

Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde

PRISCILA MIRANDA

**“DO AVIÃO DESEMBARCA A ESPERANÇA”: INDIGENISMO,
INTERIORIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E O SERVIÇO DE UNIDADES
SANITÁRIAS AÉREAS (SUSA) (1951–1973).**

Rio de Janeiro

2023

PRISCILA MIRANDA

**“DO AVIÃO DESEMBARCA A ESPERANÇA”: INDIGENISMO,
INTERIORIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E O SERVIÇO DE UNIDADES
SANITÁRIAS AÉREAS (SUSA) (1951–1973).**

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz (COC/FIOCRUZ), como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Henrique Assunção Paiva

Rio de Janeiro

2023

PRISCILA MIRANDA

**“DO AVIÃO DESEMBARCA A ESPERANÇA”: INDIGENISMO,
INTERIORIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E O SERVIÇO DE UNIDADES
SANITÁRIAS AÉREAS (SUSA) (1951–1973).**

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz (COC/FIOCRUZ), como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Carlos Henrique Assunção Paiva - Casa de Oswaldo Cruz /Fiocruz – Orientador.

Prof.^a Dr.^a Carolina Arouca Gomes de Brito – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

Prof. Dr. Júlio César Schweickardt – Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/Fiocruz Amazonas.

SUPLENTES:

Prof. Dr. Paulo Cesar Basta – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP).

Prof. Dr. Luiz Antônio da Silva Teixeira – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

Rio de Janeiro

2023

M618a Miranda, Priscila.

“Do avião desembarca a esperança” : indigenismo, interiorização das políticas de saúde e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) (1951-1973) / Priscila Miranda.

– Rio de Janeiro, 2023.

102 f. ; il. color.

Orientador: Carlos Henrique Assunção Paiva.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz.

Bibliografia: f. 79-85.

1. Povos Indígenas. 2. Saúde de Populações Indígenas.
3. Serviços de Saúde do Indígena. 4. História do Século XX.
5. Brasil.

CDD 362.1

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Marise Terra - CRB6-351

Dedico aos Camaiurá, Cajabi, Calapalo, Juruna, Meinaco, Suiá, Iuaulapití, Trumai, Auêti, Cuicuro, Uará, Pacaás Novos, Caiuá, Terena, Cadiuéu, Carajá, Gorotire, Kubenkrankrein, Caiapos e a todos os outros povos que as fontes não permitiram identificar. Eles motivaram a criação do SUSA.

AGRADECIMENTOS

Neste dia, 10 de fevereiro de 2023, uma tarde de verão no Rio de Janeiro, concentro-me em escrever esta parte fundamental da dissertação. É hora de recordar as experiências e as pessoas que, de alguma maneira, contribuíram para que esse trabalho se tornasse realidade.

Vale registrar que, no momento que finalizo essa investigação sobre o SUS — serviço de atendimento médico dedicado às populações indígenas que funcionou no Brasil entre 1950 e 1970 — o Ministério da Saúde declarou uma emergência em saúde pública no território Yanomami, provocada pelo aumento do garimpo ilegal e a omissão de agentes públicos.

Agradeço à minha mãe, Ana, por sempre me encorajar e apoiar em todas as minhas decisões. Sempre celebrando minhas conquistas e apoiando nas derrotas. Também agradeço ao meu pai, Jorge, pelo apoio e amor incondicional de sempre.

Agradeço ao Wong, por todo suporte, carinho e amor que tem me proporcionado ao longo de todo esse tempo.

Agradeço à minha avó, Odalia, pelo exemplo de mulher e pelas orações diárias.

Agradeço ao meu irmão, Patrick, pelas mensagens singelas de apoio. Por acolher tão bem meus anseios acadêmicos e sempre me apoiar em momentos difíceis.

Agradeço à minha tia, Andréia, e ao meu cunhado, Bruno, por se mostrarem sempre interessados na minha pesquisa. Um gesto de afeto que ajuda nesse trabalho tão solitário.

Agradeço aos meus amigos, Miguel e Roberta, que, apesar da distância, estão sempre presentes na minha vida. Obrigada pelas longas horas de conversas acadêmicas e pelas constantes conversas bobas.

Agradeço às colegas de turma, Anna Carolina, Gwan, Laís, Renata Mascarenhas e Renata Carneiro, a companhia de vocês tornou a jornada mais leve.

Agradeço aos meus amigos que me apoiaram do começo ao fim, em especial a Ana Cláudia, Karollen, Iasmim, Karen, Joyce, Everton e André.

Ainda agradeço à secretaria do PPGHCS, especialmente ao Paulo Chagas, ao Sandro Hilário e à Viviane Deberge, pela ajuda na resolução das tarefas burocráticas.

Agradeço também aos trabalhadores e trabalhadoras da Biblioteca de Manguinhos, do Arquivo Histórico da Casa de Oswaldo Cruz e da Biblioteca de História das Ciências e da Saúde, especialmente a Marise Terra. À bibliotecária Nair, funcionária do Instituto Histórico-cultural da Aeronáutica (INCAER), pelo esforço de encontrar documentos que pudessem contribuir para pesquisa, após diversas tentativas em outros setores da Força Aérea Brasileira (FAB).

Agradeço aos professores e professoras da Casa de Oswaldo Cruz (COC) pelas maravilhosas aulas ministradas.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior -CAPES pela bolsa concedida durante 16 meses; e a Fundação Carlos Chagas de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro – FAPERJ, pela Bolsa Mestrado Nota 10, concedida durante 8 meses. O apoio financeiro concedido por essas agências foi fundamental para a realização dessa pesquisa.

Agradeço aos membros da banca de defesa, Prof.^a Dr^a Carolina Arouca Gomes de Brito e Prof. Dr. Júlio César Schweickardt, que, apesar do prazo apertado, aceitaram o convite. Obrigada pela generosidade.

Por fim, agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Carlos Henrique Assunção Paiva. O mestrado é bastante exigente, não posso negar, mas o professor Carlos tornou a experiência mais agradável. Agradeço por ser um orientador tão atento e paciente. Foram dois anos de muito aprendizado.

A floresta está viva. Só vai morrer se os brancos insistirem em destruí-la. Se conseguirem, os rios vão desaparecer debaixo da terra, o chão vai se desfazer, as árvores vão murchar e as pedras vão rachar no calor. A terra ressecada ficará vazia e silenciosa. Os espíritos xapiri, que descem das montanhas para brincar na floresta em seus espelhos, fugirão para muito longe. Seus pais, os xamãs, não poderão mais chamá-los e fazê-los dançar para nos proteger. Não serão capazes de espantar as fumaças de epidemia que nos devoram. Não conseguirão mais conter os seres maléficos, que transformarão a floresta num caos. Então morreremos, um atrás do outro, tanto os brancos quanto nós. Todos os xamãs vão acabar morrendo. Quando não houver mais nenhum deles vivo para sustentar o céu, ele vai desabar.

Davi Kopenawa

RESUMO

O presente trabalho busca analisar o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) em sua atuação no Brasil entre os anos 1951 e 1973. Tem como objetivo principal caracterizar e compreender esse serviço de saúde. Para isso, é essencial apresentar como se deu a formulação do serviço, identificar os principais atores envolvidos, as ligações governamentais, os aspectos políticos e sociais da época e o modelo de atenção à saúde prestado pelo SUSA. Outro objetivo fundamental da pesquisa é entender como a experiência do SUSA influenciou as políticas indigenistas de saúde e os movimentos de interiorização dos serviços de saúde no Brasil. Para a pesquisa foram considerados os periódicos da época, as revistas do Serviço Nacional de Tuberculose e os documentos administrativos do Estado. Desse modo, a experiência do SUSA mostrou-se um elemento articulador, à época, para os debates sobre a saúde indígena.

Palavras-chave: Noel Nutels; SUSA; Políticas Indigenistas; Saúde Indígena; Interiorização da Saúde; Unidades Sanitárias Aéreas.

ABSTRACT

The present paper aims to analyze the Air Sanitary Unit Service (SUSA) in its performance in Brazil between the years 1951 and 1973. The main goal with this research is to characterize and understand this health service. In order to do that, it is essential to state how the service was formulated, to identify the main actors involved, the government connections, the political and social aspects of the time and the health care model provided by SUSA. Another fundamental objective of this analysis is to understand how the experience of SUSA influenced indigenous health policies and movements for the interiorization of health services in Brazil. For the research, journals of the time, Magazines of the National Tuberculosis Service and administrative documents of the State were considered. This way, the SUSA experience proved to be an articulating element, at the time, for debates on interiorization and indigenous health.

Key-words: Noel Nutels; SUSA; Indigenous Policies; Indigenous health; Interiorization of Health; Air Sanitary Units.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Linha Acre.....	44
Figura 2: Linha Araguaia.....	45
Figura 3: Linha Boa Vista.	45
Figura 4: Linha São Francisco.....	46
Figura 5: Linha Rio Tocantins.....	46
Figura 6: Linha Xavantina.....	47
Figura 7: Douglas C-47 ^a e C-47B.....	48
Figura 8: Lockheed 18 Lodestar.....	49
Figura 9: Cadastro tuberculínico na região do Alto Xingu, 1959.	50
Figura 10: Tabela de atendimentos de 1967.....	56
Figura 11: Como era realizado os atendimentos do SUSA.	58
Figura 12: Atendimento aos Terenas – 1961.....	59
Figura 13: Noel Nutels.	60
Figura 14: Caravanas.....	60
Figura 15: SUSA.....	61
Figura 16: Barraca do SUSA.....	61
Figura 17: Atendimento do SUSA no Alto Xingu.....	62
Figura 18: Capa.....	63
Figura 19: Resumo das atividades de 1959.....	65
Figura 20: Resumo das Atividades de 1960.....	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Organização do SUSA.....	155
------------------------------------	-----

LISTA DE SIGLAS

CAN – Correio Aéreo Nacional.

CNCT – Campanha Nacional Contra a Tuberculose.

DNS – Departamento Nacional de Saúde.

DNERu – Departamento Nacional de Endemias Rurais.

ERX – Expedição Roncador Xingu.

EVS – Equipes Volantes de Saúde.

FAB – Força Aérea Brasileira.

FUNAI – Fundação Nacional do Índio.

INCAER – Instituto Histórico-cultural da Aeronáutica.

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública.

SBH – Sociedade Brasileira de Higiene.

SNT – Serviço Nacional de Tuberculose.

SPI – Serviço de Proteção do Índio.

SUSA – Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas.

UAE – Unidade de Atendimento Especial.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO 1: Interiorização da Saúde, Desenvolvimento e Povos Indígenas.	20
1.1 - A Interiorização dos Serviços de Saúde no Brasil.....	20
1.1.2 - Debates e ações em saúde pública na primeira metade do século XX.	21
1.1.3 - Interiorização no contexto pós-guerra.	25
1.2 - A relação entre saúde e o desenvolvimento.....	27
1.3 - Um lugar para os povos indígenas nas políticas de saúde pública brasileira.	31
CAPÍTULO 2: O Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA): Plano para uma Campanha de Defesa do Índio Contra a Tuberculose.	36
2.1 - Noel Nutels: as origens do plano de assistência médica as comunidades indígenas e rurais do Brasil.....	37
2.2 - As Unidades Sanitárias Aéreas.....	44
2.3 - O modelo de assistência médica-sanitária desenvolvido pelo SUSA.	51
CAPÍTULO 3: A experiência do SUSA e seus significados para as políticas de saúde pública no Brasil: algumas considerações.....	70
3.1 – Políticas indigenistas de saúde e o papel do SUSA.	70
CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	79
ANEXOS	86

INTRODUÇÃO

No dia 29 de dezembro de 1957, o jornal *Correio da Manhã* (1901-1974) publicou uma reportagem com o seguinte título: “Males de civilizados chegam à selva, mas a ação da medicina chega também”. Segundo o texto:

Pousa o avião, apetrechos são imediatamente retirados do bojo da aeronave, monta-se em poucos minutos uma barraca e em seguida ao ar livre, inicia-se o cadastro torácico, para descoberta da tuberculose, e a vacinação contra a varíola, tuberculose (BCG) e febre amarela. Isso em plena selva e nos mais longínquos rincões do país. O avião é da FAB e o pessoal de serviço pertence à Unidades Sanitárias Aéreas. A cena repete-se no oeste de Mato Grosso, no vale do Xingu, onde quer que haja um aeroporto, por mais isolado que seja o lugarejo ou aldeia. É o que agora se dá.¹

A reportagem contava sobre o trabalho desenvolvido pelo Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) e o empenho do idealizador do serviço, o médico sanitarista Noel Nutels (1913–1973), em levar atendimento de saúde aos brasileiros que viviam em áreas de difícil acesso. Naquela época, acreditava-se que a tuberculose ainda não havia atingido o interior do Brasil, não como um problema social. Contudo, não foi o que sanitarista constatou quando acompanhou a Expedição Roncador-Xingu (ERX) (1943-1948)², como responsável pela saúde dos participantes (PAIVA, 2003; LESSA, 2013).

Sendo assim, o objetivo geral deste estudo é caracterizar e compreender o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) em sua atuação no Brasil entre 1951 e 1973. Iniciamos este estudo quando o SUSA ainda era o “Plano para uma Campanha de Defesa do Índio Brasileiro contra a Tuberculose” e seguimos até a morte do Drº Noel Nutels, seu formulador. Segundo Dina Costa (1987) e Mariza Paz (1994), a partir da morte de Nutels ocorre um enfraquecimento e desorganização das ações do serviço. Além disso, as

¹ FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). Males de civilizados chegam à selva, mas a ação da medicina chega também. *Jornal Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, 29 dez. 1957 - p. 2 e 16 – 1º Caderno – Nº 19 866 (1).

² A Expedição Roncador-Xingu, foi criada em 3 de junho de 1943, através da Portaria nº 77 da Coordenação de Mobilização Econômica (CME), representando um passo decisivo do projeto de conquista e desenvolvimento das regiões do interior do Brasil. A expedição tinha como principal objetivo a construção de vias de comunicação com o Amazonas através do interior do país. A abertura dos caminhos deveria ser seguida pela implantação de “núcleos de civilização”, isto é, construção de acampamentos, campos de pouso e instalação de bases radiofônicas. Obedecia aos interesses estratégicos e militares do Governo, prevendo o aproveitamento dos recursos naturais e humanos das regiões e sua incorporação à rota aérea nacional. Os nomes mais expressivos da expedição foram de Leonardo, Cláudio e Orlando Villas Bôas. Por fim, a expedição cumpriu o anseio inicial de levar “civilização” e o “desenvolvimento” para o sertão do Brasil. Durante a atuação da expedição foram abertos mil e quinhentos quilômetros picadas, e assim nasceram quarenta e duas cidades e vilas, dezenove campos de pouso, dos quais quatro se tornaram bases militares, constituindo hoje importantes pontos de apoio na segurança de voo nas rotas internas e internacionais. (SCHNEIDER; ALMEIDA, 2019)

mudanças políticas implementadas pela gestão da Fundação Nacional do Índio (FUNAI)³ também causaram o enfraquecimento do serviço.

No período delimitado para pesquisa, consideramos relevante destacar os anos de 1956, 1963 e 1968, que foram os anos nos quais ocorreram mudanças significativas para o serviço. Assim, são respectivamente os anos de institucionalização do “Plano para uma Campanha de Defesa do Índio Brasileiro contra a Tuberculose” através da Portaria nº 105 de 02 de maio de 1956 como SUSA; integração definitiva do SUSA as atividades do Correio Aéreo Nacional (CAN); e a transformação para Unidades de Atendimento Especial (UAE).

Tabela 1: Organização do SUSA

ANO	DOCUMENTO	ASSUNTO
1952	Plano para uma Campanha de Defesa do Índio Contra a Tuberculose.	Proposta de serviço de atendimento médico-odontológico elaborado pelo médico Noel Nutels.
1956	Portaria Nº 105 de 02 de maio de 1956.	Documento que incorporou o SUSA ao Ministério da saúde.
1963	Aviso Nº 71/ GM3 – de 22 de outubro de 1963.	Efetivação do apoio da FAB ao SUSA.
1968	Política Indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas.	Drº José Antônio Nunes de Miranda, diretor da UAE e Coordenador do Programa Nacional de Tuberculose, concede uma entrevista a Dina Costa e conta o que aconteceu com o SUSA após a criação da FUNAI.

A institucionalização do SUSA aconteceu durante o governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961), um período marcado pelo intenso debate relativo ao desenvolvimento e interiorização das ações do Estado brasileiro (COSTA, 1987).

³ Em 2023, o nome Fundação Nacional do Índio foi substituído por Fundação Nacional dos Povos Indígenas. A Fundação está vinculada ao recém-criado Ministério dos Povos Indígenas. Usei ao longo do texto “Fundação Nacional do Índio” para manter a fidelidade aos documentos, e porque o uso do termo “índio” revela características relevantes sobre as políticas indigenistas do recorte temporal dessa pesquisa. Atualmente existe um extenso debate sobre o uso do termo “índio” e quais os significados que ele carrega.

Destaca-se ainda, que a sociedade brasileira nesse período era predominantemente rural e com altas taxas de mortalidade e natalidade (KLEIN; LUNA, 2014).

O SUSA foi uma iniciativa de saúde planejada principalmente para as populações indígenas. O nome original do projeto indicava que era uma “campanha de defesa do índio contra a tuberculose”, mas Nutels compreendia que as populações que viviam perto dos territórios indígenas deveriam ser atendidas para evitar a transmissão de doenças pelo contato. Dessa forma, pretendia-se criar cinturões de proteção organizados para impedir que aventureiros levassem doenças para dentro dos territórios indígenas.

Desde o período colonial, as populações indígenas sofrem com a disseminação de doenças pelo “homem branco”. A história dos povos indígenas no Brasil é, predominantemente, caracterizada pela dizimação por meio de gripes, varíola, tuberculose, pneumonia, coqueluche, sarampo e outras doenças que levaram ao desaparecimento de povos inteiros (OLIVEIRA; FREIRE, 2006). Conforme o texto:

Nas primeiras décadas do séc. XX, esta realidade não foi alterada: nos grupos recém contatados pelo SPI, aldeias inteiras foram destruídas por doenças pulmonares. Ao causar mortalidade, os pós-contato iniciava o desequilíbrio das condições de sobrevivência de um povo, que já enfrentava doenças endêmicas, como verminoses e malárias: havia desnutrição, dificuldade de produção de alimentos, pioravam os cuidados sanitários. (OLIVEIRA; FREIRE; 2006: 123)

Noel Nutels foi considerado pelos seus contemporâneos — os irmãos Villas-Bôas e o médico pneumologista Edmundo Blundi⁴ — como o formulador do SUSA (HOUAISS, 1974). A historiografia também demonstra que Nutels foi responsável pela mais relevante iniciativa da saúde pública brasileira voltada para as populações indígenas (COSTA, 1987; BRITO, 2011).

De acordo com a literatura consultada, Noel Nutels é considerado um “intelectual engajado”, um crítico a retórica intelectual que agia alheia as experiências sociais que constituíam a sociedade brasileira. Para ele, era impossível transformar a realidade social dessa forma, sem a conexão entre teoria e a prática. O seu discurso foi marcado pela defesa da integração social das comunidades que viviam afastadas das ações de instituições do Estado (PAIVA, 2003).

⁴ Edmundo Blundi foi o idealizador do curso de Pneumologia da PUC-Rio. Era pneumologista especialista em doença pulmonar obstrutiva crônica e liderava o setor de Pneumologia da Clínica São Vicente. Também trabalhou na Policlínica do Rio de Janeiro, onde aconteciam as aulas práticas do seu curso.

Como apontado por João Pacheco de Oliveira (2016), é relevante salientar que, nas décadas de 1950 e 1960, a Antropologia brasileira se dedicou a preocupações e reflexões inovadoras sobre as populações indígenas, como a crítica aos estudos de aculturação e ao conceito de assimilação, por exemplo. No entanto, ainda persistia a ideia de que a situação dos povos indígenas era transitória (OLIVEIRA; FREIRE, 2006).

Com a crença de que os povos indígenas seriam absorvidos pela sociedade, não haveria a necessidade de um serviço médico específico para esse grupo social. Essa ideia se encaixava nas discussões dos projetos indigenistas da época, que se fundamentavam nos ideais do regime tutelar.

A primeira experiência de Nutels com o uso de aviões para fins de saúde ocorreu em 1947, quando participou da Expedição Roncador-Xingu (ERX) supervisionada pela Fundação Brasil Central (FBC)⁵. Quando as vacinas BCG foram transportadas para a região do Rio Negro, que enfrentava uma proliferação acelerada e devastadora da tuberculose. Em carta endereçada ao Dr. Edmundo Blundi, o Dr. Arlindo de Assis⁶ declarou que, pela primeira vez no mundo, a vacina BCG havia sido aplicada em local tão distante da “civilização” (HOUAISS, 1974).

Após sua experiência na Expedição Roncador-Xingu, Noel desenvolveu interesse pela tisiologia e as condições sanitárias dos indígenas (HOUAISS, 1974; SCLIAR, 2015). Em 1951, realizou um curso de especialização em tisiologia, o Curso de Tisiologia Sanitária e Social da então Campanha Nacional contra a Tuberculose (CNTC). Apresentou o “Plano para uma Campanha de defesa do Índio Brasileiro contra a Tuberculose” como trabalho de conclusão de curso. O plano foi publicado depois no número 139 da Revista Brasileira de Tuberculose (janeiro-fevereiro 1952) (SCLIAR, 2015). O projeto tinha como objetivo estabelecer ações permanentes para criar um cinturão sanitário entorno dos territórios indígenas.

Já nos primeiros anos do século XX, os relatórios dos médicos e cientistas que participaram das viagens técnicas-científicas promovidas pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC)⁷ no Brasil revelaram a precária situação das populações que viviam no interior do país (LIMA, 2013).

⁵ O decreto-lei n. 5878, de 4 de outubro de 1943, instituiu a Fundação Brasil Central (FBC), destinada a desbravar e colonizar as zonas compreendidas entre os altos rios Araguaia e Xingu.

⁶ Médico microbiologista, responsável pela introdução da vacina BCG no Brasil no ano de 1925 e responsável pela produção e pesquisa da vacina no laboratório da Fundação Ataufo de Paiva.

⁷ No início da década de XX, o Instituto Oswaldo Cruz (IOC) passou a colaborar com a Secretária de Negócios da Agricultura, Comércio e Obras Públicas do Ministério da Viação. O IOC promoveu expedições científicas que desbravaram o interior do Brasil. O objetivo era conhecer as doenças, realizar diagnóstico e

É relevante situar o debate sobre a questão sanitária indígena no contexto mais amplo do processo de interiorização dos serviços de saúde, uma vez que o SUSA tinha como objetivo principal romper com o isolamento geográfico, proporcionando atendimento médico-sanitário às populações do interior do Brasil, sobretudo aos indígenas. Segundo Carlos Paiva (2016), a agenda do saneamento rural esteve presente na sociedade brasileira antes do pós-guerra, ainda no movimento sanitário de 1910/1920, sofrendo modificações em suas políticas e discursos no decorrer dos anos 1950 até o final dos anos de 1970.

Em relação às políticas voltadas para os povos indígenas, nos anos 1940, discussões internas no Serviço de Proteção ao Índio (SPI)⁸ (1910-1967) mostraram a necessidade de lidar com os problemas de saúde dos grupos indígenas, revelando falhas no Departamento Nacional de Saúde (DNS). Herbert Serpa, chefe da Seção de Estudos (SE)⁹ do SPI, foi o principal responsável dentro da organização na defesa da criação de um “Serviço Médico-Sanitário do SPI” (BRITO, 2011). O SPI sofria com a ineficiência das ações de saúde, e diversos eram os motivos que dificultavam a construção de ações permanentes de saúde. A atuação do SPI no campo da saúde foi permeada por dificuldades segundo a historiografia disponível, entre elas, podemos citar o trabalho de Mariza Campos da Paz (1994), João Pacheco de Oliveira (2008) e Carolina Brito (2011).

A pesquisa, portanto, compreende que a formulação e execução do SUSA não foi feita de forma alheia às questões mais abrangentes que afetavam a vida pública nacional. O SUSA foi um serviço que atendeu as necessidades e interesses de seu tempo, onde ocorreram disputas, negociações, acordos e resistências. Identificamos, ao longo das

levar atendimento à população do interior do país. Sobre essa questão, ver: LIMA, Nísia Trindade. Um sertão chamado Brasil.; THIELEN, Eduardo Vilela et al. A ciência a caminho da roça: imagens das expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil entre 1911 e 1913; LIMA, Nísia Trindade. Uma brasileira médica: o Brasil Central na expedição científica de Arthur Neiva e Belisário Penna e na viagem ao Tocantins de Júlio Paternostro; SCHWEICKARDT, Júlio César; LIMA, Nísia Trindade. Os cientistas brasileiros visitam a Amazônia: as viagens científicas de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas (1910-1913); KROPF, Simone Petraglia. Carlos Chagas e os debates e controvérsias sobre a doença do Brasil (1909-1923); SÁ, Dominichi Miranda de. Uma interpretação do Brasil como doença e rotina: a repercussão do relatório médico de Arthur Neiva e Belisário Penna (1917-1935); MELLO, Maria Teresa Villela Bandeira de.; PIRES-ALVES, Fernando A. Expedições científicas, fotografia e intenção documentária: as viagens do Instituto Oswaldo Cruz (1911-1913). *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, jul. 2009, p.139-179.

⁸ O Estado brasileiro instituiu por meio do Decreto nº 8.072, de 20 de junho de 1910 o Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPI/ITN). Tinha por objetivo a pacificação e proteção dos grupos indígenas, o estabelecimento de núcleos de colonização com base na mão de obra sertaneja. Em 6 de janeiro de 1918 pelo Decreto Lei nº 3.454 ocorreu a separação de funções e foi instituído o SPI. O SPI foi extinto em 1967 e precedido pela criação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI).

⁹ O regimento do SPI publicado em 1942 criou a *Seção de Estudos* que tinha como objetivo realizar estudos etnográficos das populações indígenas do Brasil.

investigações, que o SUSA foi muito além das populações indígenas, atuando entre os trabalhadores nos seringais do Acre, nas minas de carvão em Santa Catarina, nos canteiros de obras da rodovia Belém-Brasília e nas campanhas de combate à seca no Nordeste brasileiro. Além disso, não ficou limitada a tuberculose, conforme sugeria seu projeto original.

Os questionamentos que direcionaram o desenvolvimento dessa pesquisa foram: Quem eram os atores envolvidos com a elaboração e execução do SUSA? Quais as relações internas e externas desse grupo de pessoas? Quais os aspectos políticos e sociais da saúde indígena e do movimento de interiorização dos serviços de saúde no Brasil? Qual o modelo de cuidado à saúde prestado pelo SUSA?

A dissertação está dividida em três partes. O Capítulo I – Interiorização da Saúde, Desenvolvimento e Povos Indígenas (1951-1973) – apresenta os aspectos políticos e sociais do processo de interiorização da saúde pública no Brasil e da saúde indígena e entre as décadas de 1950 e 1960.

O Capítulo II – O Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA): Plano para uma Campanha de Defesa do Índio Contra a Tuberculose – enfatiza a dinâmica de construção e execução do SUSA, identificando as forças políticas e grupos de interesses setoriais/institucionais, nos quais ideias, propostas, atore e instituições se encontraram e cujos ajustes e negociações culminaram nesse modelo de atenção à saúde.

O Capítulo III – A experiência do SUSA e seu significado para as políticas de saúde pública no Brasil: algumas considerações – descreve como o modelo de atendimento do SUSA contribuiu para a construção de ações de saúde para as comunidades indígenas e rurais do Brasil. Dessa maneira, apresentando um balanço geral sobre o funcionamento desse serviço de saúde, caracterizando os possíveis legados institucionais e aprendizados.

CAPÍTULO 1: Interiorização da Saúde, Desenvolvimento e Povos Indígenas.

O objetivo deste capítulo é introduzir de forma histórica uma discussão sobre a interiorização da saúde, desenvolvimento e povos indígenas no recorte temporal delimitado para a pesquisa. Considerando o contexto político-social no qual essas ideias se desenvolveram. A discussão é relevante porque, através dela, será possível compreender como o contexto político-social nacional, em suas interações com o cenário internacional, se relacionou com a origem e o funcionamento do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA). Geralmente, o período analisado é conhecido pela historiografia como um momento em que aconteceram muitas discussões (internacionais) a respeito dos custos econômicos das doenças como um empecilho para o progresso dos países. A historiadora Angela de Castro Gomes (2013) apresenta uma das chaves de leitura do período, a qual considera que ocorreu uma busca pela modernidade política e pelo desenvolvimento econômico. A ligação entre a saúde e o progresso foi o que norteou as conversas no campo da saúde pública brasileira naquele período (CAMPOS, 2006; MUNIZ, 2013; HOCHMAN, 2013; LIMA, 2009; VIEIRA, 2015).

