

## Tutela e indigenismo na Paraíba o assistencialismo à saúde potiguara sob a política do SPI (1941 – 1967)

## Tutela e indigenismo en Paraíba la salud de potiguara en la política del SPI (1941 – 1967)

*Claudia Cristina do Lago Borges<sup>1</sup>*

*Yris Campos Oliveira<sup>2</sup>*

### RESUMO

A tutela indigenista foi uma política implantada ainda na colonização, baseada na justificativa de catequizar e civilizar os “infantis, frágeis e não evoluídos” povos da terra. Com o objetivo de manter a exploração da força de trabalho, usurpação da posse das terras indígenas e implementação de mecanismos de apagamento das suas culturas, esta aparelhagem adotou novas estratégias durante a República, especialmente a partir de 1910, com a criação do Serviço de Proteção ao Índio. Este órgão deveria garantir assistência aos indígenas nos mais diversos âmbitos, dentre eles a atendimento a saúde, fosse na promoção e oferta de medicamentos gratuitos, bem como de recurso e assistência tanto para os que viviam aldeados quanto aos já “civilizados”. Na Paraíba, o SPI atuou junto aos povos Potiguara na Baía da Traição entre os anos de 1920 a 1967, através do Posto Indígena Nísia Brasileira. Com o objetivo de identificar as ações do Estado junto aos potiguara entre os anos de 1941 a 1967, e o grau de assistência quanto à saúde destes, este artigo resulta da análise documental do PI, disponível no acervo digital do Museu do Índio do Rio de Janeiro, com fins de identificar o confronto das ações estatais frente à cultura tradicional indígena, em particular quanto a estrutura disponibilizada pelo órgão tanto para o atendimento cotidiano de baixa complexidade, como para os períodos de crise epidemiológicas. Deste modo, a partir dos documentos analisados referentes ao período acima citado foi possível perceber quais as doenças mais comuns e o modo como essa assistência era prestada nas aldeias Potiguara.

**Palavras-chave:** SPI. Saúde indígena. Potiguara.

---

<sup>1</sup> Possui graduação em Licenciatura e Bacharelado em História pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1995), mestrado em História pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2000) e doutorado em História pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2008). É professora associada da Universidade Federal da Paraíba, lotada no Departamento de História. É professora do ProHistória e do PPGH

<sup>2</sup> Historiadora, formada pela UFPB. Integrante do Grupos de Pesquisa Abaiara - Estudos Indígenas da Paraíba.



## RESUMEN

La tutela indígena fue una política implementada durante la colonización, basada en la justificación de catequizar y civilizar a los pueblos “infantiles, frágiles y no evolucionados” de la tierra. Con el objetivo de mantener la explotación de la mano de obra, la usurpación de la posesión de las tierras indígenas y la implementación de mecanismos para el borramiento de sus culturas, este aparato adoptó nuevas estrategias durante la República, especialmente a partir de 1910, con la creación del Servicio de Protección al Indio. Este organismo debe garantizar la asistencia a los pueblos indígenas en las más diversas áreas, incluyendo la atención de la salud, ya sea en la promoción y oferta de medicamentos gratuitos, así como recursos y asistencia tanto para los que vivían en los pueblos como para los que ya eran “civilizados”. En Paraíba, la SPI trabajó con los pueblos potiguara en Baía da Traição entre 1920 y 1967, a través de la Posta Indígena Nísia Brasileira. Con el objetivo de identificar las acciones del Estado hacia la potiguara entre los años 1941 a 1967, y el grado de asistencia en cuanto a su salud, este artículo resulta del análisis documental de la PI, disponible en la colección digital del Museu do Índio do Rio de Janeiro de Janeiro, con el objetivo de identificar el enfrentamiento de las acciones estatales contra la cultura tradicional indígena, en particular en lo que respecta a la estructura puesta a disposición por la agencia tanto para la atención diaria de baja complejidad como para períodos de crisis epidemiológica. De esta forma, a partir de los documentos analizados referentes al período antes mencionado, fue posible comprender cuáles eran las enfermedades más comunes y cómo se brindaba esta asistencia en las aldeas de Potiguara.

