



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

**Casa de Saúde Indígena em Roraima (1973-1983) – circunstâncias  
e estratégias da criação**

Mestrando: RAPHAEL FLORINDO AMORIM

Orientador: Prof. Dr. FERNANDO ROCHA PORTO

Rio de Janeiro - RJ

Março/2018

**RAPHAEL FLORINDO AMORIM**

**Casa de Saúde Indígena em Roraima (1973-1983) – circunstâncias  
e estratégias da criação**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Rio de Janeiro - RJ

Março / 2018

Catálogo informatizado pelo autor

F

Florindo Amorim, Raphael  
Casa de Saúde Indígena em Roraima (1973-1983) -  
circunstâncias e estratégias da criação / Raphael  
Florindo Amorim. -- Rio de Janeiro, 2018.

87

Orientador: Fernando Rocha Porto.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do  
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação  
em Enfermagem, 2018.

1. Enfermagem. 2. Saúde Indígena. 3. História da  
Enfermagem. 4. enfermeira. 5. Saúde. I. Rocha  
Porto, Fernando, orient. II. Título.

**RAPHAEL FLORINDO AMORIM**

**Casa de Saúde Indígena em Roraima (1973-1983) – circunstâncias  
e estratégias da criação**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora como exigência do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, em 16 de março de 2018.

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof. Dr. Fernando Rocha Porto**  
Presidente - UNIRIO

**Prof. Dr. Alexandre Barbosa de Oliveira**  
1.º Examinador – UFRJ

**Prof. Dr. Wellington Mendonça de Amorim**  
2.º Examinador - UNIRIO

**Prof. Dr. Luiz Henrique Chad Pellon**  
Suplente - UNIRIO

**Prof. Dr. Antônio Marcos Tosoli Gomes**  
Suplente - UERJ

## DEDICATÓRIA



À minha família, que esteve ao meu lado dando força e sendo compreensiva em todos os momentos. Obrigado pela motivação e suporte durante todo o trajeto percorrido.

Obrigado Rinaldo Jr. e Kaio Sanumã.

Dedico ainda este trabalho aos povos indígenas do Brasil, em especial aos de Roraima, que com muita luta e resistência têm conquistado o direito de possuir suas terras, bem como o respeito a suas culturas e costumes.

## AGRADECIMENTOS



Expresso aqui minha gratidão a todos que contribuíram para que este trabalho fosse concluído. Meu muito obrigado aos servidores da imprensa oficial do estado de Roraima, que me receberam com atenção para a coleta dos dados.

Aos servidores e acadêmicos do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Roraima - UFRR, pela compreensão durante minhas ausências para a realização deste trabalho.

Aos amigos que me acompanharam durante esta trajetória de qualificação, pelo apoio e palavras de motivação.

À Universidade Federal de Roraima, pela confiança creditada a mim para este estudo, e também à Universidade Estadual de Roraima, pela cooperação técnica com a UFRR.

À Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e ao corpo docente, que não mediram esforços para o desenvolvimento das atividades do mestrado aqui em Roraima.

E em especial ao meu orientador, Prof. Dr. Fernando Porto, que com muita atenção e cumplicidade soube me orientar para que esta pesquisa pudesse ser realizada.

A todos, muito obrigado!

## RESUMO

AMORIM, Raphael Florindo. Casa de Saúde Indígena em Roraima (1973-1983) – circunstâncias e estratégias da criação – Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Rio de Janeiro. 2018. 87 p.

Trata-se de um estudo na perspectiva histórica, de abordagem histórico-social, baseado na análise documental e apoiado na Teoria do Mundo Social, cujo objeto foi a criação da Casa de Saúde Indígena em Boa Vista - Roraima (CASAI-RR), cuja delimitação temporal o período de 1973 a 1983. O marco inicial se justifica com as primeiras obras da BR-174, para ligar a Capital de Roraima ao Amazonas, e ao primeiro ano de funcionamento efetivo da CASAI-RR na Colônia Monte Cristo. Nessa perspectiva, os objetivos foram: 1. Descrever a trajetória histórica do jogo de interesse político para a criação da CASAI-RR; e 2. Analisar as estratégias para criação da CASAI-RR. O *corpus* documental imagético utilizado para análise do estudo foram nove imagens publicadas no Jornal Boa Vista – Arquivo da imprensa oficial do estado de Roraima –, além dos documentos escritos localizados em bibliotecas, centros de documentação e acervos documentais da cidade Boa Vista-RR. Como referencial teórico, foram adotados os conceitos de base do sociólogo Pierre Bourdieu, evidenciando relações de *habitus*, campo e capital cultural e poder simbólico. A discussão do estudo ocorreu mediante duas seções: Jogo político para ocupação das terras indígenas; e Estratégias em Cena. Considerações Finais: O estudo deixou claro que a disputa, ou o jogo político, foi uma questão de poder pelo domínio das terras para expansão econômica do país, mesmo que sobrepondo os direitos de um povo que já habitava a região. A enfermagem nesse período não fez o discurso, mas foi parte do discurso dos governantes, como estratégia para o desenvolvimento do progresso no Território Federal de Roraima. A resistência dos povos indígenas foi apenas resposta frente aos ataques que sofreram para que fossem garantidos seus direitos de sobrevivência, reivindicando do Estado uma política indígena que pudesse assisti-los de acordo com seus costumes, cultura e língua.

**Descritores:** Enfermagem; Saúde Indígena; História da Enfermagem; Enfermeira; Saúde.

## ABSTRACT

AMORIM, Raphael Florindo. Indigenous Health House in Roraima (1973-1983) – circumstances and strategies of creation - Dissertation (Master in Nursing). Center for Biological and Health Sciences, Federal University of the State of Rio de Janeiro - UNIRIO. Rio de Janeiro. 2018. 87 p.

This is a historical perspective, a social-historical approach, based on documental analysis and supported by The Social World Theory, whose objective was the creation of the Indigenous Health House in Boa Vista - Roraima, whose temporal delimitation the period from 1973 to 1983. The initial milestone is justified by the first works of BR-174, to connect the Capital of Roraima to Amazonas, and the first year of effective operation of Indigenous Health House in Monte Cristo Colony. From this perspective, the objectives were 1. To describe the historical trajectory of the game of political interest for the creation of the Indigenous Health House; and 2. Analyze the strategies for creating the Indigenous Health House. The imaginary documentary corpus used to analyze the study were nine images published in the Boa Vista Journal - Official press archive of the state of Roraima -, besides the written documents located in libraries, documentation centers and documentary collections of the city Boa Vista-RR. As a theoretical reference, the basic concepts of the sociologist Pierre Bourdieu was used, evidencing relations of habitus, field and cultural capital and symbolic power. The discussion of the study occurred through two sections: Political game for occupation of indigenous lands; and Shooting Strategies. Final Considerations: The study made it clear that the dispute, or the political game, was a matter of power over the land domain for economic expansion of the country, even overlapping the rights of a people who already inhabited the region. Nursing during this period did not make the speech, but was part of the discourse of the rulers, as a strategy for the development of progress in the Federal Territory of Roraima. The resistance of the indigenous peoples was only a response to the attacks they suffered to guarantee their rights of survival, claiming from the State an indigenous policy that could assist them in accordance with their customs, culture and language.

**Keywords:** Nursing; Indigenous Health; History of Nursing; Nurse; Health.



## RESUMEN

AMORIM, Raphael Florindo. Casa de Salud Indígena en Roraima (1973-1983) – circunstancias y estrategias de la creación - Disertación (Maestría en Enfermería). Centro de Ciencias Biológicas y de la Salud, Universidad Federal del Estado de Río de Janeiro - UNIRIO. Rio de Janeiro. 2018. 87 p.

Se trata de un estudio en la perspectiva histórica, de abordaje histórico-social, basado en el análisis documental y apoyado en la Teoría del Mundo Social, cuyo objeto fue la creación de la Casa de Salud Indígena en Boa Vista - Roraima el marco inicial se justifica con las primeras obras de la BR-174, para conectar la Capital de Roraima al Amazonas, y al primer año de funcionamiento efectivo de la Casa de Salud Indígena en la Colonia Monte Cristo. En esta perspectiva, los objetivos fueron: 1. Describir la trayectoria histórica del juego de interés político para la creación de Casa de Salud Indígena; y 2. Analizar las estrategias para la creación de Casa de Salud Indígena. El corpus documental de imágenes utilizado para análisis del estudio fueron nueve imágenes publicadas en el Jornal Boa Vista - Archivo de la prensa oficial del estado de Roraima -, además de los documentos escritos ubicados en bibliotecas, centros de documentación y acervos documentales de la ciudad Boa Vista-RR. Como referencial teórico, se adoptaron los conceptos de base del sociólogo Pierre Bourdieu, evidenciando relaciones de habitus, campo y capital cultural y poder simbólico. La discusión del estudio ocurrió mediante dos secciones: Juego político para ocupación de las tierras indígenas; y Estrategias en Escena. Consideraciones finales: El estudio dejó claro que la disputa, o el juego político, fue una cuestión de poder por el dominio de las tierras para expansión económica del país, aunque sobreponiendo los derechos de un pueblo que ya habitaba la región. La enfermería en ese período no hizo el discurso, pero fue parte del discurso de los gobernantes, como estrategia para el desarrollo del progreso en el Territorio Federal de Roraima. La resistencia de los pueblos indígenas fue sólo respuesta frente a los ataques que sufrieron para que fueran garantizados sus derechos de supervivencia, reivindicando del Estado una política indígena que pudiera asistimos de acuerdo con sus costumbres, cultura y lengua.

**Descriptor:** Enfermería; Salud Indígena; Historia de la Enfermería; Enfermera; Salud.

## SUMÁRIO DE IMAGENS

Imagem 1: Unidade volante – atende aos bairros.....	35
Imagem 2: Ação integrada de saúde.....	38
Imagem 3: Ministro Ueki confirma urânio em Roraima.....	48
Imagem 4: Ministro Ueki confirma urânio em Roraima.....	49
Imagem 5: Secretaria de Saúde e de Obras aceleram a construção da enfermaria do Índio.....	52
Imagem 6: Governo aprimora a assistência ao índio. ....	54
Imagem 7: Visita do tuxaua Cirino Raposo ao governador Fernando Ramos Pereira....	55
Imagem 8: Mapa ilustrativo da missão realizada pelo governador nas áreas indígenas da região de Auaris, Surucucu, Mucajaí e Uaicás.....	60
Imagem 9: Indígenas Xirixanás no posto de saúde de Mucajaí, implantado em 1958.....	63

## SUMÁRIO

### PRIMEIRA SEÇÃO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	13
1.1. OBJETO E OBJETIVOS.....	16
1.2. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO.....	16

### SEGUNDA SEÇÃO

2. ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS.....	18
2.1. BUSCA DA MASSA E <i>CORPUS</i> DOCUMENTAL DE ANÁLISE.....	19
2.2. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE.....	21
2.2.1. <b>Aplicação da matriz de análise</b> .....	21
2.2.2. <b>Análise do texto jornalístico</b> .....	23
2.2.3. <b>Triangulação dos dados</b> .....	24
2.3. CONCEITOS DE BASE.....	25
2.4. ASPECTO LEGAL DOS DIREITOS AUTORAIS.....	27

### TERCEIRA SEÇÃO

3. JOGOS POLÍTICOS PARA OCUPAÇÃO DAS TERRAS INDÍGENAS.....	28
3.1. BRASIL E A REGIÃO NORTE: AMAZONAS E RORAIMA.....	28
3.2. OCUPAÇÃO DAS TERRAS INDÍGENAS.....	34
3.3. SÍNTESE DA SEÇÃO.....	42

### QUARTA SEÇÃO

4. ESTRATÉGIAS EM CENA.....	43
4.1. FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO.....	44
4.2. ESTRATÉGIAS PARA EXPLORAÇÃO DAS TERRAS INDÍGENAS.....	47
4.3. FUNDO DE ASSISTÊNCIA AO TRABALHADOR RURAL E SAÚDE E OUTRAS AÇÕES.....	51

4.4. AVANÇO NAS ESTRATÉGIAS PARA EXPLORAÇÃO DAS TERRAS INDÍGENAS.....	59
4.5. SÍNTESE DA SEÇÃO.....	65

## **QUINTA SEÇÃO**

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
------------------------------	----

## **REFERÊNCIAS**

<b>BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	72
<b>LEGISLAÇÕES</b> .....	78
<b>FONTES</b> .....	79

## **ANEXOS**

Anexo 1 – Matriz de análise.....	84
Anexo 2 – Massa documental coletada.....	86



## 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

No Brasil, existem 76 Casas de Saúde Indígena, localizadas em municípios de referência do Distrito Sanitário Especial Indígena. De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002), tais locais têm por finalidade a prestação de serviços de saúde 24 horas, a saber:

Essas Casas de Saúde deverão estar em condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso. Além disso, as Casas deverão ser adequadas para promover atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e demais atividades para os acompanhantes e mesmo para os pacientes em condições para o exercício dessas atividades (BRASIL, 2002, p.6).

Em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002) e de maneira mais sintetizada, a Portaria n.º 1.801, de 9 de novembro de 2015, define a Casa de Saúde Indígena como um dos subtipos de estabelecimentos de saúde indígena. No art. 6.º do referido documento, ela é pensada como:

(...) estabelecimento responsável pelo apoio, acolhimento e assistência aos indígenas referenciados à Rede de Serviços do SUS para realização de ações complementares de atenção básica e de atenção especializada, sendo destinada também aos acompanhantes, quando necessário (BRASIL, 2015).

Trata-se, assim, de uma especificidade do subsistema de saúde – Lei n.º 9.836/1999 que alterou a Lei 8.080/90, que tem por finalidade dar apoio aos pacientes e acompanhantes indígenas durante o tratamento nas unidades de referência do Sistema Único de Saúde, caracterizando o perfil de atuação como modelo misto de albergue e centro de atendimento em saúde, no processo saúde/doença dos pacientes referenciados de área indígena (GARNELO, 2012).

A Casa de Saúde Indígena de Boa Vista-RR foi pioneira no país, fundada em 13 de junho de 1976, na Praça Barreto Leite, com intuito de oferecer aos indígenas assistência em saúde, em local provisório (HAYD et al., 2008). Em 17 de maio de 1982, foi inaugurada na Colônia Monte Cristo em Boa Vista-RR. Composta por módulos circulares, com dimensões de 4m de raio; sendo o módulo central com recepção, administração, ambulatório, consultório médico e odontológico, farmácia, quarto para plantonistas, salas de reuniões,

setor de radiofonia, frigorífero, cozinha, entre outros. Ao redor encontravam-se cerca de 15 malocas comunitárias, que abrigavam as várias etnias; além de três módulos adjacentes. A partir de então, a Casa de Saúde Indígena de Roraima passou a ofertar atendimento em saúde por intermédio de duas equipes volante de saúde, que revezam uma no campo e outra na cidade; o estabelecimento também recebeu apoio da Universidade Federal de Santa Maria, mediante o Projeto Rondon, incluindo estagiários da área da saúde, equipes de fisioterapia, odontologia e enfermagem (JORNAL BOA VISTA, ano VIII, ed. 392, p.08, 22/04/1983).

Além do atendimento em saúde na Casa de Saúde do Indígena em Roraima, os internos indígenas recebiam formação para atuarem como atendentes de Enfermagem. Durante a estada na Casa de Saúde Indígena, eles eram treinados para atuar em situações de urgência nas aldeias (SILVA, 1983). Somente em 26 de setembro de 1982 foi regulamentada a área de um campo de futebol, doada pelo Governo do Estado por meio do Decreto n.º 092 para a construção da CASAI-RR (BRASIL, 1982).

A criação da Casa de Saúde Indígena em Roraima ocorreu para atender às demandas dos serviços de saúde, que não poderiam ser resolvidos em área indígena – à época de responsabilidade da Fundação Nacional do Índio, que referenciava como área pacientes graves e de difícil diagnóstico para a Casa de Saúde do Indígena em Boa Vista - RR (BERNARDES, 2011).

Nesse período, a Fundação Nacional do Índio, em parceria com o Ministério da Saúde, atuava na área por meio dos serviços de saúde focados em situações de surtos epidêmicos, ações emergenciais e controle de nascimentos e óbitos, campanhas de vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose, e outras doenças transmissíveis (BRASIL, 2002; BERNARDES, 2011; GARNELO; PONTES, 2012).

A Casa de Saúde Indígena de Boa Vista-RR, modelo de instituição de saúde, serve de apoio aos usuários referenciados de área indígena para cuidado e tratamento nos hospitais de referência do Sistema Único de Saúde da Capital do Estado (Hospital Geral de Roraima, Hospital Materno Infantil, Hospital Coronel Mota e Hospital da Criança). Além disso, presta atendimento ao Distrito Sanitário Especial Indígena *Yanomami* e *Ye'kuana*, e ao Distrito Sanitário Especial Indígena Leste (Etnias *Macuxi*, *Wapichana*, *Taurepang*, *Ingaricó*, *Wai wai*, *Patamona* e *Sapará*); bem como dos indígenas provenientes do estado do Amazonas e dos países fronteiriços: República Bolivariana da Venezuela e República Cooperativista da Guayana (BRASIL, 2005). Segundo o relatório anual, a Casa de Saúde Indígena de Roraima tem por finalidades (2014, p.02):

- I. Prestar atendimento diferenciado aos pacientes indígenas encaminhados pela equipe multidisciplinar dos polos-base para tratamento de saúde, quando não há resolutividade em área;
- II. Prestar assistência médica, farmacológica, fisioterápica, nutricional e de enfermagem aos pacientes e acompanhantes até a alta; transferência para outra unidade hospitalar ou Tratamento fora de Domicílio;
- III. Acompanhar os pacientes para consultas, exames subsidiários e internação hospitalar na assistência especializada;
- IV. Fazer a referência e contrarreferência com os Distritos Sanitários Especiais Indígenas e Rede do Sistema Único de Saúde articulando o retorno dos pacientes e acompanhantes aos seus domicílios, por ocasião da alta.
- V. Promover atividades de educação em saúde, atividades artesanais, recreação e outras para os acompanhantes e pacientes;
- VI. Apoiar pesquisas e trabalhos científicos conforme diretrizes no Núcleo Indígena de Pesquisa da Divisão de Atenção à Saúde Indígena;
- VII. Proporcionar meios para reabilitação dos pacientes preservando e respeitando seus costumes;
- VIII. Promover ações de humanização interculturais;
- IX. Proporcionar serviço de tradução quando necessário: na Casa de Saúde Indígena, no ambiente hospitalar, nas consultas especializadas e na Rede do Sistema Único de Saúde.

Na década de 1980, foi realizada a 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, concomitantemente à 1.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio<sup>1</sup>, cujo tema foi “Proteção à Saúde do Índio”. Esse evento culminou na reflexão e necessidade de se transferir a responsabilidade dos serviços de saúde indígena para o Ministério da Saúde – atual órgão gestor do Sistema Único de Saúde –, restando à Fundação Nacional do Índio a prestação dos serviços de demarcação e controle da integridade territorial das terras indígenas (VERANI, 1999).

Mediante o exposto, com a demanda crescente dos serviços de saúde prestados pela Casa de Saúde Indígena de Roraima, acreditamos ser o momento de construir a narrativa da trajetória desse espaço institucional, onde cuidados são prestados. Isto conduz ao questionamento: Como se deu a implantação da Casa de Saúde Indígena pelas estratégias do jogo político?

---

<sup>1</sup>A 1.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio aconteceu em 1986 com o desdobramento da 8.<sup>a</sup> Conferência em Saúde. A conferência afirmou a necessidade de implantação de um modelo de atenção que garanta aos indígenas o direito universal e integral à saúde; o respeito às especificidades étnicas e socioculturais, e as práticas terapêuticas de saúde de cada grupo étnico; garantia de participação dos indígenas nas políticas públicas de saúde e criação de uma agência em saúde específica para assuntos indígenas. Estes princípios foram incorporados e garantidos na Constituição Federal de 1988 (BUCHILLET, 2007).

## 1.1.OBJETO E OBJETIVOS

Para fins deste estudo, elaborou-se como objeto a criação da Casa de Saúde do Índio (CASAI), em Boa Vista - Roraima, tendo por delimitação temporal o período de 1973 a 1983. O marco inicial se justifica com as primeiras obras da BR-174, para ligar a Capital de Roraima ao Amazonas, e ao primeiro ano de funcionamento efetivo da Casa de Saúde Indígena, em Roraima, na Colônia Monte Cristo. Nessa perspectiva, tem-se por objetivos:

1. Descrever o jogo de interesse político para a criação da Casa de Saúde Indígena de Roraima;
2. Analisar as estratégias para criação da Casa de Saúde Indígena de Roraima.

## 1.2. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

Como justificativa de sustentação desta dissertação, pelo objeto de estudo apresentado, entendemos sua relevância considerando que a Casa de Saúde Indígena de Roraima é um estabelecimento de saúde diferenciado, por atender às especificidades das populações indígenas do estado de Roraima. É considerada uma instituição de apoio aos pacientes indígenas, que são referenciados de área para tratamentos de saúde que não podem ser realizados no território de origem, carecendo de assistência especializada nos estabelecimentos de referência do Sistema Único de Saúde. A Casa de Saúde Indígena de Roraima é ainda um dos cenários de prática de ação do ensino médio técnico e superior na área da saúde em Roraima.

A existência de um estabelecimento exclusivo para o atendimento em saúde dos indígenas sempre foi questionada pelo não índio, tendo em vista que a Lei n.º 8.080/1990 – que define o Sistema Único de Saúde – dá direito a todo cidadão assistência em saúde, inclusive estrangeiros que estejam em território nacional. Sob esta perspectiva, os estabelecimentos de saúde instituídos como referências para o Sistema Único de Saúde no atendimento especializado deveriam garantir a assistência a essa população, sem que houvesse a necessidade de criação de um subsistema para assisti-los.

Considerando essa lógica, em que todos devem ter tal direito garantido, é preciso analisar ainda a concepção do modelo de saúde implantado pelo Sistema Único de Saúde em 1990, que visa atender especificidades de uma população que geralmente possui cultura, costumes e hábitos diferenciados dos indígenas que habitam, na maioria das vezes, em



regiões de floresta, e que possuem cultura, costumes e hábitos próprios de suas etnias. É considerando esse cenário, e ainda a maneira com que o contato foi estabelecido ao longo da história, e a peculiaridade dessa população reconhecida, inclusive nos artigos 231 e 232 da Constituição Federal, que se estabelece um subsistema de atenção à saúde do indígena em 1999. Nesse contexto, o estudo visa conhecer essa trajetória histórica envolvida em um jogo político, que tinha como produto, na década de 1970, a primeira Casa de Saúde Indígena no país.

O dito já bastaria para sustentar a argumentação visando a investigação, mas ela se apoia na necessidade da relevância na cultura indígena predominante na área de Roraima, como investimento a ser mais direcionado na atenção à saúde.

A proposta desta pesquisa, decorre ainda da especificidade do assunto, que a imersão na região é capaz de esclarecer e, sendo o pesquisador dessa área, entendemos se tratar de contribuição relevante, pela experiência que segue para além da literatura e massa documental pesquisada.

No campo da política, como profissional da enfermagem, é possível argumentar em prol da cultura dos cuidados, quando procedimentos hospitalocêntricos, algumas vezes, não se sustentam mais. Isso posto, cabe a articulação de políticas inovadoras no atendimento da realidade social, que possam produzir efeitos esperados às necessidades da população.

Enfim, a construção da dissertação é a possibilidade de dialogar com outras áreas do conhecimento, a saber: a sociologia e a história social.