A primeira seção, “A Interiorização dos Serviços de Saúde no Brasil”, delimita algumas questões importantes como a gênese dos debates sobre a saúde do sertão e as mudanças no teor das discussões e práticas ao longo do tempo. Na segunda seção, “A relação entre saúde e desenvolvimento”, discutimos alguns aspectos da pesquisa em relação às mudanças operadas pela filosofia do desenvolvimento no conceito de saúde. A terceira seção, “Um lugar para os povos indígenas nas políticas de saúde pública brasileira”, pretende situar as populações indígenas no debate saúde x desenvolvimento x interiorização.

1.1 - A Interiorização dos Serviços de Saúde no Brasil.

A partir da primeira década do século XX, as ações de saúde pública desenvolvidas pelo Estado estiveram concentradas nas grandes metrópoles. As respostas tinham como objetivo os problemas causados pelo desenvolvimento urbano, que atendeu às necessidades da expansão da produção de café, dentre outros fatores (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012). É crucial perceber que a saúde está interligada, de alguma forma, às questões políticas, sociais e econômicas de cada período. Dessa forma, devemos ter consciência de que o conceito e a relevância da saúde estão relacionados às tendências

sociais de cada época, sendo organizados de acordo com as necessidades e contextos específicos.

Nos últimos anos da Primeira República, as elites começaram a desenvolver maior interesse em relação à saúde do país e, ao mesmo tempo, começaram a desenvolver o entendimento que seria do Estado a responsabilidade de manter o território em boas condições e a população saudável. Este período foi caracterizado pelo aumento das políticas estatais de saúde, com uma tendência à centralização e à nacionalização. Uma política de saúde concebida para todo o país se estabeleceria através da negociação entre os poderes estaduais e o poder central, tendo um grande impacto no aumento da capacidade do Estado de intervir no território nacional (HOCHMAN, 2013).

A existência de doenças, sobretudo aquelas que eram endêmicas, nas áreas mais remotas do país, começou a ser questionada a partir da correlação entre um país doente como consequência de um Estado ausente. Os problemas de saúde eram identificados como um dos principais fatores que afetavam a sociedade brasileira. Dessa forma, a responsabilidade do governo deveria se concentrar em diversos problemas de saúde pública, levando em consideração as dimensões do território e criando agendas de ações para além das emergenciais, empregadas em momentos de surtos epidêmicos.

Assim, apresentaremos os principais pontos sobre o movimento de interiorização dos serviços de saúde pública no Brasil nesta seção. Para essa tarefa, analisaremos estudos historiográficos que tratam das ações do Estado para a ampliação e interiorização dos serviços públicos de saúde. Salientando que a ideia que norteia este tópico é sobre as mudanças ocorridas nos discursos e nas práticas de interiorização dos serviços de saúde.

1.1.2 - Debates e ações em saúde pública na primeira metade do século XX.

A partir do início do século XX, a doença foi um dos elementos que compuseram as análises sobre a realidade social do país. O desejo de modernizar o país fez com que, por muito tempo, as ações de saúde se concentrassem nas áreas urbanas e portuárias, combatendo doenças que poderiam ameaçar o modelo econômico agrário exportador. Além disso, a intervenção do Estado nas áreas rurais certamente criaria um conflito entre o governo e os anseios da aristocracia rural, por isso essa questão permaneceu isolada até a década de 1910 (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012). Para Marcos Cueto e Steven Palmer:

Ao longo do século XX, a América Latina adquiriu uma justificável reputação de um lugar onde os pobres – e especialmente os pobres rurais – careciam de serviços de saúde adequados. Ao mesmo tempo,

pesquisas recentes na história das agências públicas nacionais de saúde na região destacam como a América Latina foi importante na montagem do primeiro sistema internacional de saúde do mundo. (CUETO; PALMER, 2016: 121)

Na Primeira República — um regime político caracterizado pelo domínio oligárquico, pela fragmentação dos territórios e por uma economia majoritariamente cafeeira — as doenças que afetavam as regiões mais internas da nação eram vistas como um sinal de atraso nacional, conforme define o historiador Érico Muniz (2013). No seu trabalho, Nísia Trindade Lima (2013) apresenta uma discussão sobre o pensamento social brasileiro, destacando a construção da representação do sertão brasileiro como um lugar doente.

De acordo com Escorel e Teixeira (2012), a partir da metade dos anos 1910, o pensamento social brasileiro sofreu alterações que mudaram as ações de saúde para o interior do país. Muniz (2013) destaca:

A partir da década de 1910, o tema das chamadas endemias rurais ganhava destaque, vivia-se um clima de medo das doenças infectocontagiosas muito frequentes em todo o país. (MUNIZ, 2013: 17)

No meio dos debates sobre as condições sanitárias nas áreas rurais e a vida no campo, o saneamento do sertão surgiu como um problema público de saúde. A falta de produtividade do brasileiro foi justificada pelas doenças, pelo abandono do Estado, antes uma parte das explicações eram raciais. As doenças, sobretudo as que se propagam facilmente, infectavam ricos e pobres, reduziam a força de trabalho, afugentavam os investidores, interferiam no consumo e na produção de bens, tendo um impacto negativo na economia. Dessa maneira Carlos Paiva (2016) destaca:

O fato é que, a partir dos anos 1910, pouco a pouco a preocupação com a higienização dos centros urbanos, notadamente a capital federal, começa a ser compartilhada com o progressivo interesse na ocupação dos sertões, então considerados espaços de barbárie e da doença. (PAIVA, 2016: 227)

O movimento de saneamento rural, ao longo da primeira metade do século XX, operou segundo um projeto de intervenção as populações rurais, os sertanejos, ou ainda, homens e mulheres do interior, com o objetivo da inclusão desses indivíduos à comunidade nacional via educação, saúde e saneamento. As ações de saneamento rural, nesse primeiro momento, podem ser, em geral, classificadas por sua tendência missionária e salvacionista (LIMA; HOCHMAN, 1996):

Quando, a partir da Primeira República, a doença entrou gradualmente em cena como elemento analítico e explicativo da realidade social do País, o debate se deslocou para as condições sanitárias de todo o território nacional, não mais unicamente restrito ao ambiente urbano. (PAIVA, 2016: 228)

Na época, fizeram-se viagens científicas para o interior do Brasil para se conhecer as condições de vida e as doenças que predominavam no país. Os documentos redigidos pelos médicos e cientistas que participaram dessas expedições médico-científicas permitiram traçar considerações importantes sobre a situação da população brasileira que vivia em locais de difícil acesso, territórios repletos de doenças e com a ausência do poder público. A divulgação dos relatórios foi importante, pois, em parte, foi responsável por inserir a questão sanitária do interior do país na agenda nacional de saúde pública:

(...) os relatórios das diversas expedições científicas que se embrenhavam pelo interior brasileiro começaram a mostrar um quadro mais realista da saúde da nossa população. As expedições do Instituto Oswaldo Cruz – em especial a dirigida pelos cientistas Arthur Neiva e Belisário Penna – foram centrais nesse processo, pois elaboraram densos relatórios que, além de trazer a público os problemas sociais do interior, faziam um amplo inventário da multiplicidade de enfermidades que assolavam os sertanejos. (...) A partir do conhecimento desses relatos, cada vez mais os problemas de saúde dos sertões entraram na ordem do dia, passando a ser vistos como o maior entrave à ampliação da capacidade econômica do país e fonte de nossa eterna inferioridade diante das nações desenvolvidas. (SCOREL; TEIXEIRA, 2012: 435)

As ações profiláticas rurais que começaram nos anos 1910-1920 serviram de base para as políticas públicas de combate às endemias rurais. Vale frisar que o aparecimento dessas políticas estava intimamente ligado ao contexto histórico e político daquele período, momento em que houve uma mudança, a transferência dos cuidados com a saúde da esfera privada e individual para o poder público devido a interesses envolvidos na formulação das políticas sanitárias (MUNIZ, 2013). Segundo nos apontam Cueto e Palmer:

A partir dos anos 1920, os governos centrais da América Latina, em processo de expansão de sua autoridade, começaram a criar ministérios e secretarias de saúde em um nível de gabinete e agências para administrar planos de previdência. (CUETO; PALMER, 2016: 139)

O governo de Getúlio Vargas (1930-1945) — o Estado novo¹⁰ — demonstrou empenho na criação de um aparato estatal para a gestão do Estado brasileiro. O aspecto

¹⁰ Para melhor compreensão do tema da saúde no Governo Vargas ver: FONSECA, Cristina M. Oliveira. Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, 298p.

marcante desse período foi o fortalecimento do poder público que possibilitou a construção de uma ampla estrutura para a Saúde Pública brasileira, permitindo dessa maneira o incremento das atividades de combate as endemias (FONSECA, 2007).

A Marcha para o Oeste¹¹, um projeto do então presidente Getúlio Vargas para aumentar a presença do governo brasileiro nas áreas do país consideradas “vazias” (MAIA, 2012), é outro ponto fundamental do fortalecimento do poder estatal:

A partir dos anos 1930, o que se vê, por parte do Estado brasileiro, é um fortalecimento da agenda de centralização e burocratização da máquina político-administrativa. Nesse quadro, o tema da organização dos serviços públicos, a bandeira central de agências como o Departamento Administrativo do Serviço Público (Dasp), será questão fundamental. O campo da saúde não permaneceu imune a essas ideias ou utopias, ao contrário, o que se vê, de imediato, é a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), em 1931, órgão que, especialmente com Gustavo Capanema, a partir de 1934, ganharia importante impulso na rotina de centralização política e desenvolvimento de uma burocracia pública setorial (PAIVA, 2016: 228)

Durante o governo Vargas, ocorreu uma mudança de planos, com o enfraquecimento da ideia de expansão para os sertões e o valor do trabalho sertanejo, dando lugar aos ideais de um projeto nacional voltado para a integração nacional e a valorização do trabalho urbano (SCOREL; TEIXEIRA, 2012). Dessa forma, é possível notar a criação de uma política de cunho nacional dividida em dois campos: saúde pública e medicina preventiva (MUNIZ, 2013). Esse duplo aspecto da saúde vigorou por diversos anos no Brasil e foi a essência para a formulação de políticas de saúde por longo tempo.

Como dissemos antes, a Marcha para o Oeste, um projeto que tinha como objetivo a expansão do Estado brasileiro, queria promover a interiorização do desenvolvimento através da criação de novas vias de comunicação, abertura de campos de pousos e fixação de núcleos populacionais. No âmbito da Marcha para o Oeste, foi impulsionada a Expedição Roncador Xingu (ERX), gerenciada pela Fundação Brasil Central (FBC)¹². Foi durante a ERX que Noel Nutels começou a dimensionar os problemas sanitários que as populações indígenas e rurais do Brasil estavam enfrentando, principalmente em relação à malária e a tuberculose.

¹¹ Para melhor compreensão das questões de Estado e território ver: MAIA, João Marcelo Ehlert. Estado, território e imaginação espacial: o caso da Fundação Brasil Central. – Rio de Janeiro: Editora FGV, 2012. 224p.

¹² O decreto-lei n. 5878, de 4 de outubro de 1943, instituiu a Fundação Brasil Central, destinada a desbravar e colonizar as zonas compreendidas entre os altos rios Araguaia e Xingu. Conferir Estado e território no Centro-Oeste brasileiro (1943-1967).

1.1.3 - Interiorização no contexto pós-guerra.

Consideramos a Expedição Roncador-Xingu como o ponto onde a história do SUS se cruza com o movimento de interiorização dos serviços de saúde no Brasil. Ao participar dessa viagem, o médico sanitário Noel Nutels presenciou a situação crítica da assistência médica no interior do país, as epidemias que dizimavam as comunidades indígenas e a precariedade dos pontos de atendimento médico do SPI, quando existiam:

Daí emergiu a demanda de médicos, antropólogos e indigenistas por um serviço aéreo de assistência à saúde no Brasil Central durante o segundo governo Vargas, que levou à criação, em 1956, do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), vinculado ao Serviço Nacional de Tuberculose, no qual Nutels trabalhava. (HOCHMAN; SILVA, 2014: 85)

A década de 1950 e a década de 1960 são caracterizadas, na historiografia brasileira, pelo redirecionamento dos debates sobre o saneamento rural/interiorização dos serviços de saúde no país para uma discussão de base mais tecnocrática. Em outras palavras, dentro do contexto que liga saúde e desenvolvimento, o movimento de interiorização foi mais bem planejado, pensado sob uma lógica mais técnica, racional e burocrática. A administração e o planejamento seriam os pilares para a ampliação da oferta de serviços de saúde, produzindo o aumento da oferta dos serviços de saúde, principalmente em regiões rurais (PAIVA, 2016).

A chave interpretativa do desenvolvimento, como campo discursivo que criou ideias e prática, é predominante na historiografia sobre saúde nesse período. Dessa forma, vários estudos demonstram que o tema central da agenda de saúde brasileira nos anos de 1950 e 1960 foi romper com o "ciclo vicioso da doença e da pobreza" e compreender os "custos da doença e o valor da saúde" (HOCHMAN, SILVA, 2014). De maneira geral, a sociedade brasileira experimentava o boom do crescimento que caracterizou o período final da Segunda Guerra Mundial. Contudo, enfrentava pressões inflacionárias que, no final das contas, resultaram no golpe militar (ABREU, 2013). De acordo com o trecho:

O período compreendido entre 1945 e 1964 foi marcado no Brasil por experiências de presidentes com discursos e práticas políticas que priorizavam a importância do desenvolvimento econômico e industrial. A historiografia sobre o intervalo entre a queda do Estado Novo de Getúlio Vargas e o golpe que instaurou o regime civil-militar inaugurado em 1964 apresenta aspectos de uma época na qual o nacionalismo, democracia, desenvolvimento econômico e a definição das funções do estado estavam em ampla discussão. (MUNIZ, 2013; 24)

Para Paiva (2006), Noel Nutels fez parte do grupo de sanitaristas do pós-guerra que defenderam a ideia de que os problemas sanitários do país estavam diretamente relacionados a ausência de políticas públicas capazes de promover melhorias sociais, econômicas e sanitárias:

Uma vez que os sanitaristas do pós-guerra consideravam as controvérsias colocadas pelos racialistas superadas, a questão da interiorização dos serviços de saúde se colocava menos sob uma perspectiva de construção da nacionalidade, segundo termo imaginados nos anos de 1920, e mais sob uma perspectiva calcada na ideia de ‘desenvolvimento nacional’, em que um novo vocabulário emergiria. (PAIVA, 2016: 226)

De acordo com Paiva (2016), ao analisar as principais transformações nos discursos sobre o saneamento rural no Brasil entre as décadas de 1920 e 1970, identificou-se que existiu um movimento (inter)nacional em meados do século XX, liderado pela Organização Pan-Americana de Saúde/ Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS)¹³ em conjunto com lideranças locais, no qual o tema do saneamento nos sertões foi retomado pelas agendas sanitárias nacionais.

O historiador ainda destaca, que o tema foi recuperado com novos termos, um deles seria a “interiorização dos serviços de saúde”, e ganhou destaque nos fóruns internacionais e nas agências multilaterais especializadas. Um exemplo são as adoções feitas no ano de 1950 pela XIII Conferência¹⁴, realizada em São Domingo, que em meio a vários outros temas, incorporou a agenda sanitária resoluções sobre a educação sanitária em áreas rurais (LIMA, 2002). As agendas sanitárias nacionais e internacionais de saúde, que abarcam os anos delimitados para esse estudo, serão discutidas ao longo da dissertação através da literatura e das fontes de modo a contribuir para uma melhor reflexão sobre o contexto acerca dos debates sanitários no qual o SUSA foi pensado.

¹³ A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) trabalha com os países das Américas para melhorar a saúde e a qualidade de vida de suas populações. Foi fundada em 1902, é a organização internacional de saúde pública mais antiga do mundo. Atua como escritório regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Américas e é a agência especializada em saúde do sistema interamericano. A OPAS oferece cooperação técnica em saúde a seus países membros; combate doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis, bem como suas causas; e fortalece os sistemas de saúde e de resposta ante emergências e desastres. Para aprofundar o assunto ver: CUETO, Marcos. O valor da saúde: História da Organização Pan-Americana da Saúde. Trad: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, 241p.

¹⁴ A Conferência Sanitária Pan-Americana é a autoridade suprema da Organização e se reúne de cinco em cinco anos para determinar suas políticas gerais. A Conferência também serve como um espaço de troca de ideias e informações para a prevenção de doenças, preservação, promoção e restauração da saúde mental e física e promoção de medidas socio médicas e instalações para a prevenção e tratamento de doenças físicas e mentais nas Américas. (OPAS, 2022)

É nesse contexto que localizamos, pelo menos em parte, o processo de criação do SUS, um período marcado por um discurso médico sanitário, como de Noel Nutels, que rompia definitivamente com as ideias racialistas, advogando que os problemas sanitários do povo brasileiro estavam diretamente ligados a questão da ausência de políticas públicas capazes de produzir melhorias (PAIVA, 2016).

Nos anos 50, cresceu o movimento em prol dos programas de erradicação de doenças contagiosas (MUNIZ, 2013). A era do desenvolvimento trouxe à tona a importância das ações de saúde para o crescimento industrial e econômico do país, sendo o sertão um espaço de grande preocupação social desde o início do século XX. A análise sobre a interiorização da assistência à saúde no Brasil nos anos 1950/1960 compreende as mudanças nos discursos e práticas que ocorreram após a Segunda Guerra Mundial, permitindo assim uma melhor compreensão da influência destes fatores na organização dos serviços de saúde no Brasil.

1.2 - A relação entre saúde e o desenvolvimento¹⁵.

O imediato pós-Segunda Guerra Mundial testemunhou a emergência de um modo peculiar de conceber e realizar as relações entre sociedade e povos. Trata-se do “desenvolvimento”, um regime de representações e intervenção na realidade que pretendia, mediante um modo de conhecer, da introdução de capitais e procedimentos técnicos de vários tipos, empreender uma transformação radical das sociedades tidas por mais empobrecidas e atrasadas, segundo os padrões vigentes nas formações sociais mais ricas do mundo euro-americano, moldando-as à feição de um ocidente moderno que avançava em seu processo de mundialização (PIRES-ALVES; MAIO, 2015).

Para Érico Muniz (2013), o período após o fim do Governo de Getúlio Vargas (1930-1945) até a instauração do regime civil-militar (1964) – período compreendido entre 1945 e 1964 – é marcado pela historiografia como um período de ampla discussão sobre o nacionalismo, democracia, desenvolvimento econômico e a definição das funções do Estado. De todo modo, os discursos e práticas políticas da época tiveram como prioridade o desenvolvimento econômico e industrial. O fim do Estado Novo – projeto

¹⁵ Para melhor compreensão ver: PIRES-ALVES, Fernando A. Cooperação Interamericana em Saúde na Era do Desenvolvimento: Informação científica e tecnologias educacionais na formação de recursos humanos (1963 – 1983) Tese (Doutorado em História) – Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2011.

político que priorizou o fortalecimento da agenda de centralização e burocratização da máquina político-administrativa – não pôs fim às ideias de modernização do serviço público brasileiro, apesar das condições políticas e ideológicas serem outras, e não favorecerem uma intervenção estatal mais centralizadora nos assuntos públicos (PAIVA, 2016).

Apesar de saber que é prejudicial tentar uniformizar um período, uma vez que a sociedade é composta por diferentes experiências políticas, culturais e econômicas, a historiadora Angela de Castro Gomes (2013) afirma que uma boa maneira de analisar o período é pela busca da modernidade política e o crescimento econômico. As palavras nacionalismo, desenvolvimentismo e nacional-desenvolvimento são termos recorrentes em diversos aspectos da vida social e política no Brasil. O lema do desenvolvimento orientou as políticas de saúde desse período marcado fortemente pela industrialização e urbanização.

No contexto dos anos de 1950, é possível visualizar a saúde pública brasileira envolvida na formação do Estado pós-30, priorizando aspectos de organização, profissionalização, despolitização, burocratização e centralização das atividades de saúde e saneamento (HOCHAMN; FONSECA, 1999). Um momento de rupturas e continuidades com as ideias defendidas pelos sanitaristas da década de 1910.

Carlos Henrique Paiva (2003), observando as continuidades e rupturas em relação ao sanitarismo dos anos 1910/20, entendeu que o contexto dos anos 1930 e 1940, teria produzido, como legado, uma forte burocratização do processo de construção das políticas estatais de saúde. Tal processo, de um lado, conferiu bases institucionais eventualmente mais sólidas as políticas, mas, por outro, teria introduzido desafios técnicos-políticos que foram significativos no processo de formulação e implementação de determinadas políticas.

Nesse período o campo da saúde foi marcado pelo sanitarismo desenvolvimentista¹⁶, uma corrente de pensamento, que começou a se propagar no

¹⁶ A ideia-força do pensamento sanitarista desenvolvimentista era de que o nível de saúde de uma população depende, em primeiro lugar, do grau de desenvolvimento econômico de um país ou de uma região e que, portanto, as medidas de assistência médico-sanitária são, em boa parte, inofensivas quando não acompanham ou não integram, o processo. A partir de tais ideias, essa corrente de pensamento construiu seu próprio edifício teórico e doutrinário, aprofundando conceitos e precisando definições até traduzi-las num conjunto de postulados políticos-ideológicos apresentados em 1962, subvertendo as bases do sanitarismo tradicional fincado na Sociedade Brasileira de Higiene (SBH). A predominância das ideias sanitaristas desenvolvimentistas teve ascendência crescente a partir do governo de Juscelino Kubitschek, ou seja, entre 1955 e 1964, tendo como marcos a eleição em dezembro de 1962 da SBH e a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963 (SCOREL; TEIXEIRA, 2012: 310).

segundo governo de Vargas, alcançando o estatuto de orientação institucional do Ministério da Saúde até o golpe civil-militar em 1964 (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012). O ideal desenvolvimentista exerceu uma importante influência na orientação das políticas de saúde, deixando como características um intenso processo de industrialização e urbanização do país (GOMES, 2013; IANNI, 1971; MOREIRA, 2003; MUNIZ, 2013). É nesse contexto que devemos localizar, pelo menos em parte, as crescentes discussões sobre a relação saúde e desenvolvimento colocados nas décadas de 1950 e 1960.

Nesse panorama, a teoria do desenvolvimento que permeava os debates em todos os cenários sociais, elevou a saúde ao centro dos debates sobre o crescimento econômico, baseados no conceito de capital humano¹⁷. É notável, que o final da Segunda Guerra Mundial se consolidou na historiografia como um momento de transformação do contexto social, em meio a esse processo a saúde ganhou um lugar de destaque, também, na construção do Estado e da Nação, assimilou novos sentidos diretamente relacionados ao otimismo sanitário¹⁸ que predominava entre médicos e cientistas. A saúde foi atribuída a percepção de um bem de valor econômico, investir na saúde era investir em capital humano, ou seja, em mão de obra capaz de contribuir para o desenvolvimento e progresso das nações, especialmente dos países mais pobres (HOCHMAN, 2009; LIMA; MAIO, 2009).

A atribuição do valor econômico a saúde foi acompanhada da elaboração do pensamento social que pretendia romper com a hegemonia do biológico na compreensão do processo saúde-doença. Em termos gerais, antes o processo de adoecimento era essencialmente compreendido nos termos das alterações biológicas identificadas, a partir de então outros elementos foram introduzidos a explicação como os chamados determinantes sociais: local de nascimento, condições de trabalho e alimentação, entre um conjunto de fatores que podiam influenciar estruturalmente na vida cotidiana do indivíduo (NUNES, 1992; BUSS; CARVALHO, 2012). Dentro dessa nova perspectiva a saúde passou a ser considerada como um investimento para eliminação da pobreza, e na

¹⁷ William Pety (1623–1687) é considerado como o primeiro pensador a mobilizar categorias que, mais tarde, seriam elaboradas de acordo com o conceito de ‘capital humano’. Pety recomendava que os governos promovessem saúde pública para incentivarem a capacidade produtiva e calculava, com sua ‘aritmética política’, as perdas econômicas derivadas de doenças e mortalidades precoces. (CAMPOS, 2006: 193)

¹⁸A partir de uma série de conquistas científicas e avanços tecnológicos no campo da medicina e da saúde pública foi criando-se um ambiente de otimismo sanitário, no qual era forte a crença de que a ciência e as novas tecnologias poderiam eliminar as doenças infecciosas e estabelecer anos de progresso e desenvolvimento. (CAMPOS, 2006: 201)

conjuntura da Guerra Fria, transformou-se em propaganda contra o comunismo. (CAMPOS, 2006; PIRES-ALVES; MAIO, 2015).

Para Fernando Pires-Alves e Marcos Chor Maio (2015), o desenvolvimento foi uma “filosofia pública”, compreendida, segundo tais autores, como:

(...) uma construção social, firmemente ancorada na tradição cultural do mundo ocidental, comportando elementos: (1) de transcendência, ao referir-se à antiguidade e à modernidade, e, portanto, a uma experiência coletiva de longo curso no Ocidente e dos seus encontros coloniais; (2) de permanência, ao projetar sobre a contemporaneidade essa herança de conhecimentos e práticas, atualizando-a sob a forma do desenvolvimento do pós-Segunda Guerra; (3) de capilaridade e profundidade, na medida em que sua presença foi espacialmente generalizada e ocorreu nos mais variados domínios da vida social; (4) de historicidade, ao comportar variações doutrinárias ao longo do tempo; e mesmo (5) de contingência, ao admitir-se que os encontros do desenvolvimento, quando observadas em sua singularidade, são também arenas de negociação, ainda que quase sempre desiguais quanto à distribuição dos poderes que nelas se manifestam. (PIRES-ALVES; MAIO, 2015: 72)

Os autores apontam que as décadas de 1950 e 1960, período que foi delimitado para este estudo, foram marcadas por discussões no âmbito histórico e diplomático que deram destaque ao tema da assistência internacional para o desenvolvimento. O tema da assistência internacional foi intensificado no início dos anos 1960, com uma série de eventos, que culminaram na Aliança pelo Progresso (1961):

No curso desses acontecimentos, gradativamente, políticas sociais como as de saúde e educação passaram a fazer parte da agenda. Entre esses eventos relevantes incluem-se a repercussão nos EUA e na América Latina de uma anunciada “ofensiva econômica soviética”, de 1956; o lançamento da Operação Pan-Americana, em 1958; a Revolução Cubana, em 1959; a celebração da Ata de Bogotá, em 1960; e o lançamento da Aliança para o Progresso, em 1961. (PIRES-ALVES; MAIO, 2015: 72)

A relação entre economia, saúde e desenvolvimento se encontrava em um campo de disputas, tensões e projetos distintos. Isso chama a atenção para a ideia de que as agências de saúde não agiam apenas condicionadas pelos interesses gerais, elas possuíam suas visões de mundo. A atuação de Abraham Horwitz no momento da celebração da Aliança para o Progresso (1961), como diretor da Opas, demonstra seu esforço ao propor a mediação entre saúde e desenvolvimento, como foi dito anteriormente, a saúde era o elemento central na agenda do desenvolvimento na época (PIRES-ALVES; MAIO, 2015).

A saúde pública nesse contexto foi apropriada como um instrumento de desenvolvimento. Governos e instituições internacionais viam na possibilidade de controle das doenças o caminho para o crescimento das sociedades tidas como empobrecidas e atrasadas, segundo a visão euro-americana.

Para Fernando Pires-Alves (2011), o desenvolvimento se constituiu e se expressou através dos seus “aparatos do desenvolvimento”, um conjunto de conhecimentos, métodos, técnicas, tecnologias e por meio de arranjos sociais que os viabilizaram. Assim, a saúde pública foi cada vez mais associada a ideia de progresso, tornando-se uma concepção e sendo incorporada pelos discursos políticos e pelas agendas dos organismos de saúde internacionais.

Dessa forma, as discussões sobre a relação entre saúde e desenvolvimento, indicam alguns aspectos importantes a serem considerados pela pesquisa. As mudanças em relação a concepção de saúde, o valor econômico que a ela é atribuído, influenciaram diretamente nas ações sanitárias do período.

1.3 - Um lugar para os povos indígenas nas políticas de saúde pública brasileira.