**Keywords:** SPI. Salud indígena. Potiguara.

## INTRODUÇÃO

A conquista da América e o projeto colonial implantado nas terras brasileiras foi alicerçado não só pelas motivações econômicas e religiosas, mas também pela concepção da existência de uma “humanidade esclarecida que precisava ir ao encontro da humanidade obscurecida, trazendo-a para essa luz incrível” (KRENAK, 2019, p. 8). Nesse contexto, os indígenas constituíram motores de sustentação do sistema colonial, que tinha na prática dos descimentos e aldeamentos uma estratégia essencial para o cumprimento do objetivo civilizador, catequizador e econômico do chamado “novo mundo”. O processo de conquista de direitos dos povos originários caminha a passos lentos



ao longo da história. A Constituição de 1824, criada durante o Império, sequer mencionava sua existência, colocando essa questão a cargo das províncias e tendo a legislação anterior - de guerras e escravização - como a vigente. Curiosamente, esse processo ocorreu em um momento na qual a elite política brasileira queria criar um sentimento de uma nova nação, começando a considerar uma comunhão com os indígenas, que deveria ocorrer pacificamente ainda através da catequese (GOMES, 2018, p. 86).

Nesse contexto, é relevante trazer ao debate a criação do Ministério da Agricultura, em 1860, e a passagem da responsabilidade da política indigenista para esse órgão que, durante muito tempo, foi o responsável pela manutenção dos aparelhos de tutela, a exemplo, a posteriori, do próprio Serviço de Proteção ao Índio. O período imperial brasileiro configura um momento importante para o estabelecimento de concepções que se estendem para quase todo século XX, merecendo destaque - especialmente para a compreensão do tema discutido neste trabalho - a noção difundida nacionalmente de que os povos indígenas seriam incapazes política, mental e juridicamente, implicando em uma condição orfanológica que os colocava como necessitados da tutela (LIMA, 1995). Na República, o sistema de tutela encontra um novo modelo de execução, especialmente a partir de 1910, quando é criado o Serviço de Proteção ao Índio e Localização dos Trabalhadores Nacionais (SPI/ILTN), que posteriormente viria a ser apenas SPI, representando o órgão estatal responsável pela tutela indigenista até 1967.

Com a proposta de garantir o assistencialismo aos diversos povos indígenas do Brasil, o órgão estabeleceu diretrizes de ação, que vão desde o caráter da gestão administrativa nos postos indígenas, bem como definiu os termos de assistências voltadas à educação e à saúde. No entanto, deve-se ressaltar que, por se tratar de um órgão vinculado ao Estado brasileiro, e mais especificamente a determinadas pastas ministeriais ao longo de sua existência, os recursos financeiros eram, definitivamente, insuficientes para ao que estava proposto em seus documentos regimentais.

Desde o início de suas atividades, conforme o Decreto nº 8.072, de 20 de junho de 1910, era função do SPI, além de prover a assistência, mapear a ocupação territorial dos indígenas, para assim garantir-lhes a permanência em seus territórios e condições de sobrevivência, mas, para isso, adentraram em áreas diversas e se depararam com situações, inclusive, de povos não contatados. Assim, nesse exercício, ao mesmo tempo em que buscavam atender as populações no trato da saúde, não raro os funcionários do SPI foram também portadores e causadores de doenças, vitimando populações indígenas. Enquanto algumas doenças virais tinham tratamento disponíveis para populações não indígenas, os mesmos problemas epidemiológicos foram capazes de assolar grupos inteiros, tais como gripe, pneumonia, tuberculose, malária, coqueluche, sarampo, sífilis,



tracoma e outras, sendo causadores de elevados índices de mortalidade, tal como nos períodos iniciais da colonização do território brasileiro.