## 2 – ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo na perspectiva histórica, de abordagem histórico-social, baseado na análise documental e apoiado em alguns conceitos da Teoria do Mundo Social<sup>2</sup>. Para Bourdieu (1989), a compreensão dos objetos de pesquisa, na sociologia, deve ser iniciada pela história social dos problemas; ou seja, não compreender o problema de pesquisa como um dado em si mesmo, mas como resultado do trabalho social de determinados agentes que se organizam, se relacionam e dão visibilidade a determinadas questões. Para a presente pesquisa, isso significa que a Casa de Saúde Indígena de Roraima não será abordada em si mesma como algo natural, mas como resultado de uma luta por reconhecimento, na qual se inserem grupos profissionais, grupos étnicos, instituições, entre outros.

Assim, esse tipo de abordagem traz uma preocupação dos pesquisadores no que se refere às variações conjunturais que alteram diretamente os vários grupos sociais, e quais alterações elas provocam nesses grupos (BARROS, 2004). Isso articulado aos conceitos de campo, *habitus*, capital cultural e poder simbólico, apresentados por Pierre Bourdieu, associado ao objeto de investigação, foi a proposta deste estudo. Por meio desses conceitos, buscou-se perceber como alguns agentes adquiriram determinados repertórios de ação, utilizados na luta por reconhecimento indígena, no âmbito das políticas públicas de saúde. Trata-se de compreender como as características sociais (origem, investimentos educacionais, relações sociais) dos agentes podem ser utilizadas no processo de visibilização social das demandas indígenas.

---

<sup>2</sup>Teoria do Mundo Social de Pierre Bourdieu é uma teoria das estruturas sociais a partir de conceitos-chave campos, *habitus*, capital cultural, poder simbólico, entre outros, com uma função crítica a do desvelamento da articulação do social (THIRY-CHERQUES, 2006).

## 2.1. BUSCA DA MASSA E *CORPUS* DOCUMENTAL DE ANÁLISE

A busca da documentação ocorreu nos acervos da Casa de Saúde Indígena de Roraima; Distritos Sanitários Especiais Indígenas *Yanomami* e *Ye'kuana* e Leste de Roraima; nos arquivos da Diocese de Roraima; na Biblioteca do Instituto INSIKIRAN de Formação Superior Indígena da Universidade Federal de Roraima; nas Organizações sem fins lucrativos de representação dos indígenas, tais como: Missão Evangélica da Amazônia, Instituto Missionário das Consolatas, HUTUKARA Associação *Yanomami*, Conselho Indígena de Roraima, Instituto Socioambiental no estado de Roraima, na 10.<sup>a</sup> Delegacia regional da Fundação Nacional do Índio em Roraima e Museu do Índio do Rio de Janeiro.

A busca pela documentação visou à localização de relatórios institucionais, atas, reportagens, vídeos, fotografias e outros documentos que apontassem os agentes, instituições e o trabalho social deles, no processo de legitimação do direito dos indígenas ao acesso à saúde pública. Esse tipo de abordagem foi observado no estudo de Pereira (2011), que demonstrou como a luta por moradia, na cidade de São Luís-MA, estava vinculada a um conjunto de esforços de vários agentes e instituições, envolvendo advogados, professores universitários, políticos, padres, sindicatos, igreja, universidade e partidos políticos.

Seguindo esse viés, foram várias as instituições visitadas dia a dia na busca da massa documental. Contudo, é importante ressaltar as dificuldades da pesquisa de campo, pois em todos os locais visitados o discurso era sempre o mesmo – “não há registros”, “nossos arquivos estão bagunçados e não tem nada nessa perspectiva”, “o encarregado dos acervos não está no momento”, ou, ainda, “não é permitido manusear os documentos, sem que haja um responsável junto”. As abordagens foram sempre cuidadosas, na tentativa de sensibilizar os espaços pretendidos para a coleta dos dados, todavia, sem muito sucesso.

Nesse contexto e diante do cenário em que a pesquisa deveria acontecer, a solução foi continuar buscando informações até que, em algum momento, se encontrassem os documentos para tal fim. Em uma das visitas aos locais de coleta dos dados, indicaram a Imprensa Oficial do Estado de Roraima, como sendo um espaço com muito material arquivado, desde os atos do Governo do Estado no século XX, e também arquivos das edições do Jornal Boa Vista.

O acervo da Imprensa Oficial está localizado na Rua Coronel Pinto, n.º 210, bairro Centro - Boa Vista-RR. Foi o local onde se realizou a coleta dos principais dados. Nos arquivos desse espaço, foram encontrados vários jornais do século XX, o que definiu a busca documental no período da delimitação temporal de 1973 a 1983. Nele foi traçado o caminho

percorrido pela saúde por meio das estratégias políticas encampadas à época, relacionadas ao progresso almejado para o desenvolvimento do estado de Roraima, em contraponto à disputa política das terras com os indígenas.

Em 1973, foi criada a Imprensa Oficial do Território Federal de Roraima, por intermédio do Governador Tenente-Coronel Hélio da Costa Campos em seu segundo mandato (1972 – 1974), fundando assim o “Jornal Boa Vista”, de propriedade do Governo, imprensa escrita que teve por finalidade publicizar o desenvolvimento, integração e segurança dos atos do Governo Federal aos cidadãos do Território. Dessa forma, foi o primeiro e único jornal que circulou de maneira contínua até 1983 (ANDRADE, 2016).

O corpo editorial do Jornal Boa Vista era formado por um diretor responsável, redatores, fotógrafos, editor esportivo, e correspondentes que ficavam nas capitais de outros estados (AM, PA, RJ, AC, MG, SP, PR, SC e no DF). O jornal era composto ainda por colaboradores responsáveis pela diagramação, composição de texto, fotolito, impressão *offset* e fotocomposição. Essas informações eram descritas nas edições do jornal apresentando ao leitor quem eram os responsáveis pela organização e publicação das notícias. Vale salientar que durante o período de 1973 a 1983 os funcionários do jornal eram indicações do governo do Território de Roraima, havendo mudanças constantes dentro da equipe de jornalismo. Outro fato interessante, que aparecia nas informações do editorial do jornal, era de que os conceitos emitidos pelas colunas e artigos assinados do jornal eram de responsabilidade de seus autores, e nem sempre refletiam a opinião do Jornal Boa Vista.

A massa documental localizada serviu de entendimento no sentido de exploração do assunto pesquisado, mas, por rigor metodológico, aplicamos critérios para atender ao objeto de estudo, delimitação temporal e os objetivos traçados. Nesse sentido, aplicamos o critério de que a Massa documental deveria atender aos elementos da investigação, a saber:

- I. Circunstâncias para a criação da Casa de Saúde Indígena;
- II. Visitas com diálogo entre governo e população indígena; e
- III. Documentos que evidenciassem a articulação do governo com as ações e profissionais de saúde.

Esses critérios aplicados representaram o envolvimento de 67 documentos escritos e 09 imagens, todos veiculados no Jornal Boa Vista. Ademais, eles foram submetidos às regras das críticas de autenticidade, credibilidade interna e externa, quando foi aplicada a técnica de triangulação para análise dos achados.

## 2.2. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE

Os procedimentos de análise foram três. O primeiro foi a aplicação da matriz de análise nas imagens, o segundo foi no texto jornalístico e o terceiro a triangulação. Estes são descritos mais detalhadamente a seguir, para posterior aplicação dos conceitos de base de Pierre Bourdieu.

### 2.2.1. Aplicação da matriz de análise

Sobre a relação entre a Sociologia bourdiana e as fotografias, Pereira (2016) explica que existem duas possibilidades perspectivas de pesquisa, nas quais 1) o sociólogo se coloca como fotógrafo, ou 2) quando é analista de imagens já produzidas. Para o presente estudo, interessa a segunda possibilidade, que pode se exemplificada por meio do livro “Um Arte médio”, organizado pelo próprio Bourdieu. Uma contribuição importante dessa obra é o fato de se considerar a imagem em relação a determinadas classes sociais, e também as formas como são construídos os usos sociais da imagem. Nessa abordagem é possível pensar a imagem como resultado de determinados capitais culturais, e um tipo de ação que sinaliza determinados agentes e campos de relação.

Outro sociólogo contemporâneo destacado por Pereira (2016) é Erving Goffman, cujas análises sobre as imagens estão diretamente vinculadas aos papéis sociais e à forma como as representações sociais podem ser materializadas em imagens. O autor destaca o texto “La ritualización de la feminidad”, pela forma como Goffman aponta as relações entre as representações e papéis sobre o masculino e feminino, com as posturas corporais e disposições espaciais dos homens e mulheres, destacando as posições das mãos e outros detalhes, que, nas imagens, reproduzem a própria sociedade.

Em relação à pesquisa com imagens, na área de enfermagem, observou-se que há uma abordagem próxima da sociológica, que é ancorada em dois conceitos semióticos – plano de expressão e conteúdo –, já testada em outras dissertações de mestrado em enfermagem intituladas:

- “Fatos e Fotos da Enfermeira da Cruz Vermelha Brasileira no enfrentamento da Gripe Espanhola (1918)”, da autora Amanda Ferreira Coury (2010);

- “A Produção da Crença na Imagem da Enfermeira da Cruz Vermelha Brasileira no Período da Primeira Guerra Mundial (1914-1918)”, de autoria de Mercedes de Oliveira Neto (2011);
- “A imagem pública da enfermeira-parteira do Hospital Maternidade Pró-Matre do Rio de Janeiro no período de 1928-1931: (des)construção de uma identidade profissional”, de autoria de Elaine Franco Ribeiro Fonseca (2011); e
- “O dia da enfermeira” nas páginas da revista da semana (1929-1930): Anna Nery e os lucros simbólicos”, da autora Simone de Aguiar do Nascimento (2013).

Destaca-se que os planos foram entendidos da seguinte maneira: o plano de expressão se manifesta a partir de um sistema de significação verbal, não verbal ou sincrético, e o plano de conteúdo se refere ao significado do texto (PIETROFORTE, 2004).

Nesse sentido, a matriz de análise fotográfica/fac-símile é composta de quatro partes, a saber (Apêndice n.º 1):

1. Dados de identificação - refere-se a localização, Nome, Ano, nº de edição, página, data de publicação e título que acompanha a foto.
2. Dados do plano de conteúdo - Está relacionado ao registro de crédito da imagem fotográfica, ou seja, o autor da imagem fotográfica; relação texto-imagem, onde é mencionado se a imagem é do tipo fotorreportagem ou fotojornalismo; legenda, caso a imagem a tenha; resumo do texto, contendo os principais pontos do documento escrito; o tipo de foto, que mostra se a fotografia é posada ou flagrante; além do formato, explicitando a forma geométrica, o plano da fotografia, se é geral, conjunto, central ou americano, como também se está em primeiro plano. Observa-se ainda o sentido da fotografia, se está na vertical ou na horizontal, e sua localização na página, apresenta-se no lado direito ou esquerdo, inferior ou superior.
3. Dados do plano de expressão - Descrição dos atributos pessoais caracterizando as indumentárias e vestimentas das pessoas presentes na imagem fotográfica e seus gestos. Foram analisados, nessa matriz, também, os atributos de paisagem, descrevendo se o momento registrado é dia ou noite, se há objetos na imagem e quais são.
4. Dados complementares - Está relacionado à fonte de informação, e possíveis articulações/imagens analisadas caso existam.

Na aplicação da matriz, observou-se que os planos de conteúdos, identificação e expressão seguem lógica similar à da abordagem sociológica da imagem, já que ambas, cada uma à sua forma, tratam de considerar as características sociais não só dos agentes que compõem as paisagens imagéticas, mas também dos que fazem uso social das imagens no

âmbito das relações estabelecidas no campo. Tecnicamente as imagens foram manuseadas por meio da utilização da ferramenta do controle de *zoom*, com cautela, uma vez que poderia levar à distorção da imagem original (NETO; PORTO; NASCIMENTO, 2012).

Após aplicação da matriz, os dados da imagem, texto e contexto foram triangulados a fim de se chegar à síntese para a discussão dos resultados. Mediante o exposto, para atender o primeiro objetivo de descrever as circunstâncias que conduziram a criação da Casa de Saúde Indígena, em Roraima, utilizou-se, prioritariamente, a documentação escrita para a narrativa da construção enunciada da referida Casa.

Para o cumprimento do segundo objetivo, na intenção de analisar as estratégias empreendidas para criação da Casa de Saúde Indígena em Roraima, foi utilizada, de forma articulada, a documentação escrita e imagética, por acreditarmos ser reveladora de aspectos políticos/sociais e culturais para o objeto de estudo.

As fotos publicadas pelo Jornal Boa Vista são cópias editoradas – *fac-símiles*, termo do latim, que significa “faz igual” –; ou seja, cópia igual ao documento impresso, sendo obtida por meios de fotomecânica, eletrônico e/ou eletrostático (PORTO, 2009; FONSECA e PORTO, 2010).

### **2.2.2. Análise do texto jornalístico**

O texto jornalístico foi analisado mediante o discurso dos entrevistados e registro interpretativo dos repórteres, que, junto com a análise da imagem, deram sentido ao que se passava à época, mesmo diante dos possíveis níveis de comunicação e tendências pelas linhas editoriais, considerando-se o Jornal Boa Vista, de propriedade do governo estadual, e sendo os funcionários indicados pelos gestores da época.

A matéria jornalística, ao ser produzida, sofre perda da autonomia por meio da censura imposta pela comunicação, como discurso restrito pela limitação de tempo, intervenções políticas – quando se nomeia para postos dirigentes. Dito isso, o leitor do Jornal Boa Vista enxergava com as lentes das câmeras dos jornalistas, viam apenas o que era permitido por eles – gestores políticos da época. Segundo Bourdieu (1997) esta maneira de comunicar, considerada violência simbólica, *é uma violência que se exerce com a cumplicidade tácita dos que a sofrem e também, com frequência, dos que a exercem, na medida em que uns e outros são inconscientes de exercê-la ou de sofrê-la.*

Faz-se necessário analisar os textos produzidos pela mídia, uma vez que a descontextualização das matérias jornalísticas depauperava o registro, modificando-a numa categoria mitológica contemporânea do jornalismo. O jornalista, ao emitir uma notícia, seja ela oral ou escrita, deve manter certo distanciamento da reflexão. Bourdieu (1997) compara-o ao bombeiro incendiário, quando o jornalista contribui para criar um acontecimento – evidenciando a notícia, e, em seguida, denunciando os que põem lenha na fogueira que eles próprios acenderam, explorando a emoção despertada pelo acontecimento.

### 2.2.3. Triangulação dos dados

Uma das possibilidades para se inferir os resultados, segundo Porto (2007), é a técnica da triangulação dos dados, que pode ser de quatro tipos: de fontes, de métodos, de investigadores e de teorias.

Essa técnica possibilita a identificação da convergência ou divergência dos dados, julgando impossível a existência isolada de um fenômeno social, sem raízes históricas, sem significados culturais e sem vinculações com a macrorrealidade social; ou seja, ela abrange a máxima amplitude da descrição, compreensão e explicação (TRIVIÑOS, 1994).

Dessa forma, a utilização da técnica pautou-se na intenção de garantir a confiabilidade e a credibilidade dos dados coletados, uma vez que se buscou cruzar diferentes fontes relacionadas ao fenômeno estudado. Porto e Santos (2006) afirmam que a credibilidade dos resultados e conclusões do estudo estão relacionadas à utilização de múltiplos referentes de dados acerca daquilo que se estabelece em uma afirmativa momentânea.

Ao se articular os resultados obtidos dos documentos imagéticos, por meio da matriz de análise, os significantes e a documentação escrita composta por contexto histórico, aplicação dos conceitos de base de Pierre Bourdieu – campo, *habitus*, capital cultural e poder simbólico –, foi delineada a produção de conhecimento quanto à implantação da Casa de Saúde Indígena em Boa Vista-RR. Diante desse contexto, foram construídas as seções desta dissertação, o que se entendeu como a triangulação de dados.



### 2.3. CONCEITOS DE BASE

Após aplicação dos procedimentos de análise, houve articulação da literatura de aderência e a iluminação pelos conceitos do sociólogo Pierre Bourdieu (1997), que se destacam no campo, *habitus*, capital cultural e poder simbólico.

O campo é definido por Bourdieu (1997) como sendo um espaço social estruturado, podendo ser um campo de forças – uma estrutura que constrange os agentes nele envolvidos, de desigualdades – dominantes e dominados; que é também um campo de lutas – no qual os agentes atuam conforme suas posições relativas no campo de forças, conservando ou transformando a sua estrutura; ou ainda pode ser percebido, segundo o mesmo autor (1998), como áreas de posicionamentos sociais, nos quais determinados tipos de bens são produzidos.

Assim, foi considerado, para o estudo, o campo da saúde, espaço social – o Jornal Boa Vista –, em que os saberes foram construídos e desenvolvidas as práticas em torno do objeto de estudo que justificam sua existência, com foco nas circunstâncias e estratégias para a criação da Casa de Saúde Indígena de Roraima.

No espaço social delimitado, foram investigados os argumentos políticos, sociais e estratégias empreendidas em que ocorreu a trajetória do cuidado prestado à população indígena, no estado de Roraima, quando da criação da instituição Casa de Saúde Indígena. Assim, foi possível analisar o papel exercido pelo agente envolvido – dominante e dominado – naquele espaço social e sua concorrência à força (relativa) que deteve, definindo assim sua posição no campo, produto de suas estratégias empreendidas.

Por sua vez, a noção de *habitus* foi entendida como um sistema de disposição durável – de modos de perceber, de sentir, de fazer, de pensar –, que os levam a agir de determinada forma em uma circunstância dada; ou seja, lutas que os agentes procuram manter ou alterar as relações de fora e a distribuição das formas de capital específico. Um exemplo de estudo sobre o *habitus* pode ser observado no artigo *Os ancestrais e a infância: elementos primários da formação do habitus político*, no qual Pereira e Mourão (2012) analisam a trajetória de vida de um deputado estadual, observando a relação entre as características sociais (origem familiar investimentos educacionais e relações sociais) e a maneira como o agente analisado foi adquirindo a expertise política; ou seja, a construção de um *habitus* que se inicia na própria família e se estende para as relações sociais mais amplas.

O *habitus* identificado foi daqueles agentes sociais envolvidos (indígenas e não indígenas), tais como: os políticos, os governantes – dominantes; e os profissionais de saúde e a população envolvida que sofriam com os agravos à saúde – dominados.

Os agentes sociais envolvidos construíram socioculturalmente seus *habitus* à sua maneira para atender aos seus objetivos, constituindo assim os conflitos que foram vistos no campo de luta simbólica, quando o espaço social deu visibilidade – as matérias jornalísticas do Jornal Boa Vista.

Por sua vez, a noção de Capital cultural pode ser entendida como o conjunto de qualificações intelectuais produzidas pelo sistema escolar ou transmitida pela família, sob a forma de estado incorporado, estado objetivado e estado institucionalizado. Podem ser bens econômicos, mas também do conjunto de bens culturais, sociais, simbólicos, dentre outros. Dito de outra maneira, sua aplicação destinou-se à política na cultura dos cuidados indígenas como efeito simbólico (BOURDIEU, 1997).

O capital cultural visualizado no estudo foram os bens aspirados pelos políticos e governantes que, pelo discurso do desenvolvimento do estado, avançavam com a rodovia, facilitando o acesso ao estado e às demais regiões do país. Assim viabilizando a migração para a extração das riquezas minerais, desenvolvimento da agricultura e pecuária; motivação incentivada pelo governo federal no sentido de explorar e povoar as regiões periféricas do país. O produto de tal progresso resultou em severos prejuízos à saúde da população local, em especial a dos indígenas. A estratégia empreendida foi manipular simbolicamente as ações de saúde, por meio de seus profissionais, como destaque para a enfermagem, pela trajetória histórica por intermédio do lastro das missionárias.

Pensar nessa lógica foi a possibilidade de se identificar como os governantes, possivelmente, orquestrados pelos políticos à época, manipularam para si, intencionalmente, com argumentação pelo desenvolvimento do país que os profissionais da área da saúde – em especial as enfermeiras –, devessem atuar em Roraima em prol da população. Isso foi verdadeira cortina de fumaça, para construir rodovias e extrair riquezas minerais em terras indígenas, sendo criada a Casa de Saúde Indígena em Roraima, podendo ser entendida como moeda de troca simbólica.

No que se refere ao poder simbólico, pode-se defini-lo como a forma de dominação exercida por meio dos esquemas de percepção, de avaliação e de ação que são constitutivos dos *habitus*, aplicados de forma transversal no estudo para o cumprimento dos objetivos propostos (BOURDIEU, 1997).

Esse conceito foi aplicado no estudo quando o poder de fazer ver e fazer crer foram instituídos. Nesse caso, pelo olhar mágico dos jornalistas, os quais utilizaram seus óculos

para fazer com que os leitores fossem capazes de ver o que lhes interessava, e assim influenciar na formação da opinião a respeito do que e como ocorria o fato/acometimento.

#### 2.4. ASPECTO LEGAL DOS DIREITOS AUTORAIS

A coleta de dados foi realizada mediante autorização do responsável legal pela Imprensa Oficial do Estado de Roraima, após a apresentação de documento escrito solicitando acesso ao banco de dados dos acervos do estabelecimento.

Quanto aos aspectos legais da pesquisa, concernentes aos documentos utilizados, respeitou-se o estabelecido na Lei n.º 9.610 de 1998 quanto à autorização, atualização e consolidação da legislação sobre direitos autorais e outras providências, no que se refere aos:

Artigo 43 – Será de setenta anos o prazo de proteção aos direitos patrimoniais sobre as obras anônimas ou pseudônimas, contado de primeiro de janeiro do ano imediatamente posterior no caput deste artigo.

Artigo 44 – O prazo de proteção aos direitos patrimoniais sobre obras audiovisuais e fotográficas será de setenta anos, a contar de primeiro de janeiro subsequente ao de sua divulgação.

Outrossim, apesar de as imagens fazerem parte do domínio público, respeitou-se quanto a referência ao artigo 46 do mesmo dispositivo legal, capítulo IV:

Artigo 46 – Não constitui ofensa aos direitos autorais:

I- Reprodução:

a) na imprensa diária ou periódica, de notícia ou de artigo informativo, publicado em diários ou periódicos, com menção do nome do autor, se assinados, e da publicação de onde foram transcritos; (...)

III – a citação em livros, jornais, revistas ou qualquer outro meio de comunicação, de passagens de qualquer obra, para fins de estudo, crítica ou polêmica, na medida justificada para o fim a atingir, indicando-se o nome do autor e a origem da obra.

Mediante o exposto, sobre a legalidade dos direitos autorais, complementa-se que a pesquisa não ofendeu os princípios contidos na Resolução n.º 466/2012, do Ministério da Saúde.



### 3. JOGO POLÍTICO PARA OCUPAÇÃO DAS TERRAS INDÍGENAS

Esta seção abordará o jogo de interesse político para a implantação da Casa de Saúde Indígena de Roraima na década de 1970. Em 1962, o estado em formação, instituído Território Federal de Roraima, passou por várias transformações no desenvolvimento econômico e estrutural na área da saúde e transporte rodoviário, situação que implicou diretamente na vida dos povos indígenas que o habitavam.

Na região amazônica na década de 1970, a finalidade era motivar a migração para povoar a região Norte, ao fixar famílias que pudessem desenvolver a agricultura e a pecuária. Para tanto, a ocupação das terras ocorreu desenfreada ao surgir a descoberta do garimpo na extração de minérios como a cassiterita, o ouro e o diamante em terras indígenas (NETO; NOGUEIRA, 2015). Assim sendo, esses acontecimentos permitiram que os migrantes estabelecessem contato com as aldeias indígenas, o que gerou conflitos e a entrada de enfermidades em terras nativas.