Em "Campanhas Públicas, Populações (Quase) Invisíveis: endemias rurais e indígenas na saúde pública brasileira", Gilberto Hochman e Renato Silva (2014) apontam que a saúde pública brasileira demorou em encontrar – em suas ideias, formulações e ações – os povos indígenas (HOCHMAN; SILVA, 2014). O texto discute o movimento repentino que ocorreu em relação às condições sanitárias dos indígenas: da invisibilidade¹⁹ total nas primeiras décadas da república à visibilidade pela tragédia e pelo contato que se intensificou a partir dos anos 1940 (HOCHMAN; SILVA, 2014). Dessa forma, esse segmento avalia o lugar das comunidades indígenas nas ações e políticas de saúde entre as décadas de 1950 e 1970. Uma discussão importante para compreender o contexto em que o SUSA foi formulado, mas também para identificar possíveis inovações e mudanças que o serviço possa ter ocasionado.

Para Ricardo Ventura Santos et al. (2012), no Brasil, a partir da década de 1980, foi constituído um campo de análise sobre a trajetória das políticas públicas dedicadas as

¹⁹ Para melhor compreensão ver: SOUSA, Amandia Braga Lima; SCHWEICKARDT, Júlio César. “O Sesp nunca trabalhou com índios”: a (in)visibilidade dos indígenas na atuação da Fundação Serviços de Saúde Pública no estado do Amazonas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.20, n.4, out-dez. 2013, p. 1635-1655.

populações indígenas. Os estudos sobre as políticas voltadas para os indígenas revelam traços importantes do corpo de ideias e ações sistemáticas desenvolvidas pelo Estado em relação a esses grupos. É oportuno destacar, que na década de 1980 também ocorreram mudanças significativas nas bases ideológicas das políticas públicas voltadas para os povos indígenas, expressa na Constituição Federal de 1988.

Segundo Luiza Garnelo (2012), as políticas indigenistas ²⁰são as políticas formuladas pelo Estado e dirigidas às populações indígenas. Para a autora, no decorrer da história do Brasil, as ações do Estado dirigidas as populações indígenas operavam com forte interveniência do poder público – ainda que coligado a entidades religiosas e civis – com vistas de promover a integração dos povos indígenas ao projeto nacional de sociedade. Ou seja, a maioria do tempo as ações do Estado ignoravam a pluralidade étnica e cultural, predominando a ideia de que uma nação deveria ser constituída de um território, um povo, uma língua, uma cultura e uma história. Destacamos ainda que:

Essa política tinha como base o pressuposto de que paulatinamente os indígenas deixariam de existir como grupos culturalmente diferenciados. Porém, o passar dos anos mostrou que tal presunção era infundada, pois longe de desaparecer, as sociedades indígenas tiveram grande crescimento demográfico, mostraram grande vitalidade cultural e ampliaram suas pautas de reivindicação por direitos ligados à diferenciação étnica. (GARNELO, 2012: 19)

A pesquisa de Rosiane Pinheiro Palheta (2015) ressaltou que as políticas indigenistas na História do Brasil, apesar da oscilação entre Coroa portuguesa, Igreja e Estado, sempre se basearam na ideia de que os indígenas eram desprovidos de fé e de cultura e necessitavam ser convertidos e civilizados:

Entre uns e outros, houve avanços e retrocessos, porém sempre prevaleceu a ótica de que os índios eram um empecilho para os propósitos do desenvolvimento da nação e que havia dois caminhos para superá-lo: convertê-los ou bani-los para dar lugar a tão almejada “civilização”. (PALHETA, 2015: 23)

Contudo, a ideia de desaparecimento não prevaleceu com o passar dos anos e atualmente, longe de desaparecer, as populações indígenas demonstram crescimento demográfico e vitalidade cultural e política ampliando suas pautas de reivindicação por direitos (GARNELO, 2012).

²⁰ Para uma melhor compreensão do processo histórico da construção das políticas indigenistas ver: ALMEIDA, Maria Regina Celestino de. *Os índios na História do Brasil*. – Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010. 168p. (Coleção FGV de bolso. Série Histórica.)

Com a criação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI)²¹ – que foi substituído em 1967 pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), uma entidade estatal criada a ditadura militar – o Estado brasileiro teve a primeira atuação direta das instituições públicas na política indigenista. Essas instituições tiveram como função atender os povos indígenas nas mais diversas esferas sociais, tais como saúde, educação, direitos fundiários, proteção aos conhecimentos tradicionais, desenvolvimento econômico e outros (GARNELO, 2012).

O SPI e a FUNAI não cumpriram plenamente os objetivos estabelecidos para sua atuação. Ambas as instituições, conforme Garnelo (2012), não atenderam adequadamente a suas responsabilidades, em parte, devido ao pensamento de que os povos indígenas desapareceriam fisicamente ou permaneceriam de forma indistinta.

Por um longo período, as populações indígenas foram excluídas das políticas de saúde pública no âmbito nacional. Distantes da saúde pública brasileira, das instituições, das ações e das reflexões. Segundo Hochman e Silva (2014), foi a partir da década de 1950 que aconteceram os primeiros movimentos para se desenhar uma política de saúde para as populações indígenas que se tornavam visíveis devido os projetos de expansão do Estado e do capitalismo:

É dessa década em diante que a saúde pública institucionalizada, em particular os serviços de controle de endemias rurais, começaram a dialogar de modo mais sistemático com as instituições de tutela dos indígenas. (HOCHMAN; SILVA, 2014: 85)

Dina Czeresnia Costa (1987), ao analisar o tipo de cuidado médico ofertado às populações indígenas no Brasil, enfatiza em seu artigo que o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) foi a primeira ação de saúde pública, institucionalmente organizada e contínua, voltada para os povos indígenas do país.

Os estudos que se dedicaram à análise do SPI indicam que as questões de saúde dos indígenas só ficaram em evidência a partir da criação do SUSA e do engajamento do médico Noel Nutels (BRITO, 2011). Hochman e Silva (2014) enfatizaram a invisibilidade sanitária dos povos indígenas nas campanhas de combate às endemias rurais. As campanhas, tradicionalmente, envolviam os sertanejos, caipiras, trabalhadores rurais e habitantes do interior, que eram o público-alvo dessa pauta de saúde.

²¹ O Serviço de Proteção ao Índio (SPI) foi criado no ano de 1910, e substituído a partir de 1967 pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), entidade estatal criada pela ditadura militar.

A prática tutelar ao qual estavam subordinadas as populações indígenas gerou uma invisibilidade política (HOCHMAN; SILVA, 2014). A tutela é considerada um dos elementos mais negativos da política indigenista no Brasil (GARNELO, 2012).

No modelo tutelar²², um grupo social identificado como um todo e determinado por processos administrativos é considerado como sendo carente de uma proteção especial devida à sua relativa incapacidade de administrar sua própria vida cívica, assim submetido, quando necessário, a um regime tutelar regulamentado por leis (LIMA, 2014). A tutela delegava ao SPI, e depois FUNAI, o poder de decidir pelas comunidades, retirando dos indígenas a possibilidade de tomar suas próprias decisões (GARNELO, 2012). Ainda sobre a falta de estrutura:

No campo da saúde os órgãos indigenistas enfrentaram a falta de suporte técnico e financeiro para o desenvolvimento das ações sob sua responsabilidade, o que redundou em baixa qualidade e insuficiência na assistência sanitária ofertada nas aldeias. (GARNELO, 2012: 19)

A partir dos anos 50, é possível observar os primeiros contatos de maneira institucionalizada entre a saúde pública brasileira e as populações indígenas através dos novos impulsos dados à interiorização das ações sanitárias no Brasil. Nesse momento as ações foram lideradas pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) que precisou enfrentar o desafio da presença das populações indígenas e os seus problemas sanitários (HOCHMAN; SILVA, 2014). Segundo Hochman e Silva:

Se os indígenas não faziam parte da população que seria alvo prioritário da pública em sua retórica oficial, a sua presença em porções do território nacional potencialmente transformáveis em áreas de interesse econômico para os projetos de desenvolvimento adquiriu crescente visibilidade, inclusive as condições de vida e saúde. (HOCHMAN; SILVA, 2014: 87)

Finalmente, este breve balanço mostra que as comunidades indígenas passaram da invisibilidade sanitária nas décadas iniciais da república à visibilidade pela tragédia após a década de 1940, como concluem Hochman e Silva (2014). A política de combate às endemias rurais excluía as populações indígenas das categorias sertanejo, caipira, trabalhador rural e população do interior. Não havia outro serviço do governo brasileiro que se importasse com a saúde dos povos indígenas diante do aumento do contato entre

²² O modelo tutelar adotado pelo SPI para condução da gerência dos povos indígenas retoma – como herdeiro – formas da administração colonial empregadas desde os tempos dos missionários jesuítas. Para uma melhor compreensão ver: OLIVEIRA, João Pacheco de. *O nascimento do Brasil e outros ensaios: “pacificação”, regime tutelar e formação de alteridades*. – Rio de Janeiro: Contracapa, 2016. 384p.

nativos e não nativos, provocado pelo processo de ocupação do interior do país. A ausência de cuidados médicos voltados para essa parte da sociedade brasileira reforça a ideia de que o SUSA foi a primeira ação de saúde permanente direcionada para os indígenas, face à instabilidade e dificuldades do SPI em criar um serviço de saúde.

CAPÍTULO 2: O Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA): Plano para uma Campanha de Defesa do Índio Contra a Tuberculose.

Parte amanhã para as selvas de Goiás o 1º hospital aéreo do Brasil, pertencente ao “SUSA” (Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas), criado recentemente pelo Ministro da Saúde, professor Maurício de Medeiros. A iniciativa partiu do jovem médico patricio, dr. Noel Nutels, pioneiro das expedições médicas ao Roncador Xingu e outras tribos indígenas, sendo talvez, no estilo, a primeira no mundo.²³

Noel Nutels escreveu o projeto que originou o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), em 1951, a campanha não teve uma adesão imediata do Ministério da Saúde. Somente em 02 de maio de 1956, o Ministro de Estado dos Negócios da Saúde, Maurício de Medeiros, através da Portaria n° 105, designou o Drº Noel Nutels, médico do Ministério da Viação e Obras Públicas (1906 – 1967)²⁴, para chefiar e organizar o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA)²⁵. Assim, logo os jornais começaram a anunciar – “Dos Céus para as Selvas parte o Hospital Aéreo!”²⁶ – com grande entusiasmo o serviço de saúde que empregaria aviões para chegar aos locais isolados do país e levar atendimento médico à população indígena e rural.

A primeira partida, após a divulgação da Portaria n.º 105, estava agendada para o dia 15 de maio de 1956. Antes da divulgação da portaria, em 14 de abril de 1956, o Ministro Maurício de Medeiros já havia confirmado ao jornal “A Noite (RJ)” a data de partida da primeira unidade sanitária aérea. A finalidade da sua visita ao Palácio do Catete — sede do Governo Federal na época — era solicitar ao chefe do governo a permissão para executar o serviço em território nacional²⁷.

A decolagem do SUSA aconteceu conforme o programado. Uma equipe formada por quatro médicos, um dentista, um vacinador e um técnico em radiologia esteve presente. Partiram do Rio de Janeiro para uma viagem experimental aos rios Xingu,

²³ FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Amanhã a primeira viagem: Dos céus para as selvas parte o Hospital Aéreo” *Jornal Última Hora (RJ)*, Rio de Janeiro, 14 mai. 1956 - p. 2.

²⁴ O Ministério da Viação e Obras Públicas surgiu pelo Decreto n° 1606, de 29 de dezembro de 1906. Seu objetivo principal foi os assuntos relativos às estradas de ferro e rodagem; à navegação marítima, fluvial ou aérea; às obras públicas federais nos Estados e Distrito Federal; à exploração e navegabilidade dos rios e à desobstrução e abertura de portos e canais.

²⁵ BRASIL. Portaria n° 105, de 02 de maio de 1956. Regulamentação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA). Brasília: *DOU Diário Oficial da União*. Publicado no D.O.U de 04 de maio de 1956.

²⁶ FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). Amanhã a Primeira Viagem: Dos Céus para as Selvas parte o Hospital Aéreo! *Jornal Última Hora*, Rio de Janeiro, 14 mai. 1956 - p. 2.

²⁷ FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). Unidades Sanitárias Aéreas Para o Brasil Central. *Jornal A Noite (RJ)*, Rio de Janeiro, 14 abr. 1956 - p. 2.

Tapajós e Araguaia, no Brasil Central. O propósito das Unidades Sanitárias Aéreas era levar atendimento médico preventivo às regiões de difícil acesso²⁸.

Nesse capítulo, apresentaremos a trajetória do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), desde quando atuava de forma independente até o momento em que foi incorporado às atividades do Ministério da Saúde. Recuperamos a dinâmica de construção e execução do serviço, identificando as forças políticas e grupos de interesses, nos quais ideias, propostas, atores e instituições se encontraram e cujos ajustes e negociações culminaram nas ações de saúde do SUSA. Para isso, selecionamos alguns periódicos disponíveis na plataforma BNDigital/ Hemeroteca Digital. Mobilizamos também o "Plano para uma Campanha de Defesa do Índio Brasileiro contra a Tuberculose", a Portaria n.º 105 e o Aviso n.º 71/GM3.

2.1 - Noel Nutels: as origens do plano de assistência médica as comunidades indígenas e rurais do Brasil.

Para alcançar o "Plano para uma Campanha de Defesa do Índio Brasileiro contra a Tuberculose", é necessário compreender alguns aspectos da vida de seu formulador, Noel Nutels. Dizia ser "mulato sarará", "cabeça chata", "cabra safado", não um judeu russo da Ucrânia, mas um nordestino de verdade²⁹. Aos olhos de seus contemporâneos, Fernando Sabino o definiu como "irmão dos índios", enquanto Otávio Malta o chamou de "índio cor de rosa". Filho de Bertha e Salomão Nutels, ele veio ao mundo em 24 de abril de 1913 em Ananiev, Ucrânia, e faleceu no Rio de Janeiro em 10 de fevereiro de 1973. Nutels tornou-se um dos maiores médicos sanitaristas do país, ganhando visibilidade na luta pelo direito à saúde dos povos indígenas no Brasil.

Em agosto de 1922, ele, sua mãe e tia chegaram ao Recife por meio do navio alemão Madeira, para fugir dos horrores da guerra. Enfim, conheceria seu pai que estava no Brasil desde dezembro de 1912. Passou os primeiros anos em Laje do Canhoto (AL) e logo depois foi morar no Colégio dos Padres de Garanhuns (PE). Em 1930, ele se mudou para Recife (PE) para cursar medicina. Logo após, seus pais também se deslocaram e sua mãe assumiu o comando de uma pensão, a "Pensão de Dona Berta". Em Recife, ele se

²⁸ FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). "A Postos as Unidades Sanitárias Aéreas." *Jornal Última Hora (RJ)*, Rio de Janeiro, 11 mai. 1956 - p. 1 – 1º Caderno – Ano V – Nº 1504.

²⁹ FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). "Noel Nutels: o melhor amigo dos índios". *Revista Manchete (RJ)*, Rio de Janeiro, 14 mai. 1983 - p. 96 – Revista Semanal n.º. 1.621 – Ano 31.

tornou amigo de Rubem Braga, Capiba, os irmãos Saulo, João e Lucas Suassuna, Radjalma da Silva Rego, Luís Canuto, Arino Barreto, dentre outros (HOUAISS, 1974).

Em 1937, médico recém-formado no Recife, mudou-se para o Rio de Janeiro em busca de um emprego público. Sua capacidade de socializar em diferentes lugares o aproximou do círculo da revista *Diretrizes*, onde conheceu Jorge Amado, Marques Rebelo, Aurélio Buarque de Holanda, Otávio Malta, dentre outros (LESSA, 2013).

Contava com a promessa do amigo José Borba - um alto funcionário do Ministério da Agricultura - para conseguir o emprego público desejado, como médico de um dos departamentos. Porém, não assumiu o cargo como planejava, uma vez que não era considerado brasileiro. Recebeu a nacionalidade brasileira em 8 de maio de 1938, por decreto assinado pelo presidente Getúlio Vargas³⁰.

Após se tornar cidadão brasileiro, foi nomeado para servir em uma fazenda modelo em Botucatu, em São Paulo, terra dos irmãos Villas-Bôas, que se tornaram seus grandes amigos e companheiros de selva posteriormente. Entretanto, não ficou muito tempo naquela região e logo foi enviado para Baixada Fluminense (RJ), onde a malária era um grande problema de saúde pública. Nesse período pode se especializar no tratamento dos doentes e no mapeamento dos focos existentes³¹. Segundo o texto:

Botucatu não era bem o posto onde Noel gostaria de terminar a carreira. Como cidade interiorana, coisa de seu muito agrado, era organizada demais, progressista demais para o seu gosto. De selva gostava. Com a selva sonhara sempre. Mas não com aqueles milhões de cafeeiros subindo e descendo, muito bem-comportados, as oscilações do terreno, máquinas bem lubrificadas de fazer dinheiro. (...) Foi assim que deu saltos de alegria ao chegar a notícia de que seus amigos lhe haviam conseguido transferência para trabalhar nas obras de Saneamento da Baixada Fluminense, na altura da Universidade Rural, no Km 47, que então se construía. (LESSA, 2013: 91)

Voltou ao Rio de Janeiro para exercer a função de médico em um projeto do governo Vargas, o saneamento da Baixada Fluminense, que tinha bastante visibilidade. Para este projeto, foi necessário fazer um curso de especialização para enfrentar, de forma adequada, a malária (LESSA, 2013). No futuro, usaria a sua experiência no combate à malária nos sertões do Brasil Central. Atuando nas obras de saneamento, “conseguiu

³⁰ ARQUIVO NACIONAL – BRASIL. Processo de Naturalização de Noel Nutels. Fundo: Série Interior – Nacionalidades (IJ6) (A9). Secção/Serie: Processos de Naturalização. BR RJANRIO A9. PNE. 21125. 23 out. 1937. 14p.

³¹ FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Noel Nutels: o melhor amigo dos índios”. *Revista Manchete (RJ)*, Rio de Janeiro, 14 mai. 1983 - p. 96 – Revista Semanal nº 1.621 – Ano 31.

debelar a malária na Baixada e, cumprida a missão, sonhava com outros lugares e a floresta, onde esse mal dizimava milhares de pessoas”³².

A esposa dele, Elisa, relatou que, em 1943, Nutels questionou se ela iria junto para Goiás. Ela respondeu que sim, o que o aliviou, uma vez que já havia aceitado o convite³³. João Alberto Lins de Barros, chamou Nutels para ser médico da Fundação Brasil Central (FBC), que acabava de ser criada.

De acordo com João Marcelo Ehlert Maia (2012), a Fundação Brasil Central (FBC) e a Expedição Roncador-Xingu (ERX) foram os instrumentos do Estado para explorar o que, na época, se acreditava ser um espaço desconhecido do país. A FBC criou cidades, construiu pistas de pouso e organizou viagens de cientistas e antropólogos. Ainda segundo Maia (2012) a:

Sua história é um capítulo crucial da relação do Estado Brasileiro com o espaço da nação – relação marcada por projetos grandiosos de desenvolvimento, cidades planejadas, disputas de terras, migrações forçadas de homens e alguns feitos impressionantes, dos quais a própria capital do país é o exemplo mais conhecido. (MAIA, 2012: 15)

João Alberto Lins de Barros reuniu uma equipe com engenheiros, técnicos, médicos especialistas, sertanistas apaixonados, pessoas capazes de se identificar com o projeto apresentado pela FBC. A malária era um inimigo a se enfrentar no coração de Goiás, e Noel Nutels se fizera doutor em malária no tempo que atuou no projeto de saneamento da Baixada Fluminense (LESSA, 2013). Viajou por Rio Verde³⁴, Santa Helena, Aragarças e Xavantina, uma região infectada pela malária e tuberculose. Foi em Xavantina que Nutels se encontrou com os irmãos Villas-Bôas.

Ele se tornou médico da ERX, liderada por Orlando Villas-Bôas, em 1947. Nutels descobriu que, além da malária, a tuberculose também assolava o Brasil Central. No seu depoimento, o Dr. Edmundo Blundi, fundador do curso de pneumologia da Pontifícia Universidade Católica - RJ e chefe do Serviço de Pneumologia da Clínica São Vicente, disse:

Assistimos lá, tragicamente aplicada, a lei implacável da epidemiologia da tuberculose: naquelas picadas, entradas e veredas abertas caminhava também a doença. Um fato ajudou-me a conquistar Noel para luta contra a tuberculose. Encontrei em Aragarças um missionário salesiano, Padre Colbacchini – um verdadeiro apóstolo, um santo. Vivia no

³² FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Noel Nutels: o melhor amigo dos índios”. *Revista Manchete (RJ)*, Rio de Janeiro, 14 mai. 1983 - p. 97 – Revista Semanal nº 1.621 – Ano 31.

³³ FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Noel Nutels: o melhor amigo dos índios”. *Revista Manchete (RJ)*, Rio de Janeiro, 14 mai. 1983 - p. 97 – Revista Semanal nº 1.621 – Ano 31.

³⁴ Em Rio Verde, a construção da Usina Sul Goiana, maior indústria de Goiás, foi possível graças ao controle da malária por Noel Nutels - *Revista de Imigração e Colonização (RJ)* – 1946: 493.

Meruri, entre os Bororos, há mais de trinta anos cumprindo desígnio apostolar. Era uma tribo de 9.000 índios, pacífica, feliz e saudável. Um dia, contou-me o padre, surgiu um branco, magro, febril, escarrando sangue, que foi acolhido caridosamente. Meses depois ocorreu uma terrível mortandade: dos 9.000 índios, salvaram-se 900! (HOUAISS, 1973: 77)

Em 1947, um avião da FBC levou doses de B.C.G para serem aplicadas nos indígenas dessas regiões. Nutels participou da mobilização e se aproximou ainda mais da questão da tuberculose e dos povos indígenas. Esse feito foi considerado excepcional na época, uma vez que era a primeira vez que as vacinas B.C.G chegavam em lugares tão isolados do país. A partir daí, Nutels se dedicaria aos estudos da tuberculose: “impedir que os indenes se infectem, que os infectados adoeçam e que os doentes morram de tuberculose” (HOUAISS, 1973: 78).

Em 1951, o Serviço Nacional de Tuberculose (S.N.T) oferecia, através da Campanha Nacional Contra a Tuberculose (C.N.C.T), um Curso de Tisiologia Sanitária e Social. Nutels, ex-médico da ERX, foi apontado pelo Serviço de Proteção do Índio (SPI) para realizar a formação. Era função da C.N.C.T exercer em todo o país, sob a orientação, coordenação e fiscalização do S.N.T, as medidas de profilaxia e assistência, ensino e pesquisa, educação e ação social no combate à tuberculose³⁵.

Como trabalho de conclusão do curso, apresentou o “Plano para uma Campanha de Defesa do Índio Brasileiro contra a Tuberculose”. O trabalho foi publicado em 1952 na Revista Brasileira de Tuberculose³⁶. O plano adquiriu características de um serviço institucional somente em 1956, como discutiremos mais à frente. Nesse contexto, José Malcher, diretor do S.P.I, expressou o desejo para que a Nutels se juntasse ao serviço e elaborasse um plano de saúde para os indígenas, dada a atual situação³⁷.

Nutels enfatizou no documento que as populações indígenas estavam sendo dizimadas com a penetração incontrolada da “civilização” nos territórios centrais do

³⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL. Revista do Serviço Nacional de Tuberculose. – Rio de Janeiro – Vol. 5 Nº 19 – 3º Trim., 1961.

³⁶ BIBLIOTECA CURT NIMUENDAJÚ – FUNAI - NUTELS, Noel. Plano para uma Campanha de Defesa do Índio Brasileiro contra a Tuberculose. *Separata da Revista Brasileira de Tuberculose*, XX (139): 3-28, Janeiro-Fevereiro, 1952 – Rio de Janeiro – Brasil.

³⁷ FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Os índios ajudam o progresso”. *A Noite (RJ)*, Rio de Janeiro, 08 ago. 1951 – Ed. 14899(2), p. 3.

Brasil. Ele considerava necessária uma campanha bem direcionada para a prevenção das doenças contagiosas³⁸.

Como é sabido, ao longo da história, o contato entre os nativos e os “civilizados” sempre foi um problema, uma vez que os segundos costumavam causar a morte dos primeiros por meio da disseminação de doenças. No Brasil, o aumento dos projetos de expansão do poder Estatal e do desenvolvimento econômico intensificaram os índices de morte dos povos indígenas (OLIVEIRA; FREIRE, 2006). Nutels disse:

Pelo visto, o problema do Brasil Central não é dos mais simples. Um plano como o nosso, visando o índio, terá forçosamente de atingir o civilizado. Seria, não somente injusto, mas impossível, proteger o autóctone sem levar em conta as populações que margeiam a área delimitada em capítulo anterior. Dado o complexo econômico vigorante, os interesses de ambos se hostilizam. Teremos que atacar simultaneamente os problemas dos dois: índio e caboclo. É impossível desmembrar o emaranhado de tão intrincada condição econômica.³⁹

Ao perceber a complexidade do problema ao qual teria que enfrentar, o sanitarista elaborou um projeto que pretendia resolver tal demanda. O programa tinha como objetivo a erradicação da tuberculose e a criação de cinturões sanitários. Ele achava que o contato entre os moradores da cidade e os habitantes da floresta seria o caminho para que as doenças atingissem os últimos, uma vez que, devido à proximidade e interação, isso seria facilitado⁴⁰. A ação mais eficaz para o controle, de acordo com o plano, seria:

- 1) Precisamos ocupar economicamente as aéreas do Brasil Central.
- 2) Somente aproveitando as populações autóctones, através de um programa cuidadosamente elaborado, poderemos chegar a uma real ocupação daquelas aéreas.
- 3) Sem um simultâneo programa de proteção das populações civilizadas, não poderemos atingir o indígena.
- 4) Com um programa na base dos cadastros tuberculínico-abreugráfico, calmetização, combate às endemias da região e reformas de estruturas econômicas, é possível preparar o silvícola para receber a tuberculose sem a elevadíssima mortalidade que essa doença, geralmente, acarreta às populações virgens.⁴¹

³⁸ BIBLIOTECA CURT NIMUENDAJÚ – FUNAI - NUTELS, Noel. Plano para uma Campanha de Defesa do Índio Brasileiro contra a Tuberculose. *Separata da Revista Brasileira de Tuberculose*, XX (139): 3-28, Janeiro-Fevereiro, 1952 – Rio de Janeiro – Brasil.

³⁹ BIBLIOTECA CURT NIMUENDAJÚ – FUNAI - NUTELS, Noel. Plano para uma Campanha de Defesa do Índio Brasileiro contra a Tuberculose. *Separata da Revista Brasileira de Tuberculose*, XX (139): p. 29, Janeiro-Fevereiro, 1952 – Rio de Janeiro – Brasil.

⁴⁰ BIBLIOTECA CURT NIMUENDAJÚ – FUNAI - NUTELS, Noel. Plano para uma Campanha de Defesa do Índio Brasileiro contra a Tuberculose. *Separata da Revista Brasileira de Tuberculose*, XX (139): p. 3-28, Janeiro-Fevereiro, 1952 – Rio de Janeiro – Brasil.

⁴¹ BIBLIOTECA CURT NIMUENDAJÚ – FUNAI - NUTELS, Noel. Plano para uma Campanha de Defesa do Índio Brasileiro contra a Tuberculose. *Separata da Revista Brasileira de Tuberculose*, XX (139): p. 35, Janeiro-Fevereiro, 1952 – Rio de Janeiro – Brasil.

O plano era disponibilizar núcleos móveis em barcos fornecidos pelo S.P.I. As embarcações seriam fabricadas de acordo com as mecânicas de navegação pelos rios: Tocantins, Xingu e Tapajós. Os aparelhos de radiografia estariam instalados e haveria a capacidade de atender às diversas doenças endêmicas que afligiam os habitantes das áreas geograficamente isoladas. Com o objetivo de afastar os doentes da região, planejava-se a construção de um pavilhão anexo ao Hospital Geral, na Povoação Indígena Getúlio Vargas, na Ilha do Bananal. O programa previa o auxílio da Diretoria Nacional de Saúde (DNS) para o acompanhamento das endemias ⁴². Contudo:

Para atingirmos, porém, os núcleos indígenas que, empurrados pela civilização, se encontram embrenhados longe dos rios, sugerimos um entendimento com a F.A.B. Esta entidade é das mais receptivas em tudo que diz respeito à conquista dos nossos sertões, no sentido da unificação desta imensa Pátria Brasileira. Estamos certos de que a F.A.B cederá um aparelho para que nele se instale um equipo completo de R.X. O Serviço de Proteção aos Índios e a Fundação Brasil Central tem campos de pouso construídos em pontos estratégicos no sentido do nosso problema. (NUTELS, 1952: 32)

Para os locais sem pistas de pouso, sugeriu o emprego de helicópteros; eles conseguiam aterrissar sem a necessidade de uma superfície plana. A ideia era estabelecer uma barreira para inibir a disseminação de doenças na área controlada. O sanitarista, sem o respaldo do Ministério da Saúde, trabalhou com acordos elaborados entre o S.P.I, C.N.C.T e a FAB, nas quais foram desenvolvidas ações de enfrentamento à “peste branca”⁴³:

Com o apoio do Correio Aéreo Nacional (CAN) e da Força Aérea Brasileira (FAB), Nutels implantou unidades volantes que trabalhavam junto às populações rurais e indígenas para prevenir doenças infecciosas, realizando vacinações em massa nessas comunidades. Dessa experiência nasceu o SUSA – Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. (OLIVEIRA; FREIRE, 2006; 123)

Em 1955, Nutels apresentou o Cadastro Torácico entre a população indígena do Brasil Central⁴⁴, publicado no ano de 1954. O cadastro é um documento que nos auxilia a compreender como Nutels operou durante o tempo que o SUSA ainda não havia sido propriamente institucionalizado. O objetivo do cadastro torácico era realizar um

⁴² BIBLIOTECA CURT NIMUENDAJÚ – FUNAI - NUTELS, Noel. Plano para uma Campanha de Defesa do Índio Brasileiro contra a Tuberculose. *Separata da Revista Brasileira de Tuberculose*, XX (139): p. 35, Janeiro-Fevereiro, 1952 – Rio de Janeiro – Brasil.