Ao longo dos 57 anos de existência do SPI, e pela sua própria estrutura organizacional, uma gama de documentos foi produzida pelos setores do órgão, dentre eles as Inspetorias Regionais (IR) e Postos Indígenas (PI), trazendo informações importantes para a compreensão do assistencialismo prestado no período de funcionamento. De acordo com Karnal e Tatsch (2012, p. 21), um documento atinge seu valor pela “teia social que o envolve e pelo que revela de mais amplo de uma época e de uma sociedade”. No caso da documentação do SPI, podemos extrair informações valiosas através das fichas de controle enviadas mensalmente do PI para a IR, de recibos, telegramas, listas de medicamentos, relatórios de bens e outros, que permitem entender quais as demandas do Posto, sua forma de organização, controle financeiro, organização escolar e, o que particularmente interessa a este trabalho, sobre os problemas de saúde mais enfrentados e de que forma o SPI, através do Posto Indígena, atuava nessa área. Não obstante, é importante ressaltar que, como se trata de documentos oficiais, o material apresenta muitos silêncios que impossibilitam, por vezes, uma conclusão exata, abrindo, entretanto, margens para discussões e reflexões.

A história do SPI e da sua atuação nos territórios indígenas ainda necessitam de estudos mais aprofundados. Atualmente, as referências mais indicadas são de autores como Antônio Carlos de Souza Lima, José Mauro Gagliardi, Seth Garfield e Manuela Carneiro da Cunha, que nos dão aporte geral para iniciarmos a jornada da pesquisa, especialmente sobre o caráter político deste órgão, porém, para identificar a extensão e o impacto das ações político-administrativas do Estado Federal sobre os povos indígenas de cada local, é preciso recorrer aos registros documentais. No caso do Nordeste, esses estudos são ainda mais escassos, e isto se acentua quando se trata da Paraíba. Se pensarmos pela ótica das especificidades temáticas, como é o caso da saúde indígena, o caminho da pesquisa torna-se ainda mais complexo, visto que os trabalhos até então publicados se concentram nas áreas da saúde e são reportadas ao século XXI. Assim, analisar historicamente a documentação do SPI junto aos potiguara se tornou latente, ao passo que tem nos permitido não somente compreender a atuação do Serviço de Proteção ao Índio no tocante a saúde, como também, entender qual foi seu papel para a preservação da vida dos Potiguara.

A ação do SPI nas terras Potiguara inicia-se entre 1920 e 1930 com a instauração de um PI na aldeia de São Francisco, o qual foi transferido para a Aldeia Forte em 1942 e renomeado Posto Indígena Nísia Brasileira. Até a extinção do SPI em 1967, o Posto produziu mais de 5 mil documentos que estão digitalizados e disponibilizados no acervo virtual do Museu do Índio do Rio de Janeiro. Tendo isso em vista, ao longo dos últimos 4 anos, tal documentação tem sido analisada



no âmbito do grupo de pesquisa (AUTOR), sendo uma das vertentes a análise sobre a assistência à saúde dos potiguaras pelo SPI.

Falamos de saúde indígena e a atuação do Estado sobre essa questão, é pensar nos inevitáveis confrontos entre culturas tradicionais versus a cultura ocidental. Enquanto a medicina tradicional das populações originárias controlava as doenças comuns aos aportes biológicos dos indivíduos, o contato com outros povos os deixou vulneráveis a doenças até então desconhecidas. A falta de imunidade biológica para determinados vírus, por exemplo, se tornou fatal para muitos povos, e por mais que o conhecimento científico e medicinal do chamado homem branco permitisse a cura para muitas doenças, fato é que as práticas curativas tradicionais nunca deixaram de existir. Nesta perspectiva, partimos para o seguinte questionamento: quais impactos são perceptíveis na saúde e medicina tradicional dos potiguara, a partir das ações do SPI?