#### 3.1. BRASIL E REGIÃO NORTE: AMAZONAS E RORAIMA

O estado do Amazonas foi desmembrado em 13 de setembro de 1943 pelo Decreto n.º 5.812, o que deu origem ao Território Federal do Rio Branco, que em 13 de dezembro de 1962 foi nomeado de Território Federal de Roraima. Em 1988, graças à Constituição Federal Brasileira, foi elevado à categoria de Unidade Federativa Brasileira, com uma extensão territorial de 224.300,506 km<sup>2</sup>, sendo 104.018 km<sup>2</sup> de áreas indígenas, divididas em 32 terras indígenas homologadas, representando quase metade do território - 46,37% (FREITAS, 1998).

Roraima está localizada na Região Norte do Brasil, a oeste do Meridiano de Greenwich, cortada pela Linha do Equador, sendo o estado mais setentrional da federação brasileira. Possui 1.922 quilômetros de fronteira com países sul-americanos – sendo a Venezuela ao norte e noroeste e a Guiana Inglesa a leste –, limitando-se com os estados do Amazonas ao sul e oeste, e Pará ao sudeste (SANTOS, 2010). É possível identificar no mapa

os limites fronteiriços dos 15 municípios do Estado, conforme demonstrado na Figura abaixo:

Figura 1: Mapa rodoviário do estado de Roraima



Fonte: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Mapa\\_Rodovi%C3%A1rio\\_RR\\_-\\_detalhado.png](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Mapa_Rodovi%C3%A1rio_RR_-_detalhado.png)

O mapa rodoviário do estado de Roraima apresentado acima demonstra os limites fronteiriços que o estado possui com os dois países vizinhos – ao norte e noroeste por intermédio da BR-174 até a Venezuela, e a leste pela BR-210 até a Guiana –, e ainda com dois estados brasileiros, sendo apenas trafegável pela BR-174 da Capital de Roraima até Manaus-AM.

A população brasileira, em 1970, era de 93.139.037 habitantes, chegando a 119.002.706 de pessoas em 1980 de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que viviam nas zonas urbanas e rurais do país (CAMARANO; KANSO, 2009). No ano de 1960, a população de Roraima era de 38.394 habitantes, aumentando para 79.152 indivíduos em 1980 – representando 0,06% da população brasileira (VALE, 2006; BEZERRA, 2001).

A população indígena na década de 1970 era de aproximadamente 100 mil habitantes (HECK; LOEBENS; CARVALHO, 2005; BLACK, 1994, p.63 apud AKERREN et al., 1970). Um estudo desenvolvido por Francis L. Black em 1994, intitulado “Infecção, mortalidade e populações indígenas: homogeneidade biológica como possível razão para tantas mortes” revelou que as doenças infecciosas foram as que mais causaram impacto sobre a vida dessa população. A pesquisa demonstrou ainda que a falta de resposta imunológica não foi o fator principal para o desenvolvimento das doenças infecciosas, mas sim o fato de ser biologicamente muito homogênea do ponto de vista genético.

O regime militar<sup>3</sup>, na década de 1970, por meio da operação Amazônia – estratégia desenvolvida para exploração econômica da Região Norte –, estabeleceu projeto de colonização para o assentamento de nordestinos sem-terra que fugiram dos conflitos sociais, referentes à necessidade de reforma agrária e extensos períodos de seca no Nordeste, motivando-os à imigração para a região amazônica. No mesmo período, houve censura dos meios de comunicação e a primeira grave crise do preço do petróleo (KOHLHEPP, 2002).

A visão dos militares era a exploração e valorização da Região Norte, sendo o Território Federal de Roraima parte desse processo, ligando Boa Vista-RR a Manaus-AM por meio da abertura da BR-174, concluída no ano de 1977, com passagem por trechos das terras indígenas *Waimiris Atroaris*. As rodovias da Amazônia faziam parte do Programa de desenvolvimento da integrada circulação fluvial, que tinha a finalidade de expansão para o país, para o progresso e abertura de nova frente econômica e oportunidade de colonização na região Norte (Jornal Boa Vista, ed. 09ª, ano I, p.02, publicado em 13/11/1973).

Nesse mesmo período, o Governo Federal demonstrou interesse na mineração, e investiu na criação de várias empresas estatais, com o objetivo de extrair ouro em larga escala, nas regiões do Tapajós, Serra Pelada e Roraima (SANTOS, 2004). O Decreto-Lei n.º 1.136, de 07/12/1970, concedeu incentivos fiscais para projetos de desenvolvimento das atividades de mineração, com a finalidade de acelerar os ganhos financeiros (Jornal Boa Vista, 27/10/1973, 07ª ed., ano I, p.07).

Em 1973, o Presidente da República Emílio Garrastazu Médici sancionou a Lei n.º 6.001, que dispõe sobre o Estatuto do Índio, regulamentando a situação jurídica dos indígenas e de suas comunidades, tendo por propósito preservar a sua cultura e integrá-los,

---

<sup>3</sup>Regime Militar é o termo político derivado do golpe de primeiro de abril de 1964, caracterizado como ditadura militar. Foi conduzido pelas Forças Armadas, pelo grande capital e latifúndio, que conferiu como solução para a crise instalada a época do capitalismo no Brasil. O golpe foi uma investidura do regime militar aliado aos interesses dos maiores empresários, banqueiros, latifundiários e empresas estrangeiras (LARA; SILVA, 2015 apud Netto, 2014, p. 74).

progressiva e harmoniosamente, à comunhão nacional. Todavia a intenção era outra, tendo em vista que os órgãos indigenistas possuíam interesses financeiros e não protetivos à causa indígena. Segundo Costa (1987), o Estatuto representava ameaça aos direitos dos indígenas, de acordo com a Lei, nos artigos:

Artigo 7º. § 2º Incumbe a tutela à União, que a exercerá através do competente órgão federal de assistência aos silvícolas.

Artigo 20. Parágrafo 2º, b) deslocamento temporário de grupos tribais de uma para outra área; c) remoção de grupos tribais de uma para outra área.

Artigo 43. A renda indígena é a resultante da aplicação de bens e utilidades integrantes do Patrimônio Indígena, sob a responsabilidade do órgão de assistência ao índio.

Artigo 45. § 1º O Ministério do Interior, através do órgão competente de assistência aos índios, representará os interesses da União, como proprietária do solo, mas a participação no resultado da exploração, as indenizações e a renda devida pela ocupação do terreno, reverterão em benefício dos índios e constituirão fontes de renda indígena.

Em novembro de 1974, foi instituído o Estatuto para Associação de Defesa do Índio Brasileiro, criada com o objetivo de promover atividades culturais e assistenciais, e contribuir com a causa indígena (Jornal Boa Vista, ano II, n.º 25 de 12/03/1974, p.05). Na sequência dos dois anos, foi inaugurada a BR-174, tendo ao longo do trecho projetos de colonização rural, que, segundo Kohlhepp (2002) *apud* Goodland e Irwin (1975), os projetos de pavimentação da Região Norte foram idealizados pelo Programa para a Integração Nacional<sup>4</sup> (PIN) e serviram de roteiros de migração, planejados para áreas de atividades econômicas denominados de corredores de desenvolvimento, que trouxeram sérios impactos ambientais.

Colabora com a informação acima citada, a publicação do Jornal Boa Vista – 15.<sup>a</sup> ed., ano I, p.04, de 25/12/1973, com matéria intitulada “Colonização da Amazônia”, na qual o Governo Federal estimulava o povoamento da Região Norte, e criava o Programa de Colonização da Amazônia, cujo objetivo era abrir novos horizontes para migrantes do nordeste e sul do país. A oferta de 100 campos de futebol em terras despertava o sonho de muitos brasileiros pela oportunidade de nova vida. Contudo, as áreas dispensadas eram em terras indígenas, o que causou conflitos.

Vale ressaltar que a tentativa do governo militar era também de inviabilizar as terras e assim dificultar a vida das populações indígenas, por meio da ocupação de suas terras pelos assentamentos. Foi diante desse raciocínio que o projeto Calha Norte foi estruturado, com a

---

<sup>4</sup>Programa para a Integração Nacional (PIN) foi um programa infraestrutural de cunho geopolítico, criado pelo governo militar por meio do Decreto-Lei n.º 1.106, de 16 de julho de 1970, assinado pelo Presidente Médici. O PIN promoveu a construção pioneira de várias estradas de longa distância no Brasil, como a Perimetral Norte, Cuiabá-Santarém, entre outras rodovias, a fim de viabilizar o acesso às regiões fronteiriças, e assim o desenvolvimento destas áreas (KOHLEPP, 2002).

construção de quartéis em toda região de fronteira como núcleos de povoação para a segurança nacional. Em Roraima, por exemplo, foi instalado quartel no município de Uiramutã, uma demonstração de força para evitar a demarcação da terra indígena Raposa Serra do Sol (HECK; LOEBENS; CARVALHO, 2005).

Kohlhepp (2002) acrescenta que, devido aos assentamentos e à doação de terras, houve expansão de desmatamento por queimadas, para aberturas de grandes áreas e o desenvolvimento da agricultura e pecuária. Tais alterações trouxeram danos ao meio ambiente – degradação do solo e distúrbios no balanço hídrico, além da especulação de terra, que gerou conflitos violentos entre os posseiros e populações indígenas residentes naquela região. Na década de 1970, outro Programa do governo federal, denominado de Polamazônia<sup>5</sup>, incentivou o desenvolvimento da pecuária e a extração de recursos minerais – cassiterita, manganês, ferro, bauxita, ouro e diamante –, levando empresas nacionais e internacionais a explorarem legalmente o solo da Região Norte, o que conduziu a novos e grandiosos projetos para a década de 1980.

As consequências em prol do desenvolvimento socioeconômico e político governamental para Roraima foram inevitáveis. Dentre elas, o desequilíbrio do processo saúde-doença do povo indígena, o que conduziu a grandes conflitos e à morte de muitos deles. Para o desenvolvimento da pavimentação foi necessário o desmatamento da floresta, a utilização de tratores e caminhões que adentravam pelas terras indígenas. Segundo os relatos de Davi Kopenawa, uma liderança *Yanomami*, em entrevista ao Jornal El País Brasil em 28/12/2014, diversas foram as consequências produzidas pelas obras de pavimentação, como a morte de centenas de indígenas *Yanomami* devido ao contato com o microrganismo do sarampo. Acrescenta Albert (2009, p.14) que outras doenças como a coqueluche, gripe e tuberculose foram consideradas epidemias devastadoras, advindas do contato contínuo com os postos do Serviço de Proteção ao Índio<sup>6</sup> e das missões evangélicas americanas: Novas

---

<sup>5</sup> Polamazônia foi um programa desenvolvido com estratégias de planejamento regional na Amazônia. A intenção do governo foi de criar polos de crescimento, objetivando o desenvolvimento da região por meio do segundo plano de desenvolvimento nacional (1975-79), visando a extração de recursos minerais ou áreas para o desenvolvimento da pecuária – criação de gado com possível processo industrial. Com o programa, o governo buscou atrair, mediante a redução das taxas tributárias, entre outros benefícios, investidores nacionais e internacionais para exploração dos recursos naturais da região Norte (KOHLHEPP, 2002).

<sup>6</sup> Serviço de Proteção ao Índio, política indigenista criado em 1910, sendo a primeira agência do Estado brasileiro a administrar e disciplinar os povos indígenas (IGLESIAS, 2015). Segundo Oliveira e Freire (2006, p. 112-113) o SPI tinha a como objetivos: *estabelecer a convivência pacífica com os índios; agir para garantir a sobrevivência física dos povos indígenas; fazer os índios adotarem gradualmente hábitos “civilizados”; influir de forma “amistosa” sobre a vida indígena; fixar o índio à terra; contribuir para o povoamento do interior do Brasil; poder acessar ou produzir bens econômicos nas terras dos índios; usar a força de trabalho indígena para aumentar a produtividade agrícola; i) fortalecer o sentimento indígena de pertencer a uma nação.* Em 1966 o SPI foi extinto em meio a denúncias de corrupção sendo substituído pela Fundação Nacional do Índio (CUNHA, 2012, p.21).



Tribos do Brasil e Missão Evangélica da Amazônia, e católicas italianas: Salesianos e Consolata.

O Serviço de Proteção ao Índio foi criado em 1910 e, de acordo com o Relatório Figueiredo<sup>7</sup>, produzido, em 1967, pelo procurador Jader de Figueiredo Correia, a pedido do Ministro do Interior Albuquerque Lima, durante o seu período de existência (1910 a 1967) foi relatado que houve agressões físicas, incúria com a saúde dos indígenas, espancamentos, torturas, cárcere privado, trabalho escravo, abuso sexual e assassinatos a comunidades inteiras. Vários tipos de crueldade foram praticados contra os indígenas durante 57 anos no país por servidores do extinto Serviço de Proteção ao Índio e latifundiários (BRASIL, 1967).

O contato com os indígenas, de forma abrupta e desmedida não causou danos somente ao corpo físico do índio devido às doenças inseridas nas comunidades, mas trouxe prejuízos à cultura pelos novos hábitos, rotinas de vida, que os deixou sedentários e dependentes de um novo estilo de vida imposto pelos não índios (HERMANO, 2012). Carneiro (1992) atribuiu aos não índios a responsabilidade pelos danos causados às populações indígenas, motivados pela ganância e ambição, em prol do progresso denominado pela autora de capitalismo mercantil<sup>8</sup>.

É importante salientar que o endurecimento do regime militar impôs alterações significativas à política indigenista. De acordo com Heck, Loebens e Carvalho (2005), o brigadeiro Camarão pretendia utilizar os indígenas como força nacional para a proteção das fronteiras do país. Em 1979, o brigadeiro Protásio Lopes afirmou que os indígenas eram quistos étnicos<sup>9</sup> e representavam perigo para a segurança nacional, e que a região amazônica devia ser habitada por brasileiros e não por índios que não tinham nacionalidade. É notório o pensamento de superioridade dos brigadeiros em relação aos indígenas e divergência em lidar com a causa indígena. O primeiro brigadeiro viu a oportunidade de utilização dos indígenas como mão de obra para proteger as fronteiras nacionais, e o segundo brigadeiro divergiu em seu posicionamento acerca dos indígenas, enxergando-os como ameaça ao país.

---

<sup>7</sup>Relatório Figueiredo foi o mais importante documento de denúncia sobre os crimes cometidos contra os indígenas no período de desenvolvimento do SPI. A investigação foi feita no período da ditadura militar, a pedido do ministro do Interior Albuquerque de Lima, em 1967. O relatório foi redigido pelo procurador Jader de Figueiredo Correa e denunciava todo tipo de maus tratos e mortes cometidos contra os indígenas em suas comunidades. Ficou 45 anos desaparecido, e foi encontrado no Museu do Índio no Rio de Janeiro, com mais de sete mil páginas.

<sup>8</sup> Capitalismo mercantil consolidou-se entre os séculos XV e XVIII, é o chamado Mercantilismo. As grandes potências da época (Portugal, Espanha, Holanda, Inglaterra e França) exploravam novas terras e comercializavam escravos, metais preciosos, entre outros com a intenção de enriquecer.

<sup>9</sup> Quistos étnicos foi a denominação usada por Jean Roche em 1969 em sua obra “A colonização alemã no Rio Grande do Sul”, como sendo o isolamento e organização de um grupo em seus hábitos culturais, costumes e língua.

Todavia, ambos possuíam planos divergentes em relação à maneira de tratar a causa indígena.

### 3.2. OCUPAÇÃO DAS TERRAS INDÍGENAS

A ocupação das terras e abertura de estradas ligando o extremo norte aos demais Estados da Federação Brasileira, em nome do progresso, fez com que o general Oscar Jerônimo Bandeira de Mello, presidente da Fundação Nacional do Índio, por intermédio da 10.<sup>a</sup> delegacia regional da Fundação Nacional do Índio em Roraima, utilizasse de estratégia para integração dos indígenas na região Norte, estabelecendo, assim, agrovilas para as comunidades indígenas e integrando-os à sociedade brasileira (Jornal de Boa Vista, ano I, n.º 2, p. 08, data: 22/09/1973). À época, as famílias indígenas receberam um lote de 50 campos de futebol para cultivo. Ademais, ocorria a extração de petróleo e ouro em larga escala, nas regiões do Tapajós, Serra Pelada e Roraima (SANTOS, 2004).

Em cenário árido, moradias simples, com telhados de palha e sem pavimentação adequada para os arredores, o governo levou à população Unidades Volantes doadas pelo Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL). A cena foi registrada no Jornal Boa Vista (Ano I, n.2, publicado em 11/12/1973, p.6), no qual é possível visualizar o veículo ao centro do texto fotográfico e ao redor atuação da equipe com os moradores.

O texto jornalístico, articulado à Imagem 1, relata se tratar de atendimento em prol da saúde da população, com realização de exames laboratoriais e aplicação de medicações disponibilizadas pela Central de Medicamentos. A equipe de atendimento era composta por estagiários do último ano do Curso de Ciências Biomédicas, dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Bioquímica, Medicina e Odontologia, oriundos da Universidade Federal de Santa Maria, no Rio Grande do Sul, quando os discentes se inscreviam no Projeto Rondon<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup>Projeto Rondon foi idealizado em 1966 pelo professor Wilson Choeri, da Universidade do Estado da Guanabara, atual Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), materializado em 11 de julho de 1967, sendo a primeira expedição realizada no estado de Rondônia. Em 1969, foi instituído pelo governo Federal, o nome do projeto foi uma homenagem ao Marechal Cândido Mariano da Silva Rondon por sua atividade pioneira com os povos indígenas. O objetivo do Projeto Rondon foi de aproximar o estudante universitário às realidades do país, e assim aplicar o conhecimento adquirido em benefício das populações carentes, desenvolvendo um trabalho social e de troca de experiências com o conhecimento popular (GOMES, 2014).

Imagem 1: Unidade Volante – atende aos bairros



Fonte: Unidade Volante – atende aos bairros. Jornal Boa Vista, 11/12/1973, p.6.

Seguindo o viés exploratório trabalhado por Pereira (2015; 2016a), quando analisou a importância histórica da fotografia, e os diversos planos da imagem nas pesquisas realizadas na Praça de Fátima, na cidade de Imperatriz-MA, é possível situar a fotografia em um período anterior à construção da Casa de Saúde Indígena, em 1976 (Distrito Sanitário Especial Indígena *Yanomami* e *Ye'kuana*). Representou, portanto, um tipo de assistência que ainda não possuía um nível de institucionalização que resultasse na construção de um local próprio para essa prestação de serviço.

Outra informação importante diz respeito ao cenário caracterizado pela falta de asfalto, mato e residências precárias localizadas no segundo plano da imagem. Por meio desses dados, é possível ter uma noção das condições de vida do público que se valia do trabalho da unidade volante. Por fim, os tipos de roupas servem como elemento de diferenciação entre os agentes do estado e os indígenas: enfermeiras usando calças e blusas brancas, crianças indígenas e uma senhora de vestido que se aproxima da unidade. Por sua vez, o título do documento indica a intenção de demonstrar a efetividade do trabalho da unidade volante, já que o “foco” e o enquadramento da fotografia produzem a centralização da situação em que as enfermeiras interagem com os “nativos”.

A Universidade Federal de Santa Maria, criada em 1960, tinha no elenco formação de bacharéis de diversos cursos, dentre eles os citados pelo Jornal Boa Vista (Ano I n.º 2, 11/12/1973, p.6 e Ano: II, n.º 54, 19/01/1975, p. 04 e 05), que, por intermédio do Projeto Rondon, desenvolviam ações em saúde no estado de Roraima. Isso implicava campo de prática e ao mesmo tempo era possível mostrar à sociedade o que os futuros profissionais poderiam fazer em prol da população no estado.

Ressaltamos que os serviços prestados à saúde das populações indígenas eram assumidos pela Fundação Nacional do Índio, ligada ao Ministério da Justiça desde 1967, quando foram criadas as equipes volantes de saúde, nos moldes do Serviço de Unidades

Sanitárias Aéreas<sup>11</sup>. Esses serviços eram os responsáveis pelo planejamento e execução das ações de saúde em áreas indígenas. As equipes eram compostas por auxiliares e/ou atendentes de enfermagem e prestavam serviço de atendimento de forma esporádica (BRASIL, 2002).

Com efeito, ter o órgão de proteção indígena aliado com a Justiça era uma estratégia que deixava transparecer segurança à saúde da população, mas também garantia da intervenção governamental em prol de seus interesses que visava a abertura de estradas. Em seu estudo, Costa (1987) relata que as informações sobre as condições de saúde dos indígenas eram repassadas por missionários e médicos atuantes em expedições de saúde, e que a assistência às populações indígenas sempre foi desorganizada e esporádica. Mesmo com a criação do Serviço de Proteção ao Índio, os trabalhos nunca foram sistematizados. O SUSA foi uma iniciativa proposta pelo médico Noel Nutels<sup>12</sup>, na década de 1950, com a finalidade de prestar assistência em saúde às populações indígenas e rurais de difícil acesso. As ações desenvolvidas pelo SUSA eram de imunização (antitífica, antivariólica e antiamarílica), extrações dentárias e cadastro torácico com o exame de abreugrafia para diagnóstico da tuberculose.

A enfermagem passou a compor a equipe de saúde do SUSA em 1961, para a realização do cadastramento torácico dos indígenas de muitas aldeias do Mato Grosso, por meio das enfermeiras contratadas pela Missão Evangélica Kaiowá, para a oferta de assistência hospitalar, próximo de Dourados/MT, aos indígenas daquela localidade. Os cuidados à população indígena foram ampliados para todas as comunidades da região em 1965, mediante convênio com o Serviço de Proteção ao Índio (COSTA, 1987 *apud* NUTELS, 1961).

Pensar na articulação da política para abertura de estradas, em Roraima, com o ensino no campo da saúde, entendemos se tratar de aliança simbólica (BOURDIEU, 2004). Com efeito, esta atenderia aos interesses dos governantes estadual e federal, mostrando visibilidade “das boas intenções” da política para com a população adstrita, ao trazer saúde.

A aliança tinha em vista o interesse do governo em povoar áreas distantes e de difícil acesso do Estado de Roraima, por meio do discurso do progresso e desenvolvimento,

---

<sup>11</sup> Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas, proposto pelo médico Noel Nutels (COSTA, 1987), foi criado na década de 1950 e vinculado ao ministério da Saúde, e tinha como objetivo a realização de ações de saúde aos índios e às populações rurais de difícil acesso. As ações eram de vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis (ALTINI, 2013).

<sup>12</sup> Noel Nutels foi um médico e indigenista, judeu-brasileiro, nascido na atual Ucrânia. Ainda na infância, veio para o Brasil com os pais, indo morar em Recife-PE. Participou da primeira expedição Roncador-Xingu, em 1943, a partir desse contato com a população indígena, dedicou-se em defesa desse povo. Em 1931, integrou ao SPI, e foi ainda precursor da FUNAI.

concomitantemente às obras de abertura da estrada. Tratou-se de estratégia empreendida na aceitação das intervenções promovidas pelo Estado, o que mostrou a eficiência dos efeitos produzidos e intencionados pelos dominantes (na figura dos políticos); entretanto, à população em contato com os indígenas conduziu agravos inevitáveis à saúde.

Para o entendimento da dimensão dos agravos à saúde indígena, podemos citar o caso particular dos índios *Yanomami*, etnia que, na década de 1970, acometida por diversas doenças – sarampo e infecções respiratórias –, sofreu com a morte de 13% da população (BRUCE; URIHI, 2009). Para tentar amenizar a situação, foram realizadas reuniões com o propósito de integrar os profissionais de saúde para assistir à população no interior do estado de Roraima, onde habitavam as populações indígenas.

O *habitus* (BOURDIEU, 1989) da população local, com o empreendimento em execução do governo, teve por efeito social o desequilíbrio biológico no corpo do ser humano, quando eles foram acometidos por agravos à saúde. Isso foi ocasionado pela produção da prática estabelecida, em nome do “progresso” que o contexto apontava. Depreendemos que, mediante aos ditos e não ditos do discurso oficial, a cultura dos cuidados da população, em especial dos indígenas, careceu de consideração relevante pela imposição da realidade do grupo dominante.