⁴³ S.P.I. – 1954. Relatório das Atividades do Serviço de Proteção aos Índios durante o ano de 1954. Mário F. Simões – Editor. Rio de Janeiro, 1955, p. 125-130 e pranchas XXIV e XXV.

⁴⁴ S.P.I. – 1954. Relatório das Atividades do Serviço de Proteção aos Índios durante o ano de 1954. Mário F. Simões – Editor. Rio de Janeiro, 1955, p. 125-130 e pranchas XXIV e XXV.

levantamento da incidência da tuberculose nas regiões do Brasil Central, e isso fazia parte das ações de combate à tuberculose daquela época.

Essa viagem foi noticiada pelo jornal “A Noite (RJ)”: Pela primeira vez na história, índios radiografaram os pulmões⁴⁵. Segundo a documentação, foi a primeira vez que o aparelho de raio x foi transportado para o interior:

Por isso, desde então passamos a empenhar-nos com afinco no sentido de conseguir um aparelho de R.X. Teria que ser desmontável, leve e de pequena exigência de energia elétrica para que o conjunto também fosse leve. Tudo teria que ser transportado de avião.⁴⁶

É espantoso perceber que, apesar do plano e dos primeiros anos de atuação do serviço serem focados nos povos indígenas, na regulamentação eles não são nem mesmo citados. A ideia de “invisibilidade indígena” apresentada por Hochman e Silva (2014) fica clara nesse ponto.

A portaria nº 105 nomeou o Drº Noel Nutels, médico do Ministério da Viação e Obras Públicas, para ser o chefe do serviço e responsável por sua organização⁴⁷. Ao definir o objetivo das “Unidades Sanitárias Aéreas (U.S.A)” foi pontuado o dever de levar por via aérea a assistência médica-odontológica de caráter profilático, ou seja, ações de prevenção as populações rurais. Apesar de Nutels ter explicitado a necessidade de atendimento das populações rurais em seu projeto, a eliminação da categoria indígena em documento oficial nos chama a atenção.

Além disso, a portaria definiu que as U.S.A deveriam ser acolhidas por todos os outros órgãos administrativos do Ministério da Saúde. O SUSA atuou, após sua incorporação ao Ministério da Saúde, em cooperação, além do S.N.T, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), Departamento Nacional de Saúde (DNS), Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), Serviço Nacional de Lepra (SNL), entre outros. Apesar do plano ter traçado como alvo o combate à tuberculose, o SUSA foi ferramenta para diversas doenças que atacavam o interior do Brasil⁴⁸. Diferenciando-se dos serviços nacionais que na época de sua criação eram agências focadas na ação contra determinadas doenças (MUNIZ, 2013).

⁴⁵ FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Pela primeira vez em todo mundo índios radiografam os pulmões”. *A Noite (RJ)*, Rio de Janeiro, 31 dez. 1954 – Ed. 14899(2), p. 3.

⁴⁶ S.P.I. – 1954. Relatório das Atividades do Serviço de Proteção aos Índios durante o ano de 1954. Mário F. Simões – Editor. Rio de Janeiro, 1955, p. 125-130 e pranchas XXIV e XXV.

⁴⁷ Edição do D.O.U com a Portaria Nº 105 anexo ao fim da dissertação.

⁴⁸ FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Voará em maio a primeira unidade aero sanitária”. *A Noite (RJ)*, Rio de Janeiro, 27 abr. 1956 – Ed. B15297 (1), p. 6.

2.2 - As Unidades Sanitárias Aéreas.

Como anteriormente mencionado, o projeto que originou o SUSA delineava diversas ações para conseguir levar assistência médica às populações isoladas do Brasil. A campanha promoveu o uso de vários meios de transporte para superar as dificuldades de mobilidade. No entanto, na sociedade brasileira, o serviço e seu criador se tornaram conhecidos pelo uso de aviões. A ideia original de proteção sanitária aos povos indígenas era relevante e socialmente predominante, apesar de a portaria não conter essa especificação. Nos periódicos da época, o SUSA foi caracterizado como o serviço de saúde aéreo para os indígenas.

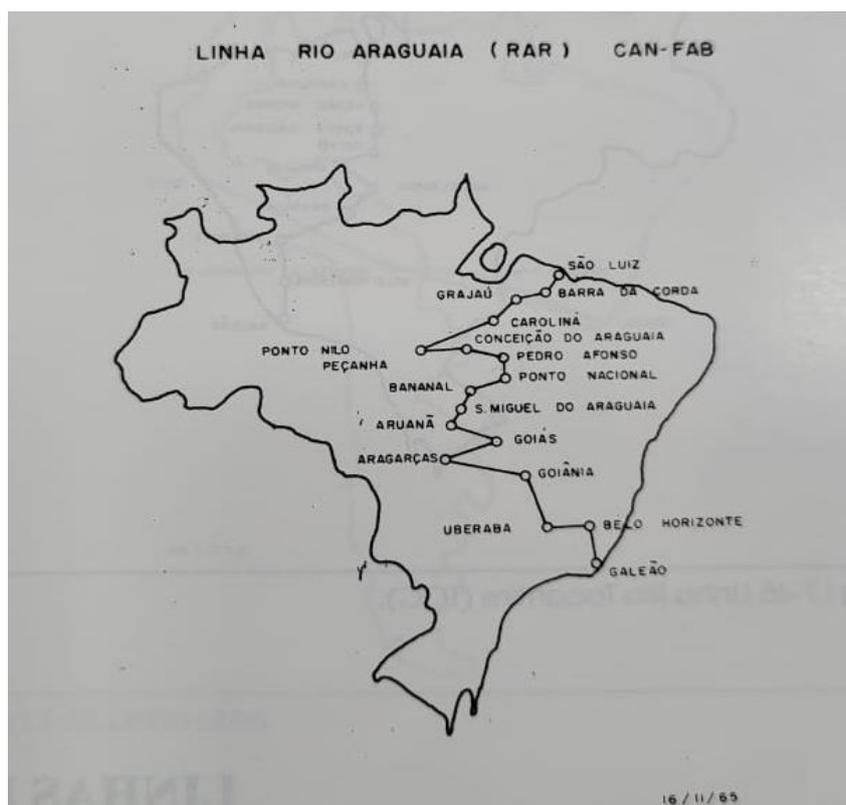
O SUSA teve o apoio da FAB, que disponibilizou a frota de aviões que formavam o Correio Aéreo Nacional (CAN). Um serviço postal militar brasileiro que teve início em 1931 e, atualmente, ainda está em funcionamento no Brasil. O objetivo do CAN era promover a integração das diferentes regiões do Brasil através de rotas aéreas específicas (TEIXEIRA, 1997). Naquela época, o SUSA, conforme apurações, atendia às seguintes rotas: Acre; Araguaia; Boa Vista; São Francisco; Tocantins e Xavantina. A seguir, podemos ver os mapas de cada linha e ter uma ideia do espaço territorial que elas cobriam.

Figura 1: Linha Acre



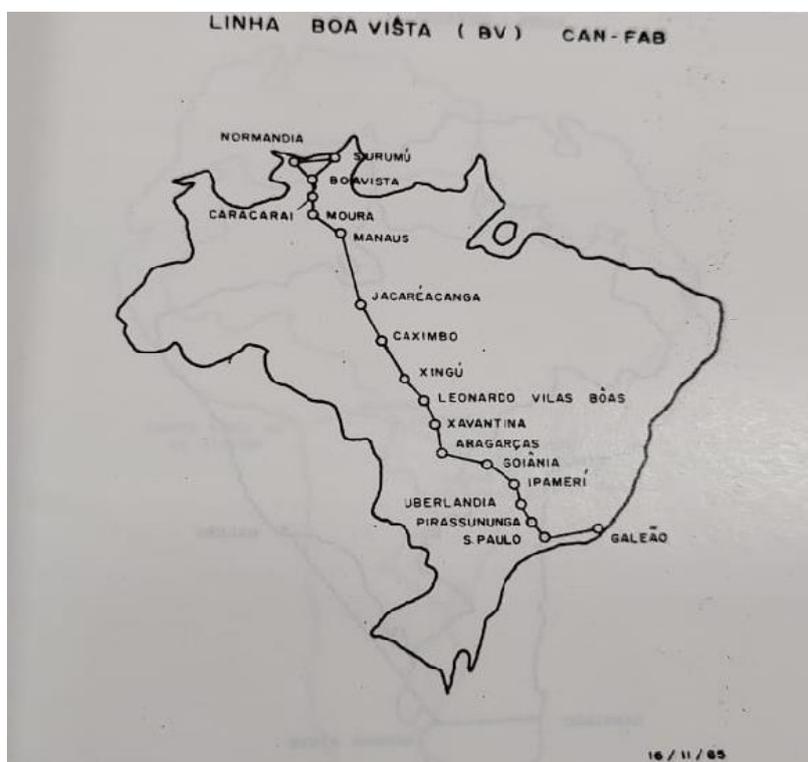
FONTE: O Serviço de Saúde da Aeronáutica (1941-1995): 54 anos de atividade.

Figura 2: Linha Araguaia.



FONTE: O Serviço de Saúde da Aeronáutica (1941-1995): 54 anos de atividade.

Figura 3: Linha Boa Vista.



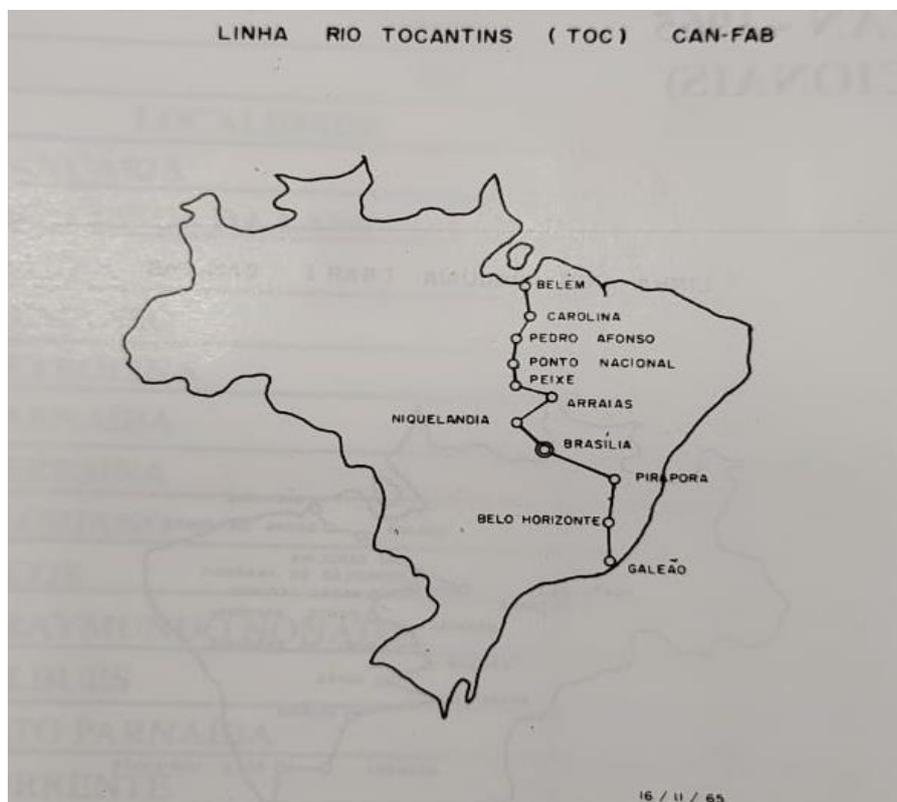
FONTE: O Serviço de Saúde da Aeronáutica (1941-1995): 54 anos de atividade.

Figura 4: Linha São Francisco.



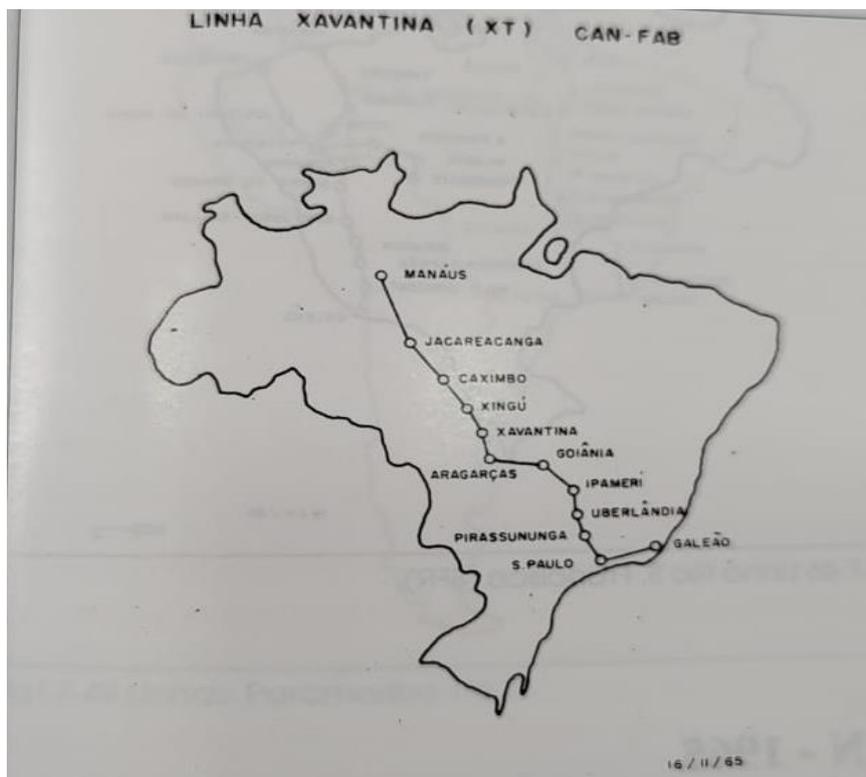
FONTE: O Serviço de Saúde da Aeronáutica (1941-1995): 54 anos de atividade.

Figura 5: Linha Rio Tocantins.



FONTE: O Serviço de Saúde da Aeronáutica (1941-1995): 54 anos de atividade.

Figura 6: Linha Xavantina



FONTE: O Serviço de Saúde da Aeronáutica (1941-1995): 54 anos de atividade.

A instituição possuía em seu quadro profissionais da saúde e um departamento de saúde, porém não se tem informações da participação dos médicos militares durante os atendimentos do SUSAs. Um exemplo de serviço de saúde prestado pela FAB eram os voos da coqueluche. Eram voos semanais realizados para o tratamento da doença pois, acreditava-se na época na ação terapêutica das elevadas altitudes para o tratamento da doença. Os voos eram programados e anunciados pelos jornais⁴⁹.

Dito isso, é importante salientar que o serviço de saúde da instituição não deve ser confundido com a história do SUSAs. Isso não diminui a importância da participação da FAB no SUSAs. O Ministério da Saúde e Nutels não deixavam de expressar a sua gratidão à FAB pelo apoio na disponibilização dos seus aviões.

Só em 22 de outubro de 1963, com o Aviso Nº 71/GM3, a FAB apoiou o SUSAs de forma administrativa. O documento sustenta que o auxílio tem sido fornecido desde

⁴⁹ FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Relação dos passageiros para o ‘voo de coqueluche’ da FAB Amanhã”. *Correio da Manhã (RJ)*, Rio de Janeiro, 29 dez. 1957 – p. 14.

1956 de forma experimental. A partir de 1963 o SUSA passou a ser efetivamente integrado as atividades do CAN⁵⁰.

Chama a atenção que alguns militares da Força Aérea Brasileira tentaram assumir a autoria das Unidades Sanitárias Aéreas. A notícia de 28 de novembro de 1998 intitulada “O brigadeiro da selva” atribui a criação do SUSA a Raymundo Vasconcellos de Aboim. Nutels era apenas o naturalista das expedições, que o brigadeiro supostamente organizava⁵¹.

Os aviões disponibilizados para a operação do SUSA eram os modelos: Douglas C-47^a/C-47B; Lockheed 18 Lodestar. Os dois modelos eram fabricados nos Estados Unidos e serviam para transporte de pessoas e cargas. O primeiro modelo podia transportar até 27 pessoas ou uma carga de até 4.536 kg. O segundo modelo suportava até 17 passageiros ou uma carga de até 3.855 kg. (NETTO, 1984). Os aviões tinham as características adequadas ao serviço que o CAN se propunha a prestar à sociedade brasileira, a integração do território nacional.

Figura 7: Douglas C-47^a e C-47B



FONTE: Aviação Militar Brasileira (1916-1984).

⁵⁰ BRASIL. Aviso N° 71/GM3 – de 22 de outubro de 1963. Força Aérea Brasileira – Rio de Janeiro.

⁵¹ FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “O brigadeiro da selva”. *Jornal do Commercio (RJ)*, Rio de Janeiro, 28 nov. 1998 – p. 14.

Figura 8: Lockheed 18 Lodestar



FONTE: *Aviação Militar Brasileira (1916-1984)*.

Para o transporte dos aparelhos de radiografia, foram necessárias modificações e adaptações para facilitar o deslocamento. Dessa forma, foi desenvolvido e padronizado um aparelho para o serviço, ele ficou conhecido na época como “tipo Unidades Sanitárias Aéreas”:

Trata-se de um aparelho desmontável de peso relativamente baixo: 395 quilos. Foi imaginado para ser transportado em aviões do tipo C-47 e Catalina, ou outros que tivessem condições de operar o interior brasileiro. A potência do aparelho é de 25 miliampères.⁵²

De forma técnica, Nutels explica que existiu a necessidade de diminuir a potência do equipamento para que fosse possível transportá-lo de maneira mais prática e menos custosa. O SUSA foi responsável por demonstrar na prática a eficiência da baixa amperagem do equipamento abregráfico para o cadastro em grandes massas (NUTELS, 1962). O fator da baixa amperagem se justificava devido:

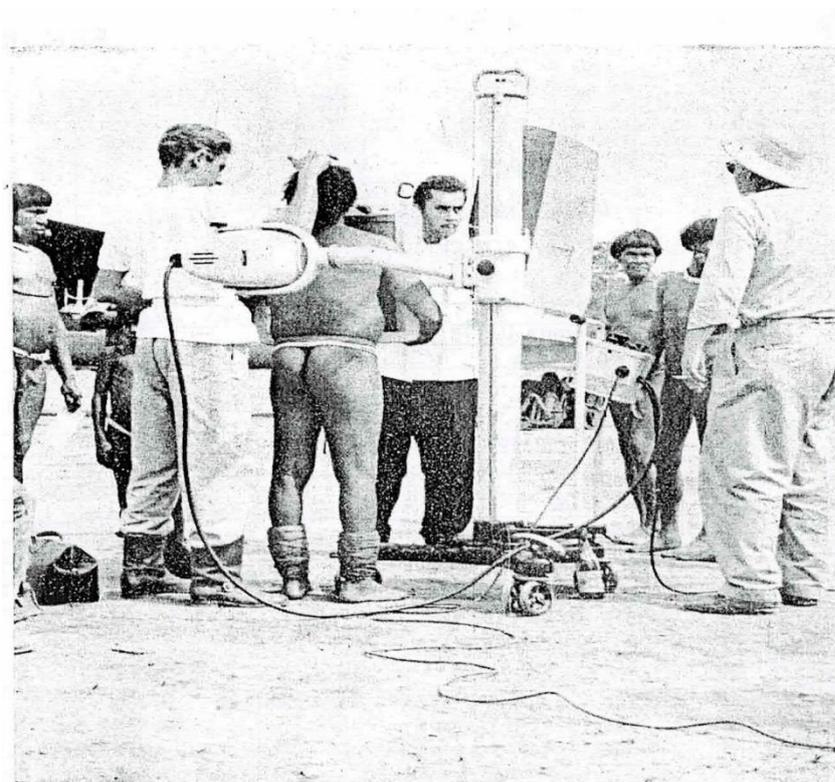
Precisávamos de material leve que permitisse o seu transporte pela via aérea, bem como em embarcações e veículos de pequeno porte, considerando-se os rios e as estradas do nosso interior; 2) a ausência quase total de energia elétrica nas áreas onde pretendíamos trabalhar,

⁵² BIBLIOTECA DE MANGUINHOS. NUTELS, Noel. SUSA – 1961 (Resumo das atividades do ano). *Revista do Serviço Nacional de Tuberculose*. Rio de Janeiro – Vol. VI – 4º Trimestre, 1962.

forçava-nos também a conduzir um grupo eletrogênico que, evidentemente, teria de ser o menos pesado possível.⁵³

Além disso, a adaptação dos equipamentos com baixa amperagem consumia menos energia, facilitando o transporte das fontes de alimentação. Vale ressaltar que o SUSA passou por onde a energia elétrica não passava. Além da questão do transporte, esse equipamento era barato em comparação a outros aparelhos mais potentes. Nutels se orgulhava da simplicidade que os equipamentos foram adquirindo com o decorrer do tempo. Ele dizia que tudo de supérfluo do equipamento foi retirado, como a elevação motorizada “objetivando reduzir o peso, o custo e as complicações que um motor a mais poderia acarretar”⁵⁴.

Figura 9: Cadastro tuberculínico na região do Alto Xingu (1959).



Cadastro torácico entre os Xinguanos.

FONTE: Revista do Serviço Nacional de Tuberculose, 1960.

Em relação ao custo dos transportes aéreos, não foram localizados documentos que tratassem dos custos operacionais do CAN, tendo em vista que o SUSA operava na

⁵³ BIBLIOTECA DE MANGUINHOS. NUTELS, Noel. SUSA – 1961 (Resumo das atividades do ano). *Revista do Serviço Nacional de Tuberculose*. Rio de Janeiro – Vol. VI – 4º Trimestre, 1962, p.646.

⁵⁴ BIBLIOTECA DE MANGUINHOS. NUTELS, Noel. SUSA – 1961 (Resumo das atividades do ano). *Revista do Serviço Nacional de Tuberculose*. Rio de Janeiro – Vol. VI – 4º Trimestre, 1962, p.646.

rota do CAN. A única notícia que encontramos foi num artigo de dezembro de 1957, no qual Nutels explica como funciona a cooperação com a FAB para o funcionamento do SUSA:

O custo de transportes em Aviões da Força Aérea Brasileira é computado como treinamento do pessoal daquela força. Esses aviões voaram de qualquer modo. O transporte das Unidades é como que uma espécie de subproduto das atividades do Correio Aéreo Nacional. E o serviço está apenas começando. Ainda está longe de cobrir todas as necessidades. Outras Unidades serão criadas com o início do próximo ano. O Ministério da Saúde já encampou o trabalho. Isso custou tempo.⁵⁵

Dessa forma, é possível inferir que o caráter original atribuído ao SUSA, quando estava em funcionamento no Brasil, se deve à complexidade da organização do serviço. Há dados que corroboram experiências anteriores ao SUSA com relação a aviões. O médico Mário Pinotti, numa conversa com o jornal *Correio da Manhã*, disse que, quando liderava o Serviço Nacional de Malária, já usava aviões para levar o tratamento a locais de difícil acesso⁵⁶. Além disso, o SPI e a FBC também já usavam aviões nesse esforço para atingir o interior do país. Os aviões não foram apenas um meio de transporte para o SUSA. Na campanha para combater a tuberculose, eles foram uma tecnologia central do serviço de saúde. Isso porque os equipamentos de radiografia foram remodelados para atender à ideia de mobilidade de um hospital. As Unidades Sanitárias Aéreas fizeram parte do Serviço Nacional de Tuberculose, e foram a primeira ação pública de saúde que utiliza aviões como principal tecnologia em sua estrutura.

2.3 - O modelo de assistência médica-sanitária desenvolvido pelo SUSA.

O Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), conforme a portaria nº 105, deveria levar por via aérea assistência médica-odontológica de caráter profilático, ou seja, um conjunto de ações de prevenção às doenças para os brasileiros que viviam em locais isolados do Brasil⁵⁷. Conforme o texto:

O Ministro de Estado dos Negócios da Saúde, no uso de suas atribuições e devidamente autorizado pelo Senhor Presidente da República, resolve: Designar o Drº. Noel Nutels, médico, Ref. 27 da T.U.M do

⁵⁵ FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). Males de civilizados chegam à selva, mas a ação da medicina chega também. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, 29 dez. 1957. p.2 e 16 – Ano LVII – Nº 19.866.

⁵⁶ FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Muito devem as campanhas sanitárias ao apoio dos aviões da FAB”. *Correio da Manhã (RJ)*, Rio de Janeiro, 22 out. 1958 – p. 23.

⁵⁷ BRASIL. Portaria nº 105, de 02 de maio de 1956. Regulamentação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA). Brasília: *DOU Diário Oficial da União*. Publicado no D.O.U de 04 de maio de 1956.

Ministério da Viação e Obras Públicas, posto a disposição desta Secretária de Estado, para o fim especial de:

- a) organizar e chefiar o serviço de “Unidades Sanitárias Aéreas”, com o objetivo de levar por via aérea às populações rurais, carentes de comunicações, assistência médico-odontológico de caráter precipuamente profilático;
- b) entender-se com as autoridades do Ministério da Aeronáutica, no sentido das rotas que virão a ser percorridas, periodicamente pelas U.S.A;
- c) orientar, chefiar ou designar, ouvido o Ministro de Estado, chefes para as expedições que forem organizadas, apresentando relatório circunstanciado dos trabalhos levados a efeito;
- d) entender-se diretamente com todos os órgãos técnicos e administrativos do Ministério da Saúde, e manter com eles a mais estreita cooperação no sentido de assegurar o êxito das atividades das U.S.A;
- e) sugerir ao Ministro de Estado qualquer medida que julgue necessária ao desenvolvimento do serviço.⁵⁸

O documento apresenta disposições sucintas e pouco minuciosas, deixando sob a responsabilidade do diretor do serviço, o médico Noel Nutels, a condução das estratégias de atuação. Fica evidente que o serviço poderá requisitar assistência de outros órgãos do Ministério da Saúde para a realização dos atendimentos. A partir daquele momento, o SUSA passaria a fazer parte da estrutura do Ministério da Saúde, de acordo com o que consta na portaria. Segundo o jornal “A Noite”:

Conforme foi amplamente divulgado partirá amanhã, terça-feira, desta Capital, rumo ao Brasil Central, sob a chefia do médico Noel Nutels, do Ministério da Saúde, a primeira unidade aero sanitária, cuja finalidade é prestar as populações das zonas de difícil acesso por terra e mar a assistência médica e profilática de que carecem⁵⁹.

O SUSA deveria emitir relatórios anuais de suas atividades, uma vez que estava administrativamente subordinado ao Serviço Nacional de Tuberculose (SNT). O SNT foi designado em 1941 como o órgão regulador e coordenador das atividades das instituições públicas e privadas, na luta contra a tuberculose⁶⁰. Embora a portaria não tivesse apontado o combate à tuberculose como objetivo principal, o SUSA foi direcionado para o SNT. Na pesquisa realizada nos arquivos da Biblioteca de Manguinhos, consultamos as

⁵⁸ BRASIL. Portaria nº 105, de 02 de maio de 1956. Regulamentação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA). Brasília: *DOU Diário Oficial da União*. Publicado no D.O.U de 04 de maio de 1956.

⁵⁹ FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Amanhã, rumo ao Brasil Central, primeira Unidade Aero Sanitária”. *A Noite (RJ)*, Rio de Janeiro, 14 mai. 1956 – p.3.

⁶⁰ BIBLIOTECA DE MANGUINHOS. *Revista do Serviço Nacional de Tuberculose*. Rio de Janeiro – Vol. XII – Nº 47, Julho-Setembro, 1968.

revistas do Serviço Nacional de Tuberculose e identificamos os relatórios do SUSAs nas revistas dos anos de 1960, 1961, 1962, 1967 e 1968.