Para responder esse questionamento, analisamos especificamente os documentos relacionados à atenção à saúde dos Potiguara da Baía da Traição - PB, entre 1941 e 1967, buscando compreender como se dava o assistencialismo a saúde indígena, principalmente em momentos de epidemia; identificar quais as principais doenças que atingiram essa população neste recorte temporal, e avaliar qual a estrutura oferecida pelo SPI na atuação de assistência à saúde dessa população. Como resultado da pesquisa, este artigo traz alguns recortes do extenso trabalho realizado, partindo de uma discussão, primeiro sobre a atuação do SPI no contexto político-administrativo, e em seguida, especificamente sobre os potiguara da Paraíba.

### **MORRER SE PRECISO FOR, MATAR, NUNCA! Considerações sobre a política indigenista do SPI**

A concepção de que os indígenas compõem um grupo de menor capacidade física e intelectual foi, por muito tempo, utilizada como justificativa para a imposição de um regime legal de tutela sobre tais povos. Para Manuela Carneiro da Cunha (1992), a origem da tutela pode estar atrelada aos povos aldeados, submetidos ou pelo poder eclesiástico ou pelos administradores da coroa. De todo modo, a condição de submissão impostos aos indígenas vem do discurso da imputabilidade, e implantada pelos Diretório dos Índios, em 1757.

Para o antropólogo Antônio Carlos de Souza Lima (2014), o regime de tutela aplicado aos povos indígenas na República, representa “o exercício de poder de Estado que incide sobre espaços (geográficos, sociais, simbólicos), por meio da identificação, nomeação e delimitação de segmentos sociais tomados como destituídos das capacidades plenas necessárias à vida cívica”. E mais, o autor demonstra que, as ações do Estado sob a roupagem de um órgão específico para fins de assistências



às populações indígenas, em quase nada se deferia das ações coloniais, e tão pouco mudou seu caráter ao seu fim. Nesse sentido, o que Lima expõe é que o SPI representará um poder estatizado de abrangência nacional (LIMA, 1995), que se contradiz ao passo em que se propõe a proteger os povos indígenas, mas utiliza em sua prática estratégias que atendem a um projeto de homogeneização, integração e tentativa de distanciamento das suas raízes culturais.

Naturalmente, não devemos esperar uma súbita mudança no tratamento das políticas indigenistas a partir da proclamação da República. Sua primeira Constituição, de 1891, não traz nenhuma lei direcionada especificamente aos povos indígenas, ficando a cargo dos governos estaduais conceber suas próprias constituições sobre o tema. Na prática, a maioria dos estados manteve os mesmos atos do Império (GOMES, 2018). O que marca de forma decisiva os anos iniciais da República é o interesse econômico no interior, expresso na expansão ferroviária e na construção de linhas telegráficas. Porém, no processo de construção das estradas e ferrovias, algumas rotas atravessavam territórios originalmente ocupados por populações indígenas. Desse modo, esses povos passaram a representar uma ameaça ao Estado e a ideia de progresso econômico, visto que resistiram – e resistem - fortemente para permanecerem em seu território, fato este que levou muitos a acreditarem que o sacrifício indígena era “um remédio indispensável a segurança dos que construíram uma civilização no interior do Brasil” (RIBEIRO, 2017, p 120).

Em 1907, já durante a abertura da estrada de ferro noroeste do Brasil, em São Paulo, conflitos entre indígenas e trabalhadores resultaram na contratação de bugreiros e na defesa aberta, por parte de alguns intelectuais, da morte indígena, o que levou o Brasil a ficar internacionalmente conhecido como defensor do extermínio dessas populações através de uma política nacional (GOMES, 2018). Em um contexto na qual a questão indígena era assunto em jornais e meios de comunicação em geral, em especial devido a má conduta em que o Governo Federal conduzia a situação, o então presidente Hermes da Fonseca, criou, em 29 de dezembro de 1910, sob a égide do Ministério de Estado de Negócios da Agricultura, Indústria e Comércio, um órgão responsável por cuidar das questões indígenas e dos trabalhadores rurais: o Serviço de Proteção aos Índios e Localização dos Trabalhadores Nacionais (SPILTN).