O ano de 1973 foi marcado por várias estratégias do governo na tentativa de estabelecer uma assistência de qualidade: convênios, construção de hospitais, postos de saúde e campanhas para a população do Território Federal de Roraima, extensiva às comunidades indígenas. De acordo com o secretário de Saúde, o bioquímico Walter Antônio Bianchini, em entrevista para o Jornal Boa Vista, informou que, por meio do Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural<sup>13</sup> (FUNRURAL), estudos foram realizados pelos Grupos-Tarefa da Transamazônica, objetivando atender à demanda de saúde no território, com a implantação de três hospitais, sendo um no município de Bonfim, com 25 leitos, e outro na Vila Pacaraima (Marco BV-8), com 12 leitos; contando ainda com sala de Raio-X, consultório odontológico, salas de parto e bloco cirúrgico; além da doação de duas ambulâncias (JBV, 02ª ed., ano I, data: 22/09/1973, p.01). O terceiro hospital foi construído no município de Caracará, com 30 leitos, 15 casas residenciais para uso dos médicos, enfermeiros e administrativos (JBV, 3ª ed., ano I, data: 29/09/1973, p.03). O município já

---

<sup>13</sup>Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural foi criado pela Lei n.º 4.214, de 2 de março de 1963, com a finalidade de ser aplicado no custeio da prestação de assistência médico-social aos beneficiários da previdência social rural.

contava com micromaternidade, que atendia à demanda Caracaraiense, e estava sob os cuidados das Irmãs da Consolata, e supervisão da Secretaria de Saúde do Território.

Outra demanda da saúde pública, com expectativas para realização no ano de 1974, atendendo às diretrizes governamentais, foi a transformação da então Maternidade de Boa Vista em Hospital Maternoinfantil, cuja capacidade foi de 50 leitos maternos e 30 infantis (JBV, 02ª ed., ano I, data: 22/09/1973, p.01).

Ao final do ano de 1973, foi realizada reunião com o ministro da Saúde, Sr. Machado de Lemos, e secretários de saúde dos Estados brasileiros e Territórios, visando discutir melhorias para a saúde pública no país. Nessa reunião, o estado de Roraima foi elogiado, por apresentar o melhor índice de imunização e medicina preventiva ambulatorial do país. Ainda como produto dessa reunião, estratégias foram discutidas, como a realização da Operação Arrastão a partir de janeiro de 1974, articulada com os estagiários do Projeto Rondon. Também foi firmado convênio para tratamento da tuberculose, e encaminhados estudos acerca do câncer para futuros tratamentos em Roraima (JBV, 13ª ed., ano I, data: 11/12/1973, p.06).

A Imagem 2 demonstra uma relação social que evidencia estratégia política, quando ocorreu articulação entre o Secretário de Saúde e as enfermeiras responsáveis pelos serviços de saúde em virtude do efeito social. À época, mais uma vez a mídia não perdeu a oportunidade de registrar o momento por meio de matéria jornalística – texto e imagem –, no sentido de ratificar a ação governamental.

Imagem 2: Ação integrada de Saúde



Fonte: Acervo da imprensa oficial do estado de Roraima. Jornal Boa Vista, Suplemento Especial, 10/11/1974.

Na cena retratada na Imagem 2, da esquerda para direita visualizamos o secretário de Saúde Walter Bianchini, as coordenadoras das equipes de saúde para controle das ações, as enfermeiras Florinda Molina, da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); Yolanda Chalfun, da Maternidade de Boa Vista; e Cleusa de Lourdes Longhi, do Setor de Imunização da Secretaria de Saúde. Os atributos da cena que se encontram retratados apresentam cadeiras, uma mesa ao centro com vários documentos sobre ela e, ao fundo, uma cortina. Dois dos retratados usam traje esporte, mas duas apresentam vestígios de uniforme de enfermeira, sendo elas: Florinda Molina e Cleusa de Lourdes Longhi (Jornal Boa Vista – Suplemento Especial, Ano I, n.11, 10/11/1974).

Destacar o vestígio dos uniformes das enfermeiras é identificar o lugar de onde os sujeitos falavam. Isso posto, é evidenciar a formatação de enquadramento do capital simbólico e o efeito simbólico do que é capaz de produzir para além das palavras e considerar a estética autorizada da imagem (BOURDIEU, 2004). No caso, é importante demonstrar a presença de agentes especializados e de especialistas para determinar uma posição dentro do campo em torno da questão indígena.

Outro destaque na Imagem 2 foi a *hexis* corporal dos retratados, com foco nos membros inferiores. O secretário de saúde encontra-se com os membros inferiores abertos; enquanto as enfermeiras com os membros inferiores cruzados ou fechados. Essa leitura corporal, pelo simbólico, aponta que ele, como pessoa pública, pode mostrar o seu poder, e o falo (in)visível é uma das suas representações de poder – para fora; enquanto elas precisam esconder/proteger a região genital no confinamento do corpo – para dentro. Isso revela a dominação masculina em um dos seus aspectos, quando se mostra no corpo pelo *habitus* inculcado ao feminino e masculino, significando quem domina e determina o que deve e tem que acontecer (BOURDIEU, 2004). Ademais, o corpo incorpora essas relações sociais, modelando-os pela *hexis* corporal, o que reflete nas posturas, disposições e relações do corpo, induzindo sua forma de pensar, agir e sentir no mundo social (BOURDIEU, 1994).

Sobre essa ótica entre relações sociais, representações e fotografias, Goffman (1991) também demonstra, no texto “laritualizacion de lafeminilidad”, como as representações sociais a respeito da mulher eram transferidas para as imagens publicitárias. No caso da imagem analisada, as representações sobre os papéis de homem e mulher podem ser notados – como diria Goffman (1991), nas disposições dos braços e pernas dos agentes das relações sociais –, uma vez que o homem é o único que apresenta as pernas com certa abertura e postura de bastante conforto, enquanto as mulheres ficam de braços cruzados, segurando um objeto e as mãos entre as pernas, demonstrando sempre braços presos. Sintetizando, a Imagem 2 demonstra que tais gestos sinalizam as representações sociais de hierarquia nas

relações de gênero masculino e feminino, e também hábitos que elas adquiriram ao longo da vida.

Como podemos identificar, as enfermeiras retratadas constituíam, pelos campos de atuação, duas colunas de sustentação para o plano estratégico a ser desenvolvido pelo governo – assistência maternoinfantil e saúde pública – articulada com a Organização Pan Americana da Saúde. Elas seriam agentes operacionais da política em andamento, o que evidenciava especial atenção à promoção da saúde da mulher e da criança, ao combater/prevenir as doenças utilizando a medicalização e imunização, em especial dos indígenas.

Pensar nessa perspectiva é direcionar o olhar para a manutenção de futura mão de obra, tratando-se das crianças e da mulher, como reprodutora humana e responsável pelos cuidados domésticos. Os homens eram a força física, direcionada ao trabalho, que o corpo, com o tempo e pelo desgaste, poderia ser substituído pela nova geração masculina, bem como o feminino para dar continuidade à reprodução e aos cuidados domésticos.

A preocupação dos políticos e responsáveis pelos indígenas era a inserção e manutenção de um povoado em território roraimense pelo discurso de atenção. Esta foi entendida como estratégia de condescendência, quando o discurso e atitudes apontam para determinada ação, mas a intenção é outra, fazendo com que o dominante deposite a crença do que está estabelecido pela produção de sentido (GARCIA, 2002).

À produção de sentido atribuída, entendemos ter havido preocupação dos políticos e responsáveis pelos indígenas em atender às demandas da saúde daquela população. Contudo, o discurso não foram ações, mas sim intenções de sua materialidade, e isso faz parte das atitudes dos dominantes sob os dominados, deixando transparecer que era óbvio atender àquela necessidade, o que ratifica a “falsa consciência” (BOURDIEU, 1989), porquanto eles passaram a compor o conjunto dos dominantes e se submetiam a seus interesses.

Vejamos que pensar nas duas colunas de sustentação, em prol da saúde da população naquela região, implicava alguns pontos interessantes com base na documentação. O primeiro seria valorizar o trabalho feminino da enfermagem; mas, por outro lado, como operacional, pois a supervisão estaria a cargo do secretário, que se posicionou como ator inserido na linha estratégica do processo decisório.

O segundo é que elas, como executoras, atuando em nível operacional da política, seriam supervisionadas por um homem; logo, a elas não pautavam os interesses governamentais, mas sim, eram pautadas. Depreendemos que as regras do jogo estavam estabelecidas, quando cada um tinha seu lugar – dominante/secretário de saúde e dominado/as enfermeiras.



Os interesses dos dominantes envolviam a expansão do estado de Roraima para terras ainda não exploradas e manipuladas pelo poder político e econômico da época. Salientamos aqui o interesse pelas inúmeras possibilidades de exploração propiciadas na região amazônica, que despertavam a cobiça dos mais diferentes segmentos da sociedade, bem como a construção de uma rodovia. Por isso, publicizar a preocupação era estratégia de visibilidade para estabelecer a crença de credibilidade. Para tanto, quando ocorre este tipo de estratégia, ela pode ser entendida como de manipulação (BOURDIEU, 2004), pois as enfermeiras foram chamadas para operacionalizar os interesses em jogo pelo poder simbólico instituído.

O poder simbólico é como uma magia que age sobre o outro pelo *habitus* dos agentes (BOURDIEU, 2004). Nessa situação, as enfermeiras foram utilizadas para intermediar os ganhos simbólicos para os dominantes. Tratava-se de agentes especializadas na área de saúde e que possuíam um discurso de poder legitimado pela ciência moderna e pelo Estado, cujos valores eram difundidos em todo contato que tivessem com os indígenas. Isso implicava atender aos interesses governamentais – quando possivelmente foram sensibilizadas para a causa –, desde que supervisionadas pelo secretário de Saúde Walter Bianchini.

As enfermeiras, ao serem supervisionadas, iriam operacionalizar ações de assistência materno-infantil e de saúde pública. Duas ações básicas que, em prol da saúde da mulher e da criança, imbricam com a saúde pública. Ações essas entendidas prioritárias ao feminino, repleto de representação com pelas práticas a serem valorizadas, para produzir o efeito simbólico esperado pelos dominantes.

A estratégia dos dominantes foi estabelecer troca simbólica (BOURDIEU, 2004). Dito de outra maneira, ao chamar as enfermeiras para operacionalizar as ações de intervenção de saúde na região, eles valorizavam as práticas femininas, por meio da enfermagem, levando a população a ver e crer na preocupação com a saúde. por meio de tal estratégia, conseguiam avançar na consecução dos projetos que representavam os interesses do Estado.

Como se pode ler, os dominantes, por meio do jornal, mostravam-se preocupados pelas palavras ditas e suas atitudes. Contudo, o não dito era o efeito esperado para além do campo da saúde, o que entendemos se tratar da construção dos povoados em áreas isoladas, construção da rodovia (um dos principais empreendimentos do período), bem como outros projetos de interesse governamental, cuja execução dependia da exploração das áreas ocupadas pelos povos indígenas.

Sabemos que o objetivo da construção da BR-174 era interligar Boa Vista/Roraima a Manaus/Amazônia, mas também ao restante do país, pois o tráfego era precário na parte

sul de Roraima; pois o trânsito era predominantemente aéreo e fluvial, o que gerava e apresentava severas restrições e necessidade real de desenvolvimento. À época, meio ao contexto, foi organizada uma operação pacificadora, considerando que os indígenas, ao defenderem suas terras, atacavam os funcionários do governo, por exemplo. Os conflitos reduziram de 2.600 índios, daquelas terras (RODRIGUES; PINHEIRO, 2011).

### 3.3. SÍNTESE DA SEÇÃO

Em linhas gerais, o ano de 1973 foi marcado por várias estratégias empreendidas e realizadas ao longo dos meses, pelo Governo do Estado, qualificando assim os serviços de saúde por meio da manutenção hospitalar, da assistência prestada pelas Equipes Volantes de Saúde<sup>14</sup> e distribuição de medicamentos, desenvolvimento dos Programas Sanitários e atendimento materno-infantil. Especial atenção foi dada à prevenção das doenças transmissíveis, ao saneamento ambiental, e ainda à manutenção dos serviços terrestre/fluvial/aéreos de urgência para a população do interior do estado (Jornal Boa Vista, 54ª ed., ano II, p. 4 e 5, data: 19/01/1975).

É perceptível o engajamento dos gestores políticos da época na prestação dos serviços de saúde, das parcerias instituídas com a Universidade Federal de Santa Maria, por intermédio do Projeto Rondon e dos convênios firmados; da manutenção dos estabelecimentos de saúde e capacitação dos recursos humanos. Pensar na articulação da política para firmar parcerias e convênios com instituição de ensino e saúde, em Roraima, e o ensino no campo da saúde, entendemos tratar-se de aliança simbólica (BOURDIEU, 2004). Efetivamente, esta atenderia aos interesses dos governos Estadual e Federal, o que dava visibilidade “das boas intenções” da política à população adstrita ao trazer saúde. Trata-se assim de uma construção social da imagem pública, na qual trabalhavam jornalistas, fotógrafos, políticos, enfermeiros, lançando mão dos próprios *habitus* e *expertise* profissional para legitimar as ações governamentais.

---

<sup>14</sup> Equipes Volantes de Saúde eram estruturas de assistência em saúde, criadas pela Fundação Nacional do Índio que realizavam visitas esporádicas às áreas indígenas para prestação de assistência em saúde, com aplicação de vacinas geralmente supervisionadas por auxiliares ou atendentes de enfermagem. A equipe volante de saúde era formada por médico, odontólogo, enfermeira, bioquímico, motorista ou piloto de barco, e eventualmente por um tradutor indígena (BUCHILLET, 2007).



#### 4. ESTRATÉGIAS EM CENA

A presente Seção demonstrará como a história da política de saúde indígena é resultado de um processo mais amplo no qual se inserem interesses diversos sobre as terras e recursos da região Norte. Interesses e ações que refletem as posições de vários agentes especializados – antropólogos, padres, órgãos estatais, garimpeiros –; ou seja, mais que uma coisa trazida do presente, abordada de maneira simples, os contatos com os índios sinalizam diversas percepções da vida social que ora entram em conflito, ora em cooperação na construção de um campo no qual se desenrolam os *habitus* de uma série de atores e instituições.

Durante a década de 1970, os Programas de Integração Nacional e Polamazônia foram desenvolvidos na tentativa de trazer progresso para o Território Federal de Roraima mediante incentivos do Governo Federal. Isso ocorreu na expectativa de que as regiões periféricas do país fossem habitadas e exploradas para o crescimento econômico; o que demarcaria espaço territorial nas fronteiras e, de certa forma, proteção às terras brasileiras por sua habitação e manejo.

A corrida em prol do progresso, na época difundida pelo regime militar, não trouxe apenas benefícios econômicos e benfeitorias para o estado, mas também muitos conflitos com os povos indígenas da Região Norte do país. Nesse contexto, esta Seção, subdividida em duas Subseções, pretende abordar as estratégias em cena, utilizadas pelos governantes e órgãos federativos, no trabalho de construção rumo ao progresso, por meio da ligação dos estados do Amazonas ao Território Federal de Roraima.

A primeira Subseção tratará das estratégias em cena estabelecidas pela FUNAI durante o período de 1973 a 1983, uma vez que ela foi parte fundamental no estabelecimento do contato com as comunidades indígenas, desempenhando papel articulador e mediador entre o Governo e os indígenas. Na segunda Subseção, buscou-se revelar a participação do FUNRURAL no estabelecimento da saúde no Território roraimense; essa relação implica na participação do Governo Federal em liberar recurso financeiro para atendimento das necessidades de saúde no Território Federal de Roraima, em especial das comunidades indígenas acometidas por enfermidades decorridas do contato com os não índios, nas várias obras de infraestrutura realizadas pelo governo estadual e federal.

Nesse cenário, a discussão segue trazendo os relatos documentais publicados, na época, pelo Jornal Boa Vista e literatura de aderência, que nos permitiu desvelar as estratégias empreendidas no setor saúde, no decorrer da história do estado de Roraima, para que houvesse uma assistência direcionada, voltada aos povos indígenas da região na busca de sanar os possíveis agravos provocados pelo progresso no período.

#### 4.1. FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO - FUNAI

A Fundação Nacional do Índio foi criada após a extinção do Serviço de Proteção ao Índio. Era composta por servidores indigenistas e antropólogos, que tinham como objetivo atuar na causa indígena. Os serviços de saúde seguiam o modelo assistencial do Serviço das Unidades Sanitárias Aéreas, sendo implementados por intermédio das equipes volantes de saúde, denominada em 1968 de Unidade de Atendimento Especial. Diante dessa estrutura elaborada, a Fundação Nacional do Índio assumiu os atendimentos em saúde, todavia, com o regime militar na época, e substituições de cargos de chefia e do Conselho diretor da Fundação Nacional do Índio, a atenção à saúde dos indígenas foi prejudicada. A partir de então, a Fundação Nacional do Índio assumiu uma posição no jogo, tornando-se agente da política dos militares, ligada ao Ministério do Interior, e passou então a raciocinar com a mesma lógica dos órgãos desenvolvimentistas – Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia<sup>15</sup>, Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste<sup>16</sup>, Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária<sup>17</sup>; com interesses opostos aos dos indígenas (COSTA, 1987).

---

<sup>15</sup>Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia foi criada em 1966 pela Lei n.º 5.173. Autarquia vinculada à Secretaria Especial de Políticas Regionais do Ministério do Planejamento e Orçamento, também passou a ser vinculada ao Ministério do Interior. Tinha a finalidade de planejar, coordenar, promover a execução e controlar a ação federal na Amazônia Legal, tendo em vista o desenvolvimento regional. Em 2007, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva criou a nova Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia, pela Lei Complementar n.º 124, que passa a ser uma Autarquia Federal, vinculada ao Ministério da Integração Nacional, tendo como missão institucional promover o desenvolvimento incluyente e sustentável de sua área de atuação e a integração competitiva da base produtiva regional na economia nacional e internacional nos nove estados da Amazônia Legal.

<sup>16</sup>Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste, autarquia subordinada diretamente à Presidência da República, foi criada pela Lei n.º 3.692, de 15 de dezembro de 1959, foi considerada uma forma de intervenção do Estado no Nordeste, com o objetivo de promover e coordenar o desenvolvimento da região.

<sup>17</sup>Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária, foi criado pelo Decreto n.º 1.110, em 1970, com a missão prioritária de realizar a reforma agrária, manter o cadastro nacional de imóveis rurais e administrar as terras públicas da União.

Vale salientar que o Ministério do Interior surgiu nesse cenário, devido às suas responsabilidades e competências instituídas na Lei n.º 6.229, de 17 de julho de 1975, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. O artigo 1.º, parágrafo IV, incube, ao Ministério do Interior, atuação nas áreas de saneamento, radicação de populações, desenvolvimento regional integrado e assistência em casos de calamidade pública, cabendo particularmente:

a) Realizar as obras de saneamento ambiental de sua responsabilidade e promover a ampliação dos sistemas de abastecimento d'água e de esgotos sanitários, em conformidade com as prioridades dos planos de saúde e em articulação com o Ministério da Saúde;

b) Orientar a política habitacional no sentido de que, além de proporcionar acesso da população à morada adequada e confortável, observe as necessárias condições de higiene e preveja, nos conjuntos habitacionais, os equipamentos sociais indispensáveis à manutenção da saúde de seus moradores.

Com a união entre Fundação Nacional do Índio e o Ministério do Interior, não só a saúde, mas também as terras indígenas foram negligenciadas. Costa (1987) relata que as terras indígenas foram delimitadas de maneira imprecisa e não demarcadas, e que a Fundação Nacional do Índio, quando as defendia, não visava à proteção e ao direito das populações indígenas, mas ao arrendamento das terras que era na época feito por ela. Os recursos arrecadados eram enviados para Brasília, sendo utilizados para cobrir gastos com a administração da Fundação Nacional do Índio.

Esse jogo refletiu na assistência em saúde, uma vez que os grupos de trabalho das Equipes Volantes de Saúde passaram a pautar a assistência individual, e não mais de maneira coletiva; realizavam missões esporádicas, com atendimento em saúde simples e remoção dos casos graves para os hospitais de referência. Dessa maneira, os gastos da divisão de saúde da Fundação Nacional do Índio eram destinados a pagamento de salários, transporte e diárias dos servidores, e também para pagamento das remoções dos enfermos e dos tratamentos de saúde nos hospitais das cidades onde era referenciado o indígena.

Além dos serviços de saúde, a Fundação Nacional do Índio atuava como mediadora entre os indígenas e os não índios durante a expansão da rede rodoviária no Norte do país. Para fortalecer o contato com os indígenas da etnia *Waimiri-Atroari*, a Fundação Nacional do Índio realizou voos sobre as aldeias próximas à região do rio *Alalaú*. Durante a expedição, foram encontradas cerca de cinco malocas, sendo que apenas três pareciam ser habitadas. A presença das aeronaves levou os indígenas a saírem de suas malocas armados com flechas, apontando para aeronave, sinalizando não possuírem interesse em fazer contato. Um dos membros da comitiva da Fundação Nacional do Índio, o sertanista Apoema Meireles,

---

afirmou que tal demonstração de força dos indígenas seria uma negativa em manter novos contatos com os não índios, e considerou, ainda, essa reação ser fruto de tentativas de contatos anteriores malsucedidos (Jornal Boa Vista, p. 02, ano II, n. 63<sup>a</sup>, data: 23/03/1975).

Ainda de acordo com a notícia acima, em novo sobrevoo da Fundação Nacional do Índio sobre as malocas maiores, os tripulantes observaram que as mulheres indígenas acenavam para a aeronave, o que alertou o sertanista Apoema Meireles se tratar da maloca do temido índio conhecido como Comprido, responsável pelo massacre em novembro de 1974, no qual assassinaram alguns dos trabalhadores da firma empreiteira que estava abrindo a BR-174 na região do Rio *Alalaú*.

A conduta hostil dessa população indígena talvez possa estar justificada ou explicada, tendo em vista a maneira como o contato foi estabelecido ao longo da história. Com a criação do Serviço de Proteção ao Índio em 1910, uma estratégia do governo federal, que retirou da igreja a responsabilidade do cuidado aos indígenas, transferindo para uma legislação, que objetivava garantir o respeito à cultura e o direito sobre a terra. O Serviço de Proteção ao Índio é fruto do trabalho de Marechal Rondon, que na época era chefe da comissão de linhas telegráficas e estratégicas de Mato Grosso ao Amazonas e mantinha uma relação de respeito com os indígenas sem hostilizá-los (COSTA, 1987).

Segundo a mesma autora, a política indigenista foi baseada no evolucionismo humanista, criado pelo positivista Augusto Comte, cuja filosofia etnocêntrica permitiu, na época, defender os indígenas, por entender que eles não eram selvagens ou bárbaros, mas sim indivíduos que viviam em um estágio primitivo do desenvolvimento da civilização, devendo ser protegidos e ter garantida a sobrevivência.

Em fevereiro de 1975, foi iniciado o Projeto Perimetral Yanoama, com a contratação de antropólogos e outros profissionais para atuar naquela região. A equipe era formada por Kenneth Taylor, da Universidade de Brasília, e sua esposa Alcida Rita Ramos, Nicholas Richard Cape, estudante de Psicologia da Universidade de Bristol - Inglaterra, e Scott Willian Holfe, da Universidade dos Estados Unidos da América. Todos se uniram no único propósito de atuar na elaboração e execução do projeto, cujo principal objetivo orientar e controlar os contatos entre indígenas *Yanomami* com não índios e, assim, permitir a continuidade da BR-174 (Jornal Boa Vista, p.03, ano II, n. 58, data: 16/02/1975).

