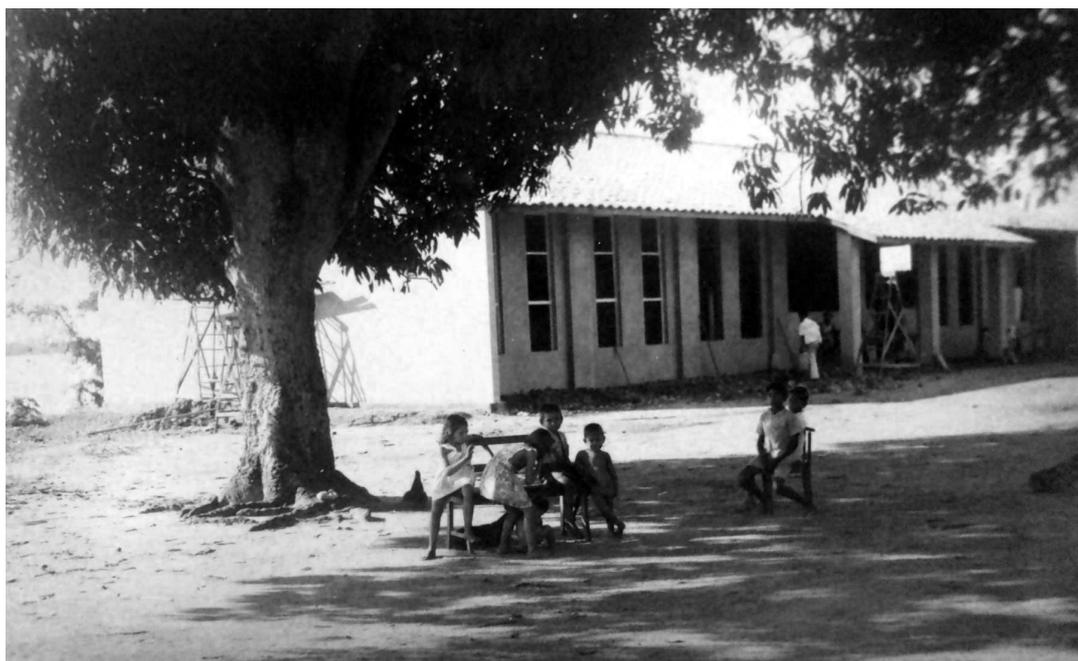


FIGURA 2 - Posto de Higiene em construção no município de Parintins (AM) em 1945 – Fundo FSESP – Arquivo COC/FIOCRUZ



FIGURA 3 - Transporte comum entre os profissionais do SESP em 1947 – Fundo FSESP – Arquivo COC/FIOCRUZ



FIGURA 4 - Visitadora de Saúde realizando visita em domicílio no município de Itacoatiara (AM) em 1946 Fundo FSESP – Arquivo COC/FIOCRUZ



FIGURA 5 - Inauguração do Posto de Saúde no município de Itacoatiara (AM) em 1946 – Fundo FSESP – Arquivo COC/FIOCRUZ

PESSOAL DIAS EM SERVIÇO NOS DISTRITOS SANITÁRIOS
DO PROGRAMA DA AMAZÔNIA
JANEIRO A MARÇO DE 1950

DISTRITOS		Médicos	Enfermeiras	Visitadoras	Guardas Sanitários
	Abastetuba	232	15	421	237
DIV.	Alenquer	58	17	283	34
	Altamira	99	-	241	116
	Benjamin Constant	56	-	-	-
	Breves	115	64	-	78
DIV.	Cametá	164	-	180	150
	Chaves	43	-	-	89
	Cruzeiro do Sul	88	-	260	88
	Eirunepé	90	-	-	-
DIV.	Guajará Mirim
	Gurupa	47	-	-	52
	Itacoatiara	102	-	442	177
	Lábrea	90	-	-	-
DIV.	Manicoré	84	-	-	-
	Marabá	129	-	356	89
	Maús	71	-	160	33
	Monte Alegre	167	-	268	57
	Óbidos	166	-	258	151
DIV.	Oriximiná	42	48	22	48
	Parintins	116	-	343	70
	Porto Velho	90	340	-	90
	Rio Branco	89	-	303	89
	Santarém	199	771	904	392
DIV.	Tarauá
	Tefé	90	-	-	89
	Xapuri	90	-	-	50

FIGURA 6 - Recursos Humanos no Programa da Amazônia em 1950- Fundo FSESP - Arquivo COC/FIOCRUZ