O Decreto 8.072/1910 que criou o SPILTN, foi o primeiro ato da República de regulamentação da situação jurídica do indígena, institucionalizando a política indigenista e determinando as normas de tratamento a tais populações. Nos anos iniciais de sua existência, o SPILTN era focado especialmente em localizar trabalhadores no interior do Brasil, a fim de promover o tão almejado desenvolvimento do país, enxergando os indígenas como potencial mão de obra que se converteriam em trabalhadores nacionais. Além disso, o Estado também pretendia



contatar essas populações a fim de possibilitar uma expansão capitalista em áreas de conflito entre indígenas e fazendeiros (GAGLIARDI, 1989).

Em 1918, o SPILTN vai ser desintegrado, restando somente o Serviço de Proteção ao Índio e excluindo o LTN, a partir do Decreto-lei nº 3.454, de 6 de janeiro de 1918. Desde o período de sua criação até sua substituição pela FUNAI, em 1967, o Serviço passa por muitos ministérios e acaba se perdendo dos seus objetivos iniciais, especialmente pela saída de alguns indigenistas e a desqualificação do quadro de funcionários (GAGLIARDI, 1989).

O SPI tinha como lema “Morrer se preciso for, matar, nunca!”, sendo sua criação profundamente incentivada pelas ideias positivistas presentes em demasia no período, junto a uma certa influência do liberalismo. Além disso, Gomes (2018) defende que a criação do SPI está intimamente ligada a um golpe dos positivistas republicanos contra a Igreja Católica, que até pouco tempo era responsável por tomar as decisões sobre os indígenas. Oficialmente, e, ao menos o que pregava em seus regimentos, o órgão visava realizar uma proteção acerca dos conflitos, garantir seus direitos territoriais, de acesso à saúde e educação, assim como respeitar a autonomia e costumes de cada povo.

A instalação de escolas, aulas de música, oficinas e utensílios agrícolas constitui, entre outras medidas, uma premissa de integração pacífica à comunidade geral, de forma a modificar culturalmente os indígenas diante desse processo civilizacional. O ser indígena era considerado como algo transitório que, em determinado momento, resultaria na sua integração à categoria de trabalhadores nacionais, concepção essa sustentada pelo discurso da perfectibilidade que imperava desde muito tempo. Basicamente, civilizar consistia em transformar os indígenas em mão de obra para uma economia de mercado e os incorporar na língua, forma de se vestir, religião e outros costumes (LIMA, 1995).

O contato inicial com cada aldeia indígena se dava seguindo as técnicas desenvolvidas pelo Marechal Cândido Rondon - nomeado diretor do SPI desde sua fundação - durante a Comissão das Linhas Telegráficas no século XIX, que incluía instaurar um primeiro contato de amizade. É muito provável que a pacificação dos povos indígenas e o contato inicial só obtiveram sucesso em decorrência da utilização das estratégias da Comissão Rondon (GAGLIARDI, 1989). Contudo, as técnicas de aproximação desenvolvidas por Rondon foram utilizadas homoganeamente pelo SPI, não considerando as especificidades de cada povo e sendo aplicadas medidas no pós-contato que iam de encontro aos ideais inicialmente pregados.

Com a Revolução de 1930, o Serviço sai do Ministério da Agricultura e é incorporado a uma seção do Departamento de Povoamento, do Ministério dos Negócios do Trabalho, Indústria e Comércio, perdendo seu prestígio e vivendo um dos períodos mais difíceis financeiramente. Isso



ocorre em um contexto de desavenças ideológicas do diretor do órgão, Rondon, um positivista ortodoxo fechado a movimentos revolucionários, e o chefe do Governo Provisório, Getúlio Vargas, um positivista pragmático. O prestígio do órgão só começa a ser retomado no fim da década de 30, após Rondon ter mediado durante 3 anos o conflito Peru-Colômbia, no alto do Rio Solimões (GOMES, 2018).