Como metodologia para assegurar o desenvolvimento do projeto Yanoama, foram formadas três equipes, cada uma com antropólogos, sertanistas, médicos e outros técnicos, além de intérpretes do dialeto dos indígenas que conheciam seus costumes. As equipes percorriam as estradas fornecendo orientações aos colonos e índios (Jornal Boa Vista, p.03, ano II, n. 58, data: 16/02/1975).

Com o início do Projeto Perimetral Yanoama, foi também estabelecido o programa sanitário de prevenção da Oncocercose nas populações indígenas que habitavam próximas às obras da BR-174 em Caracará/Içana. A região era povoada por cerca de 15 mil indígenas – considerado o maior grupo isolado –, habitavam as florestas tropicais que se estendem desde a cabeça do Rio Orinoco na Venezuela, até o Rio Branco (RR) e Rio Negro (AM), no Brasil. A contratação dos especialistas foi uma tentativa de aproximação aos indígenas, uma vez que possuíam conhecimento profundo acerca da população indígena, seus hábitos, costumes, cultura e a maneira como lidavam com a floresta e fauna.

Os *Yanomami* habitavam essa região, etnia subdividida em quatro subgrupos: *Sanumã*, *Yanomami*, *Yanomama* e *Yanam*. Para o desenrolar da obra, foi necessária a *expertise* de especialistas para que o contato com os indígenas ocorresse de maneira pacífica, como aconteceu na região dos Rios Catrimani e Padauari. Outro ponto importante que os especialistas buscaram conhecer foi o potencial agrícola da região, o número de aldeias e as condições locais na faixa de construção da Perimetral (Jornal Boa Vista, p.03, ano II, n. 58, data: 16/02/1975).

Os esforços eram imensos, visto a grandiosa obra de ligação entre os estados; todavia, os indígenas *Waimiri-Atroari* não aceitavam tal progresso, pois ocupavam suas terras. No início do ano de 1975, novo ataque foi registrado, os indígenas destruíram parte dos tratores esteira D-8 pertencentes ao 6.º Batalhão de Engenharia de Construção (6.º BEC), que estavam parados às margens do Rio *Alalaú*. Os ataques e retaliações dos indígenas causaram muita preocupação aos trabalhadores; no período de construção da rodovia, cerca de 700 trabalhadores laboravam ao longo da estrada. Estes eram acometidos então por diferentes enfermidades – desde blenorragia a uma simples gripe –, cenário este temido pela Fundação Nacional do Índio, pois o contato com as comunidades indígenas traria grandes prejuízos à saúde, devido à transmissão de patógenos aos indígenas (Jornal Boa Vista, 63ª ed., ano II, de 23/03/1975, p.10).

#### 4.2. ESTRATÉGIAS PARA EXPLORAÇÃO DAS TERRAS INDÍGENAS

Em 1975, foi publicizada, pelo Ministro das Minas e Energia, Sr. Shigeaki Ueki, a descoberta de jazida de Urânio na região do Surucucu, ao norte da Capital, Boa Vista-RR, cerca de 350 km de distância e de densa floresta, próximo à fronteira com a Venezuela. A

descoberta aconteceu mediante pesquisas realizadas pelo Projeto Radar da Amazônia<sup>18</sup> (Projeto Radam), do governo federal (Jornal Boa Vista, 56ª ed., ano II, publicado em 02/02/1975, p.07). Corroborando com a informação anterior, a notícia de que também foram encontradas outras riquezas minerais além do urânio, na região do Parima, como o ouro que desencadeou fenômeno migratório para a região. Por isso, cerca de 40 mil garimpeiros povoaram a área indígena, o que modificou a geografia da floresta com a abertura de aproximadamente 90 pistas de pouso clandestinas (ALBERT, 2009).

Imagem 3: Ministro Ueki confirma urânio em Roraima



Fonte: Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima. Jornal Boa Vista - 02/02/1975, p.07.

A Imagem 3 retrata a chegada do Ministro Shigeaki Ueki ao Território Federal de Roraima, ao lado da aeronave com a porta aberta, tendo como plano de fundo a paisagem do aeroporto internacional de Roraima. A fotografia nos permite observar a presença de três homens, com trajes sociais, sendo o Governador Fernando Ramos, aparentemente com calça comprida e camisa social de cor clara, com a mão estendida em sinal de cumprimento ao Ministro, que está vestido com calça de tom escuro e camisa social em tom claro. A *hexis* corporal dos dois retratados pelo aperto das mãos aponta para a cordialidade, pela gestualidade corporal, o que aponta para educação do cumprimento, considerando os planos de desenvolvimento econômico da região, motivados pela existência de minério no estado, o que possibilitava retorno financeiro/progresso e visibilidade política aos interesses dos envolvidos.

---

<sup>18</sup> Projeto Radar da Amazônia (Projeto Radam), criado em 1975, gerido pelo ministério das Minas e Energia, objetivou mapear todo o território brasileiro por meio de imagens aéreas de radar, captadas por aeronave. A análise das imagens permitiu a realização de estudos do meio físico e biótico das regiões de abrangência do projeto, a fim de se conhecer as potencialidades da terra e capacidade de uso dos recursos naturais renováveis (LIMA, 2008).



Imagem 4: Ministro Ueki confirma urânio em Roraima



Fonte: Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima. Jornal Boa Vista - 02/02/1975, p.07.

A Imagem 4 trazia como legenda os seguintes dizeres:

O ministro das Minas e Energia explica ao governador Fernando Ramos Pereira detalhes sobre a ação desencadeada na região do Surucucu.

A Imagem 4 nos permite identificar a presença de quatro homens, reunidos em volta de um documento, cuja matéria jornalística revela se tratar da explicação do Ministro Ueki ao Governador Ramos Pereira sobre os detalhes da ação realizada na região do Surucucu – município de Alto Alegre/RR, com a finalidade de conhecer a área para exploração de minério. Na fotografia, o Governador aparece do lado direito portando óculos, intercalado com um membro da equipe do Ministro (camisa estampada), que vem logo após, também de óculos, e o último homem segurando o documento, do lado esquerdo da imagem; todos reunidos, concentrados, de maneira que se percebe a importância na estratégia articulada para realizar a ação em terras indígenas.

À luz de Bourdieu (2004), considerando o texto imagético descrito, podemos apontar que se trata de orientação estratégica, desde a gestualidade corporal de cumprimento à prática demonstrativa documental, entre os agentes, para estabelecer o jogo estratégico e atender aos seus interesses. Isso implicava determinada lógica das práticas das trocas.

Pensar nessa linha de pensamento é apontar para a exploração das terras indígenas naquela região. Fato que se ratifica pelo investimento em pesquisas realizadas pelo governo federal, por meio do Projeto Radam, para explorar o minério (Jornal Boa Vista - 02/02/1975, p.07).

Para os governantes políticos – dominantes –, o desenvolvimento econômico aconteceria mediante barganha com os indígenas, quando o ministro das Minas e Energia,

em visita às jazidas da região do Surucucu, disse aos jornalistas: [...] *podem ficar tranquilos que somos de paz e não iremos brigar com os índios, que vão ganhar muitos presentes*. Em outras palavras, o ministro queria deixar transparecer aos jornalistas que os indígenas não teriam prejuízos com a exploração de suas terras, pelo contrário, seriam presenteados; não considerando que a região era habitada por cerca de 500 indígenas da etnia *Yanomami* e que a extração do minério levaria a conflitos com os garimpeiros, além de ser porta de entrada para doenças e destruição do ambiente (Jornal Boa Vista, 56ª ed., ano II, p.07, publicado em 02/02/1975).

Essa relação de domínio quanto à exploração da terra e de superioridade do ministro, exercida sobre os indígenas, devido a seu cargo político, está relacionada, segundo Bourdieu (1989), ao poder simbólico – quando a cultura dominante se utiliza de seu *status* hierárquico (distinções) para legitimar seus objetivos, no caso a exploração da terra. Por outro lado, pode ser considerada ainda uma demonstração de poder pela autoridade exercida no discurso do ministro, definido por Bourdieu (1970) como violência simbólica, quando há imposição, com a interiorização da cultura do dominante aos dominados.

O processo migratório desenfreado, ocasionado pelo garimpo na década de 1970, em Roraima, trouxe prejuízos maiores às populações indígenas do que os projetos rodoviários e agrícolas instituídos pelo governo federal e executado pelos militares. A extração do ouro nos leitos dos rios pelos garimpeiros, em contato contínuo com os indígenas, acarretou epidemias de malária e infecções respiratórias, levando à morte cerca de 13% da população *Yanomami* do Brasil (ALBERT, 2009). Além disso, ocasionou o desequilíbrio do processo saúde/doença dos indígenas *Yanomami* devido às violações irreparáveis para vida social, intelectual, espiritual e ambiental (HERMANO, 2012).

Leonardi (2000) acrescenta que, além da violência física contra os indígenas, os garimpeiros construíram prostíbulos e consumiam muito álcool, o que levava a abusos sexuais contra as indígenas – também realizados pelos militares do Pelotão de Infantaria de Selva em troca de alimentação, anzóis e facas –; e disseminação de infecções sexualmente transmissíveis. Ademais, havia distribuição de bebidas alcoólicas e armas pelos garimpeiros, o que favorecia as brigas, tendo como consequência a morte entre os indígenas homens.

Todas as situações buscam demonstrar uma diferença de percepções de natureza e de organização social, embora a questão das hierarquias de gênero pareça ser semelhante. Esse tipo de comunicação também busca legitimar mais um importante agente social e mediador, no campo das questões indígenas – a Fundação Nacional do Índio.

### 4.3. FUNDO DE ASSISTÊNCIA AO TRABALHADOR RURAL E SAÚDE E OUTRAS AÇÕES

Em meio à violência física contra os indígenas, o *habitus* dos garimpeiros e a presença de militares – o que produziu conflitos –, o governo precisava intervir para atender a seus interesses. Isso fez com que entrasse em cena a materialização do convênio firmado com o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural e Saúde. Para atender às necessidades de saúde das localidades do Tepequém, Normandia, Amajari, Primavera e Garagem – regiões interioranas de Roraima –, foram enviados pelo Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural e Saúde cinco ambulatórios, pré-moldados em fibra de vidro, equipados com consultórios médicos e odontológicos, sendo dois leitos de emergência cada, cinco ambulâncias e um ônibus-hospital *trailer* com seis leitos equipados, inclusive para atender cirurgias de emergência (Jornal Boa Vista, n.55, ano II, p.09, data: 26/01/1975).

Outra estratégia do governo local foi a Operação Arrastão (1974), uma ação em saúde supervisionada pelo secretário de saúde do estado. A ação era desenvolvida pelas EVS com a prestação de serviços médico-odontológico, além da distribuição de medicamentos para a população do interior e áreas indígenas – Maloca do São Jorge, Surumu, Catrimani, São Marcos e Maturaca. Em janeiro de 1975, a 75.<sup>a</sup> Operação Arrastão realizou cerca de 3.451 atendimentos em saúde, com o apoio de cinco equipes volantes de saúde (JBV, 56.<sup>a</sup> ed., ano II, p.06 publicado em 02/02/1975).

Durante o mesmo período, foram investidos recursos financeiros na construção de postos de saúde, com o objetivo de ampliar assistência em saúde em todo o Território, sendo uma das metas facilitar o acesso para as campanhas de imunização. A estratégia contou com o apoio das Enfermeiras de Saúde Pública da Organização Pan-Americana da Saúde, para treinamento dos profissionais e elaboração do cronograma das ações em saúde (JBV, n.57, ano II, p.03, data: 02/02/1975), sinalizando um interesse que ultrapassava limites regionais e nacionais. Também foi realizado convênio com o Departamento Nacional da Tuberculose (JBV, n.º 57, ano II, p.04, 02/02/1975).

Diante das necessidades dos programas de saúde desenvolvidos no estado, o governo promoveu a capacitação dos recursos humanos da área da saúde, com o apoio do Programa Intensivo de Preparo de Mão de Obra<sup>19</sup>, coordenado pelo Padre Zintu. Os cursos eram na

---

<sup>19</sup>Programa Intensivo de Preparo de Mão de Obra (PIPMO) foi aprovado através do Decreto n.º 53.324 em 1963 e gerido pelo Ministério da Educação e Cultura, com a finalidade inicial de qualificar profissionais para trabalharem na indústria – setor em expansão na época, e foi posteriormente implementado nos outros setores produtivos. Em 1982 foi extinto, por não ter sido institucionalizado, e também falta de emprego na década de 1980, uma vez que o programa encaminhava para o emprego (FLECK; SANTOS, 2003).

área de atendentes de enfermagem e visitadoras sanitárias. A intenção do governo era qualificar recursos humanos para a prestação de primeiros socorros nas localidades que não tivesse postos de saúde e também contratar pessoal de enfermagem para os Hospitais Coronel Mota e Maternidade (JBV, 62.<sup>a</sup> ed., ano II, p. 03, publicado em 16/03/1975).

No mesmo período, a Secretaria de Obras do Estado acelerava a construção da primeira enfermaria do índio, anexa ao Hospital Coronel Mota. O estabelecimento de saúde tinha a capacidade para atender dezoito leitos, e três apartamentos exclusivos ao atendimento hospitalar dos indígenas (Jornal Boa Vista, 59.<sup>a</sup> ed., ano II, p. 02, publicado em 23/02/1975).

A matéria jornalística dá ênfase ao olhar governamental sobre a assistência aos indígenas quando relata: *Está sendo construída a Enfermaria do Índio. Preocupação marcante de ajuda e assistência ao brasileiro indígena, precursor dos legados Amazônicos.* O olhar midiático, considerando que a linha editorial promovida pelo governo era outra estratégia de difusão da informação para potencializar a visibilidade, ao público-leitor, do que era capaz o governo, em nome do bem-estar, rumo ao desenvolvimento da região. Logo, ao progresso do país.

O texto remete à intenção do governo em minimizar os agravos cometidos à saúde das populações ameríndias devido ao desenvolvimento econômico da época, tal como o processo migratório para estabelecimento de assentamentos e de agrovilas ao longo da rodovia BR-174, que estava em construção, além do garimpo. Tais medidas progressistas oportunizaram a entrada de doenças e que precisavam ser controladas, sendo a enfermaria do índio um espaço para tratamento dessas doenças. A Imagem 5 abaixo ilustra a matéria ao apresentar a imagem da construção da enfermaria do índio em Roraima.

Imagem 5: Secretaria de Saúde e de Obras aceleram a construção da enfermaria do Índio



Fonte: Arquivos da Imprensa Oficial do Estado de Roraima. Jornal Boa Vista, 23/02/1975, p.02.

A estratégia jornalística de trazer a imagem (neste estudo, de caráter ilustrativo) foi ratificar as palavras ditas, mas por meio de outra linguagem – a fotografia. Isso implicou em ir para além do dito, mas evidenciar as intenções, materializadas na foto do que o governo era capaz, fazendo ver e crer nas ações propostas pelos governantes.

Na semana de comemoração do Dia do Índio, em 1975, realizada em Brasília-DF, ocorreu a alusão aos serviços de saúde prestados na recém-inaugurada enfermaria do índio em Boa Vista-RR, pelo Ministro Paulo de Almeida Machado, reforçando assim a ação dos agentes federais sobre a questão da saúde indígena. A notícia registrou que a Secretaria de Saúde proporcionava assistência integral aos indígenas removidos de área para tratamento e cuidado. Para tanto, contava com um tradutor indígena da etnia *Yanomami* como atendente, na enfermaria, no sentido de facilitar o diálogo entre os envolvidos.

No que diz respeito à ambientação para a prestação dos cuidados aos pacientes indígenas, o jornalista, em seu texto, disse que:

[...] Casos interessantes ocorrem na ambientação hospitalar, como é o caso de um índio *Yanomami*, que preferiu a janela da enfermaria como lugar de repouso ao leito ou a rede [...] (Jornal Boa Vista, 20/04/1975, p.05).

A princípio, ler o termo interessante pode, em especial à época, ter sido entendido como curioso por alguns leitores no sentido de haver forte ligação do indígena com a natureza; por outro lado, para sociólogos/antropólogos, tal leitura poderá ter ocorrido. Assim, arriscamos a aplicação da concepção das trocas simbólicas ditas por Bourdieu, pois “preferir” é permitir ao outro em troca de algo, o que é submeter ao seu domínio simbólico.

Com a construção de um espaço específico para os serviços e tratamentos, o ambiente fugia ao modo de vida do indígena – um ambiente que não fazia parte do dia-a-dia em sua comunidade –, por melhores que fossem as intenções. Por não fazer parte dos seus *habitus*, por exemplo, deitar em uma cama, ou ter que acompanhar o outro sentado em uma cadeira ao lado da cama.

Imagem 6: Governo aprimora a assistência ao índio



Fonte: Arquivos da Imprensa Oficial do Estado de Roraima. Jornal Boa Vista, 20/04/1975, p.05.

Na Imagem 6, em tons de cinza e branco, o ambiente é composto por um quarto com a janela aberta, e nela uma criança sentada segurando as pernas ao lado da cortina, demonstrando uma forma diferenciada de apropriação do espaço, que deve ser compreendida de acordo com a realidade cultural da etnia em questão. A cena também apresenta uma cama com travesseiro e um paciente sobre ela, coberto por um lençol até o pescoço, é possível perceber que o paciente está com os braços descobertos e tem uma punção venosa no braço esquerdo fletido próximo à face.

Ao lado direito da Imagem 6, observa-se uma mulher em pé ao lado da cama, entre o equipo pendurado no suporte conectado à bolsa de medicação. Ela possui cabelos curtos, está de óculos, portando relógio no braço esquerdo, com vestimenta clara – uma camisa de manga curta e saia. Embora não haja elementos para o aprofundamento no debate sobre gênero, é importante considerar a possibilidade de diferenciação dos atributos e papéis de mulher e homem, nas situações de enfermidade.

Os três retratos sugerem leituras imagéticas que corroboram para análise das estratégias na criação da Casa de Saúde Indígena. Assim, considerando a polissemia de imagem, trazemos um aspecto, ou seja, a criança que observa e descobre outras maneiras de cuidar – considerando ser ela indígena. Para o paciente deitado – posição horizontal – e a mulher retratada – posição vertical –, podemos estabelecer na análise o poder simbólico em ação.

Nossa proposta na aplicação do conceito encontra-se centrada na magia estabelecida pela atitude arbitrária da mulher, que o doente a reconhece na relação entre eles, quando a ação não é da competência das palavras, aqui visualizada pela *hexis* corporal dos retratados.

Além de atender às demandas em saúde da Capital, o governo Ramos Pereira buscou ainda assistir as populações indígenas, a exemplo da comunidade do Perdiz, local onde foram atendidos cerca de 400 indígenas com consultas médicas e socorro aéreo. A gestão do governo chamava a atenção das lideranças indígenas como a do Tuxaua Damásio Calé, da etnia *Macuxi*, que, acompanhado do Padre Jorge, da prelazia de Roraima, foram até o governador do estado para agradecer (JBV, 62.<sup>a</sup> ed., ano II, p. 03, publicado em 16/03/1975).

O agradecimento, pela perspectiva de Bourdieu (1989), pode ser entendido como o reconhecimento, ação do poder simbólico, já que o dominado não reconhece a situação de dominação, e até mesmo agradece ao dominador. Para esse sociólogo contemporâneo, a eficácia do poder simbólico, na dominação cultural, consiste justamente no fato de não se valer da violência física para exercer o poder, mas de uma violência simbólica que passa despercebida, e por isso não favorece as situações de conflito direto dos envolvidos na relação social.

Além de agradecimentos, as lideranças indígenas procuravam os chefes de governo para suas reivindicações, como foi o caso do Tuxaua Cirino Raposo – Imagem 7 –, da maloca Napoleão, que na ocasião solicitou material de trabalho – arame farpado, ralador de mandioca, forno e um touro para sua comunidade, (JBV, 98.<sup>a</sup> ed., ano III, p.13-verso, de 06/12/1975). As solicitações realizadas pelo líder indígena visavam atender às demandas da comunidade, numa tentativa de dar qualidade de vida às regiões longínquas e ao mesmo tempo reparar os danos promovidos pelas invasões das terras, que aconteciam na época por posseiros.

Imagem 7: Visita do Tuxaua Cirino Raposo ao Governador Fernando Ramos Pereira



Na Imagem 7, da esquerda para direita, encontra-se o Governador Fernando Ramos Pereira – portando óculos, camisa social de manga curta em estampa xadrez e relógio no braço esquerdo –, o Tuxaua Cirino Raposo – com camisa aparentemente branca e a mão direita tocando o tórax –, e sua esposa –, cuja mão direita está sustentando a cabeça. Os olhares e gestos corporais sinalizam uma interação na qual o governador expressa características de escuta atenta, enquanto Tuxaua Cirino se vale das mãos para explicar algo; a posição dele é enfatizada em relação ao comportamento da mulher, cujo aspecto de tranquilidade e atenção reforçam e endossam as ações de *Taxuana*.

A *hexis* corporal dos retratados sugeriu análise, a saber: a mulher, pela gestualidade como melancolia, sendo pessoa de temperamento fleumático, desajeitada, passiva às ações circunstanciais; do Governador, pela posição das mãos no contexto de pedido do indígena, aponta indícios de pouco conforto por, talvez, não ter como atender à solicitação ou não saber qual era o pedido, e ainda como estratégia de defesa ao desconhecer o conteúdo do diálogo; e a posição da mão do indígena (Tuxaua) ao peito aponta para a característica de autocomplacência. Em síntese, pela leitura corporal com foco nas mãos por meio da decodificação de Guglielmi (2009), a comunicação não verbal pode ser entendida como preocupação por parte do governo, de o indígena reconhecer em Fernando Ramos o poder instituinte e ele como instituído, demonstrado pela passividade da esposa. Mais uma vez o reconhecimento do indígena sobre o poder governamental, o que ratifica a ação do poder simbólico.

No mesmo ano, por meio de convênio firmado entre os Governos do Estado e o Serviço de Extensão Rural, as equipes volantes de saúde realizaram ações educativas em saúde com os temas sobre higiene e alimentação, objetivando beneficiar as famílias rurais das colônias agrícolas. Houve ainda a realização de cursos na área da saúde, atendimento médico-odontológico, e coleta de exames parasitológicos (JBV, n.62, ano II, p.11, data: 16/03/1975).

Outros convênios foram formalizados com o Ministério da Saúde, Ministério do Interior e Fundação Nacional do Índio, visando o desenvolvimento de Programa de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde das populações indígenas em todo o território nacional. Uma das primeiras necessidades foi a instalação de hospital de campanha na margem direita do Rio *Demini*, a 02 km da rodovia Perimetral Norte, com a finalidade de atender aos problemas causados pela Oncocercose<sup>20</sup> nas populações indígenas e nos

---

<sup>20</sup>Oncocercose é uma doença causada pela *Onchocerca volvulus* - filariose, cujas manifestações se apresentam por meio de nódulos subcutâneos, prurido, alterações na pele e cegueira. É uma doença que foi confirmada entre os indígenas *Yanomami* no ano de 1973 na região do rio Toototobi - Amazonas. O tratamento é realizado com ivermectina, que mata as microfilárias, e também bloqueia a postura de embriões pelas fêmeas do verme



trabalhadores daquela área (JBV, n.63, ano II, p.07, data: 23/03/1975). Na ocasião, foi assinado convênio entre a Fundação Nacional do Índio e o Governo do Território Federal, garantindo assistência hospitalar aos mais de 30 mil indígenas do território (JBV, n.63, ano II, p.07, data: 23/03/1975).