O serviço e Nutels foram relevantes na época por trazer à discussão social os problemas de saúde que afetavam os grupos indígenas. Em termos de saúde, a responsabilidade pelos povos indígenas cabia ao S.P.I., a agência do Estado que cuidava dessa parte da população brasileira. Como foi mencionado neste trabalho, o S.P.I. não teve êxito ao tentar criar um serviço de saúde permanente (BRITO, 2011; OLIVEIRA; FREIRE: 2006):

As frentes de expansão econômicas, os coletores de produtos diversos, enfim, as pressões econômicas e ambientais junto aos povos indígenas que poderiam não ter suas posses reconhecidas levaram fatalmente muitas famílias indígenas ao desespero e ao desengano. Os postos indígenas algumas vezes não possuíam os medicamentos necessários, assim como seus trabalhadores, com raras exceções, eram leigos em assistência sanitária. (OLIVEIRA; FREIRE: 2006: 123)

De acordo com Dina Costa (1987), a política indigenista brasileira se caracterizava pelos esforços humanitários e voluntários para conter a expansão violenta sobre os territórios indígenas, no momento de atuação do SUSAs. O modelo de assistência criado pelo SUSAs ao longo do tempo teve como foco principal a proteção das populações indígenas. A tuberculose foi identificada como a principal doença que afligia as comunidades indígenas, mas não foi o único problema abordado. Uma das características do SUSAs foi uma equipe técnica com profissionais de diversas áreas. Todas as viagens do SUSAs, identificadas até agora, tiveram a presença de outros órgãos de saúde como o Serviço Nacional de Leprosia. Assim, Nutels defendia que:

(...) que uma ação bem orientada, principalmente em relação a prevenção das doenças infecciosas, impediria a grande mortalidade que normalmente se verifica entre os indígenas quando entram em contato com as frentes de expansão. (COSTA, 1987: 392)

A primeira viagem a serviço do Ministério da Saúde, em 15 de maio de 1956, foi descrita pelo jornal “A Noite” como experimental. Uma aeronave, saindo do Rio de Janeiro, estava equipada com todos os instrumentos necessários para realizar o censo torácico no Brasil Central. Além disso, levava medicamentos e vacinas para doenças como varíola, febre amarela, tuberculose e tifo. Também levava medicamentos para distribuir nos casos necessários⁶¹. É importante salientar que as ações de saúde empreendidas estavam intimamente ligadas à lógica do fortalecimento do Estado. Através

⁶¹ FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Amanhã, rumo ao Brasil Central, primeira Unidade Aero Sanitária”. *A Noite (RJ)*, Rio de Janeiro, 14 mai. 1956 – p.3.

das ações de saúde o Estado brasileiro vislumbrava um caminho para se torna presente por todo o país.

O itinerário dessa primeira jornada seria na região Central do Brasil, partindo do Rio de Janeiro, passando por Goiânia, depois seguindo para Aruanã, prosseguindo para Santa Isabel, onde o posto indígena Getúlio Vargas atende o povo Carajás. Passando por São Felix e Conceição do Araguaia, no Pará, foram ao posto Nilo Peçanha, do SPI, que atendia aos Gorotire, Kubenkrankrein e os Caiapos. O último destino da viagem seria Itaituba, Tapajós, Jacareacanga, Serra do Cachimbo e o posto Capitão Vasconcelos dirigido pelos irmãos Villas-Bôas.

A primeira viagem do SUSA, após sua incorporação ao Ministério da Saúde, permitiu compreender que os atendimentos realizados pelo SUSA não teriam limitações quanto à sua atuação. Logo no primeiro mês, Nutels foi solicitado pelo diretor do Departamento de Saúde Pública (DSP), Fulvio Polenghi, para uma visita ao estado de Santa Catarina, mais especificamente às minas de carvão. A ideia era que a Nutels criasse um plano de estudo para a antracose – doença provocada pela inalação constante de carvão – que acometia os operários dessas minas. Algum tempo depois, Nutels voltou à cidade com a equipe do SUSA para realização do cadastro torácico⁶².

Em uma entrevista ao jornal "A noite", o Ministro da Saúde Maurício Medeiros disse que ao criar o SUSA, o objetivo era tornar as viagens de Nutels uma ação sistematizada. Transformando-as em ações periódicas e expandindo os roteiros de atendimento. Na primeira viagem, o SUSA pôde contar com a colaboração de outros órgãos do Ministério da Saúde na disponibilização de trabalhadores.

O ministro relata a parceria com laboratórios que forneceram medicamentos que seriam distribuídos sem custos pelo SUSA⁶³. Entendemos, desde o princípio, que o SUSA foi a formalização de um tipo de atendimento médico que já era realizado pelas regiões do Brasil Central, que contava apenas com o esforço do seu idealizador e a sua rede de sociabilidade. Ao estudar a trajetória de Nutels, Paiva (2003) considera:

Ao examinar essa trajetória, pude observar que não foi o processo de centralização política e burocratização das instituições do Estado, gestado nos anos de 1920 e, sobretudo, implementado a partir de Getúlio Vargas, que serviu o médico de facilidades e ferramentas para a realização de seus serviços. Aliás, facilidade não é o que ele parece ter encontrado no caminhar de sua vida profissional. O que ocorreu foi

⁶² FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Campanha de grande envergadura contra endemias nas zonas rurais”. *A Nação (SC)*, Rio de Janeiro, 17 jun. 1956.

⁶³ FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Voará em maio a primeira Unidade Aero Sanitária”. *A Noite (RJ)*, Rio de Janeiro, 27 abr. 1956 – p.6.

que o médico tinha um ideal, uma motivação que o fez se movimentar por inúmeras redes soais e políticas da época e possibilitou que, bem ou mal, ele legasse toda uma obra à saúde pública. (PAIVA, 2003: 828)

No ano de 1957, o serviço ainda não tinha completado um ano de funcionamento e nos jornais já era destacado como a ação mais acertada do primeiro ano de governo de JK:

A criação das Unidades Sanitárias, figura entre as principais realizações do Ministério da Saúde, neste primeiro ano do atual governo. Trata-se efetivamente, de medida que logrou em todos os círculos, a mais ampla repercussão, dado o alcance que desde o início revelou no sentido de estender as mais longínquas regiões do nosso “hinterland” a assistência médica. Nesse caso particular, foi possível alcançar o objetivo com a conjugação de recursos de um lado das autoridades sanitárias do Ministério e, de outro dos meios de transporte da Força Aérea Brasileira, graças à cooperação útil do Ministério da Aeronáutica.⁶⁴

Ainda em 1957, o SUSA incluiu na sua rota de atendimento uma passagem pelas obras da nova capital do Brasil. O Ministério da Saúde requeria que os operários das obras de Brasília fossem atendidos pelo serviço, com os procedimentos habituais de cadastro torácico, vacinação e serviço dentário. No mesmo ano, mais uma unidade de atendimento foi incorporada ao serviço, permitindo a ampliação das rotas de atendimento.

É importante salientar o atendimento prestado na cidade fluminense de Parati, em 1957, com a ajuda de um navio fornecido pela Marinha do Brasil⁶⁵. Uma informação relevante, uma vez que o SUSA está, sobretudo, associado aos atendimentos em regiões do Brasil Central, sem revelar os atendimentos no Rio de Janeiro, que, até 1960, era a capital do Brasil. Há dados de atendimento nessa região no ano de 1962, e de acordo com a imagem seguinte no ano de 1967.

⁶⁴ FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Só aos 70 anos conheceram a vacinação antivariólica”. *Noite (RJ)*, Rio de Janeiro, 23 jan. 1957 – p.5.

⁶⁵ FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Rumo a Rondônia, dia 29, as Unidades Sanitárias Aéreas”. *Noite (RJ)*, Rio de Janeiro, 24 jan. 1957 – p.6.

Figura 10: Tabela de atendimentos de 1967.

TABELA I
SETOR DE UNIDADES SANITÁRIAS AÉREAS
1967

Entidades e Localidades Trabalhadas Cidade e Estado	Mês	N.º de Dias	SERVIÇOS REALIZADOS					N.º de pessoas atendidas
			Abreugrafias	Testes Tuberculinicos	Exames de escarro	Vacinas antivaricólicas	Extrações dentárias	
S. T. B. G.	Outubro	8	1.408	—	—	—	—	1.408
CEDAG	Julho	18	3.486	—	—	—	—	3.486
A. A. Vila Isabel	Novembro	2	1.019	—	—	—	—	1.019
U. Laranjais	Janeiro	8	2.401	1.935	18	—	797	4.336
Light	Janeiro	7	670	393	—	—	—	1.063
Itaguaí	Junho	6	2.219	2.604	45	—	—	4.823
Angra dos Reis	Novembro	8	2.281	294	—	2.681	—	2.681
Cabo Frio	Novembro	13	2.732	2	7	2.604	121	2.732
Irecê	Setembro	20	4.376	2.068	83	—	—	7.044
C. do Moura	Agosto	13	391	329	50	—	—	720
IR/5 do S.P.I.	Abril	30	5.968	5.026	277	789	761	5.968
Dourados	Maio	15	6.827	4.226	—	8.360	635	11.053
Rondonópolis	Junho	12	6.179	2.675	—	5.012	922	8.854
Cáceres	Setembro	13	3.748	2.823	27	5.951	919	6.571
Aquidauana	Setembro	15	5.029	3.584	31	9.228	990	9.228
P.N. Xingu	Julho	25	402	932	30	—	—	932
P.N. Xingu	Outubro	8	—	53	7	134	—	134
Ilha de Marajó	Maio	30	—	1.519	95	—	—	1.519
Total		221	49.735	28.463	670	34.780	5.145	73.571

FONTE: Revista do Serviço Nacional de Tuberculose (1967).

O SUSA também adaptou suas atividades às ações pedagógicas aplicadas no campo da saúde. A ideia era chamar a atenção das pessoas para os cuidados médicos oferecidos pelo serviço. Não era simples convencer as pessoas das localidades onde a serviço aterrissava a utilizarem o serviço. Havia uma certa relutância em relação ao desconhecido, afinal de contas, tratava-se de uma época em que a saúde pública estava em crescimento e se tornando cada vez mais parte do dia a dia da maioria da população brasileira. Isso era mais perceptível nas regiões mais afastadas. Nutels entendia a necessidade da aproximação para os atendimentos, então pensou em estratégias para aproximar o serviço das pessoas:

Se alguém, navegando pelo Tapajós, encontrar um índio mundurucu, tendo nome cristão de Joaquim – e se ele contar, no seu linguajar pitoresco, que foi membro da Unidade, o viajante pode acreditar, porque é verdade. Se um dia, em alguma feira do nordeste, alguém se deparar com um cantador albino, chamado Evaristo e se ouvir, ao som da viola, no seu versejar encantador que participou de uma embaixada que tirava chapa de raio-x, dava injeção e tirava dente, pode crer que não é mentira. Como elemento de atração ao caboclo desconfiado em Canindé, contratamos Evaristo. Ao seu cantar característico deve a saúde pública muita abreugrafia e muita vacinação.⁶⁶

Convencido dos efeitos eficazes da educação sanitária, Nutels defendeu a utilização de métodos diversificados. A principal características dos métodos desenvolvidos pelo SUSA era a adequação aos indivíduos alvos da região. De um modo geral, os serviços do SUSA eram prestados no meio da rua. Instalava-se as barracas próximos as sombras das árvores, ao ar livre. Era a medicina feita em praça pública como chamavam na época. O sanitarista via nessa forma de organização do serviço uma maneira de afastar toda a desconfiança do homem do campo. Esse modelo de atendimento, ao ar livre, em praças públicas, chamou a atenção dos meios de comunicação da época. Muitos deles noticiaram que o “médico dos índios” fazia “medicina em praça pública”:

Tira-se assim, aos olhos desconfiados do homem do campo, qualquer aspecto de mistério e perigo que, porventura, possa lhe sugerir o hermetismo de quatro paredes e porta fechada.⁶⁷

⁶⁶ FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Rumo a Rondônia, dia 29, as Unidades Sanitárias Aéreas”. *Noite (RJ)*, Rio de Janeiro, 24 jan. 1957 – p.6.

⁶⁷ FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Rumo a Rondônia, dia 29, as Unidades Sanitárias Aéreas”. *Noite (RJ)*, Rio de Janeiro, 24 jan. 1957 – p.6.

Nesse período, existia um serviço responsável pela implementação de ações pedagógicas de educação sanitária no Brasil, o Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES). A principal atribuição desse serviço era favorecer a mudança de hábitos e a conscientização popular em relação aos problemas de saúde. Assim, estimulava os indivíduos a compreender o papel fundamental que cumpriam no controle das doenças (SOUZA, 2012).

O princípio filosófico que permeou os serviços do SNES, e conseqüentemente refletiu nas ações do SUSA, era que os indivíduos fossem capazes de construir uma consciência coletiva das vantagens que a educação sanitária poderia trazer para suas vidas. Era necessário que o SUSA implantasse a educação sanitária para que suas ações de saúde surtisserem efeitos, como o serviço não permanecia na localidade, era necessário que essas pessoas desenvolvessem hábitos que contribuíssem para o controle das doenças.

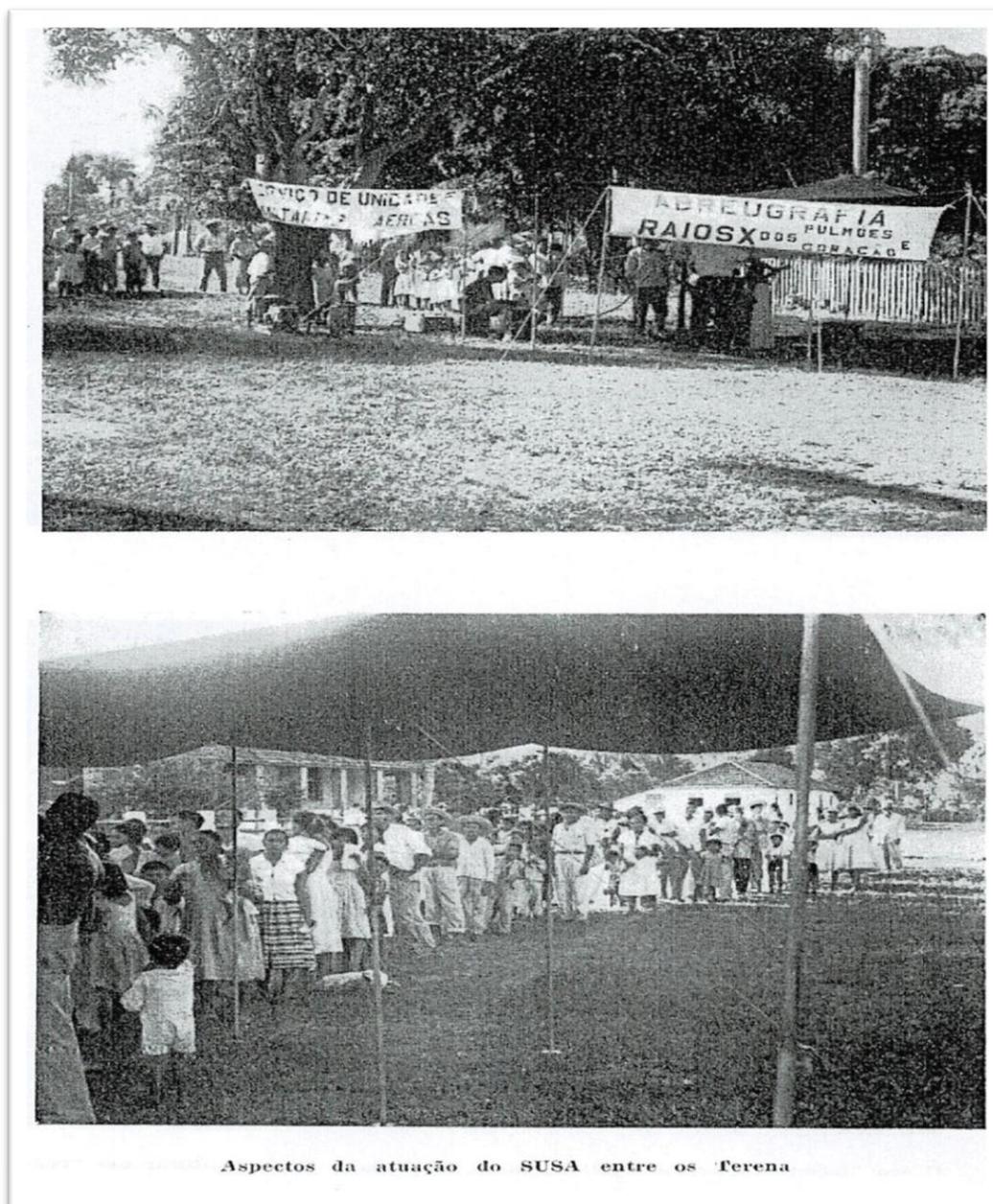
Tendo em vista tudo o que foi mencionado até este momento, as próximas imagens são fotografias que registram como os serviços eram organizados nos lugares que o serviço visitou.

Figura 11: Como era realizado os atendimentos do SUSA.



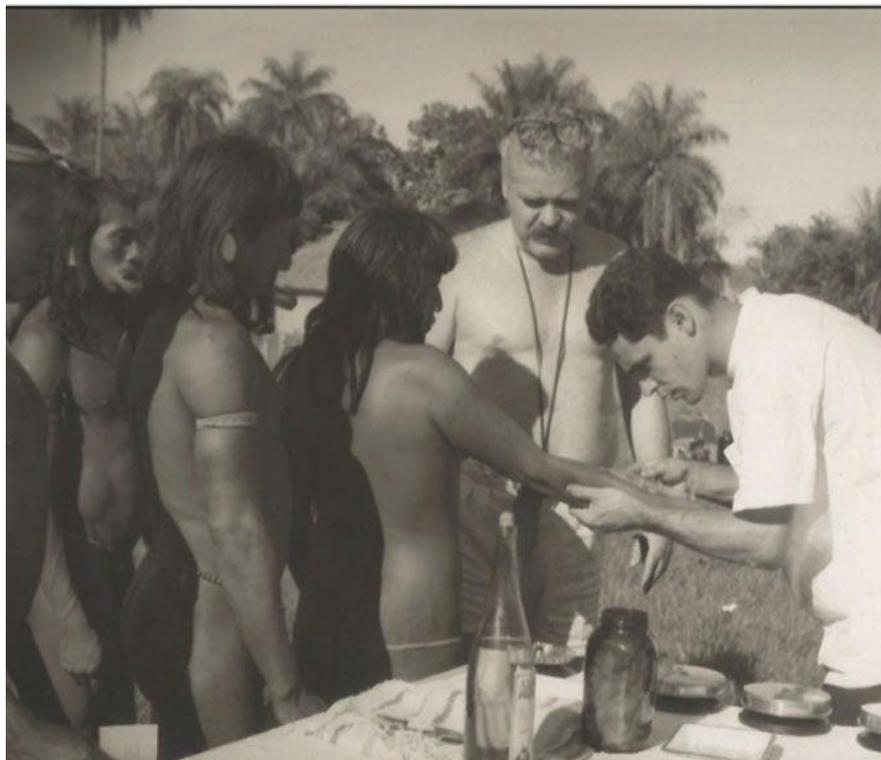
FONTE: Arquivo da Biblioteca do INCAER.

Figura 12: Atendimento aos Terenas – 1961



FONTE: Revista do Serviço Nacional de Tuberculose (1961).

Figura 13: Noel Nutels.



FONTE: www.cafehistoria.com.br/noel-nutels-indigenas-genocidio/

Figura 14: Caravanas.



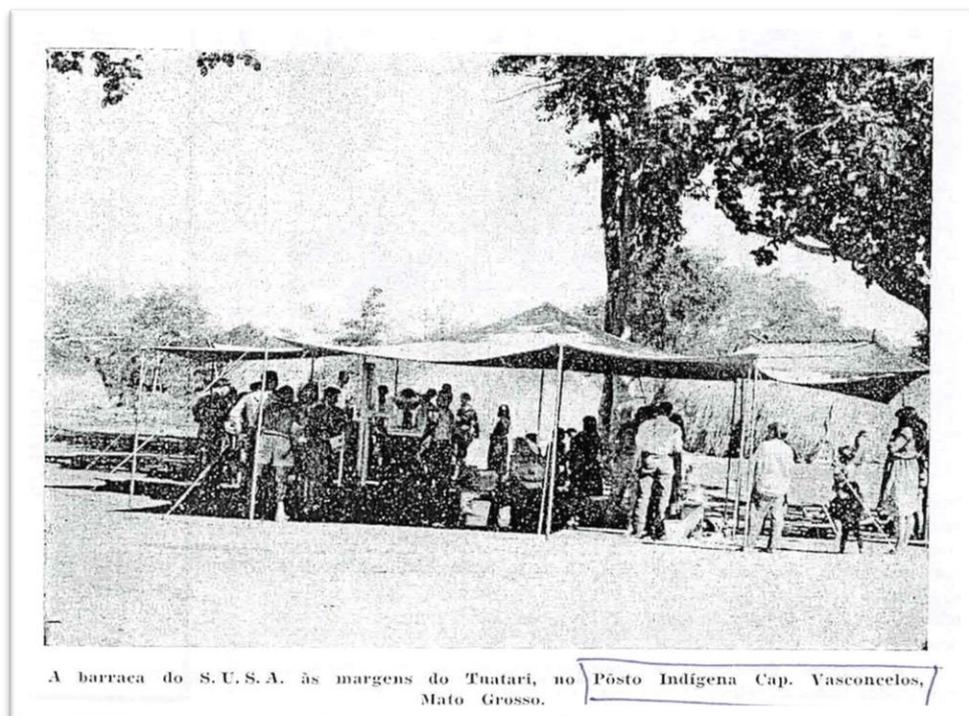
FONTE: Arquivo da Biblioteca do INCAER.

Figura 15: SUSA



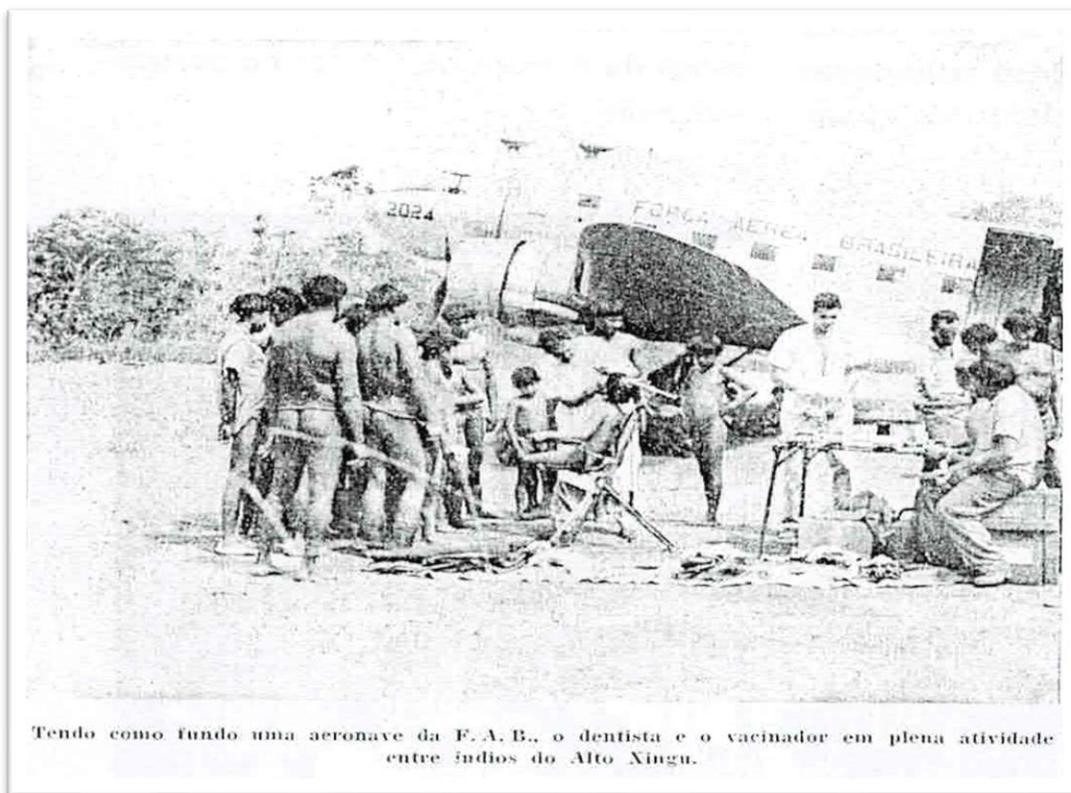
FONTE: Arquivo da Biblioteca do INCAER.

Figura 16: Barraca do SUSA.



FONTE: Revista do Serviço Nacional de Tuberculose (1960).

Figura 17: Atendimento do SUSA no Alto Xingu



Tendo como fundo uma aeronave da F. A. B., o dentista e o vacinador em plena atividade entre índios do Alto Xingu.

FONTE: Revista do Serviço Nacional de Tuberculose (1960).

No ano de 1959, uma unidade sanitária se dirigiu ao norte de Goiás para atender aos trabalhadores das obras de construção da rodovia Belém-Brasília e a população que estava se fixando ao entorno, como, por exemplo, os moradores da recém-criada cidade de Gurupí. Uma das características desse período foi a migração de pessoas para o interior do Brasil, motivadas pelas obras de integração que estavam sendo realizadas. Sob a liderança do Drº Paulo Beneditt, a equipe fez o usual e distribuiu cartilhas da Campanha contra o Tracoma do DNERu⁶⁸.

Os alto-falantes utilizados pelo serviço, que por muitos era chamado de “hospital volante”, usava palavras simples na intenção de anunciar a população que o atendimento começaria: venha tirar seu retrato do pulmão de graça⁶⁹. Além dos alto-falantes, o cinema e a literatura também eram de suma importância. Em 1959, Nutels aborda a dificuldade de encontrar filmes, então decide investir na divulgação de preceitos higiênicos, de forma simples, por meio dos alto-falantes. Ele salienta que a abordagem procura atender os

⁶⁸ FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Assistência médica à população da rodovia”. *Diário da Noite (RJ)*, Rio de Janeiro, 07 abr. 1959 – p.2.

⁶⁹ FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Noel Nutels: o melhor amigo dos índios”. *Revista Manchete (RJ)*, Rio de Janeiro, 14 mai. 1983 - p. 96 – Revista Semanal nº 1.621 – Ano 31.

problemas de cada localidade. É importante observar que ao mesmo tempo que a literatura era uma ferramenta, ela também se tornava um obstáculo, visto o alto nível de analfabetismo no Brasil e a falta de adaptação desses materiais as línguas indígenas. O serviço utilizou cartilhas elaboradas pelo Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES), serviço relevante naquele período⁷⁰. Para Nutels:

Uma atividade a qual atribuímos grande importância é a educação sanitária. Difícil, a nosso ver, aquilatar o real valor de uma atividade sumamente subjetiva. Somente o tempo poderá, talvez, responder a essa dúvida. Mas, o que queremos deixar dito é que a simples presença das nossas equipes constitui um excelente trabalho de educação sanitária.⁷¹

Uma das ações de educação sanitária mais populares de Nutels usou a literatura de cordel como ferramenta de comunicação. Uma forma de literatura popular, que, conforme o médico, era muito difundida no nordeste brasileiro e tinha grande influência nos hábitos do homem rural daquelas extensas áreas. O cordel mais conhecido se chamou “A fera invisível ou o infeliz final de uma acrobata que padecia de pulmão”. O médico esclareceu ao poeta popular João José da Silva o que era tuberculose, raio x, o tratamento e solicitou que ele abordasse o tema. O cordel era repassado às pessoas e recitado nos alto-falantes - lembrando que estamos tratando de um período que os índices de analfabetismo eram bem expressivos - enquanto o serviço estava na cidade. A próxima imagem apresenta a capa do cordel:

Figura 18: Capa



FONTE: Acervo Cordelteca.

⁷⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL. Revista do Serviço Nacional de Tuberculose. – Rio de Janeiro – Vol. 6 Nº 13 – 4º Trim., 1962.

⁷¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL. Revista do Serviço Nacional de Tuberculose. – Rio de Janeiro – Vol. 6 Nº 13 – 4º Trim., 1962.