Em 1936, sob jurisdição do Presidente Vargas, o SPI aparece, através do Decreto nº 736, como órgão da Inspeção Oficial das Fronteiras, no Ministério de Estado da Guerra, permanecendo com as mesmas funções de outrora. Neste mesmo decreto é aprovado provisoriamente seu regulamento, que reafirma a função de prestar assistência e proteção aos indígenas contra o extermínio, a espoliação e a miséria, além de propor medidas de nacionalização e incorporação à sociedade. Tal documento possui particular importância para o nosso estudo, pois é justamente através dele que o tratamento à saúde indígena se torna obrigatoriedade do SPI. Nesta perspectiva, o Decreto determinava:

- 5) Tratal-os nas suas doenças, fornecedo-lhes, gratuitamente, medicamentos e outros recursos que então carecerem [...]
- j) fornecer, na fôrma do art. 8 deste Regulamento, os recursos necessarios ao tratamento das doenças, inclusive dietas, mesmo aos indios que vivam em promiscuidade com os civilizados, quando disso carecerem; (BRASIL, 1936, não paginado. Grafia do documento)

O atendimento médico especializado deveria ser oferecido nos Postos Indígenas (PI), que eram submetidos a superintendência e manutenção das Inspetorias Regionais do SPI e tinham inteira responsabilidade em assegurar a administração da aldeia, fiscalizar, implementar escolas, garantir uma educação moral e cívica com culto a bandeira e canto dos hinos, demarcar as terras, protege-los, preservar sua cultura, prestar assistência sanitária e difundir conhecimentos de higiene, exercícios físicos, instrução militar e outras medidas. Lima (1995), ao utilizar Foucault para discutir sobre os Postos Indígenas, os considera espaços tanto de segregação quanto de inclusão em uma rede nacional de vigilância e de controle. Essa afirmativa é reiterada com a utilização das forças militares para garantir a manutenção da ordem dos PI's.

Durante o governo Vargas, os povos indígenas ganharam maior visibilidade devido à excursão para o centro oeste, que integrava um projeto de construção de uma nova nação. A década de 1930 configurou um ambiente de tentativas de construir uma identidade nacional desvinculada da Europa e que celebrasse seu solo nacional, sua fauna, flora e os povos nativos. O processo em questão é de elementar importância na história dos indígenas do Brasil. No entanto, para Garfield (2011), este projeto implicava na eliminação de diferenças culturais, onde os indígenas ocupavam





um papel controverso, pois, ao passo que representavam um trunfo para a construção da Nação, também eram vistos como um empecilho.

Insistir no discurso da inferioridade dos povos indígenas não era somente uma questão ideológica, mas também ferramenta para os projetos políticos. As narrativas elaboradas eram alicerçadas em pesquisas científicas fraudulentas, como a do antropólogo João Batista Lacerda (1895 - 1915), que media os crânios dos indígenas botocudos e, através do seu tamanho, os considerava inferiores intelectualmente (GARFIELD, 2011). A infantilização e caracterização dos indígenas como preguiçosos, condenatória para um espaço de valorização do trabalho, foi utilizada como justificativa para apropriação das terras e do trabalho indígena. Assim, as políticas indigenistas, resultantes do culto ao Estado e ao desenvolvimento nacional, expressas através da tutela, exprimiam um descaso sistemático aos indígenas e os imprimia no estigma de imaturos e incompetentes, conforme apontado pelo próprio SPI:

O índio, dado seu estado mental, é como uma *grande criança que precisa ser educada, muito sensível a conselhos, elogios, presentes e outros estímulos, para viver e praticar o bem e modificar hábitos nocivos*. Como em geral eles têm bom-senso e são muito razoáveis com as pessoas em quem confiam, é quase sempre possível convencê-los e aperfeiçoá-los. (SPI, Relatório, 1939, anexo, p.3 apud. GARFIELD, 2011, p. 64. Grifo nosso.)