Também foi firmado convênio de colaboração com o governo, que desenvolveu pesquisas a fim de controlar a Oncocercose; o que instituiu um sistema de vigilância epidemiológica, subsidiando as ações de saúde para os indígenas, sendo responsabilidade da Fundação Nacional do Índio mediar o acesso às comunidades para assistência médico-sanitária, evitando conflitos e danos físicos a equipes volantes de saúde (JBV, 68.<sup>a</sup> ed., ano II, p.10, de 27/04/1975). Vale salientar que uma das metas do Governo para o biênio 1975-76, na época, foi a construção de um hospital indígena na capital de Roraima mediante convênio com a FUNAI (JBV, 69.<sup>a</sup> ed., ano II, p.03 e 04, de 04/05/1975).

Para ter noção do quantitativo de atendimentos em saúde, o Jornal Boa Vista publicou, em abril de 1975, resultados dos atendimentos em Roraima no ano de 1974. No Hospital Coronel Mota<sup>21</sup>, foram realizados 8.450 atendimentos no pronto-socorro, 2.617 internações e 9.370 atendimentos ambulatoriais (JBV, 66.<sup>a</sup> ed., ano II, p.08 de 13/04/1975); no Pronto-Socorro São Bento<sup>22</sup> foram realizados 8.954 atendimentos, somando-se ainda as 80 remoções aéreas do interior de Roraima, além de 30 rodoviárias e 06 fluviais. A equipe de saúde do estado, na época, era composta por 14 médicos e 06 profissionais da Enfermagem, e possuía ainda duas ambulâncias à disposição de 10 leitos (JBV, 67.<sup>a</sup> ed., ano II, p.04 de 20/04/1975).

Em abril do mesmo ano, a Universidade Federal de Santa Maria, por intermédio do Campus Avançado em Boa Vista, firmou acordo funcional de capacitação em saúde para os trabalhadores da saúde pública e hospitalar de nível médio do estado. Uma das primeiras capacitações foi para 20 parteiras práticas, realizada por enfermeiras que auxiliavam a Secretaria de Saúde e Ação Social (JBV, p.10, ano II, n.º 66, data: 13/04/1975).

A 65.<sup>a</sup> equipe do Campus Avançado da Universidade Federal de Santa Maria realizou campanha de vacinação para os indígenas da etnia *Yanomami* no posto de saúde da Missão Catrimani (JBV, 67.<sup>a</sup> ed., ano II, p.09, de 20/04/1975). Os atendimentos em saúde na Capital, nos primeiros quatro meses do ano de 1975, foram 7.238 atendimentos de urgência, e destes: 2.869 aconteceram no Pronto-Socorro São Bento, 1.869 na Maternidade de Boa Vista e

---

(MORAES, 1991). Atualmente a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) é responsável pelo programa de erradicação da Oncocercose no Brasil.

<sup>21</sup> Endereço: Rua Cel. Pinto, n. 664 – Centro, Boa Vista-RR. CEP: 69.301-150

<sup>22</sup> Anexo ao Hospital Coronel Mora na década de 1970 e 1980. Não existe atualmente.

2.500 no Hospital Coronel Mota. Foram realizadas 1.494 internações, sendo: 864 no Hospital Coronel Mota e 630 na Maternidade. Em relação às campanhas de vacinação, foram realizadas 5.104 imunizações, e destas: 4.997 foram aplicadas na Capital e apenas 107 no município de Caracaraí (JBV, 74.<sup>a</sup> ed., ano II, p.16, de 08 a 15/06/1975).

A Superintendência de Campanhas de Saúde Pública<sup>23</sup> realizou, em julho do mesmo ano, campanha de imunização contra a meningite, no qual estiveram envolvidos cerca de 60 profissionais da saúde com apoio de 14 viaturas para a realização da ação. Foram imunizadas 22.577 pessoas, aproximadamente 87% da população de Boa Vista, que era em 1975 de 25.950 habitantes. A campanha de vacinação foi realizada por quatro equipes, composta cada uma de dois vacinadores, um municizador das pistolas *ped-o-jet*, um distribuidor de algodão e um organizador de filas (JBV, 79.<sup>a</sup> ed., ano III, p.06, de 19/07/1975).

O ano foi marcado pelo 6.<sup>o</sup> aniversário do Campus Avançado da Universidade Federal de Santa Maria. Criado em 01/08/1969 e idealizado pelos esforços do Projeto Rondon, com instalação na Capital de Roraima, atuou junto ao governo estadual, assessorado pelas Secretarias de Saúde, Agropecuária e Educação, no planejamento e execução dos Programas. A efetivação do campus ocorreu durante a gestão do Ministro do Interior, General José Costa Cavalcanti, sendo o Governador do estado de Roraima, na época, o Coronel Vitor Leal Dalcim. A indicação para escolha da região foi realizada pelo Reitor da Universidade Federal de Santa Maria, Prof. José Mariano da Rocha Filho, que enxergou em Roraima um cenário de práticas para os estagiários da Universidade e oportunidade de contribuição no desenvolvimento da região (JBV, 82.<sup>a</sup> ed., ano III, p.02, de 09/08/1975).

Nos seis primeiros anos existência, contou com a participação de 953 acadêmicos das diversas áreas dos cursos da Universidade Federal de Santa Maria, além de 162 técnicos de nível médio dos colégios Agrícola e Industrial, compondo a 65.<sup>a</sup> equipe do Projeto Rondon, sendo realizados 142.532 atendimentos em saúde até maio de 1975 (JBV, 82.<sup>a</sup> ed., ano III, p.02, de 09/08/1975).

Além da Universidade Federal de Santa Maria no desenvolvimento de ações na área da saúde, o estado contava com as atividades do Projeto Bem-Estar, realizado pela Associação de Créditos e Assistência Rural de Roraima, com foco nas atividades de educação, saúde e alimentação. Atuou em conjunto com a Secretaria de Saúde por meio de convênio firmado com a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública e Universidade

---

<sup>23</sup>Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) foi criada pelo Decreto n.º 65.253, em 1969, tendo sua estrutura e funcionamento detalhados pelo Decreto n.º 66.623, de 1970. Em 1974, foi atrelada ao Ministério da Saúde mediante o Decreto n.º 74.891, conferindo maior flexibilidade técnica e administrativa (FONSECA, 2001).

Federal de Santa Maria, a qual objetivou capacitar a população, levando assistência e educação em saúde. Ofertou também cursos de primeiros socorros, combate a verminose, educação alimentar e horticultura.

O desenvolvimento da ação contava com a participação dos estagiários da Universidade Federal de Santa Maria – Projeto Rondon, que levavam atendimento em saúde às famílias rurais de forma educativa e social, demonstrando a função social da instituição educacional. As ações resultaram em 718 atendimentos médicos, 678 exames helmintológicos realizados, 718 distribuições de medicamentos, 25 atendimentos odontológicos, coleta de 107 lâminas de exame gota espessa para detecção da malária e realizados 15 tratamentos realizados. Aconteceram também 333 cursos, 109 visitas de orientação sobre saúde, alimentação e ação comunitária. Em relação à promoção da saúde, houve a distribuição de cerca de mil cartazes sobre higiene, saúde, alimentação e produção de alimentos para conscientizar a população (JBV, 83.<sup>a</sup> ed., ano III, p.04, de 16/08/1975).

Para Bourdieu (2004), os resultados apresentados podem ser entendidos no sentido de dominação quando os dominados obedecem ao que se impõem, por meio da violência doce, seja pela imposição física ou simbólica no entendimento de serem razoáveis à ordem estabelecida.

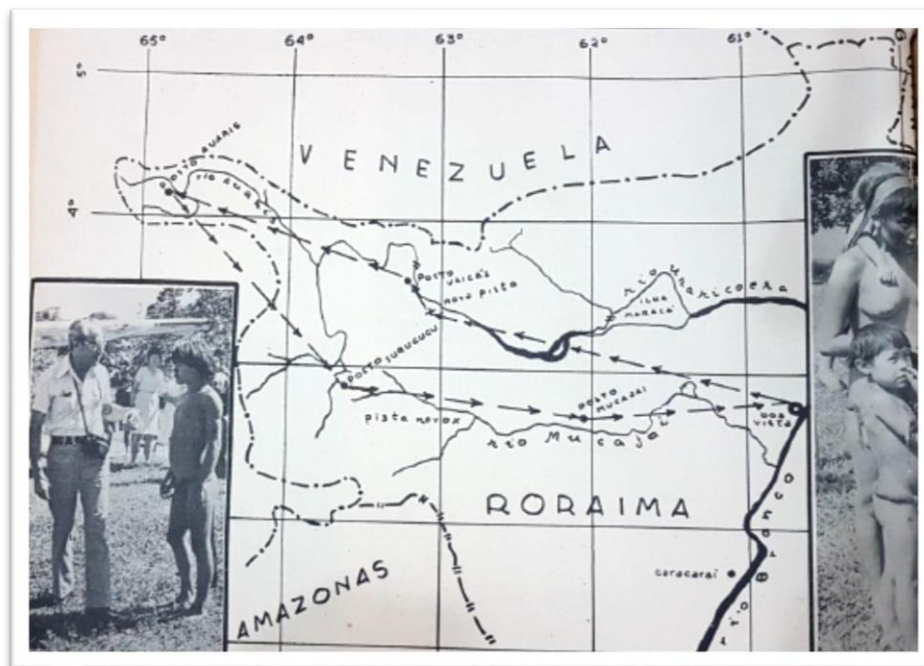
#### 4.4. AVANÇO NAS ESTRATÉGIAS PARA EXPLORAÇÃO DAS TERRAS INDÍGENAS

Em 1976, o governador do estado, Coronel Fernando Ramos Pereira, realizou visita às áreas indígenas para conhecer de perto as suas condições de vida e também as atividades desenvolvidas na região de *Auaris*, Surucucu e Mucajá. Realizou ainda sobrevoo na região do Uaicás. De acordo com a publicação do Jornal Boa Vista, Roraima foi definida, na década de 1970, como um apêndice que se insere nas terras da Guiana Inglesa e da Venezuela, habitada no extremo norte-ocidental (região de *Auaris*) por indígenas da etnia *Yanomami*, subgrupo *Sanumã* e *Moiongong* (*Ye'kuana*), onde viviam cerca de seis mil indígenas na fronteira com a Venezuela, considerados um dos maiores grupos monolíngues do país (OLIVEIRA, 1976).

Para a realização da missão, foi traçado planejamento conforme demonstrado no mapa na Imagem 8, na qual pode ser visualizado o mapa do Estado de Roraima, apresentado entre duas fotografias, com marcações em forma de seta, sinalizando o trajeto aéreo que o

governador, Coronel Fernando Ramos Pereira, e sua esposa, Sr.<sup>a</sup> Carmy Pereira, juntamente com a comitiva de servidores do governo, realizaram para conhecer as potencialidades minerais da região, bem como as necessidades dos indígenas que habitam as localidades.

Imagem 8: Mapa ilustrativo da missão realizada pelo Governador nas áreas indígenas da região de *Auaris*, Surucucu, Mucajá e sobrevoo na região do Uaicás



Fonte: Arquivo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima. JBV, 103.<sup>a</sup> ed., ano IV, p.06, de 17/01/1976.

Em uma primeira análise contextual da imagem, é importante compreender que as fotografias estão sobrepostas em um mapa, demonstrando uma clara intenção de relação entre o domínio espacial e o contato indígena; ou seja, não se trata apenas de contatos e diferenças culturais, mas também de domínio e controle sobre o espaço por meio de uma representação cartesiana e métrica de espaço – o mapa. As imagens dos indígenas, em tese, já são enquadradas inconscientemente, nessa lógica.

De modo detalhado, na Imagem 8, na fotografia do lado esquerdo, observa-se o governador Ramos vestindo camisa de manga curta, calça comprida com correia, portando ainda óculos na face, e pendurada ao pescoço uma possível câmera fotográfica, o braço direito em posição de sentido e o esquerdo fletido na altura do quadril, olhar fixo no indígena, que, segundo a matéria jornalística, trata-se de liderança indígena, conhecido como Tuxaua Albertino, que se encontra com poucos trajes, apenas encobrindo suas genitálias – de acordo com sua cultura e costumes de sua etnia. É perceptível a maneira como o Tuxaua se coloca diante do governador: braços em posição de sentido, corpo ereto e olhar cabisbaixo, sinalizando um tipo de relação.

Entender a *hexis* corporal dos retratados pela gestualidade dos membros inferiores é ampliar a análise. Em relação ao governador, a imagem sugere que a perna esquerda se encontra à frente da direita. Isso, para além de entendimento de eixo de equilíbrio corporal, também sugere precaução de quem se aproxima; e, pela posição das pernas do indígena, sugere se tratar de pessoa que tem medo de ceder, o que equivaleria a submissão. Isso posto, no contexto instituído, inferimos que o governador tenta se defender com desejo de avançar, e o indígena tem receio de abrir guarda, tratando-se de suas terras para o não índio.

Ao fundo da Imagem 8, é possível identificar uma mata, à frente de uma das asas da aeronave, e ao centro há duas mulheres com vestidos aparentemente brancos, observando atentamente o contato entre o governador e o Tuxaua. A relação implícita na imagem do lado esquerdo do *fac-símile*, entre as representações do governador e do Tuxaua, ao estarem próximos um do outro em possível diálogo, nos remete ao dito por Bourdieu (2012) de que o corpo estabelece o vínculo – entre o falo e o *logos*, considerando ser o papel do homem enfrentar, ficar frente à frente, olhar no rosto ou nos olhos. O que exclui a mulher desse meio, colocando-a em outra foto, como visto na imagem o distanciamento para os dois homens em foco na análise.

Outro ponto que chama atenção na matéria publicada é quanto às reivindicações da liderança indígena para seu povo *Moiongong* – atualmente conhecidos com *Ye'kuana* –, pedindo sal, ferramentas, chita, calçados e um carrinho de mão. Essa demonstração de troca dos indígenas com os governantes – cientes de que atendiam prontamente a seus anseios, a fim de não causarem nenhum tipo de conflito que impedisse de avançar com seus planos de exploração das terras em busca das riquezas minerais. Essa estratégia do governo, para Iglesias (2015), tem sido a mesma desde o período colonial, com o estabelecimento de poder entre os indígenas, a dominação do povo, exploração de mão de obra, escravização e exploração das riquezas naturais (REPETTO, 2008). Farage (1991) acrescenta que durante a colonização de Roraima os povos indígenas assumiram um papel submisso em benefício de uma geopolítica, determinada assim pela ação do Estado sobre os espaços geográficos ocupados pelos indígenas.

Repetto (2008) faz uma reflexão sobre o senso comum a respeito do mundo indígena em Roraima, ao relacionar o governo estadual, a igreja católica e os indígenas, atores políticos que confundem a complexa e abastada realidade de Roraima até os dias atuais; vejamos:

Em Roraima, os enunciados produzidos pelo senso comum em relação ao mundo indígena vivificam a ideia do esquema cultural triangular, de Malinowski (1938): o Governo Estadual, a Igreja Católica e os índios. Este modelo promove dualismos tais que: a) índios aliados da igreja católica; b) índios contra governos estaduais;

c) igreja contra governos estaduais. Acho importante ressaltar que o esquema dos três atores políticos independentes (índios-igreja-governo) confunde a complexa e rica realidade de Roraima. Ao aprofundar a micro análise das situações políticas, conforme Foucault (1990), aparecem diferentes posições políticas, e a situação torna-se quase um mosaico, com variadas posições, porque palco de uma complexa dialogia social (REPETTO, 2008, p. 35).

No olhar de Bourdieu (2004), o poder simbólico é capaz de revelar, por meio de trocas simbólicas, manipulações visíveis como se fossem presentes em troca do não dito ou invisível. Dito de outra maneira, o indígena, quando pede e o governador cede, para Bourdieu a estratégia do dominante é de condescendência, ao garantir o seu interesse e a distância social em prol do que se encontra em jogo.

Agora, com foco na segunda fotografia do lado direito da Imagem 8, observa-se uma mulher indígena seminua, apenas com uma vestimenta sobre sua região genitália, e uma criança do lado direito – com a mão no nariz e boca, trajando apenas um adereço indígena no antebraço e vestimenta sobre sua genitália. É perceptível, ainda, a presença de outra criança sobre as costas da mulher, presa a um artefato fixo na cabeça da indígena, que sustenta a criança, a qual está com a mão sobre o seio da mulher.

A cena no descrita na Imagem 8 trata-se dos hábitos culturais dos indígenas daquela região habitada pelos *Yanomami* e *Ye'kuana*. Segundo Laraia (2015), em sua obra *Cultura: um conceito antropológico*, a cultura é proveniente do vocábulo inglês *Culture*, definido por Edward Tylor (1832-1917), em seu amplo aspecto etnográfico, como “todo complexo de conhecimentos, crenças, arte, moral, leis, costumes ou qualquer outra capacidade ou hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade”. Nesse contexto, foi imputada pelo governo estadual a necessidade de estabelecer o etnocentrismo por meio das políticas de assimilação e das ações indigenistas, com o propósito de adequar, observando as diferenças da cultura indígena para não gerar conflitos, e assim agir numa sociedade homogênea (IGLESIAS, 2015).

As missões religiosas partiram desse mesmo princípio de assimilação. A região de *Auaris*, no extremo norte-ocidental, foi campo de atuação da Missão Evangélica da Amazônia<sup>24</sup> na prestação de serviços na área da saúde (Enfermagem) e educação (escolas),

---

<sup>24</sup>Missão Evangélica da Amazônia foi fundada em 1930 com o nome Cruzada de Evangelização Mundial, sendo instituída no Brasil por missionários norte-americanos que chegaram à região do baixo amazonas. Foi registrada juridicamente como Missão Cristã Evangélica do Brasil. Em 1959, foi denominada de Cruzada de Evangelização, e somente em 1970 passou ser Missão Evangélica da Amazônia, uma entidade missionária interdenominacional, especializada em trabalho indígena, que visa estabelecer igrejas indígenas autóctones que se automultipliquem. Atua com linguística especializada em análise de línguas ágrafas e tradução bíblica; educação bilíngue-bicultural; evangelismo e discipulado transculturais; e administração.

Fonte: <http://www.meva.org.br/>

por intermédio dos missionários norte-americanos, que ainda realizaram estudos linguísticos com as populações indígenas (OLIVEIRA, 1976).

Essa mesma região, também chamada de Parima, foi alvo de migrantes garimpeiros, que adentraram as florestas em busca do ouro e diamante, além das jazidas de urânio e cassiterita nas serras das Surucucus. De acordo com Oliveira (1976), o governador Ramos e sua comitiva puderam conhecer o universo indígena de perto, e relataram problemas de saúde entre os indígenas, como a verminose, malária e gripe, que eram controladas pelas ações de saúde da Missão Evangélica da Amazônia, pela imunização contra o sarampo, tuberculose, febre amarela e varíola. As ações em saúde contavam com apoio da central de medicamentos de Roraima e da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública no fornecimento de medicamentos no combate à malária.

Laudado (1998, p.248-9) relata que o surto de sarampo se disseminou pelo alto e médio Rio Negro, no Amazonas, no ano de 1980. Ocorreu ainda surto inesperado de coqueluche em 1981, da região das serras do Surucucu (Roraima) até a comunidade indígena do *Maiá*, no Amazonas. A situação foi controlada pela Secretaria de Saúde do Amazonas, com o apoio da Força Aérea Brasileira e da Missão Sagrada Família, para a realização da campanha de imunização de crianças contra o sarampo, pólio, difteria, tétano e coqueluche.

O *modus operandum*, para realização das trocas simbólicas, pode ser entendido como o *habitus* estabelecido entre os agentes (in)conscientes quando encontra as condições de sua eficácia.

Imagem 9: Indígenas *Xirixanás* no posto de saúde de Mucajá implantado desde 1958



Na Imagem 9, é possível perceber nove indígenas, certamente na busca por assistência em saúde ofertada pelos missionários da Missão Evangélica da Amazônia, como aparece escrito na embarcação. À frente da canoa, uma criança de camiseta regata, não indígena, faz parte do cenário, possivelmente filho de um dos missionários que atuam na região. Um dado que não pode ser desconsiderado, e que aponta o contato entre índios e não índios, pode ser observado no estranhamento expresso nas faces das quatro mulheres (contadas a partir da direita) frente ao equipamento fotográfico. O distanciamento da câmera e a expressão delas indicam uma relação em que há falta de familiaridade entre o fotógrafo e o ator social fotografado.

Na sociologia e antropologia, essa relação entre contato social e produto fotográfico tem sido problematizada por Pereira (2015a, 2017), que explica os diferentes distanciamentos e dificuldades enfrentados pelo pesquisador e/ou fotógrafo diante do nativo – ressaltando a importância da aquisição de confiança e aproximação –, e como esses aspectos acabam se expressando, também, nas imagens. Assim, é importante lembrar que os dados coletados por meio dos *Fac-símiles* também são expressões de distanciamentos e aproximações, nas relações sociais.

Os postos de saúde eram estruturas montadas pelas missões religiosas, ou pelo Serviço de Proteção ao Índio, com o objetivo de subsidiar os atendimentos em saúde, e serviam ainda de moradia para a equipe de saúde.

A foto veiculada na imprensa, do tipo flagrante, pode ser entendida como representação de uma realidade (Bourdieu, 2004). Isso implica entender que, para o leitor, o governador assistia a população indígena, ação espetaculosa para aqueles que discursavam que eles apenas exploravam as terras indígenas.

Pensar naqueles que discursavam é colocar o entendimento de sujeito indeterminado na oração. Isso se faz necessário não apenas para polarizar a discussão, mas também para apontar possíveis versões e interpretações de outrem para não a selar.

Diante do cenário apresentado, a Fundação Nacional do Índio intensificou, em 1976, suas ações no sentido de restringir ao mínimo as visitas dos indígenas à cidade, sob alegação de que a retirada destes de seu *habitat* para outras localidades era um incômodo, além de ser dispendioso ao governo. Dessa maneira, orientou que as demandas e reivindicações dos indígenas fossem realizadas nos postos de atração indígena da Fundação Nacional do Índio (JBV, 124.<sup>a</sup> ed., ano IV, p.06, de 05/06/1976).

No mesmo ano, as reivindicações pelos direitos territoriais tiveram um forte embate e desdobramentos da realidade local e nacional. Iniciaram as demarcações das terras indígenas em Roraima, na região do Rio Guaraporé, Pacas Novas, Sete de Setembro, Rio



Roosevelt, Igarapé Lourdes, Ribeirão Lage e Rio Negro Caia (JBV, 129.<sup>a</sup> ed., ano IV, p.04, de 10/07/1976).

#### 4.5. SÍNTESE DA SEÇÃO

As estratégias empreendidas pelos governantes foram modos de dominação que objetivaram a centralização de diferentes metodologias de poder, delineado pelo formato sociopolítico sobre a expansão do espaço geográfico, com a finalidade de se construir um único estado ou nação. As ações de saúde realizadas foram apenas cortina de fumaça para chamar atenção dos indígenas, no sentido de alegarem estar preocupados com a condição de saúde e de sobrevivência deles – falsa consciência, o que na verdade se evidenciou como um jogo estratégico para se apropriar das terras e assim explorar as riquezas naturais.

A abertura da BR-174 fez parte do discurso dos governantes, na intenção de trazer desenvolvimento para a região Norte, especialmente Roraima, por ser o estado mais distante dos grandes centros urbanos. Dessa maneira a criação do Programa de Integração Nacional foi o divisor de águas no estabelecimento de novos povoados no estado, gerando um processo migratório desastroso devido à maneira que foi conduzido, desde o início do século XX, com os soldados da borracha e seu recrutamento.

O resultado do processo foi a entrada de doenças, enculturação da cultura do não índio nas comunidades indígenas, corroborando assim com mudança dos seus hábitos e costumes culturais, além da morte de mais de dois mil indígenas entre os anos de 1969 a 1971, pelas mãos do Estado ou de encarregados a seu serviço (HECK; LOEBENS; CARVALHO, 2005).