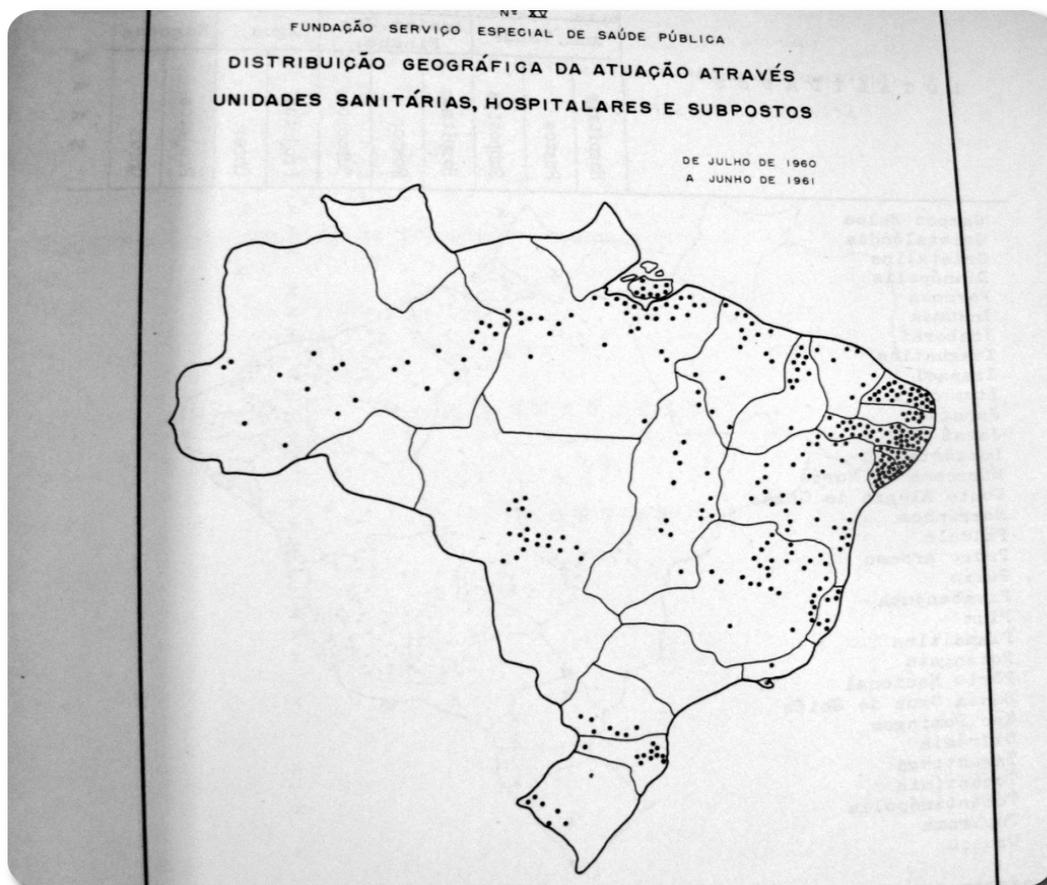


FIGURA 7 – Mapa da atuação da FSESP entre os anos 1960 e 1961 – Fundo FSESP – Arquivo COC/FIOCRUZ



FIGURA 8 – Reforma do Hospital da FSESP em Parintins em 1988 - Arquivo da Sala de leitura da FUNASA-AM.



FIGURA 9 – Procedimento de escovação realizado pela FSESP no município de São Paulo de Olivença, s/d - Arquivo da Sala de leitura da FUNASA-AM.

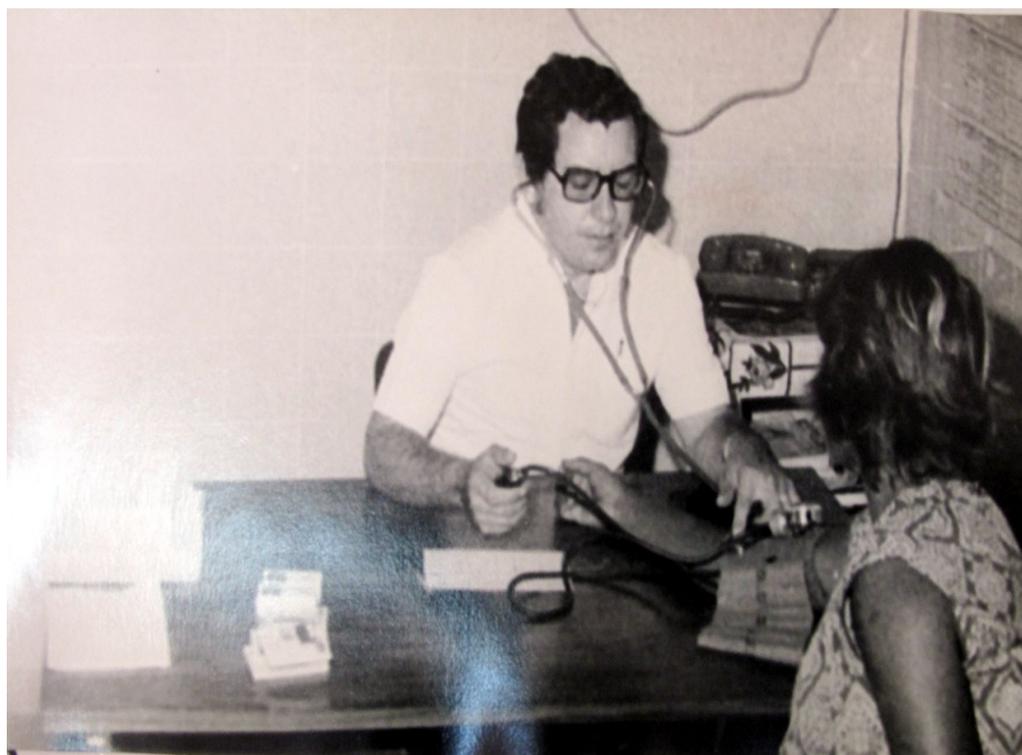


FIGURA 10 – Médico da FSESP em atendimento no município de Humaitá-AM, s/d. - Arquivo da Sala de leitura da FUNASA-AM.



FIGURA 12 – Profissionais de saúde da FSESP no município de Humaitá, s/d. - Arquivo da Sala de leitura da FUNASA-AM.