Na cidade de Bom Jesus da Lapa, na Bahia, durante uma romaria, o SUSA esteve presente de forma constante. Bom Jesus da Lapa, durante o período de romaria, foi onde Nutels realizou os primeiros testes de atendimento a grandes grupos de pessoas. A romaria era uma época em que diversas pessoas iam àquela cidade do interior, o que representava uma boa oportunidade para popularizar o modelo de serviço médico. A presença recorrente do SUSA na romaria, fazia com que os romeiros, com o decorrer do tempo, procurassem logo as “Barracas da Saúde”⁷². Os versos de um romeiro:

“Para fazer meus versinhos/ Meu Bom Jesus me ajude/ Para eu saudar e versos/ A Barraca da Saúde/ Instalada nesta praça/ Examinando os romeiros/ Completamente de graça/ Vacina contra a bexiga/ Para toda multidão/ E passa no Raio X/ Examinando o pulmão/ A Barraca da Saúde/ Faz serviço excelente/ Dá remédio e injeção/ E ainda arraca dente/ Portanto amigos romeiros/ Salvem-se do atauda/ Venha logo receitar-se/ Na Barraca da Saúde/ Tem remédio que produz/ Parece até ser milagre/ Do amado Bom Jesus/ Terminam aqui os versinhos/ Do trovador Minelvino/ Dando viva ao Bom Jesus/ E também ao Juscelino.”⁷³

A partir das tabelas do SUSA, disponíveis na Revista do Serviço Nacional de Tuberculose, foi possível confirmar algumas características sobre a forma que o SUSA se organizava e os serviços prestados. A primeira coisa que observamos nas tabelas a seguir é um resumo das atividades, o que revela os serviços prestados e as doenças pesquisadas durante o atendimento. Isso confirma que o SUSA não se limitava a prestar assistência aos tuberculosos (1). A estrutura do SUSA tinha aviões como centro, mas também organizou transporte terrestre e fluvial para alcançar mais lugares - naquela época eram recentes as pistas de pouso na região do Brasil Central. Dessa forma, reforça-se a característica central do serviço de levar atendimento médico a todo o Brasil (2). Salientamos anteriormente que a portaria que criou o SUSA solicitava a cooperação de outros serviços do Ministério da Saúde. Dessa forma, notamos a presença de equipes técnicas interdisciplinares que realizavam os inquéritos (3).

⁷² MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL. Revista do Serviço Nacional de Tuberculose. – Rio de Janeiro – Vol. 6 N° 24 – 4° Trim., 1962.

⁷³ MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL. Revista do Serviço Nacional de Tuberculose. – Rio de Janeiro – Vol. 6 N° 24 – 4° Trim., 1962.

Figura 19: Resumo das atividades de 1959.

RESUMO DAS ATIVIDADES EM 1959	SERVIÇO de UNIDADES SANITÁRIAS AÉREAS										SNT															
	EXAMES RADIOGRÁFICOS		VACINAÇÕES			TESTES		INQUÉRITOS						MEDICAÇÕES				CONSULTAS MÉDICAS		EXTRAÇÕES DENTÁRIAS		EDUCAÇÃO SANITÁRIA		PESSOAS ATENDIDAS		SERVIÇOS PRESTADOS
	ABRUGRAFIAS	TELE-RADIOGRÁFICAS	B. C. G.	ANTI-VARIOLICAS	ANTI-TÍFICAS	ANTI-AMARILICAS	TUBERCULINICOS	BOUBA	TRACOMA	LEPRA	LEISHMANIOSE	FILÁRIA	MALÁRIA (Casimias Colmias)	KALAZAR	GRIPE	ANTI-HELMINTICAS	ANTI-ANÊMICAS	TUBERCULOSE	DIVERSAS	CONSULTAS MÉDICAS	EXTRAÇÕES DENTÁRIAS	EDUCAÇÃO SANITÁRIA	PESSOAS ATENDIDAS	SERVIÇOS PRESTADOS		
ACRE	12.811	6	24.44	12.333	7.834	-	-	-	-	-	-	-	-	-	600	2.286	117	12.489	305	5.185	-	14.219	72.521			
RONDONIA	17.878	13	5.827	17.118	17.019	8.115	-	-	-	-	-	-	-	-	53	1.871	1.260	295	12.402	108	5.007	-	19.071	83.766		
RIO BRANCO	7.039	-	-	7.308	7.568	515	6.714	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	58	19.752	-	1.668	2.110	7.753	3.8842		
AMAZONAS	709	-	-	743	52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	212	-	110	70	743	1.900		
BAHIA	9.335	8	3.600	8.557	9.152	4.907	-	4.320	8.926	-	-	10.144	3.200	-	2.230	1.195	143	5.527	2.087	785	-	9.652	74.216			
GOIÁS	21.611	-	2.783	18.743	16.671	11.695	-	12.712	12.744	13.802	5.735	2.601	8.406	-	3.164	2.054	1957	197	21.200	2.017	8.077	431	24.144	163.580		
MATO GROSSO	3.982	3	600	3.222	3.182	-	-	-	-	-	-	839	-	-	444	847	842	32	1.647	24	106	-	4.013	15.810		
MINAS GERAIS	6.635	-	2.000	3.723	5.872	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.760	2.050	453	1.718	513	7.704	10.000	6.635	19.235			
PARÁ	20.392	4	-	27.719	28.590	-	-	-	-	-	-	-	-	-	695	415	95	1.919	149	6.515	2.000	14.807	49.454			
PARAÍBA	14.187	30	3.000	10.548	11.801	-	-	-	-	-	-	-	-	-	235	200	132	2.287	-	3.378	10.000	195.88	6.4854			
RIO DE JANEIRO	18.905	-	10.133	13.887	14.747	-	-	-	-	-	-	-	-	-	550	540	334	24.520	1.051	9.346	-	3.1537	130.966			
SERGIPE	29.256	84	27.604	10.690	26.989	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.104.2	8.725	1.834	85.893	6.234	45.901	786.1	178.370	815.997			
Totais	171.730	150	62.595	156.324	154.276	33.068	6.714	17.032	20.770	15.802	5.735	24.01	21.389	3.200	16.61	11.042	8.725	1.834	85.893	6.234	45.901	786.1	178.370	815.997		

NOTA: Para a cobertura da quilometragem aeroviária foram utilizados aviões da FORÇA AÉREA BRASILEIRA.

Para a cobertura da quilometragem ferroviária foram utilizadas composições das Esfíndas de Ferro MADEIRA-MAMORÉ e BELÉM-BRACANCA.

(3)

ESTADOS
TERRITÓRIOS 9
LOCALIDADES 128

QUILÔMETROS PERCORRIDOS
AÉROVIÁRIOS 62.500
RODOVIÁRIOS 6.994
FERROVIÁRIOS 685

FONTE: Revista do Serviço Nacional de Tuberculose (1960).

Figura 20: Resumo das Atividades de 1960.

MINISTÉRIO da SAÚDE
SERVIÇO de UNIDADES SANITÁRIAS AÉREAS

DNS

SNT

(1) RESUMO DAS ATIVIDADES EM 1960	ESTABELECIMENTOS		VACINAÇÕES			INQUÉRITOS					MEDICAÇÕES					PESSOAS ATENDIDAS	SERVIÇOS PRESTADOS									
	ABRUGARIAS	TELE-RADIOGRÁFIAS	ANTI-VARIOLICAS	ANTI-AMARILLICAS	ESCARO E TUBERCULINICAS	BOUBA	TRACOMA	LEISHMANIOSE	FILARIA	MALÁRIA	KALAZAR	GRÁPE	ANTHELMINTICAS	ANTI-AMÉMICAS	ODONTOLÓGICAS			TUBERCULOSIS	DIVERSAS	CONSULTAS MÉDICAS	EXTRAÇÕES DENTÁRIAS	EDUCAÇÃO SANITÁRIA				
ÁREA INDÍGENA	-	-	222	404	-	444	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.444	-	170	-	456	307.8				
ACRE	4.730	-	4.713	4.451	4.338	1.953	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.858	306	4.730	315.662				
RONDÔNIA	77.138	-	-	4.601	16.983	8.034	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.253	2.245	17.138	60.284				
BAHIA	7.064	-	-	6.917	6.974	6.320	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.361	-	7.064	62.392				
CEARÁ	18.555	-	-	6.940	10.744	16.235	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.067	2.650	18.555	81.647				
GOIÁS	20.345	-	-	11.564	13.460	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.347	-	20.345	64.678				
MATO GROSSO	2.345	-	-	2.448	2.341	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	452	-	2.345	9.073				
MINAS GERAIS	44.034	-	-	9.213	21.938	25.991	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	80.27	3.500	44.034	128.128				
RIO de JANEIRO	7.359	16	-	4.295	4.670	500	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.718	4.000	7.359	25.825				
SERGIPE	25.521	70	-	24.539	10.381	17.893	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	503	2.711	25.521	98.902				
PARÁIBA	14.017	-	-	13.884	13.381	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5.701	1.500	14.017	5.241				
PARANÁ	17.971	-	-	10.557	16.096	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17.971	56.636				
PARANÁ - DISPENSÁRIO ESCOLA	1.972	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.972	13.779				
Totais	180.262	86	43.627	101.574	137.258	163.307	944	36	9.007	9.858	-	-	-	-	-	-	11.861	70.927	20.720	2.011	3.252	2.850	43.367	15.810	191.248	672.620

NOTA: Para a cobertura da quilometragem aeroviária foram utilizados aviões da

(3) FORÇA AÉREA BRASILEIRA

Para a cobertura da quilometragem ferroviária foram utilizadas compo-

sições da ESTRADA de FERRO MADEIRA-NAMORÉ, ESTRADA de FERRO BELEM-BRAGANÇA e ESTRADA de FERRO VITÓRIA-MINAS.

Os inquéritos foram executados por pessoal do D.N.E.R.U.

Na rodovia BERNARDO SAYÃO foram utilizadas viaturas da RODOBRAS.

Para cobertura da etapa fluvial foram utilizados barcos da FUNDAÇÃO

BRASIL CENTRAL

ESTADOS

TERRITÓRIOS

LOCALIDADES

10

2

147

QUILÔMETROS PERCORRIDOS

6.6640

8.063

1.254

318

AEROVIÁRIOS

RODOVIÁRIOS

FERROVIÁRIOS

FLUVIAIS

FONTE: Revista do Serviço Nacional de Tuberculose (1961).

As tabelas demonstraram que a estrutura do SUSA esteve concentrada no Ministério da Saúde e que foi guiada pelas instruções normativas do Serviço Nacional de Tuberculose. Esses relatórios foram endereçados ao Ministro da Saúde e ao diretor do SNT. Ao pensar no SUSA, chegamos à compreensão de que ele fugia dos limites estabelecidos na época, pois não se limitava às ações de doenças específicas. É difícil classificar o SUSA como um serviço de luta contra a tuberculose, apesar de ser o seu objetivo principal. O SUSA realmente surge e ganha visibilidade como uma ação sanitária contra a tuberculose para os grupos indígenas, mas desde sempre o seu formulador entendia a complexidade que envolvia as condições sanitárias dos indígenas.

Existia também um protocolo para os casos detectados de contaminação tanto da tuberculose como de outras doenças, mas o grande empecilho era a realização do tratamento, que nesse momento passava a ser responsabilidade do doente. Segundo Nutels: “Tudo passa a depender do enfermo seguir, ou não, as nossas instruções”. Ele analisa a complexidade do tratamento, em particular da tuberculose, nem sempre o modo de operar do SUSA é o mais adequado para alcançar a recuperação do doente. Acreditando assim, que os acordo celebrado entre o SESP e o SNT - instalação de unidades fixas - completaria de forma efetiva o processo de cura desses doentes⁷⁴.

A análise do serviço salienta que ele foi mobilizado para atender os trabalhadores das grandes obras de desenvolvimento e, inclusive, os trabalhadores dos seringais. O SUSA também esteve envolvido nas campanhas de socorro às vítimas da seca, transportando suprimentos médicos e alimentares. A fome e a seca era um problema social de grande impacto na região do nordeste⁷⁵.

É importante ressaltar, visto a memória tão consolidada do SUSA como o serviço médico dos indígenas do Brasil, que uma aproximação efetiva do principal órgão de assistência aos indígenas da época somente ocorreu em 1965, onde foi celebrado um “Ajuste de Cooperação com o SPI”⁷⁶:

Em junho de 1965 fomos procurados pela Direção do SPI, resolvida a participar mais efetivamente no combate à tuberculose entre silvícolas. Desse modo foi celebrado, entre o SPI e o SNT, um Ajuste de

⁷⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL. Revista do Serviço Nacional de Tuberculose. – Rio de Janeiro – Vol. XI - Nº 41 – 1º Trim., 1967.

⁷⁵ FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “O S.U.S.A e as secas.”. *Correio da Manhã (RJ)*, Rio de Janeiro, 02 fev. 1958 - p. 6.

⁷⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL. Revista do Serviço Nacional de Tuberculose. – Rio de Janeiro – Vol. XI - Nº 24 – 4º Trim., 1962.

Cooperação que viria proporcionar maiores meios aos nossos objetivos entre populações indígenas⁷⁷.

De acordo com Dina Costa (1987), em 1968 o SUSA foi modificado para se tornar as Unidades de Atendimento Especial (UAE), passando a ser um órgão da administração direta do Ministério da Saúde. Os trabalhadores do SUSA foram incorporados ao quadro de funcionários do Ministério da Saúde, o que impossibilitou novas contratações e a renovação de acordos:

Contudo, a partir de 1973, foi estabelecido um convênio entre a UAE e a Divisão de Saúde da FUNAI. A FUNAI assumiria a responsabilidade da execução da assistência médica e a UAE colaboraria nas atividades específicas do controle à tuberculose. (COSTA, 1987: 399)

Nas viagens do SUSA, acompanhamos a interação entre equipes médicas de diferentes serviços de saúde nacionais da época, momento no qual prevalecia a organização dos serviços de saúde especializados no combate às endemias que assolavam o Brasil. O SUSA tinha médicos, técnicos em raio x, auxiliares de enfermagem, dentistas e vacinadores. Alguns exemplos de cooperação que o SUSA recebeu são do Departamento Nacional de Endemias Rurais, do Serviço Nacional de Lepra etc.

O SUSA também envolveu instituições que não estavam na pasta da saúde, tal como a Fundação Brasil Central e o Departamento Nacional de Obras contra a Seca e de Estradas de Rodagem. O SUSA foi a ferramenta para a movimentação de alguns serviços que, até então, enfrentavam dificuldades para chegarem ao interior do Brasil.

No período em que a FUNAI esteve ativa, quando foi rebatizado de UAE, o SUSA desenvolveu ações de combate à tuberculose, apoiando a Divisão de Saúde da FUNAI e as Equipes Volantes de Saúde. A FUNAI foi criada para exercer a tutela do Estado sobre os povos indígenas:

Na prática, tal como o SPI, o respeito à cultura indígena está subordinado à necessidade de integração e o estímulo à mudança (aculturação) como política prevalece. O foco da ação seria o patrimônio indígena, renda manipulada para diversos fins, desde o financiamento de projetos indigenistas a iniciativas administrativas. (OLIVEIRA; FREIRE, 2006: 131)

Para Mariza Campos Paz (1994), o encerramento do SUSA se deu pelo falecimento de seu idealizador, que não teve sucesso em criar “herdeiros”. Além disso, a autora também aponta, o declínio no auxílio prestado pela FAB, uma vez que o regime

⁷⁷ MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL. Revista do Serviço Nacional de Tuberculose. – Rio de Janeiro – Vol. XI - Nº 41 – 1º Trim., 1967.

militar (1964-1985) impedia que as organizações militares realizassem qualquer atividade civil.

Ao analisarmos as fontes, observamos que o modelo de atendimento inicial do SUS não seguia o modelo vertical dominante na época, no qual os serviços eram voltados para doenças específicas. Somente quando passou a se chamar UAE que os atendimentos passaram a ser especializados. Assim, o SUS parece ter se adiantado ao modelo que se estabeleceria décadas depois na saúde pública. Vale destacar, que as incertezas orçamentárias e estruturais atravessaram todo o período de funcionamento do serviço. O significado do SUS e seu possível legado para a saúde pública e para a política do seu tempo serão apresentados a seguir, no Capítulo 3. Dessa forma, a análise das atividades do SUS situa outras questões além da saúde indígena, debatendo noções de educação sanitária, combate à tuberculose e a interiorização dos serviços de saúde.

CAPÍTULO 3: A experiência do SUSANA e seus significados para as políticas de saúde pública no Brasil: algumas considerações.

No Brasil, entre as décadas de 1950 e 1970, funcionou um novo modelo de atendimento médico, chamado Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSANA). Dois elementos fizeram com que o serviço se destacasse na sociedade brasileira daquela época: a utilização de aviões no atendimento médico; e o cuidado dedicado aos povos indígenas, o que trouxe à tona a grave crise sanitária que eles enfrentavam. O serviço foi popularmente denominado de “Comandos Sanitários”, “Hospital Aéreo”, “Barraca da Saúde” e “Unidades Aero Sanitárias”. Nos seus últimos anos de funcionamento, passou a se chamar Unidades de Atendimento Especial (UAE), e concentrou as suas ações na tuberculose. O tempo em que o serviço atuou no Brasil é marcado pela historiografia como um momento de novos incentivos para a interiorização das ações de saúde, que enfrentaria naquele momento a presença das populações indígenas (HOCHMAN; SILVA: 2014). Dessa forma, o objetivo do presente capítulo é apresentar algumas reflexões sobre a atuação do SUSANA e sua eventual importância para os debates sobre a assistência à saúde das populações indígenas.

3.1 – Políticas indigenistas de saúde e o papel do SUSANA.

A partir da análise dos periódicos, é possível notar que o SUSANA teve uma boa repercussão social nas décadas em que atuou no Brasil. Diversas reportagens destacaram o serviço de saúde e a atuação de Noel Nutels. As fontes das instituições do governo brasileiro que poderiam fornecer dados sobre o funcionamento do serviço foram limitadas, por isso, recorreremos aos jornais da época e encontramos uma enorme quantidade de informações a respeito. A pesquisa acompanhou os aspectos da vida social, política e cultural que os periódicos ofereciam, para entender a sociedade onde o SUSANA estava inserido. Identificamos a data do primeiro voo da Unidade Sanitária Aérea – 15 de maio de 1956 – através do jornal “*A Noite*” de 27 de abril de 1956⁷⁸.

Com essa informação conseguimos seguir adiante e encontrar no *Acervo Histórico do Diário Oficial da União - DOU* a portaria nº 105 que incorporou as atividades do plano de combate à tuberculose de Nutels ao Ministério da Saúde (MS) como o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSANA). A portaria que regulamentou o SUSANA não

⁷⁸ FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Voará em maio a primeira Unidade Aero Sanitária”. *A Noite (RJ)*, Rio de Janeiro, 27 abr. 1956 – p. 6.

considerava uma perspectiva de especialização do atendimento médico de acordo com as necessidades sanitárias dos povos indígenas, e nem somente o combate a tuberculose. Naquele período, no âmbito do MS, os problemas de saúde dos indígenas se mesclavam com os das pessoas que moravam nas áreas rurais.

Esse setor da vida dos nativos era de responsabilidade das agências indígenas, SPI e depois FUNAI. A atuação de Nutels se sobressaiu pela sua capacidade de analisar e sistematizar as questões de saúde dos povos indígenas de uma forma particular. Em geral, o SUSA deu relevância à necessidade da saúde pública brasileira de garantir estratégias diferentes para cuidar dos povos indígenas.

A estrutura montada para o serviço de saúde era surpreendente para a época. Porém, estava muito conectado às ideias de interiorização da saúde e desenvolvimento econômico que predominavam na sociedade. Por essa razão, o SUSA direcionou seu olhar para as regiões de difícil acesso, e principalmente para os povos indígenas.

Nesse sentido, é importante lembrar que o SUSA foi formulado durante a emergência dos debates sobre as condições sanitárias dos povos indígenas dentro do SPI (BRITO, 2011). Como dissemos, as aspirações que deram origem ao SUSA não estavam desconectadas de seu contexto social, inclusive no que se refere ao debate específico acerca do amparo e do destino das populações indígenas no país.

De acordo com Mariza Paz (1994), ao avaliar as políticas indigenistas no período de 1943 até 1973, ela identificou que o SUSA foi a única ação ininterrupta do MS que teve como objetivo atender às comunidades indígenas do Brasil. A escritora, no entanto, não deixa de enfatizar que o projeto não teve total respaldo do SPI e, posteriormente, da FUNAI.

O SUSA permaneceu durante todo tempo de funcionamento como parte da estrutura do MS. Não teve integração com os órgãos específicos ligados aos povos indígenas, como era o caso do SPI e da FUNAI. O fato de não se integrar a esses órgãos talvez tenha implicações para que o serviço não sobrevivesse à morte do seu formulador.

Apesar de não ter sido uma experiência longa, o SUSA configurou-se como uma política pública de saúde, uma vez que possuía objetivos institucionais, orçamento, recursos humanos e infraestrutura. Ele se submetia ao comando do Ministério da Saúde, órgão do governo brasileiro. O serviço foi essencial para a sociedade naquele momento e o seu formulador se tornou um nome relevante nos debates sobre saúde indígena. O SUSA é, até hoje, reconhecido como um símbolo do compromisso em garantir o acesso à saúde para os povos indígenas.

A orientação política predominante durante os anos de atuação do SUSA preconizava que os indígenas deveriam ser incorporados à sociedade nacional de forma gradual. Dentro de tal lógica, não existia a necessidade de criação de um serviço direcionado as populações indígenas. Conforme Maria Regina Celestino de Almeida:

No período republicano, prosperaram as ideias de uma sociedade industrial fundamentada numa matriz racial branca de origem europeia. Passada essa fase inicial da república brasileira, muito pouco se avançou no que diz respeito às questões sociais e políticas referentes aos índios. O Estado brasileiro prolongava a cultura da indiferença, da “invisibilidade” em relação às populações étnicas. (ALMEIDA, 2018: 615)

Cardoso et al. (2012) diz que, com o fim do SPI, a FUNAI foi criada para administrar os assuntos dos povos indígenas. Seguindo o conceito das Equipes Volantes de Saúde (EVS) do SUSA, uma divisão de saúde foi criada na agência. É importante ressaltar que o SUSA não foi modificado para as EVS, mas sim para a Unidade de Atendimento Especial (UAE).

Dessa maneira, o funcionamento das EVS estava organizado na teoria com uma equipe composta por um médico, uma enfermeira, um técnico de laboratório e um dentista, e dispondo de um meio de transporte para levá-los em visitas periódicas às aldeias indígenas (CARDOSO et al., 2012).

Determina-se assim a formação de dez Equipes Volantes de Saúde (EVS), nove sediadas em cada uma das Delegacias Regionais e uma em Brasília, com o objetivo específico de assistir às populações indígenas nas áreas médica, odontológicas e farmacêutica, por meio de visitas periódicas e/ou de ações emergenciais. Complementarmente, propõe-se que os Postos, em processo de ampliação numérica, sejam dotados de enfermeiros e/ou atendente de enfermagem, e que em cada um exista uma “farmácia padrão” que atenda às necessidades locais de atenção. (SELAU, 2021: 173)

As EVS tiveram os mesmos problemas financeiros do SUSA. Como é sabido, tanto o SUSA, quanto as UAE não tiveram um aporte financeiro adequado e trabalharam sob as limitações decorrentes da falta de recursos. Segundo Cardoso et al. (2012):

Não obstante a palavra “volante”, que dava nome às equipes de saúde da FUNAI, sugerir velocidade e mobilidade, os custos operacionais das EVS eram altos e suas ações geralmente tinham baixo impacto do ponto de vista da saúde pública. Nas regiões de mais difícil acesso, era necessário fretar aviões e helicópteros. As equipes, que frequentemente não dispunham de medicamentos, nem do equipamento médico mais básico, também sofriam com uma escassez crônica de pessoal. (CARDOSO et al, 2012: 1429)

Assim, a década de 1970 foi marcada pela expressiva participação de grupos indígenas em reuniões e assembleias que tratavam de temas como saúde e terra (MAGALHÃES, 2021). Em 1972, ocorreu em Brasília o *VII Congresso Indigenista Interamericano*. A discussão central girava em torno das políticas voltadas para as populações indígenas, logo, também foram abordados os temas ligados à saúde. A delegação brasileira naquela oportunidade defendia que a proteção aos direitos à saúde dos grupos indígenas era indispensável para que eles conseguissem permanecer organizados e fossem capazes de sobreviver as doenças provocadas pelo contato⁷⁹. Naquele período, o contato entre os indígenas e não indígenas estava no foco das discussões sobre medidas para inibir o avanço de doenças dos “civilizados” dentro dos territórios ocupados pelos indígenas.

Ao longo da investigação, a leitura dos jornais mostrou que o SUS teve um grande impacto ao revelar as lamentáveis condições sanitárias dos povos indígenas. Para Nutels, os indígenas estavam morrendo por conta do choque provocado pelo contato com os não indígenas, e pela ausência de assistência médica para aplicar medidas de controle e proteção às populações indígenas. Conforme aponta avaliação em um documento do período:

Na realidade, os territórios centrais do Brasil não são despovoados no estrito sentido da palavra. O que existe é uma população amplamente rarefeita e cuja tendência é a de se rarefazer cada vez mais. Trata-se de populações indígenas que, com a penetração descontrolada da civilização naquelas paragens, vão recebendo doenças e outros problemas contra os quais nenhuma resistência pode oferecer⁸⁰.

Ana Lúcia Pontes (2021) argumenta que, na década de 1960, as consequências trágicas para as comunidades indígenas das estratégias de interiorização do Estado e projetos de desenvolvimento ficaram evidentes. Esse processo ficou conhecido pela disseminação de doenças entre os indígenas, chegando ao ponto do desaparecimento de alguns povos. Segundo Darcy Ribeiro (1962):

O principal fator de depopulação dos grupos indígenas são os agentes mórbidos introduzidos através dos contatos com elementos da sociedade nacional. Esta tem, pois, uma responsabilidade específica, que lhe cabe reconhecer oficialmente, de prestar assistência contra as moléstias que introduziu e que não podem ser debeladas com os recursos médicos das próprias tribos. (RIBEIRO, 1962: 152-153)

⁷⁹ FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Índio quer terra garantida e tem morral na própria língua”. *O Jornal (RJ)*, Rio de Janeiro, 09 ago. 1972 - p. 5.

⁸⁰ BIBLIOTECA CURT NIMUENDAJÚ/ FUNAL. NUTELS, Noel. Plano para uma Campanha de Defesa do Índio Brasileiro contra a Tuberculose. *Separata da Revista Brasileira de Tuberculose*, XX (139): 3-28, Janeiro-Fevereiro, 1952 – Rio de Janeiro – Brasil.

Ribeiro (1962) também chama a atenção para o fato de que as doenças atrapalhavam a forma de subsistência das populações indígenas, ocasionando a falta de alimentos por não haver estoques de comida. Como aconteceu com os Pacaás Novos quando o SUSA foi o responsável pelo transporte dos alimentos arrecadados pelo Departamento Nacional da Criança e o Fundo Internacional de Socorro Infantil⁸¹. Contudo, ao mobilizar o trabalho do antropólogo Darcy Ribeiro pretendemos destacar que em 1962, o SUSA já era citado como modelo de atendimento médico que deveria ser incorporado pelo SPI. Como ele diz:

Urge, pois, organizar um serviço de assistência médica com base nas experiências conduzidas pelo Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) do Dr. Noel Nutels, e conseguir a cooperação de outros órgãos assistenciais como o Serviço Nacional de Tuberculose, o Serviço Nacional de Endemias Rurais, o Serviço Especial de Saúde Pública, o Instituto Oswaldo Cruz e outros, que possam prover o S.P.I de recursos médicos e hospitalares e destacar técnicos para visitarem as aldeias indígenas, com o objetivo de realizar estudos médico-sanitários. (RIBEIRO, 1962: 154)

Outro acontecimento que comprova a visibilidade do serviço e da atuação do seu formulador aconteceu em 1968, quando Nutels apresentou o relatório “*Medical Problems of Newly-Contacted Indian Groups*”, para o Comitê Consultivo de Pesquisa Médica da Organização Pan-Americana da Saúde. No relatório ele abordou os problemas sanitários que os indígenas do Brasil enfrentavam devido ao aumento do contato entre indígenas e não indígenas⁸². Nesse exemplo, temos o reconhecimento internacional do serviço prestado pela Nutels.

Em geral, o SUSA contribui para dar visibilidade à necessidade da garantia de estratégias diferentes para cuidar da saúde dos povos indígenas. Nas décadas que seguem após o enfraquecimento das ações do SUSA, é possível perceber a acentuação de debates sobre a saúde indígena a partir das especificidades étnicas e culturais. Porém, é somente com a promulgação da Constituição de 1988 que observamos a intensificação das discussões para o desenvolvimento de um subsistema específico de saúde que atendessem as demandas sanitárias dos grupos indígenas (LANGDON, 2010; GARNELO, 2014; TEIXEIRA, 2014; DIEHL, 2021; PONTES, 2021).