Contudo, os conflitos serviram para mudar as relações entre os povos indígenas e o Estado, pois foi nesse período de conflitos que começaram a surgir as organizações de articulação regional e nacional, objetivando discutir internacionalmente a causa indígena. Com as mobilizações sociais indígenas, os efeitos dessa reação proporcionaram a eles o início de garantia de seus direitos as terras, a saúde e a educação (IGLESIAS, 2015).



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em 1975, foi inaugurada a primeira enfermaria do Índio, anexa ao Hospital Coronel Mota, e, em 1976, diante do caos da saúde dos indígenas no Território Federal de Roraima devido à ocupação e exploração das terras em busca de ouro – como relatado anteriormente em vários cenários de abusos e demonstração de poder dos políticos em relação ao asoberbado plano de desenvolvimento da região Norte –, surgiu nesse contexto a primeira Casa de Saúde Indígena, em Roraima, para atender às elevadas demandas de saúde, referenciadas de área indígena, pela Fundação Nacional do Índio e Missões religiosas que atuavam com essa população.

Foi a partir de 1980, com a intensificação dos movimentos indígenas, que se iniciaram as mudanças para a política no campo da saúde, no qual os agentes indígenas estavam inseridos. Assim, em 1986 aconteceu a 1.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, que deliberou sobre a necessidade de que a saúde indígena devesse ser gerida pelo Ministério da Saúde, por meio de um subsistema ligado ao Sistema Único de Saúde. Tal deliberação cogitada se deu em razão da Fundação Nacional do Índio não ter discutido as questões da saúde dos povos indígenas durante a realização da 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu no mesmo período para os indígenas, na qual ficaram definidos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Diante de todo esse contexto, os efeitos se deram em razão de um jogo político que objetivou a integração da região Norte aos demais estados do país por via terrestre, mediante a expansão das rodovias federais. Assim, era garantido o povoamento da região, bem como o desenvolvimento da agricultura e pecuária, assegurando ainda a proteção das fronteiras pela ocupação da região.

A Casa de Saúde Indígena surgiu como pano de fundo nesse cenário, como moeda de troca simbólica entre os governantes e os indígenas, que sofriam com a entrada de doenças em suas comunidades, pela ação direta do processo migratório, devido ao garimpo em suas terras. Por outro lado, é fruto das instituições citadas e também do próprio protagonismo indígena.

O jogo estabelecido na época entre dominantes e dominados, governo e população, demonstrou que as regras desse enorme quebra-cabeça eram aquelas ligadas ao poder dos

políticos, que detinham as peças necessárias para estabelecer a moeda de troca aos que seriam prejudicados com seus planos expansionistas. Todavia, a entrada de outros atores/jogadores nesse campo permitiu que o cenário fosse mudado estrategicamente em favor dos povos indígenas – que passaram a jogar com maior autonomia –, o que garantiu, no final da década de 1980, por meio da Constituição Federal, seus direitos sobre as terras, seus costumes, língua, e ainda a saúde e educação.

A pesquisa, recortada e delineada sobre a Casa de Saúde Indígena em Roraima, foi um desafio por conta da dificuldade em acessar esse espaço indígena, como também coletar o material para desenvolver esta dissertação; portanto, a pesquisa concluída foi fruto de dedicação e persistência. Apesar disso, tentou-se produzir uma contribuição diante do cenário de escassez de estudos na problemática da saúde indígena em Roraima.

A relevância deste estudo implicou o conhecimento acerca do objeto, pois muitos profissionais da área da saúde desconhecem a trajetória histórica da maneira como se deram as circunstâncias e estratégias governamentais para a assistência à saúde dos povos indígenas. A dissertação, dessa maneira, poderá contribuir de fato na compreensão do contexto histórico de atuação das equipes de saúde e responder a vários questionamentos sobre as dificuldades de se estabelecer um tratamento de saúde em área.

O contexto histórico do contato com os indígenas e a maneira como se deu a política indigenista colaboraram para que esse meio ficasse introspectivo às pesquisas, além da sensação de que permitir que dados utilizados para subsidiar pesquisas pudessem apresentar, nos resultados, uma denúncia e não contribuições para o desenvolvimento da política indigenista. A exemplo disso, aconteceu com o relatório Figueiredo, que ficou desaparecido por mais de 40 anos. Mesmo não sendo uma pesquisa científica, o relatório foi uma investigação sobre as condutas e procedimentos realizados pelos servidores indigenistas do Serviço de Proteção ao Índio. Em uma perspectiva teórico-metodológica, foi o caminho por meio do qual observamos as principais instituições e agentes sociais envolvidos no campo de disputas, interesses e estratégias em torno da questão indígena.

Como enfermeiro que já atuou junto às populações indígenas, conheço a realidade acerca dos serviços de saúde, e também as dificuldades na realização de pesquisas relacionadas com as especificidades dessa população, e o trâmite para se ter acesso aos bancos de dados.

Neste estudo, por se tratar de dados secundários, e documentos de domínio público, não foi necessária a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, ou do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. Todavia, houve dificuldades em encontrar literaturas de aderência ao

tema para discutir os resultados acerca da implantação da Casa de Saúde Indígena em Boa Vista - RR, uma vez que não há muitas publicações sobre o objeto.

O contexto histórico da primeira Casa de Saúde Indígena no Brasil ocorreu ao longo de um período de muitas lutas entre os povos indígenas e os políticos, nas esferas federal, estadual e municipal. A trama decorreu mista a um jogo onde há dominante e dominado, opressor e oprimido. De um lado estavam os políticos e seus aliados (latifundiários): o discurso era o desenvolvimento econômico do país direcionado para a expansão das rodovias que abririam caminhos às regiões periféricas do norte do Brasil. Tais caminhos levariam para o universo amazônico, segurança das terras e povoamento por meio dos projetos de assentamento ao longo da estrada. E nesse universo, entrincheirado e acuados estavam os indígenas, povos caçadores e coletores que viviam e se alimentavam do que a floresta lhes oferecia.

Diante dos planos do governo, a vida dos indígenas foi afetada em razão do contato com os não indígenas, o qual acarretou consequências e impactos geopolítico, cultural, sobretudo, na saúde. O impacto negativo era inevitável, considerando que as estratégias de progresso não visavam uma solução pacífica de contato para com os povos indígenas. As regras do jogo eram tendenciosas e de conveniência aos dominantes, que as flexionavam conforme os seus interesses com absoluto descaso às necessidades dos dominados. O pano em tela se desenvolveu durante o século XX, em meados da década de 1960, culminando com o golpe militar de 1964, que fortaleceu a ideia de dominação do território nacional, na perspectiva de dizimar todos os indígenas até os anos de 1990.

O regime militar foi opressor não só para os não índios, mas também para os indígenas, que durante esse regime sofreram desmedidamente com a negligência e conivência dos planos de desenvolvimento econômico no país. Enfatizamos que, sobretudo, pelos órgãos indigenistas, que tinham seus cargos de chefia ocupados pelos militares e que assim tramavam para que a assistência em saúde não fosse dada aos povos indígenas de maneira integral.

Contudo, a opressão do regime militar deu início aos movimentos de resistência, quando, em 1970 e 1980, os indígenas se organizavam e começavam a reivindicar seus direitos obtendo apoio das ONGs e Missões religiosas. Essa resistência se fortaleceu em razão das denúncias internacionais, o governo brasileiro foi pressionado a atender, mesmo que de maneira superficial, às suas reivindicações. Para sinalizar aos investidores estrangeiros que estavam dando atenção à causa indígena, surgiu, então, o Estatuto do Índio, que atendia minimamente o respeito aos povos indígenas. Todavia, seu caráter ainda era de tutela ao

governo, permitindo que decisões sobre as terras e sua exploração fossem tomadas pelo governo federal.

Estratégias foram criadas para atender às demandas da população da região Norte, como, por exemplo, parcerias com a Universidade Federal de Santa Maria para atendimento em saúde pelas equipes do projeto Rondon. Também foram firmados convênios com os programas do governo federal, como o Fundo de Assistência e Previdência de Trabalho Rural, que permitiu estruturar os estabelecimentos de saúde com equipamentos e medicações.

Entretanto, tais ações governamentais buscavam minimizar os agravos em saúde a que os habitantes do Território Federal de Roraima foram expostos. A região Norte foi palco de um processo migratório em massa nesse período. Os imigrantes, motivados pelas propostas do governo, cuja facilidade de acesso à região trouxe gente de todas as partes do Brasil, em especial do Nordeste, buscavam modificar a história de suas vidas em um novo local.

Nessa perspectiva, o processo migratório desencadeou um verdadeiro frisson, pois, além de estabelecer assentamentos por meio das colônias agrícolas para o desenvolvimento da agricultura e pecuária, trouxe também os conflitos com os indígenas que já habitavam a região. As tensões ocorreram devido à exploração da terra – pobre em nutrientes –, o que levou ao desmatamento de grandes áreas em terras indígenas.

Nesse processo de ocupação, além da pecuária e agricultura, a descoberta do ouro e diamante na região estimulou a garimpagem pelos imigrantes nas áreas indígenas. Isso foi desastroso para a situação de saúde desses povos, registrando grandes epidemias como sarampo, gripe e doenças transmissíveis, além do acirramento dos conflitos, gerando violência como uma das faces do progresso.

Embora o governo tivesse avançado no que diz respeito aos direitos indígenas, por outro lado, as mazelas do reflexo do processo de desenvolvimento no estado era fomentado por esse mesmo governo que, mediante Decretos, permitiu a instalação de garimpos até a década de 1990, negligenciando a vida das populações indígenas, suas culturas e costumes. Como resposta a tal negligência, surgiu a proposta de um espaço de saúde que atendesse aos indígenas acometidos por várias doenças que surgiram, porque esse mesmo governo permitiu que elas adentrassem em terras indígenas. Além disso, era necessário dar uma resposta à comunidade internacional, que pressionava o governo federal a criar políticas de saúde e segurança que amenizassem os problemas dessa população.

Portanto, a necessidade de acolher os indígenas em um ambiente de saúde demandou do governo a construção de um anexo ao Hospital Coronel Mota, em Boa Vista, em 1975, e

em 1976 esse espaço foi denominado de enfermaria indígena, para dar assistência aos indígenas referenciados de área pelas equipes volantes de saúde, ou pelas Missões religiosas e ONGs que atuavam junto a esse povo.

A Casa de Saúde Indígena de Roraima surgiu como efeito das demandas de saúde que não poderiam ser resolvidas nas comunidades indígenas, pela falta de infraestrutura, equipamentos e profissionais de saúde especializados. Esse efeito é fruto de um contexto histórico de domínio e imposições que objetivaram o crescimento econômico do país à custa de um povo que não teve direito de escolha, obrigado a resistir para existir.

O auge desses conflitos levou os indígenas a intensificarem seus movimentos de resistência, na busca da garantia de seus direitos, que iniciaram com a discussão na 1.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em que deliberaram pelo reconhecimento dos seus direitos sobre a terra, a saúde e a educação, garantidos na Constituição Federal de 1988, nos artigos 231 e 232.

A enfermagem nesse período atuou de diversas formas, assistindo os indígenas em suas comunidades, em campanhas de vacinação, e na rede hospitalar do Território Federal de Roraima. Todavia a enfermagem não foi o discurso e sim parte do discurso dos governantes. As notícias publicadas no Jornal Boa Vista na época davam (in)visibilidade as ações da enfermagem sempre atreladas a coordenação de um gestor da Secretaria de Saúde do Território a fim de nortear as ações em prol dos planos de desenvolvimento econômico para a região.

Os conceitos de Pierre Bourdieu foram importantes no estudo para que se pudesse compreender melhor o jogo em questão, tanto no campo da saúde quanto no espaço social, onde se entrencharam num cenário de conflitos, cujo objeto era o poder simbólico exercido sobre os dominados, ou quase dominados. Assim, munidos de seus *habitus*, jogavam cada um o jogo, com as armas que lhes fossem convenientes, a fim de garantir o domínio de seus espaços e concretude de seus objetivos. Como exemplo do poder simbólico, o campo da saúde se revelou em trincheira de disputas entre os indígenas e o desejo de fazer progresso dos políticos, que utilizavam a saúde como moeda de troca simbólica para o atingimento de seus planos.

Então, nesse lugar dos conflitos, desproporcionalmente, havia evidentes vantagens do grupo político, em razão do seu pertencimento a um grupo de capital cultural de maior poder simbólico, que sucumbia o dos indígenas, cujo capital cultural foi construído de acordo com seus *habitus* culturais.

Nessa perspectiva, o poder simbólico dos dominantes – os políticos, em relação aos indígenas – demonstrou-se forte até os indígenas se organizarem em movimentos de

resistência, o que revelou um capital cultural adquirido mediante apoio das ONGs e Missões religiosas. Sendo assim, garantiu-se uma relação de poder nesse campo de forças, cujo objetivo foi o reconhecimento e os direitos indígenas no país como cidadãos comuns, todavia, com especificidades.

Para finalizar este raciocínio, o estudo deixa claro que o jogo político foi, sem dúvida, uma disputa de poder pelo domínio das terras, para expansão econômica do país, mesmo que sobrepondo os direitos de um povo que já habitava a região. A resistência dos povos indígenas foi apenas resposta frente aos ataques que sofreram, para que garantissem seus direitos de sobrevivência, reivindicando do Estado uma política indigenista que pudesse assisti-los de acordo com seus costumes, cultura e língua.

Esse lugar de trincheiras e de conflitos foi também um lugar de encontro entre dois capitais culturais. Os indígenas, embora, no processo de contato, tenham sofrido perdas, de algum modo conseguiram apropriar-se de elementos desse capital cultural invasor como estratégia de sobrevivência. Essa estratégia foi o foco prático que eles encontraram para se manterem conforme o seu poder simbólico. Nessa perspectiva, o campo prático desse encontro ocorreu no empoderamento das coisas do “branco”: a língua, a forma de se organizar, o conhecimento das leis e dos tratados internacionais, a busca de parceiros e os fluxos das denúncias como forma de pressão, e tais coisas compuseram as estratégias, que resultaram em política que garantissem o capital simbólico, sem abrir mão do capital econômico que outrora fora o gerador dos conflitos.

Mas, ainda longe de ser um lugar que os indígenas possam chamar de seu, suas terras são insistentemente invadidas, e com a invasão surgem mais conflitos, o que nos levam a afirmar assertivamente que os indígenas do estado de Roraima vivem entrincheirados, e do outro lado seu inimigo pode ser o guardião dos seus direitos, pelo menos na Constituição Federal.

Entretanto, basta observar a dinâmica das políticas atuais, em que salta aos olhos os interesses pelo capital cultural e econômico numa disputa de poder, tendo como pano de fundo a Amazônia. Tais políticas nos remetem à época da construção da Casa de Saúde Indígena e o cenário de poder que ali se construiu. O movimento se repete agora com o aval escancarado do governo. Portanto, o retrato é o mesmo, e os atores são novos com textos antigos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERT, B.; URIHI, A. **A terra-floresta Yanomami**. Bruce Albert & William Milikem, colaboração de Gale Goodwin Gomez. Instituto de Recherche pour le développement. São Paulo: Brasil, 2009.

ALTINI, E.; RODRIGUES, G.; PADILHA, L.; MORAES, P.D.; LIEBGOTT, R.A. A (Orgs.) **Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil**: breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas. Conselho Indigenista Missionário – CIMI, 2013. Disponível em: <<https://www.cimi.org.br/>>. Acessado em: 15 out. 2016.

ANDRADE, A. J. M. **O Jornal Boa Vista**: porta-voz dos projetos desenvolvidos no Território de Roraima no período de 1973 a 1979. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em História), Universidade Federal de Roraima. Boa Vista, 2016.

BARROS, J. A. **O campo da história**: especialidades e abordagens. Petrópolis: Vozes, 2004.

BERNARDES, A. G. Saúde indígena e políticas públicas: alteridade e estado de exceção. **Interface**, v. 15, n. 36, p. 153-164, jan./mar. 2011.

BEZERRA, J. B. **A migração e sua influência no crescimento urbano de Boa Vista-RR**. 2001. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Relações Fronteiriças) - Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, 2001.

BLACK, F.L. Infecção, mortalidade e populações indígenas: homogeneidade biológica como possível razão para tantas mortes. In: SANTOS, R.V.; COIMBRA Jr., C.E.A. Org. **Saúde e povos indígenas** [On-line]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

BLACK, F.L. Infecção, mortalidade e populações indígenas: homogeneidade biológica como possível razão para tantas mortes. Apud AKERREN, B.; BAKKER, S. & HABERSANG, R., 1970. **Report of the ICRC Medical Mission to the Brazilian Amazon Region**. Geneve, October 1970. (mimeo.). In: SANTOS, R.V.; COIMBRA Jr., C.E.A. Org. **Saúde e povos indígenas** [On-line]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p.63.

BRASIL. **Relatório Figueiredo**. Vol.1 – 1967, by Cedope UFPR, publicado em 21 de maio de 2013. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/142787746/Relatorio-Figueiredo>>. Acessado em: 12 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Casa de Saúde do Índio de Roraima (CASAI-RR), 2005.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 254, de 31 de janeiro de 2002. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 06 fev. 2002, n.º 26, Seção 1, p. 46.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Lei dos direitos autorais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 fev. 1998.

BRASIL. Decreto n.º 092, de 26 de outubro de 1982. Reserva de terreno para edificação da Casa do Índio em Boa Vista-RR. **Boletim Oficial do Território Federal de Roraima**, 29 out. 1982, ano XXXVI, n. 192, p. 13-14.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 jul. 1975.

BOURDIEU, P. **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense. 2004.

\_\_\_\_\_. **A Economia das trocas linguísticas – o que falar quer dizer**. São Paulo (SP): EDUSC, 1998.

\_\_\_\_\_. **Capital cultural, escuela y espacio social**. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 2012.

\_\_\_\_\_. **Sobre a Televisão: seguido de a influência do jornalismo e os Jogos Olímpicos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

\_\_\_\_\_. **Razões Práticas: sobre a teoria da ação**. Campinas: Papyrus, 1996.

\_\_\_\_\_. **O poder simbólico**. Tradução Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

\_\_\_\_\_; PASSERON, C.JR. **A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino**. Lisboa, 1970.

BRUCE, A.; URIHI, A. **A terra fortes Yanomami**. São Paulo: SP. 2009.

BUCHILLET, D. **Bibliografia crítica da saúde indígena no Brasil (1844 – 2006)**. IRD- Institut de RecherchepourleDéveloppement (França), Quito-Ecuador: Abya-Yala, 2007.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados**. Rio de Janeiro: Ipea, 2009 (Texto para Discussão n.º 1.426).

CARNEIRO, M.C. **História dos índios no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras - Secretaria Municipal de Cultura: FAPES, 1992.

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

CUNHA, M.C. **Índios no Brasil: história, direitos e cidadania**. São Paulo: Claro Enigma, 2012. 158 p.

DAVI K. Davi Kopenawa contra a “Xawara” [Entrevista de Talita Bedinelli]. **El País Brasil**, São Paulo, 28dez. 2014. [Acessado em: 27 fev. 2017]. Disponível em: <[http://brasil.elpais.com/brasil/2014/12/26/politica/1419618934\\_407302.html](http://brasil.elpais.com/brasil/2014/12/26/politica/1419618934_407302.html)>.

FARAGE, N. **As Muralhas dos Sertões: os povos indígenas no Rio Branco e a colonização**. Rio de Janeiro: Paz e Terra/ANPOCS, 1991. 197 p

FLECK, M.; SANTOS, S.V. Programa Intensivo de Preparação de Mão de Obra (PIPMO): na ordem do assalariamento. **Anais**, Programa de iniciação científica da UFRGS. Porto Alegre, 2003.

FONSECA, C.M.O. **As campanhas sanitárias e o Ministério da Saúde, 1953-1990**. Editora Fiocruz (Interlúdio), 2001.

FONSECA, E. F. R.; PORTO, F. **Fac-símile na pesquisa em história da enfermagem obstétrica: Inauguração da capela da Pró-Matre (1923)**. Revista de pesquisa cuidado é fundamental, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 1495-1505, out/dez. 2010. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1315/pdf\\_236](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1315/pdf_236)>. Acessado em: 10 nov. 2017.

FREITAS, A. **Estudos Sociais - Roraima: geografia e história**. São Paulo: Corprint Gráfica e Editora Ltda., 1998. 83 p.

GARCIA, F. V. **Pierre Bourdieu – la sociología como crítica de la razón**. Editora Montesinos. Espanha. 2002.

GARNELO L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, Luiza;

GARNELO L; PONTES, A.L. (Orgs.). **Saúde indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão; UNESCO, 2012. (Coleção educação para todos; v. 38. Série Vias dos Saberes; n.5).

GOFFMAN, E.1991. La ritualización de la feminidad. In: GOFFMAN, Ken (Org.). **Los Momentos y sus Hombres**. Barcelona: Península. p. 135-168.

GOMES, S. Projeto Radam e o parto. **Revista Projeto Rondon**, ano I. Brasília-DF: 2014, 46p.

GUGLIELMI, A. **A linguagem secreta do corpo: a comunicação não-verbal**. Tradução Denise Jardim Duarte. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

HAYD, R. L. N.; OLIVARES, A. I. O.; FERREIRA, M. L. S.; LUITGARDS-MOURA, J. F. **Um olhar sobre a saúde indígena no estado de Roraima**. Mens Agitat [On-line], Volume III, nº 1, 2008, p. 89-98. Acessado em: 09/09/2016. Disponível em: <https://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub1569.pdf>

HECK, E.; LOEBENS, F.; CARVALHO, P.O. **Amazônia indígena: conquistas e desafios**. Estud. Av. Vol. 19, n.53. São Paulo: 2005.

HERMANO, B.M. **O contato e suas consequências: o caso Yanomami**. 1.º Seminário Internacional Sociedade e Fronteiras, Vol. 1, 2012, Boa Vista-RR. **Anais**, Boa Vista: UFRR, 2012, p.211-28.

IGLESIAS, A. M. C. **Reflexões sobre os sentidos da cidadania: desde a diversidade da América Latina aos conflitos indígenas em Roraima, Brasil**. Dissertação (Mestrado em Sociedade e Fronteiras) - Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Fronteiras, Universidade Federal de Roraima. Boa Vista, 2015.

KOHLHEPP, G. Conflitos de interesse no ordenamento territorial da Amazônia brasileira. **Estudos Avançados**, vol. 16, n. 45 São Paulo: 2002.

LARA, R.; SILVA, M.A. **A ditadura civil-militar de 1964: os impactos de longa duração nos direitos trabalhistas e sociais no Brasil**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 122, p. 275-293, abr./jun. 2015. Apud NETTO, J. P. Pequena história da ditadura militar brasileira (1964-1985). São Paulo: Cortez, 2014.

LARAIA, R.B. (1932). **Cultura: um conceito antropológico**. Rio de Janeiro: Zahar, 2015, 25 p.

LAUDATO, L. **Yanomami pey këyo: o camino do Yanomami**. Brasília-DF: Universa, 1998.

LEONARDI, V.P.B. **Fronteiras amazônicas do Brasil: saúde e história social**. Brasília: Paralelo 15; São Paulo: Marco zero, 2000.

LIMA, M.I.C. **Projeto Radam: uma saga na Amazônia**. Belém: Pack Tatu, 2008.

PEREIRA, J. M.; MOURÃO, P.J.C. **Os ancestrais e a infância: elementos primários da formação do habitus político** DOI 10.5216/o.v12i1.17383. **OP SIS**, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 90-106, dez. 2012. ISSN 2177-5648. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/Opsis/article/view/17383>>. Acessado em: 20 fev. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Define os subtipos de estabelecimentos de saúde indígena e estabelece as diretrizes para elaboração de seus projetos arquitetônicos, no âmbito do subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS). **Portaria n.º 1.801, de 09 de novembro de 2015, Brasília, 09 nov. 2015**.