⁸¹ FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Pacaás Novos recebem 3,5 toneladas de alimentos”. *Correio da Manhã (RJ)*, Rio de Janeiro, 18 mar. 1962 - p. 10.

⁸² OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial e la Salud). *Medical Problems of Newly-Contacted Indian Groups*. Washigton, 31 mai. 1968.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que faz parte do SUS, foi criado em 1999 pela Lei nº 9.836, também conhecida como Lei Arouca. Ele pode ser compreendido tanto como parte do chamado movimento pela reforma sanitária, quando o direito à saúde é alçado à esfera constitucional; quanto é decorrente de uma longa trajetória, da qual o SUSA é um dos capítulos, em que os povos indígenas se tornam preocupação crescente dos sanitaristas e das estruturas de estado.

Diante de anos de atuação do SUSA e sua visibilidade social, portanto, é possível considerar que ele foi relevante para os debates relacionados a interiorização dos serviços de saúde e da saúde indígena. Em termos de interiorização, a estrutura criada para este serviço foi usada como exemplo para outras ações de saúde, como as Equipes de Volantes de Saúde, como já chamamos a atenção. Ainda hoje, com mais cuidado, conseguimos identificar o modelo de atendimento do SUSA em ações no interior do país, a exemplo dos Navios de Assistência Hospitalar (NAsH) da Marinha do Brasil que realizam atendimento médico, odontológico e farmacêutico em toda a extensão da Bacia Amazônica. Assim, consideramos que o SUSA foi uma experiência relevante o bastante para conferir destaque aos debates em torno da necessidade de um serviço de saúde voltado para os povos indígenas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No momento em que finalizo esta dissertação, o povo Yanomami enfrenta uma crise de saúde, com inúmeros casos de malária, desnutrição e viroses. Essas dificuldades têm se agravado nos últimos cinco anos devido ao enfraquecimento dos órgãos do Estado que cuidam da saúde indígena e à invasão de garimpeiros, o que tem causado diversos danos à saúde, ao meio ambiente, à cultura e à economia dessas comunidades. Isso mostra que, apesar das décadas que nos separam do SUSA, alguns dos problemas que motivaram o serviço ainda são relevantes. A Saúde Indígena é uma área bastante frágil, suscetível a estratégias de desmonte de seus projetos. O objetivo desse estudo é acrescentar aos debates atuais uma experiência de serviço saúde voltado para as populações indígenas, que, na sua época, foi muito mais do que saúde, tendo um papel crucial na criação de um campo de discussão sobre o tema no país.

A hipótese inicial da pesquisa considerava que o SUSA se configurou como uma política pública de saúde voltada para as populações indígenas. Nessa perspectiva, concluímos que através de portaria ministerial, o SUSA foi incluído à estrutura do Ministério da Saúde, e através do engajamento do seu diretor acabou debruçando-se sobre a emergência sanitária que atravessava as populações indígenas.

A pesquisa analisou o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) em sua atuação no Brasil entre 1951 e 1973. O SUSA foi criado em uma conjuntura nacional marcada pelos projetos de expansão territorial, de modernização e desenvolvimento da sociedade brasileira. A década de 1950 foi marcada como o momento em que as ações de interiorização dos serviços de saúde ganharam novo fôlego.

O objetivo do serviço, segundo as ideias do seu formulador, era promover assistência sanitária às populações indígenas e rurais no interior do país. Ao fazê-lo, pretendia-se também criar um cinturão que controlasse o acesso do “homem-branco” aos territórios indígenas, assim diminuindo a possibilidade de disseminação de doenças nas regiões foco do SUSA. Falando em foco, vimos também que o SUSA teve como objetivo central o controle da tuberculose, doença responsável por muitas mortes entre os povos indígenas. No entanto, contrariando uma perspectiva focal ou verticalizada na condução das políticas de saúde, o serviço igualmente atendeu a outros importantes problemas de saúde, como a malária, o tracoma e outras moléstias que afligiam o interior do Brasil naquela época.

No começo, o serviço funcionou sem o suporte do Estado, era uma junção de diversos esforços de pessoas diferentes, como Noel Nutels e os irmãos Villas-Bôas, que tentavam proporcionar atendimento médico básico, especialmente para os povos indígenas. Nesse primeiro momento, o serviço, que ainda não se chamava SUSA, e contou em algumas oportunidades com apoio da Fundação Brasil Central (FBC) e o Serviço de Proteção ao Índio (SPI).

Em 1956, o serviço foi finalmente incorporado pelo Ministério da Saúde (MS), passando a se chamar SUSA, e subordinado administrativamente ao Serviço Nacional de Tuberculose (SNT). No entanto, como acabamos de chamar a atenção, apesar de ter sido subordinado ao Serviço Nacional de Tuberculose, o SUSA não ficou limitado ao combate à tuberculose. Atuou com uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas do Ministério da Saúde, o que foi extremamente benéfico para as ações de atendimento sanitário.

Ficou conhecido socialmente por ser o serviço de saúde que usava aviões para levar atendimento médico às populações indígenas e rurais do Brasil. Os aviões da Força Aérea Brasileira (FAB) eram capazes de transportar todos os equipamentos necessários, assim o nome SUSA foi substituído diversas vezes pela expressão popular "hospital aéreo".

Os aparelhos de raio-x foram ajustados para que, pela primeira vez, indígenas que viviam isolados “fotografassem o pulmão”. A educação sanitária foi parte do seu programa, com ações pedagógicas como cordel, repentistas, música, cinema e teatro. Em Bom Jesus da Lapa, comparecia às romarias e aproveitava para divulgar os serviços de saúde. Levava as vacinas contra tuberculose, malária, febre-amarela e varíola de avião, carro e barco. Realizou inquéritos para a boubá, o tracoma, a leishmaniose, a filária e a malária.

Sobretudo, o SUSA destacou a crise de saúde que afetava as comunidades indígenas do país. Com a ajuda dele, Nutels conseguiu denunciar o genocídio das populações nativas por meio da fome e das doenças nos jornais da época. Nutels tratou de um capítulo da história dos povos indígenas brasileiros que, infelizmente, insiste em permanecer em aberto em nossa trajetória.

Por fim, é importante reconhecer que essa pesquisa não esgota todas as possibilidades de análise de um problema tão complexo como é a saúde indígena no Brasil. Há muitas perguntas, em perspectiva histórica, que ainda precisam ser respondidas e possibilidades a serem exploradas em outros estudos. E diversos outros elementos que

por inúmeros motivos não fizeram parte desse estudo, mas que acompanharão minhas inquietações.

REFERÊNCIAS

FONTES:

ARQUIVO NACIONAL – BRASIL. Processo de Naturalização de Noel Nutels. Fundo: Série Interior – Nacionalidades (IJJ6) (A9). Secção/Serie: Processos de Naturalização. BR RJANRIO A9. PNE. 21125. 23 out. 1937. 14p

ARQUIVO SONORO DA CASA DE OSWALDO CRUZ/FIOCRUZ (Brasil). Depoimento de Noel Nutels. – Câmara dos Deputados – Brasília/DF, dez. 1968.

BRASIL. Portaria nº 105, de 02 de maio de 1956. Regulamentação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA). Brasília: *DOU Diário Oficial da União*. Publicado no D.O.U de 04 de maio de 1956.

BRASIL. Aviso Nº 71/GM3 – de 22 de outubro de 1963. Força Aérea Brasileira – Rio de Janeiro.

BIBLIOTECA CURT NIMUENDAJÚ – FUNAI - NUTELS, Noel. Plano para uma Campanha de Defesa do Índio Brasileiro contra a Tuberculose. *Separata da Revista Brasileira de Tuberculose*, XX (139): 3-28, Janeiro-Fevereiro, 1952 – Rio de Janeiro – Brasil.

BIBLIOTECA CURT NIMUENDAJÚ – FUNAI. S.P.I. – 1954. Relatório das Atividades do Serviço de Proteção aos Índios durante o ano de 1954. Mário F. Simões – Editor. Rio de Janeiro, 1955. 208 pp.

BIBLIOTECA DE MANGUINHOS. NUTELS, Noel. SUSA – 1961 (Resumo das atividades do ano). *Revista do Serviço Nacional de Tuberculose*. Rio de Janeiro – Vol. VI – 4º Trimestre, 1962.

BIBLIOTECA DE MANGUINHOS. *Revista do Serviço Nacional de Tuberculose*. Rio de Janeiro – Vol. XII – Nº 47, Julho-Setembro, 1968.

FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (BRASIL). Uma cidadela da ciência no Brasil Central. *Revista de Imigração e Colonização* – Conselho de Imigração e Colonização. Rio de Janeiro – Brasil. Ano VII – nº 3. Setembro de 1946.

FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Os índios ajudam o progresso”. *A Noite (RJ)*, Rio de Janeiro, 08 ago. 1951 – Ed. 13858(1), p. 3

FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Pela primeira vez em todo mundo índios radiografam os pulmões”. *A Noite (RJ)*, Rio de Janeiro, 31 dez. 1954 – Ed. 14899(2), p. 3.

FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Amanhã, rumo ao Brasil Central, primeira Unidade Aero-Sanitária”. *A Noite (RJ)*, Rio de Janeiro, 14 mai. 1956 – p.3.

FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). Amanhã a Primeira Viagem: Dos Céus para as Selvas parte o Hospital Aéreo! *Jornal Última Hora*, Rio de Janeiro, 14 mai. 1956 - p. 2 – Ano V – Nº 1506.

FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). Unidades Sanitárias Aéreas Para o Brasil Central. *Jornal A Noite (RJ)*, Rio de Janeiro, 14 abr. 1956 - p. 2 – Ano XLVI – Nº 15.290.

FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Voará em maio a primeira unidade aero sanitária”. *A Noite (RJ)*, Rio de Janeiro, 27 abr. 1956 – Ed. B15297 (1), p. 6.

FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “A Postos as Unidades Sanitárias Aéreas.” *Jornal Última Hora (RJ)*, Rio de Janeiro, 11 mai. 1956 - p. 1 – 1º Caderno – Ano V – Nº 1504.

FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Amanhã a primeira viagem: Dos céus para as selvas parte o Hospital Aéreo” *Jornal Última Hora (RJ)*, Rio de Janeiro, 14 mai. 1956 - p. 2.

FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Campanha de grande envergadura contra endemias nas zonas rurais”. *A Nação (SC)*, Rio de Janeiro, 17 jun. 1956.

FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Rumo a Rondônia, dia 29, as Unidades Sanitárias Aéreas”. *Noite (RJ)*, Rio de Janeiro, 24 jan. 1957 – p.6.

FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Relação dos passageiros para o ‘voe de coqueluche’ da FAB Amanhã”. *Correio da Manhã (RJ)*, Rio de Janeiro, 29 dez. 1957 – p. 14.

FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). Males de civilizados chegam à selva, mas a ação da medicina chega também. *Jornal Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, 29 dez. 1957. p.2 e 16 – Ano LVII – Nº 19.866.

FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “O S.U.S.A e as secas.”. *Correio da Manhã (RJ)*, Rio de Janeiro, 02 fev. 1958 - p. 6.

FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Muito devem as campanhas sanitárias ao apoio dos aviões da FAB”. *Correio da Manhã (RJ)*, Rio de Janeiro, 22 out. 1958 – p. 23.

FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Índio quer terra garantida e tem mobral na própria língua”. *O Jornal (RJ)*, Rio de Janeiro, 09 ago. 1972 - p. 5.

FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “Noel Nutels: o melhor amigo dos índios”. *Revista Manchete (RJ)*, Rio de Janeiro, 14 mai. 1983 - p. 96 – Revista Semanal nº 1.621 – Ano 31.

FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL (Brasil). “O brigadeiro da selva”. *Jornal do Commercio (RJ)*, Rio de Janeiro, 28 nov. 1998 – p. 14.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL. Revista do Serviço Nacional de Tuberculose. – Rio de Janeiro – Vol. 4 N° 13 – 1° Trim., 1960.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL. Revista do Serviço Nacional de Tuberculose. – Rio de Janeiro – Vol. 5 N° 19 – 3° Trim., 1961.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL. Revista do Serviço Nacional de Tuberculose. – Rio de Janeiro – Vol. 6 N° 24 – 4° Trim., 1962.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL. Revista do Serviço Nacional de Tuberculose. – Rio de Janeiro – Vol. XI - N° 41 – 1° Trim., 1967.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL. Revista do Serviço Nacional de Tuberculose. – Rio de Janeiro – Vol. 12 N° 48 – 4° Trim., 1968.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL. Revista do Serviço Nacional de Tuberculose. – Rio de Janeiro – Vol. 12 N° 45 – 1° Trim., 1968.

OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial e la Salud). *Medical Problems of Newly-Contacted Indian Groups*. Washigton, 31 mai. 1968.

BIBLIOGRAFIA:

ABREU, Marcelo de Paiva. “O Processo Econômico.” In: GOMES, Angela de Castro. *Olhando para dentro (1930-1964)*. V.4. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva, 2013.

ALMEIDA, Antonio Cavalcante. Aspectos das políticas indigenistas no Brasil. *Interações*, Campo Grande, MS, v. 19, n. 3, p. 611-626, jul./set. 2018.

ALMEIDA, Maria Regina Celestino de. *Os índios na História do Brasil*. – Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010. 168p. (Coleção FGV de bolso. Série Histórica.)

ARAÚJO, J. D. de. Saúde e desenvolvimento econômico: atualização de um tema. *Revista de Saúde Pública*, [S. l.], v. 9, n. 4, p. 515–528, dez. 1975.

BRITO, Carolina. *Saúde e demografia indígena: Uma análise no âmbito do Serviço de Proteção aos Índios. (1947-1967)* – Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH – São Paulo, jul. 2011.

BUSS, Paulo; CARVALHO, Antônio. “Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção”. In: GIOVANELLA, L., et al. (org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2°ed, 2012.

CAMPOS, André Luiz Vieira de. *Políticas Internacionais de Saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública*. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, 318p.

CARDOSO, Andrey Moreira. Et al. “Políticas Públicas de Saúde para os Povos Indígenas”. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2°ed, 2012.

CARVALHEIRO, José da Rocha; MARQUES, Maria C. C.; MOTA, André. “A construção da Saúde Pública no Brasil no século XX e início do século XXI. In: ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester Luiz Galvão; RIBEIRO, Helena (Org.). *Saúde Pública: bases conceituais*. 2ª ed – São Paulo: Atheneu, 2013, p.1-17.

COSTA, Dina Czeresnia. Política Indigenista e assistência à saúde: Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol.4, N. 03, out/dez 1987, p.338-401.

CUETO, Marcos; PALMER, Steven. Medicina e Saúde Pública na América Latina: uma história. Trad: Sérgio Lamarão. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016, 364p.

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, 2ªed, 2012.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, 298p.

GARNELO, Luiza. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia (Org.) *Saúde Indígena: uma introdução ao tem.* – Brasília: MEC – SECADI, 2012, p. 18 – 60.

GOMES, Angela de Castro. “População e Sociedade” In: GOMES, Angela de Castro. *Olhando para dentro (1930-1964)*. V.4. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva, 2013.

HOCHMAN, G.; FONSECA, C. M. “O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937 - 1945”. In: PANDOLFI, D. (Org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: FGV, 1999. p. 173-193.

HOCHMAN, Gilberto. “O Brasil não é só doença”: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, jul. 2009, p. 313-331.

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. – 3ª ed. – São Paulo: Hucitec, 2012, 253p.

HOCHMAN, Gilberto; SILVA, Renato. “Campanhas Públicas, Populações (Quase) Invisíveis: endemias rurais e indígenas na saúde pública brasileira.” In: TEIXEIRA, Carla C.; GARNELO, Luiza (org.). *Saúde Indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas*. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, p. 27-58.

HOUAISS, Antônio. (org.) *Noel Nutels: memórias e depoimentos*. Rio de Janeiro – Ed. José Olympio, 1974, 150p.

IANNI, Otávio. *Estado e planejamento Econômico no Brasil (1930 – 1970)*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1971, 316p.

KLEIN, Hebert S; LUNA, Francisco Vidal. “População e Sociedade”. In: REIS, Daniel Aarão. *Modernização, ditadura e democracia (1964 – 2010)*. V.5. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva, 2013, 253p.

LESSA, Orígenes. *O índio cor de rosa: evocação de Noel Nutels*. – 5ª ed. – São Paulo: Global, 2013.

LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. *Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitário da primeira república*. In: MAIO, M.C; SANTOS, R. V (Org). *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1996.

LIMA, Nísia Trindade. *O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: Uma história em três dimensões*. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.) *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002, p. 25 – 116.

LIMA, Nísia Trindade. *Uma brasileira médica: o Brasil Central na expedição científica de Arthur Neiva e Belisário Penna e na viagem ao Tocantins de Júlio Paternostro. História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p.229-248, jul.2009.

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

LIMA, Nísia Trindade. *Um sertão chamado Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2013, 369p.

LIMA, Nísia Trindade; AROUCA, Carolina. “Antropologia e Medicina: a saúde no Serviço de Proteção aos Índios (1942-1956)” In: TEIXEIRA, Carla C.; GARNELO, Luiza (org.). *Saúde Indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas*. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, p. 59-83.

LIMA, Antônio Carlos de Souza. “Revisitando a Tutela: questões para se pensar as políticas públicas para os povos indígenas.” In: TEIXEIRA, Carla C.; GARNELO, Luiza (org.). *Saúde Indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas*. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, p. 27-58.

MAIA, João Marcelo Ehlert. *Estado, território e imaginação espacial: o caso da Fundação Brasil Central*. – Rio de Janeiro: Editora FGV, 2012, 224 p.

MOREIRA, Vânia Maria Losada. “Os anos JK: industrialização e modelo oligárquico de desenvolvimento rural”. In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília de Almeida Neves. *O tempo da experiência democrática: da democratização de 1945 ao golpe militar de 1964*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

MUNIZ, Érico Silva. *Basta aplicar uma injeção? Desafios e contradições da saúde pública nos tempos de JK (1956-1961)* – 1ª ed. – Belo Horizonte, MG: Fino Traço; Campina Grande, PB: EDUEPB; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013, 104p.

NETTO, Francisco C. Pereira. *Aviação Militar Brasileira (1916-1984)*. – Universidade da Califórnia – Revista Aeronáutica, 1984. 294p.

NUNES, E. D., As ciências sociais em saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. *Saúde e Sociedade*, 1: 59-84, 1992.

OLIVEIRA, João Pacheco de. *O nascimento do Brasil e outros ensaios: “pacificação”, regime tutelar e formação de alteridades*. – Rio de Janeiro: Contracapa, 2016. 384p.

OLIVEIRA, João Pacheco de; FREIRE, Carlos Augusto da Rocha. *A presença Indígena na Formação do Brasil*. – Brasília: Ministério da Educação, Secretária de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006, 268 p. – (Coleção Educação para Todos; 13).

PAIVA, C. H. A. A saúde pública e tempos de burocratização: o caso do médico Noel Nutels. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 10 (3): 827-51, set. Dez. 2003.

PAIVA, C. H. A. O sertão na saúde e na formação de trabalhadores setoriais: contextos, atores e ideologias (1920-1970). *Saúde Debate* – Rio de Janeiro, V.40, N. 110, p. 224-233, Jul-Set 2016.

PALHETA, Rosiane Pinheiro. *Política Indigenista de Saúde no Brasil*. – São Paulo: Cortez, 2015. 128p – (Questões da nossa época; v.55).

PAZ, Mariza Campos da. *Noel Nutels: A política indigenista e a assistência à saúde no Brasil Central (1943-1973)*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Medicina Social. UERJ, 1994.

PIRES-ALVES, Fernando A. *Cooperação Interamericana em Saúde na Era do Desenvolvimento: Informação Científica e Tecnologias Educacionais na formação de Recursos Humanos (1963-1983)*. Tese (Doutorado em História) – Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz. Rio de Janeiro, 2011, 325p.

PIRES-ALVES, Fernando A.; MAIO, Marcos Chor. A saúde na alvorada do desenvolvimento: o pensamento de Abraham Horwitz. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol.22, N. 1, Jan-Mar, 2015, pp. 69-93.

PONTES, A.L.M., MACHADO, F.R.S., and. SANTOS, R.V., *Políticas Antes da Política de Saúde Indígena*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2021, 408p.

VIEIRA, T. R. Médicos para o interior, endemias rurais e desenvolvimento: o projeto da Faculdade de Medicina de Goiás em foco. *História Unisinos*, [S. l.], v. 19, n. 2, p. 256–267, 8 jun. 2015.

SANTOS, R.V; COIMBRA JR, C. E.A (Org.) *Saúde e povos indígenas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994, 251 p.

SANTOS, Ricardo V. et al. “Políticas Públicas de Saúde para os Povos Indígenas.” In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 911 – 933, 2012.

SCHNEIDER, Alberto Luiz; ALMEIDA, Thays Fregolent de. A expedição Roncador-Xingu: (novos e velhos) bandeirantes na conquista da Fronteira Oeste. *Revista de Ciências Sociais*, Fortaleza, v. 49, n. 3, p. 243-287, nov. 2018/fev. 2019.

SCLIAR, Moacyr. Noel Nutels: o sanitaria heterodoxo. In: HOCHMAN, Gilberto; LIMA, Nísia Trindade. *Médicos intérpretes do Brasil*. 1 ed. – São Paulo: Hucitec, p. 523–551, 2015.

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

SOUZA, Érica Mello de. *Educação Sanitária: orientações e práticas federais desde o Serviço de Propaganda e Educação ao Serviço Nacional de Educação Sanitária (1920-1940)*. Dissertação (Mestrado em História) – Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2012, 115p.

TEIXEIRA, Carla C.; GARNELO, Luiza (org.). *Saúde Indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas*. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, 261p.

TEIXEIRA, Luiz A; PIMENTA, Tânia; HOCHMAN, Gilberto (Org). *História da Saúde no Brasil*. – 1ª ed. – São Paulo: Hucitec, 2018, 485p.

TEIXEIRA, Luiz Antonio; PAIVA, Carlos Henrique Assunção. “Saúde e reforma sanitária entre o autoritarismo e a democracia.” In: TEIXEIRA, Luiz A; PIMENTA, Tânia; HOCHMAN, Gilberto (Org). *História da Saúde no Brasil*. – 1ª ed. – São Paulo: Hucitec, 2018, 485p.

TEIXEIRA, Roberto Carvalho da Mota. *O Serviço de Saúde da Aeronáutica: 1941 – 1995: 54 anos de atividade*. – São Paulo: CROMA, 1997. 440p.

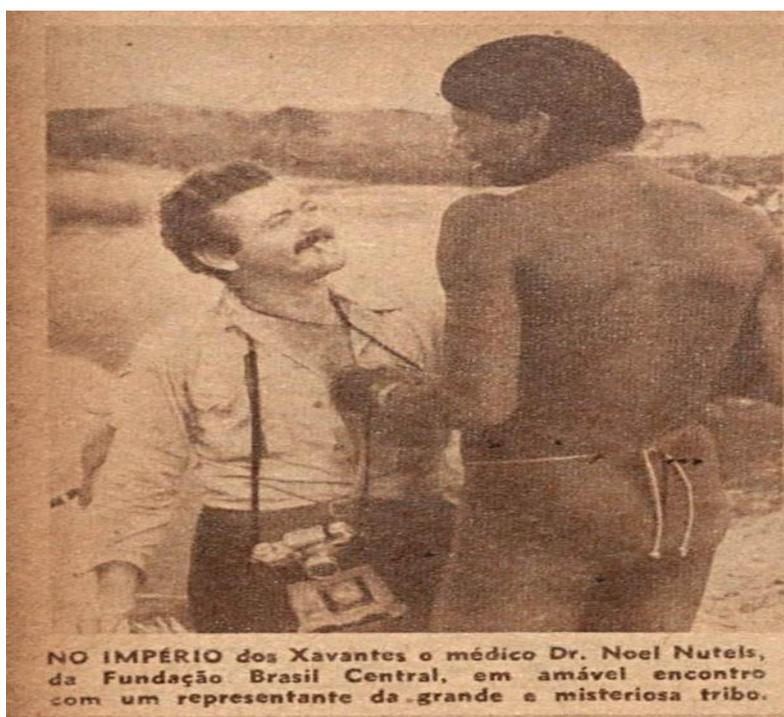
ANEXOS

Anexo 1: Noel Nutels e Claudio Villas-Bôas.



FONTE: Revista O Cruzeiro.

Anexo 2: Noel Nutels e Índigena Xavante.



FONTE: Revista O Cruzeiro.

Anexo 3: Incorporação do SUSA aos serviços do CAN.

AVISO N.º 71/GM3 — de 22 de outubro de 1963

Determina apoio de comum acôrdo com o Ministério da Saúde

Ao Excelentíssimo Senhor Comandante do Comando de Transporte Aéreo.

— I Declaro a Vossa Excelência que resolvi determinar a efetivação do apoio, de comum acôrdo com o Ministério da Saúde, ao Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas daquela Secretaria de Estado, visando levar assistência sanitária gratuita às diversas áreas do interior do Brasil, particularmente às populações rurais e silvícolas.

— II Ésse apoio, que vem sendo prestado em caráter experimental desde 1956, deverá ser integrado nas atuais atividades do Correio Aéreo Nacional.

III — Em face dos entendimentos havidos com aquêlê Ministério e a necessidade de ser o referido Serviço ampliado para atender suas relevantes finalidades, fica Vossa Excelência autorizado a, juntamente com o Ministério da Saúde, organizar um Grupo de Trabalho a ser constituído de Membros pertencentes ao próprio COMTA e ao Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas — SUSA, a fim de submeter à minha consideração as diversas linhas de ação para o propósito que se tem em vista.

(D. O. de 7-11-63.)

FONTE: Acervo da Biblioteca INCAER

Anexo 4: Encontro de Noel Nutels com o presidente Getúlio Vargas.



FONTE: Arquivo Nacional

**PORTARIA N.º 105 DE 2 DE MAIO
DE 1956**

O Ministro de Estado dos Negócios da Saúde, no uso de suas atribuições e devidamente autorizado pelo Senhor Presidente da República, resolve:

Designar o Dr. Noel Nutels, médico, Ref. 27 da T.U.M. do Ministério da Viação e Obras Públicas, posto a disposição desta Secretaria de Estado, para o fim especial de:

a) organizar e chefiar o serviço de "Unidades Sanitárias Aéreas", com o objetivo de levar por via aérea às populações rurais, carentes de comunicações, assistência médico-odontológica de caráter precipuamente profilático.

b) entender-se com as autoridades do Ministério da Aeronáutica, no sentido de estabelecer rotas que virão a ser percorridas, periodicamente, pelas U.S.A.;

c) orientar, chefiar ou designar, ouvido o Ministro de Estado, chefe para as expedições que forem organizadas apresentando relatório circunstanciado dos trabalhos levados a efeito;

d) entender-se diretamente com todos os órgãos técnicos e administrativos do Ministério da Saúde, e manter com eles a mais estreita cooperação no sentido de assegurar o êxito das atividades das U.S.A.;

e) sugerir ao Ministro de Estado qualquer medida que julgue necessária ao desenvolvimento do serviço. —
Maurício de Medeiros.

Levy-Strauss: respeito à cultura indígena

Em 1968 Noel Nutels esteve em Paris e tentou se encontrar com o antropólogo francês Levy-Strauss, teórico do estruturamento moderno e considerado o maior defensor das civilizações primitivas do mundo. Ele estava em férias. Voltando ao Brasil, Nutels escreveu-lhe uma carta, em que dizia que "entre os fatores que se opõem à sobrevivência das populações primitivas, deve-se levar em conta a ausência da participação dos antropólogos".

E ainda: "No Brasil o antropólogo se atém apenas à pesquisa científica, sem considerar suficientemente problemas de ordem prática no que diz respeito à sobrevivência dos índios. Grande parte deste comportamento se deve a erros de formação universitária. Os catedráticos não mostram nenhuma prova de senso prático".

RESPOSTA

A resposta de Levy-Strauss comprovou que a crítica de Nutels tinha fundamento. O antropólogo francês – que pesquisou e lecionou no Brasil – dizia que a política de preservação das populações indígenas no Brasil deveria se orientar por dois princípios:

1) "As linguas, tradições, crenças, costumes e instituições indígenas são monumentos históricos que, por não serem de pedra, fazem integralmente parte do patrimônio científico, moral e estético da humanidade, do mesmo modo como os templos egípcios e gregos, as catedrais romanas e góticas, e por isso devem ser escrupulosamente respeitadas".

2) "Esse respeito não é possível senão quando partes substanciais do território nacional, convenientemente delimitados (como o Parque do Xingu) são reservados para o desenvolvimento e a sobrevivência das espécies animais e vegetais e das culturas indígenas, que vivem em comum há tantos milênios sem se prejudicarem reciprocamente, detendo desse modo o equilíbrio harmonioso entre o homem e a natureza, nas quais as gerações futuras, mais sábias, esperamos, que a nossa, saberão, possivelmente, um dia, se inspirar".

Texto de Kazumi Kusano
Da MERIDIONAL

Anexo 7: Noel Nutels e a filha Bertha Nutels.



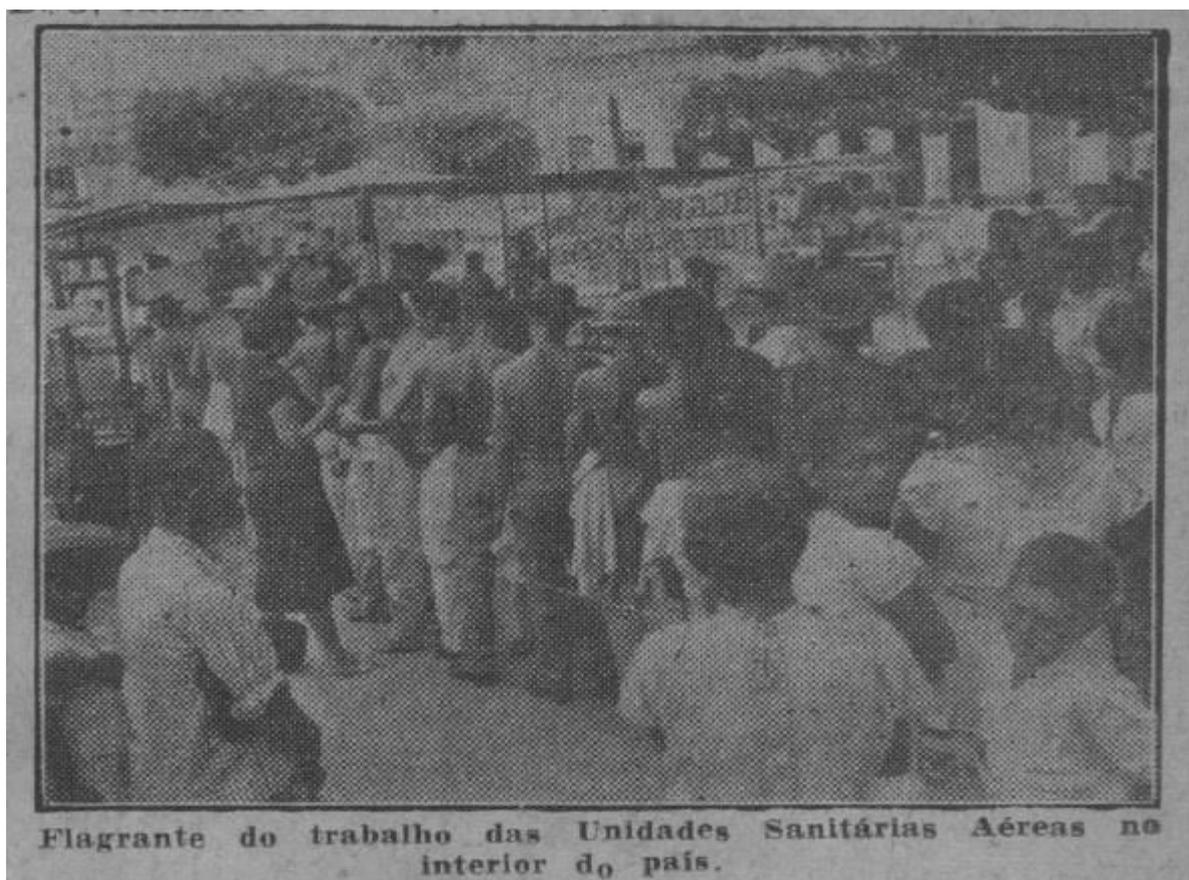
Levado ao colo sua filhinha Bertha (misto de índia e hebréia), com um bom humor constante, o pioneiro do Brasil Central e das selvas do Roncador Xingu e Araguaia narra para ULTIMA HORA o seu trabalho e o de sua equipe nas regiões atingidas pelo SUSA

Filas Nas Selvas do Brasil Central Para Fazer Exame no Hospital Aéreo

O Sucesso Absoluto do SUSA (Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas) — Quatro Mil Silvícolas Atendidos, em Populações Isoladas, Com um Por Cento Apenas de Tuberculose e 500 Dentes Extraídos — Sessões de Cinema Para Quem Nunca Viu a Sétima Arte — Fala a ULTIMA HORA o Pioneiro Dr. Noel Nutels, Chefe do SUSA — O Elogio do Ministro da Saúde e da FAB — (LEIA NA NONA PÁGINA)

FONTE: Jornal Última Hora — 1956.

Anexo 8: Atendimento do SUSA.



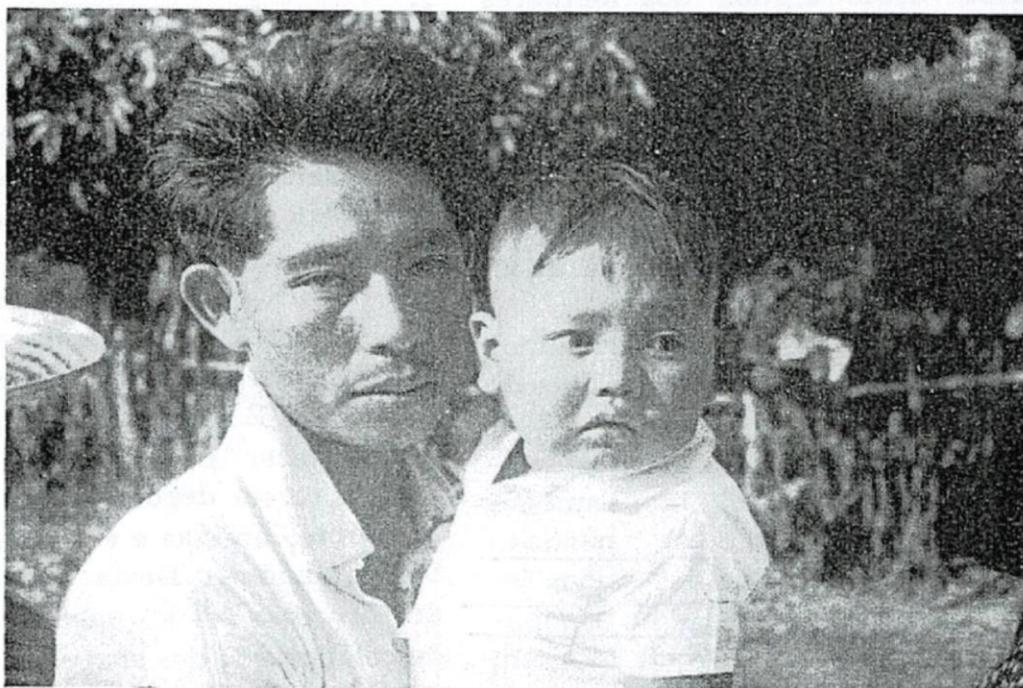
FONTE: Acervo da Biblioteca do INCAER.

Anexo 9: Povo Terena.



O seu "facies" é inconfundível. Mesmo à distância é fácil identificar um "chaué".

FONTE: Revista do Serviço Nacional de Tuberculose (1962).

Anexo 10: Atendimento em 1962

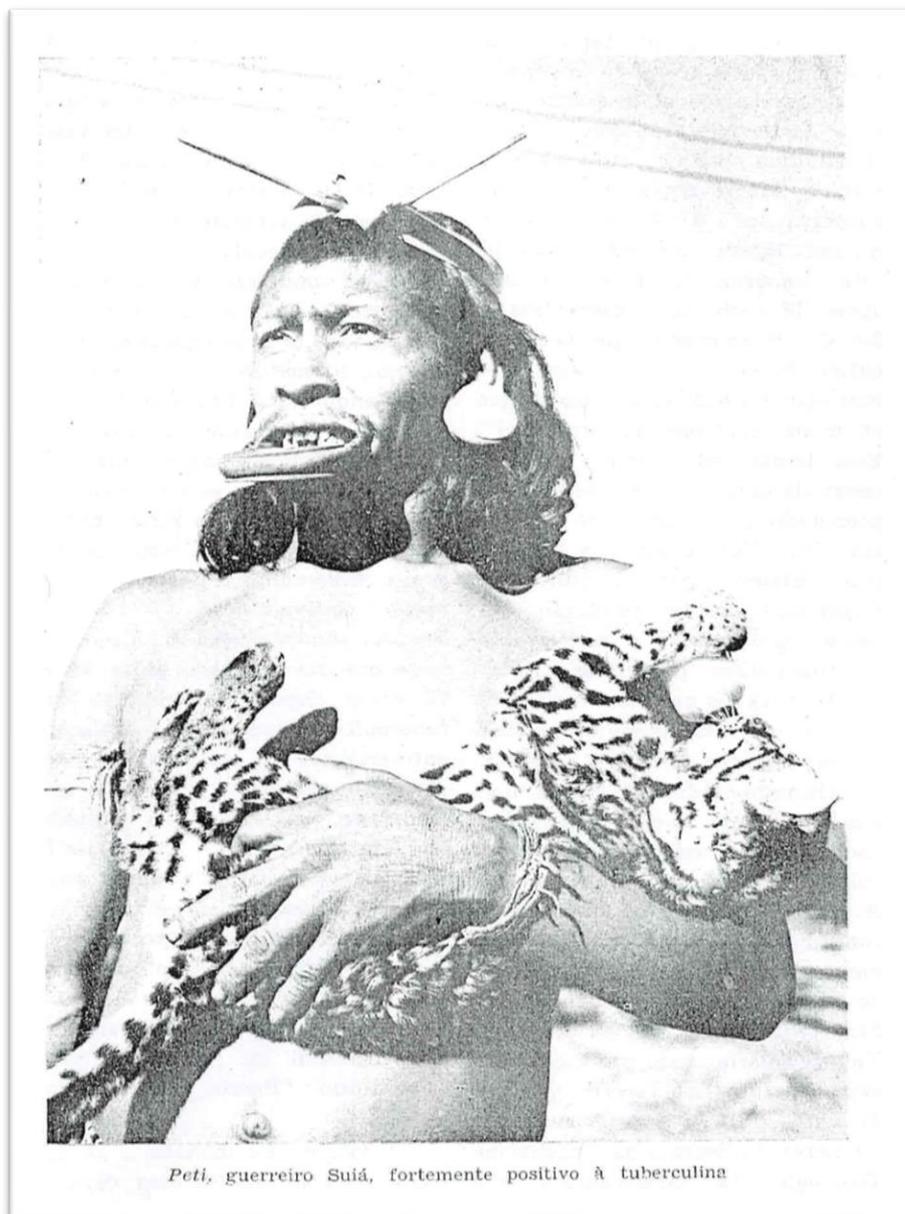
Não é difícil identificá-los como índios, apesar de se vestirem, penteadem, trabalharem e viverem dentro dos mesmos padrões dos sertanejos pobres da região.

Anexo 11: Noel Nutels e Cláudio Villas-Bôas



FONTE: Acervo da Biblioteca da INCAER.

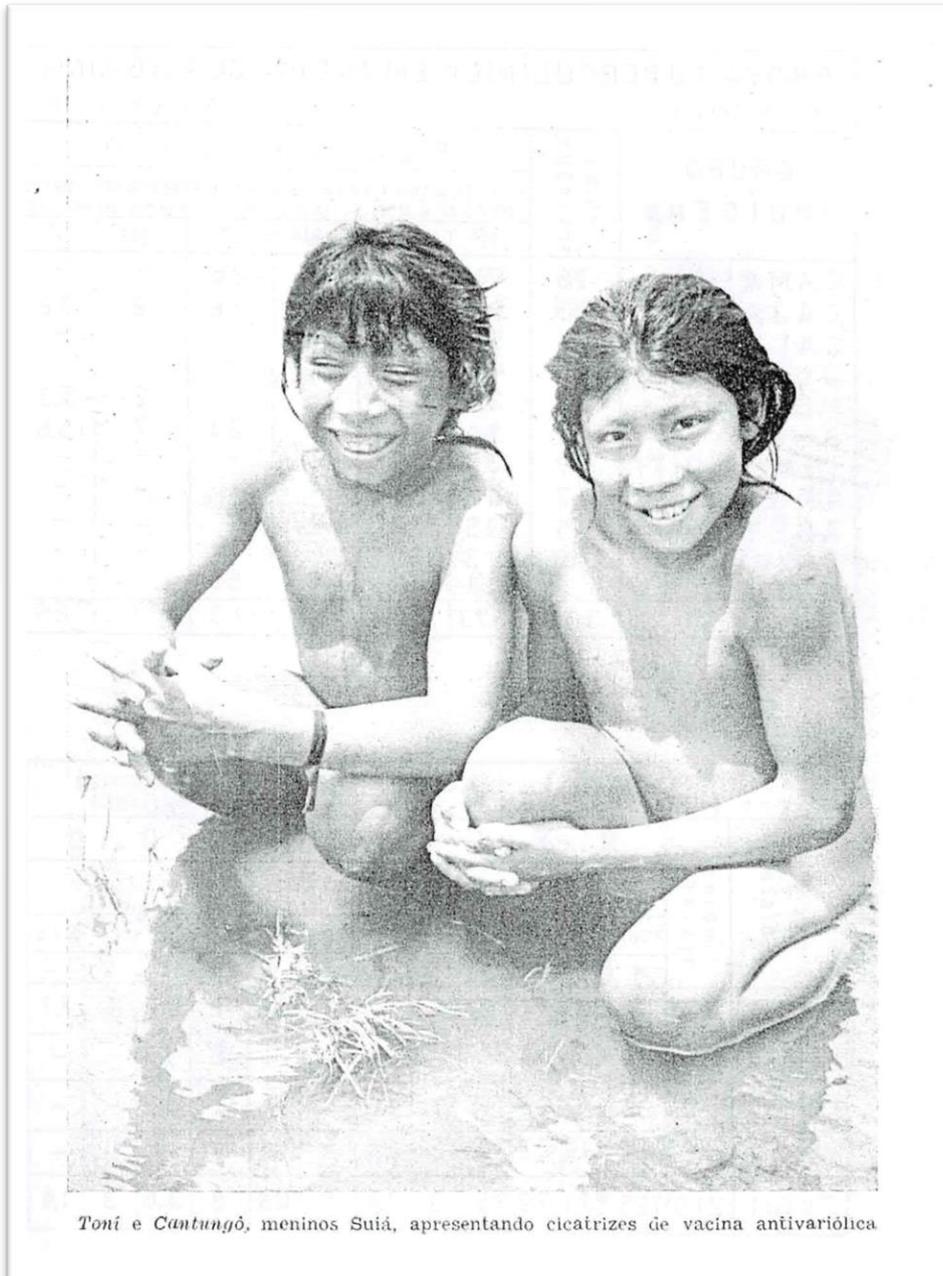
Anexo 12: Guerreiro Suiá, fortemente positivo a tuberculina.



Peti, guerreiro Suiá, fortemente positivo à tuberculina

FONTE: Revista do Serviço Nacional de Tuberculose (1961).

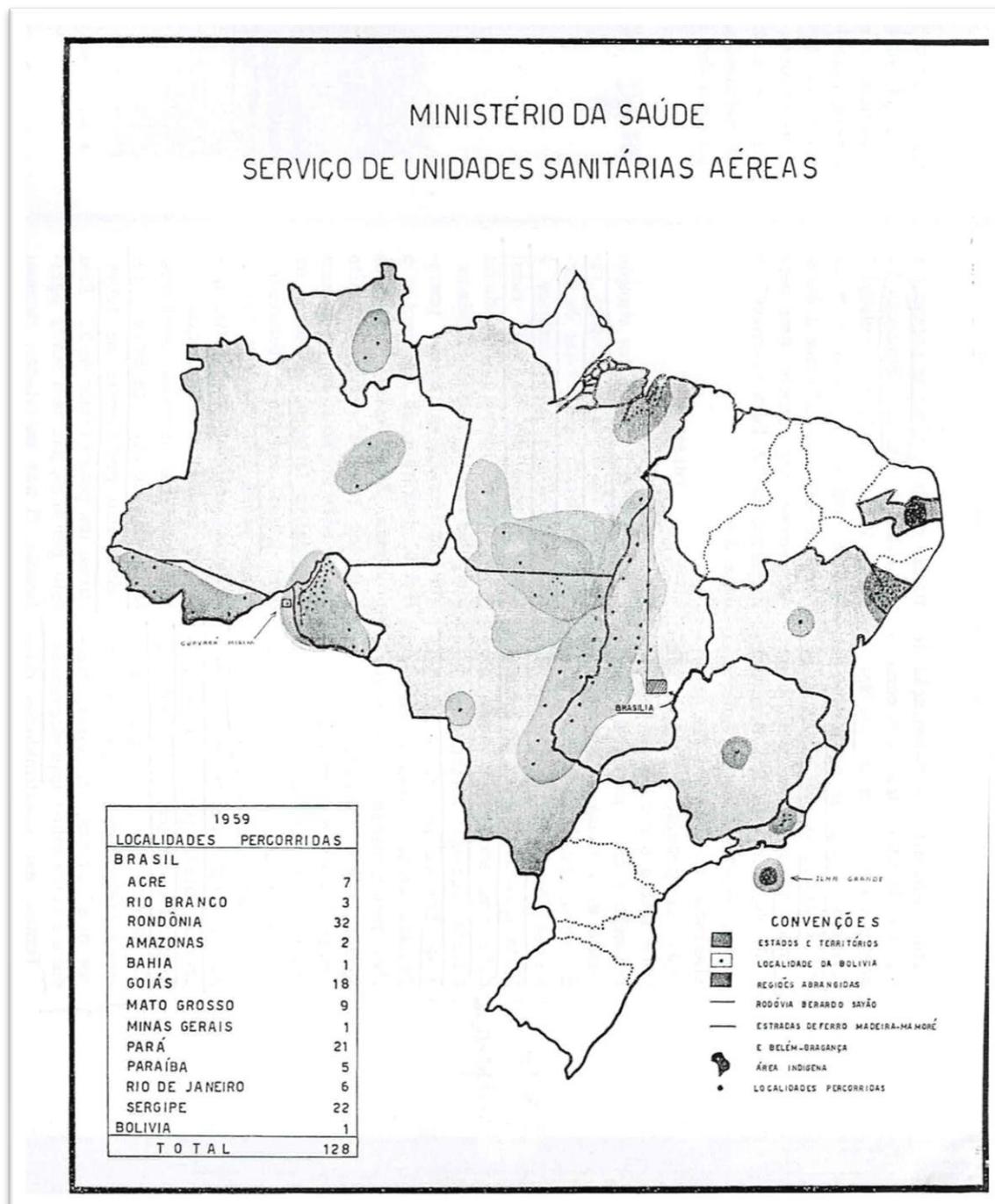
Anexo 13: Meninos Suiá exibindo cicatrizes da vacina antivariólica.



Toni e Cantungô, meninos Suiá, apresentando cicatrizes de vacina antivariólica

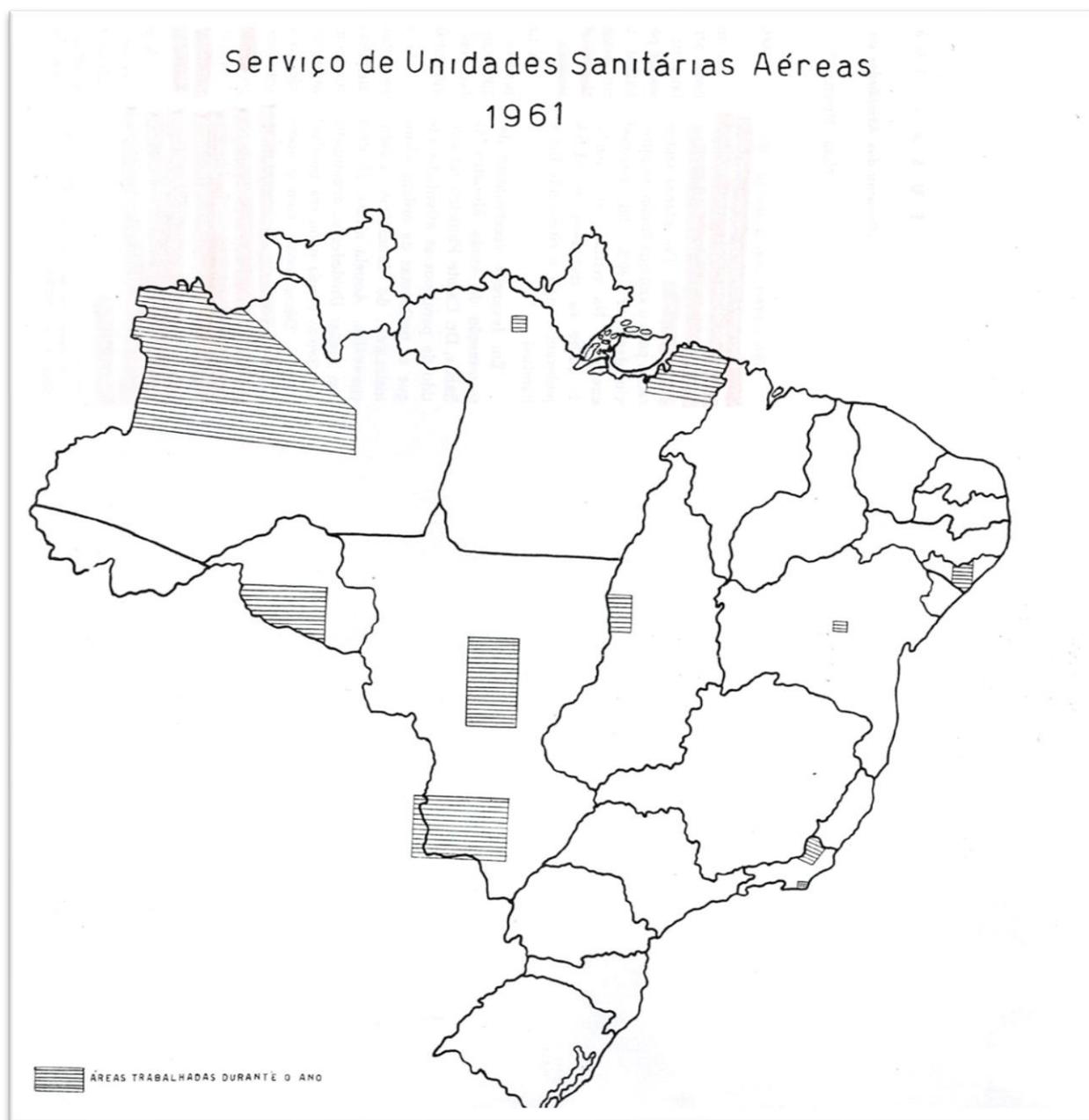
FONTE: Revista do Serviço Nacional de Tuberculose (1961).

Anexo 14: Mapa das regiões atendidas pelo SUS.



FONTE: Revista do Serviço Nacional de Tuberculose (1960).

Anexo 15: Mapa por região atendida pelo SUSA.



FONTE: Revista do Serviço Nacional de Tuberculose (1961).

Anexo 16: Relação de lugares atendidos pelo SUS em 1960.

**RELAÇÃO DE LOCALIDADES ATENDIDAS
PELO S. U. S. A. EM 1960**

Território Federal do Acre: Rio Branco.

Território Federal de Rondônia: Abunã — Araras — Caldeirão — Chocotal — Estrada de Ferro Madeira-Mamoré, Kms. 54 — 75 — 104 — 115 — 154 — 165 — 187 — 195 — 202 — Zirau — Guajará-Mirim — Iata — N. Agrícola do Iata — Jaci-Paraná — Maieira — Mutum-Paraná — Pau Grande — Penha Colorado — Periquitos — Porto Velho — Ribeirão — S. Antonio — S. Carlos — Taquaras — Teotônio — Vila Murinho — Vilhena — Zingamoche.

Área indígena: Postos civilizados: Xingú — Cap. Vasconcelos. Tribus: Carajá — Camaiurá — Cajabi — Calapalo — Juruna — Suiá — Meinaco — Iaulapiti — Trumai — Auéti — Uaurá — Cuicuro.

Distrito Federal: Brasília.

Estado da Bahia: Bom Jesus da Lapa.

Estado do Ceará: Fortaleza — Jaguaribe — Icó — Lima Campos — Jaguaribara — Castanhão — Limoeiro do Norte — S. João do Jaguaribe — Aracati — Orós.

Estado de Goiás: Guará — Tupirama — Acampamento Gaúcho — Miracema do Norte — Cristalândia —

Acampamento SPEVEA — Gurupi — Alvorada — Peixe — Porangatú — Formoso das Trombas — Uruaçu — Trombas — Santa Tereza — Estrela do Norte — Amaro Leite — Mara Rosa — Campinorte — Pirenópolis — Luziânia — Planaltina — Aragarças — Bom Jardim — Piranhas — Pontoura — Santa Izabel (Bananal).

Estado da Guanabara: Dispensário Escola (eventualmente).

Estado de Mato Grosso: Torixoreu — Barra do Garças — Araguaiana — Mato Verde — S. Felix.

Estado de Minas Gerais: Formiga — Pains — Nanuque — Resplendor — Conselheiro Pena — Tumiritinga — Januarina — S. Francisco — Pirapora — Paracatú — Aimorés — Itueta.

Estado do Pará: Marituba — Benevides — Santa Isabel — Americano — Apeú — Castanhão — Jambu-Açu — Augusto Montenegro — Igarapé-Açu — S. Luiz — Nova Timboteua — Peixe Boi — Capanema — Tauari — Mira Selvas — Tracuateua — Bragança — Vizeu.

Estado da Paraíba: Areia — Esperança — Alagôa Nova — Alagôa Grande — Guarabira — Solânea — Bananeiras — Souza.

Estado do Rio de Janeiro: Miracema — S. Antonio de Padua — Laranjais (Usina de Açúcar).

Estado de Sergipe: Aracajú — Arauá — Capela — Cedro S. João — Cristianópolis — Estância — Indiaroba — Itabaianinha — Japarutuba — Jaboatã — Neópolis — Propriá — Rosário do Catete — Santa Luzia — S. Amaro dos Brotas.

Bolívia: Guayara-Mirim.

FONTE: Revista do Serviço Nacional de Tuberculose (1961).

Anexo 17: Prova Tuberculínica dos Indígenas em 1960

PROVA TUBERCULÍNICA EM ÍNDIOS DO ALTO XINGÚ							
PPDS (Rt 23)				De 15/6/1960 a 17/7/1960			
GRUPO INDÍGENA	ÍNDIOS TESTADOS	R E S U L T A D O					
		NÃO REATORES (MENOS de 5 MM)		REATORES FRACOS (5 a 9 MM)		REATORES FORTES (10 MM ou MAIS)	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
CAMAIURÁ	76	74	97.4	2	2.6	-	-
CAJABÍ	63	60	95.2	1	1.6	2	3.2
CALAPALO	51	51	100	-	-	-	-
JURUNA	45	45	100	-	-	-	-
MEINACO	38	36	94.7	-	-	2	5.3
SUIÁ	42	34	81	1	2.4	7	16.6
IUAULAPITÍ	37	37	100	-	-	-	-
TRUMAI	17	17	100	-	-	-	-
AUÊTÍ	15	15	100	-	-	-	-
CUICURO	3	3	100	-	-	-	-
VARÁ	2	1	50	1	50	-	-
Total	389	373	95.8	5	1.3	11	2.9

GRUPOS INDÍGENAS REATORES A PROVA TUBERCULÍNICA													
PPD-S (Rt 23) - XINGÚ 16/6 a 17/7/1960													
GRUPO INDÍGENAS	ÍNDIOS TESTADOS	R E S U L T A D O											
		NÃO REATORES (Menos de 5 MM)				REATORES FRACOS (5 a 9 MM)				REATORES FORTE (10 MM ou Mais)			
		ADULTOS		CRIANÇAS		ADULTOS		CRIANÇAS		ADULTOS		CRIANÇAS	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SUIÁ	42	17	40.5	17	40.5	-	-	1	2.4	4	9.5	3	7.1
MEINACO	38	23	60.5	13	34.2	-	-	-	-	2	5.3	-	-
CAJABÍ	63	38	60.3	22	34.9	1	1.6	-	-	2	3.2	-	-
CAMAIURÁ	76	47	61.9	27	35.5	2	2.6	-	-	-	-	-	-
Total	219	125	57.1	79	36.1	3	1.4	1	0.4	8	3.6	3	1.4

FONTE: Revista do Serviço Nacional de Tuberculose (1961).

Anexo 18: SUSA



FONTE: Acervo da Biblioteca INCAER.