MORAES, M. A. P. Oncocercose entre os índios Yanomami. **Cadernos de Saúde Pública**. Vol.7, n.º 4. Rio de Janeiro: 1991, p.503-14.

NETO, M. O.; PORTO F. R.; NASCIMENTO S. A. **Application of semiotics in the analysis of facsimiles: a documentary research**. Online braz j nurs [periodic online]. 2012 Dec; 11 (3):848-64. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3705>>. Acessado em: 20 nov. 2016.

NETO, T. O.; NOGUEIRA, R. J. B. **Rodovias na Amazônia: o projeto de entrecortar o território através da Perimetral Norte BR-210**. Revista Eletrônica EXAMĀPAKU. (2015) Vol. 08, n. 03. ISSN 1983-9065. Disponível em: <<http://revista.ufr.br/index.php/examapaku>>. Acessado em: 23 dez. 2017.

OLIVEIRA, L. Roraima Noroeste – O mundo indígena... as missões... a cassiterita... a floresta. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, 17 jan. 1976; p.06-7, ano IV, 103ª ed. Acervo da Imprensa oficial do estado de Roraima.

OLIVEIRA, P.; FREIRE, C.A.J.R. **A Presença indígena na formação do Brasil**. Brasília: Ministério da Educação - Secretaria de Educação Continuada/Alfabetização e Diversidade/LACED/Museu Nacional, 2006. 268 p.

PEREIRA, J. M. **Notas sobre os contemporâneos da sociologia e suas contribuições para os usos da fotografia em pesquisas urbanas**. Estudos de Sociologia (Recife), v. 2, p. 293-329, 2016.

\_\_\_\_\_. **Cotidiano dos grupos na Praça de Fátima:** aspectos ecológicos e interações face a face no centro de Imperatriz - MA. *Tessituras: Revista de Antropologia e Arqueologia*, v. 4, p. 113-139, 2016a.

\_\_\_\_\_. **Engajamento militante e a “luta pela moradia em São Luís” entre as décadas de 1970 e 1980.** São Luís, MA. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Maranhão, 2011.

\_\_\_\_\_. **Muitos caminhos levam a Praça ou a Praça leva a muitos caminhos?** Uma narrativa sócio-histórica a partir da Praça de Fátima - Imperatriz, MA. *RBSE. Revista Brasileira de Sociologia da Emoção (Online)*, v. 14, p. 73-86, 2015.

\_\_\_\_\_. **Interações fotoetnográficas:** o “eu” e o “outro” na Praça de Fátima - ITZ. *Iluminuras (Porto Alegre)*, v. 16, p. 226-242, 2015a.

PERIMETRAL Norte marcará o encontro de civilizações: Era do computador com a da pedra lascada. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, p.2, ano I, 09ª ed.13 nov. 1973. Acervo da Imprensa oficial do estado de Roraima.

PIETROFORTE, A.V. **Semiótica visual, os percursos do olhar.** São Paulo: Contexto, 2004.

PONTES, A. L. (Org.). **Saúde Indígena:** uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012. p. 18-59.

PORTO, F.; SANTOS, T. C. F. **Triangulação dos dados na pesquisa em história da enfermagem.** *Revista de enfermagem o cuidado é fundamental*, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 25-27, 2006.

PORTO, F. **Os ritos institucionais e a imagem pública da enfermeira brasileira na imprensa ilustrada: o poder simbólico no click fotográfico (1919-1925).** Tese [Doutorado em Enfermagem] Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007.

PORTO, F. **Enfermagem:** Cruz Vermelha Brasileira e Anna Nery (1935-1956). (Relatório de Pós-doutorado). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2009.

REPETTO, M. Marco conceitual do Projeto Educação Cidadã Intercultural no contexto da escola indígena em Roraima-Brasil. In: REPETTO, M. et al. **Propostas educativas em cidadania intercultural.** Boa Vista: UFRR, 2008. 13-24 p.

RODRIGUES, E. P.; PINHEIRO, E.S. O desflorestamento ao longo da rodovia BR 174 (Manaus/AM - Boa Vista/RR). Uberlândia-MG, 2011. **Soc. & Nat.** n 23. set/dez. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/sn/v23n3/v23n3a11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sn/v23n3/v23n3a11.pdf)>. Acessado em: 25 set. 2017.

SANTOS, N. P. D. **Políticas públicas, economia e poder: o Estado de Roraima entre 1970 e 2000**. Tese (Doutorado em Ciências: Desenvolvimento Sócio Ambiental). Pará: Universidade Federal do Pará; 2004.

SANTOS, A. **Roraima: História Geral**. Boa Vista-RR: Editora da UFRR, 2010.

SILVA, E. S. Casa do Índio: uma ação social da FUNAI. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, 22 abr. 1983, p.08, ano VIII, 392<sup>a</sup> ed. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

THIRY-CHERQUES, H.R. **Pierre Bourdieu: a teoria na prática**. Rev. Adm. Pública vol.40 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais – A pesquisa qualitativa na educação**. São Paulo: Atlas, 1994.

TUXAUA visitou Governador. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, p.13-verso, ano III, 98<sup>a</sup> ed.6 dez. 1975. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

UNIDADE volante – atende aos bairros. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, p.6, ano I, 2<sup>a</sup> ed. 11 dez. 1973. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

VALE, A. L. F. **A imigração de nordestinos para Roraima**. Estud. av. vol.20 no.57 São Paulo May/Aug. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142006000200019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142006000200019)>. Acessado em: 18 jul. 2017.

VERANI C. B. L. A Política de Saúde do Índio e a Organização de Serviços no Brasil. **Boletim do Museu Paraense Emilio Goeldi**. Zoologia, Belém, v. 1, n.b, p. 143-164, 1999.

## LEGISLAÇÃO

BRASIL. **Decreto n.º 092, de 26 de outubro de 1982 (E)**. Reserva de terreno para edificação da Casa do Índio em Boa Vista-RR. Boletim Oficial do Território Federal de Roraima, 1982 out. 29, ano XXXVI, n. 192, p. 13-4.

\_\_\_\_\_. **Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999.** Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 1999 ago. 28.

\_\_\_\_\_. **Decreto-Lei n.º 1.136, de 7 de dezembro de 1970.** Altera a legislação pertinente ao Imposto sobre Produtos Industrializados. Diário Oficial da União, 1970 dez. 07.

\_\_\_\_\_. **Decreto-Lei n.º 5.812, de 13 de setembro de 1943.** Cria os Territórios Federais do Amapá, do Rio Branco, do Guaporé, de Ponta Porã e do Iguazu. Diário Oficial da União, 1943 set. 15, Seção 1, p.13.731.

\_\_\_\_\_. **Lei n.º 9.610, de 19 de fevereiro de 1998.** Lei dos direitos autorais. Diário Oficial da União, 1998 fev. 20.

\_\_\_\_\_. **Lei n.º 6.229, de 17 de julho de 1975.** Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Diário Oficial da União 18.07.1975

\_\_\_\_\_. **Lei n.º 6.001, de 19 de dezembro de 1973.** Estatuto do Índio. Diário Oficial da União 1973 dez. 21, Seção 1, p.13.177.

\_\_\_\_\_. **Lei n.º 9.836, de 23 de setembro de 1999.** Institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Diário Oficial da União, 1999 set. 24, Seção 1, p.1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 254 de 31 de janeiro de 2002.** Aprovar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Diário Oficial da União, Brasília-DF, de 06 de fevereiro de 2002, n.º 26, Seção 1, p. 46.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.801, de 09 de novembro de 2015.** Define os subtipos de estabelecimentos de saúde indígena e estabelece as diretrizes para elaboração de seus projetos arquitetônicos, no âmbito do subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS).

\_\_\_\_\_. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Casa de Saúde do Índio de Roraima (CASAI-RR), 2005.

## **FONTES**

AÇÃO integrada de saúde. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, 10 nov. 1974. Suplemento Especial, p.4, ano I, 11ª ed. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

AS FOTOS da viagem – Roraima Noroeste. **Jornal Boa Vista**, 1976 jan. 17; p.6, ano IV, 103ª ed. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

ATROARIS atacam tratores do 6.º BEC. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, 1975 mar. 23; p.10, ano II, 63ª ed. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

ATROARIS tentam flechar avião da FUNAI. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, p.2, ano I, 63<sup>a</sup> ed.23 mar. 1975. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

CAMPUS e Saúde firmam acordo. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, p.10, ano II, 66<sup>a</sup> ed.13 abr. 1975. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

CAMPUS comemora 6.º ano de instalação. **Jornal Boa Vista**, p. 2, ano III, 82<sup>a</sup> ed. 9 ago. 1975. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

CASAI-RR, Casa de Saúde do Índio de Roraima. **Relatório Anual 2013/CASAI-RR**. Boa Vista: CASAI-RR, 2014. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

COLONIZAÇÃO da Amazônia. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, p.4, ano I, 15<sup>a</sup> ed. 25 dez. 1973. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

CONVÊNIO de doenças transmissíveis. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, p.04, ano II, 57<sup>a</sup> ed. 2 fev. 1975. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

CONVÊNIO garante assistência aos indígenas. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, p.10, ano II, 68<sup>a</sup> ed.27 abr. 1975. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

CONVÊNIO promove integração do Território de Roraima. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, p.11, ano II, 62<sup>a</sup> ed.16 mar. 1975. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

FUNAI restringe visita dos índios à cidade. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, p.06, ano IV, 124<sup>a</sup> ed.5 jun. 1976. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

FUNAI vai criar agrovila para Índio aculturado. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, p.8, ano I, 2<sup>a</sup> ed.22 set. 1973. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

FUNAI vai demarcar áreas indígenas. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, p.04, ano IV, 129<sup>a</sup> ed.10 jul. 1976. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

FUNRURAL doará hospital para Bonfim e Vila Pacaraima. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, p.1, ano I, 02<sup>a</sup> ed.22 set. 1973. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

HOSPITAL moderno em Caracaraí. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, p.3, ano I, 03<sup>a</sup> ed.29 set. 1973. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.



INCENTIVOS fiscais para os projetos de mineração. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, p.7, ano I, 07ª ed.27 out. 1973. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

MENINGITE - Vacinação na Capital superou expectativa. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, p.06 e 07, ano III, 79ª ed.19 jul. 1975. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

METAS do Governo no setor de saúde para o biênio 75/76. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, p.03-5, ano II, 69ª ed.4 maio 1975. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

MINISTRO aprova dinâmica da Saúde. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, p.07, ano II, 63ª ed.23 mar. 1975. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

MINISTRO Ueki confirma urânio em Roraima. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, p.07, ano II, 56ª ed.2 fev. 1975. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

NOVO regimento interno para hospital e maternidade. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, p.08, ano II, 66ª ed.13 abr. 1975. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

PROJETO Bem-Estar Social cumpre mais uma etapa no interior. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, p.04, ano III, 83ª ed.16 ago. 1975. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

PROJETO Perimetral Yanoama tem início. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, p.3, ano I, 58ª ed.16 fev. 1975. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

PRONTO Socorro do Governo atendeu 8.954 casos em 1974. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, p.04, ano II, 67ª ed.20 abr. 1975.

SAÚDE bate recorde de atendimento no Interior. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, p.16, ano II, 74ª ed.8 jun. 1975. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

SAÚDE promove Operação Arrastão. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, p.06, ano II, 56ª ed.2 fev. 1975. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

SAÚDE Pública terá impulso no decorrer deste ano – Resultado de 1974. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, p.4-5, ano II, 54ª ed.19 jan. 1975. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

SECRETARIA de Saúde e Campus da UFSM vacinarão os Yanomanes. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, p.09, ano II, 67<sup>a</sup> ed.20 abr. 1975. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

SECRETARIA de Saúde e Secretaria de Obras aceleram a construção da enfermaria do Índio. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, p.02, ano II, 59.<sup>a</sup> ed.23 fev. 1975. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

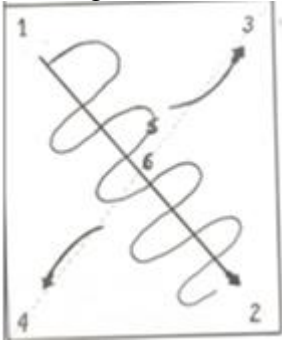
SECRETARIA de Saúde prepara recursos humanos. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, p.03, ano II, 62<sup>a</sup> ed.16 mar. 1975. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

SECRETARIA de Saúde terá mais equipamentos. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, p.09, ano II, 55<sup>a</sup> ed. 26 jan. 1975. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

SEMANA do Índio finaliza hoje. **Jornal Boa Vista**, Boa Vista, p.05, ano II, 67<sup>a</sup> ed. 20 abr. 1975. Acervo da Imprensa Oficial do Estado de Roraima.

# ***ANEXOS***

<b>Anexo 1 - Matriz de Análise</b>	
<b>1. Dados de Identificação</b>	
Localização de coleção	Nome da instituição pública ou proprietário
Nome da revista, jornal ou Periódico	
Ano de publicação	
Número da edição	
A página que contém a imagem	
Data de publicação	
Título ou título que acompanha a foto	
<b>2. Dados do plano de Expressão</b>	
Crédito	Autor de produção de imagem
Relação de imagem para o texto	Relatório de imagem - tipo de notícia que é composta exclusivamente de fotos com legendas, sem qualquer bloco de texto de apoio ou contextualização, com fotos sequenciais ou não, ao contrário de fotojornalismo.
Legenda	Texto para identificar imagem e / ou cena na imagem. Também considerado como um texto-legenda, que consiste em um texto curto e sempre editado com a foto. Os formatos podem variar entre uma linha para uma média de três a cinco linhas, sem parágrafos. Geralmente acompanhada por um título que reproduz um pormenor da arte. Assim, a legenda tem a função de permitir que o leitor obtenha conhecimentos relacionados com a imagem exibida. É considerado como um gatilho mental para permitir que o leitor a compreender a fotografia. Ele não contém informação ou não é evidente na imagem. É um convite a explorar melhor a imagem e descobrir significados menos evidentes, mas não é menos importante.
Abstrato	
Tipo de foto	A foto é colocada ou informal - também conhecida como instantânea - o último dos quais tem o seu início na década de 1920. O introdutor desta inovação foi o Dr. Erich Salomon, um fotógrafo alemão, considerado por Gisele Freund, para ser o primeiro a fotografar pessoas sem o seu conhecimento. A técnica foi referida como "instantâneo". A prática deste tipo de foto mais tarde serviu como base de fotojornalismo, liberando o fotógrafo, que até então tinha sido restrito a fotos colocados. Este tipo de fotografia permitiu a visualização diferenciada da foto porque ele começou a representar a realidade.
Formato	Desenho geométrico.
Traçado	Os <i>layouts</i> fotográficos são: <b>plano geral</b> , quando se retrata grandes ambientes, geralmente um exterior; <b>plano conjunto</b> , quando ele é destinado a pessoas quando eles não são os objetos centrais da foto;

	<p><b>plano americano</b>, quando as pessoas são retratadas da cintura para cima;</p> <p><b>primeiro plano</b>, conhecido como "fechar" para pessoas ou objetos; e o</p> <p><b>plano detalhado</b>, a primeira variante na sua representação máxima.</p>
A direção refere-se à imagem em relação à página	Horizontal e vertical.
Localização da imagem na página	<p>Áreas de visualização são áreas estratégicas que têm a visão como o princípio principal. Eles são fixados na parte superior esquerda do papel, porque estamos condicionados por escrito ocidental. Começa a partir de esquerda para a direita, o que caracteriza a forma como os nossos olhos o trabalho, influenciando decisivamente o nosso comportamento na leitura. A lógica racional para a leitura ocidental dá origem a seis áreas de visualização.</p>  <p>A zona primária ou principal (1) contém elementos de atração para chamar a atenção do leitor. O leitor então olha instintivamente diagonal para a frente ao canto inferior NO.DIAGONALMENTE É PARA 2 (zona morta - 4), a rota básica do olho se move da parte superior deixaram. Este é o direito UPPER (zona morta - 3) para a direita inferior (zona secundária - 2). Neste sentido, a importância da óptica (5) e geométrico (6) o centro da página é que ele necessita para oferecer características atrativas para a finalidade de leitura, de forma racional, sem o deslocamento rápida da visão.</p>
<b>3. Dados do plano de conteúdo</b>	
Imagens locais	Naturais, cenas, espaços externos e geográficas internas.
Fotos de pessoas	Grupo misto, homens, fêmeas, crianças, muitas pessoas retratadas; tema da imagem retratada.
Atributos pessoais	Roupas e acessórios que as pessoas usam e carregam.
Atributos da paisagem	Objetos, característica das cenas retratadas, elementos presentes para a composição do tiro.
<b>4. Dados complementares por outra imagem</b>	
Fonte de informação	Informações de localização.
Possíveis articulações com a imagem analisada	

Fonte: NETO, M.O.; PORTO, F.R.; NASCIMENTO, S.A. Aplicação da semiótica na análise de fac-símiles: uma pesquisa documental, 2012.

## ANEXO 2 – MASSA DOCUMENTAL COLETADA

N.	MATÉRIA JORNALÍSTICA	ANO	EDIÇÃO	PÁG.	DATA
01	FUNRURAL doará hospital para Bonfim e Vila Pacaraima	I	02	01	22/09/1973
02	Maternidade de Boa Vista será transformada em albergue	I	02	01	22/09/1973
03	Hospital moderno em Caracaráí	I	03	03	29/09/1973
04	Incentivos fiscais para os projetos de mineração	I	07	07	27/10/1973
05	Perimetral Norte marcará o encontro de civilizações: Era do computador com a da pedra lascada.	I	09	02	13/11/1973
06	Micro Maternidade se impõe à comunidade caracaraíense	I	09	06	13/11/1973
07	Ministro da Saúde concentrará esforços diretivos e executivos através das Secretarias de Estado	I	13	06	11/12/1973
08	Colonização da Amazônia	I	15	04	25/12/1973
09	Saúde Pública terá impulso no decorrer deste ano: Resultado de 1974.	II	54	04 e 05	19/01/1975
10	Demonstração de força: FUNAI	II	55	03	26/01/1975
11	Maternidade com muito mais conforto	II	55	04	26/01/1975
12	Secretaria de saúde terá mais equipamentos	II	55	09	26/01/1975
13	Ministro Ueki confirma urânio em Roraima	II	56	07	02/02/1975
14	FUNAI dará prioridade para a região amazônica	II	56	10	02/02/1975
15	Saúde promove Operação Arrastão	II	56	06	02/02/1975
16	Convênio de doenças transmissíveis	II	57	04	02/02/1975
17	Atendimento ao interior	II	57	03	02/02/1975
18	Projeto Perimetral Yanoama tem início	II	58	03	16/02/1975
19	Secretaria de Saúde e Secretaria de Obras aceleram a construção da enfermaria do Índio	II	59	02	23/02/1975
20	Secretaria de Saúde prepara recursos humanos	II	62	03	16/03/1975
21	Tuchaua visita Governador	II	62	04	16/03/1975
22	Convênio promove integração do Território de Roraima	II	62	11	16/03/1975
23	Atroaris tentam flechar avião da FUNAI	II	63	02	23/03/1975
24	Ministro aprova dinâmica da Saúde	II	63	07	23/03/1975
25	Governo e FUNAI assinam convênio	II	63	07	23/03/1975
26	Novo regimento interno para hospital e maternidade	II	66	08	13/04/1975

27	Campus e Saúde firmam acordo	II	66	10	13/04/1975
28	Pronto-Socorro do Governo atendeu 8.954 casos em 1974	II	67	04	20/04/1975
29	Secretaria de Saúde e Campus da UFSM vacinarão os Yanomamis	II	67	09	20/04/1975
30	Convênio garante assistência aos indígenas	II	68	10	27/04/1975
31	Metas do Governo no setor de saúde para o biênio 75/76	II	69	03 a 05	04/05/1975
32	Postos de Saúde da Prefeitura atendem Capital e Interior	II	69	05	08/05/1975
33	Saúde bate recorde de atendimento no Interior	II	74	16	08 a 15/06/1975
34	Notícias da Saúde - Equipe de saúde assiste o Baixo Rio Branco	II	75	02	16 a 20/06/1975
35	Meningite - Vacinação na Capital superou expectativa	III	79	06 e 07	19/07/1975
36	Roraima alcança o melhor índice de vacinação	III	80	06	27/07/1975
37	Campus comemora 6º ano de instalação	III	82	02	09/08/1975
38	Projeto Bem-Estar Social cumpre mais uma etapa no interior	III	83	04	16/08/1975
39	Tuxaua visitou Governador	III	98	13-v	06/12/1975
40	Roraima Noroeste – O mundo indígena... as missões... a cassiterita... a floresta. Reportagem de Laucides Oliveira. Fotos de Azmor Mora.	IV	103	06 a 07	17/01/1976
41	FUNAI restringe visita dos índios à cidade	IV	124	06	05/06/1976
42	FUNAI vai demarcar áreas indígenas	IV	129	04	10/07/1976
43	Uma “corrida” às jazidas da Amazônia?	IV	130	11	17/07/1976
44	Ministro determinou o fechamento da garimpagem no Surucucu	IV	137	03	04/09/1976
45	Vale do Rio Doce vai explorar Surucucu	IV	146	15-v	12/11/1976
46	O Governo na defesa dos interesses dos garimpeiros do Território. 2º Caderno - Edição retrospectiva dos fatos que fizeram notícia em 1976.	-	2º Caderno	04	01/01/1977
47	Ministro viaja pela BR-174 para decidir sua abertura	V	154	01	19/01/1977
48	Universitários do Rondon iniciam levantamento de áreas indígenas e missões	VIII	187	17	16/01/1981
49	Maloca da Raposa recebe visita do Governador no Dia do Índio	VI	204	05	21/04/1978
50	Criadas 16 áreas indígenas em Roraima e no Amazonas	VI	210	05	16/06/1978

51	FUNAI encerra curso de atualização em Enfermagem	VI	224	10	20/10/1978
52	Criação do Parque Yanomami e demarcação das terras indígenas – Assuntos que trouxeram a Boa Vista o Presidente da FUNAI	VII	260	01	10/02/1980
53	Parque Yanomami: uma questão de opinião	VII	261	02	24/02/1980
54	A semana do Índio. Texto: Dinarte Nobrega de Madeiro – Delegado Regional da 10ª/DR-FUNAI	VII	268	06	11/04/1980
55	SUCAM inicia nova campanha de vacinação no Território	VIII	293	04	22/05/1981
56	12 anos de integração: Campus Avançado de Boa Vista	VIII	303	09	31/07/1981
57	Índio quer ver terra produzir	VIII	331	01 e 07	13 a 19/02/1982
58	O Macuxi - O contato com os índios: o que você deve fazer	VII	332	10	20 a 26/02/1982
59	O Macuxi - O contato com os índios: o que você deve fazer	VII	333	09	27/02 a 05/03/1982
60	FUNAI pede Agrônomo para malocas	VIII	335	12	13 a 19/03/1982
61	Presidente da FUNAI ouve Tuxauas	VII	336	11-v	20 a 26/03/1982
62	O último índio puro	VIII	336	10	20 a 26/03/1982
63	Ottomar, o Governo da Saúde. JBV, Edição Especial.	VIII	340	19	17/04/1982
64	SILVA, Edileuza Sette. Casa do Índio: Uma ação social da FUNAI. Divisão de etnologia e folclore DAC/SEC.	VIII	392	08	22/04/1983
65	Casa do Índio – Uma ação social da FUNAI. Texto: EdileuzaSette Silva – Divisão de Etnologia e Folclore DAC/SEC.	VIII	392	08	22/04/1983
66	FUNAI constrói Hospital na área Yanomami. Texto: Zildo Batista Torreia.	VIII	396	05	21/05/1983
67	Política Indigenista. Texto: Zildo Batista Torreia.	VIII	397	03	28/05/1983