Toda a construção da imagem dos povos indígenas foi, em certa medida, possibilitada pelo cenário de industrialização, centralização política, migração rural e urbana e do contexto da Segunda Guerra Mundial, que, de acordo com Garfield (2011, p. 52), é "um terreno fértil para a invenção de tradições históricas". O Departamento de Imprensa e Propaganda (DIP) também teve um papel importante na divulgação das justificativas de que o assistencialismo se ampliava para o sertão, objetivando levar o desenvolvimento econômico e garantir a justiça social. O DIP retratava os povos indígenas como "robustos, emblemáticos do vigor do nativo brasileiro, amparados pelos bens industriais e, ainda assim, mantendo suas tradições." (GARFIELD, 2011, p. 39). Outras estratégias que alimentaram esse cenário de produção cultural e construção de uma ingenuidade foram: a instauração do dia 19 de abril como Dia do Índio; a criação do Conselho Nacional de Proteção aos Índios (1939) e de um Departamento de Filmes que comentasse as tradições e as transformações indígenas.

O discurso de valorização dos povos nativos do Brasil, que os colocava como amigos e guerreiros natos, acreditava, entre outras coisas, que o comunitarismo indígena sustentaria a economia política interior e fortaleceria a nação, assim como a mistura racial iria eliminar o conflito social e a benevolência natural dos indígenas regeneraria o potencial nacional (GARFIELD, 2011, p. 19). Uma das premissas do SPI era "impedir o desaparecimento anormal [prematureo] dos índios



pela morte de modo que a sociedade brasileira, além da obrigação que tem de cuidar deles, possa receber em seus seios a preciosa e integral contribuição do sangue indígena." (BRASIL, Departamento Administrativo de Serviço Público, 1939, p. 35 apud GARFIELD, 2011, p. 62).

Porém, esse enaltecimento dos nativos e das suas contribuições para a construção de um caráter nacional brasileiro atendiam objetivos que iam além de um fortalecimento do nacionalismo. Considerando o contexto ideológico propagado pela Segunda Guerra Mundial e diante de um processo de militarização do Brasil, essa exaltação pretendia atenuar os temores da elite no que se refere à miscigenação racial e ao despreparo militar para a guerra. Tal engrandecimento também se justifica na necessidade do Estado Novo incluir na construção da identidade nacional pessoas de descendências várias, como forma de indicar para a população multirracial e para as famílias influentes que faziam parte desse nicho, que não estavam corroborando com a ideologia propaganda pelos nazistas (GARFIELD, 2011).

Nesse ínterim, é proposto pelo então diretor da Seção de Estudos do SPI, Hebert Serpa, em 1947, criar o Serviço Médico-Sanitário do Serviço, visando ampliar a assistência do órgão nessa área, atuando de acordo com a divisão de organização sanitária do Departamento Nacional de Saúde (DNS). Um projeto desse tipo nunca havia sido elencado, assim como nenhum outro plano geral para solucionar as questões sanitárias das comunidades, ainda mais que levasse em consideração as especificidades culturais dos indígenas, que não deveriam ser tratados da mesma forma que a população em geral. Decorrente dessa proposta, cada IR deveria ter um médico chefe regional especializado em medicina indígena e com conhecimentos antropológicos, assim como um corpo técnico que contratasse enfermeiros e enfermeiras para atuar nos postos. No entanto, o Serviço Médico-Sanitário foi colocado em vigor apenas na década de 1950 pela Seção de Orientação e Assistência, mas, na prática, atuou bem aquém da proposta inicial, sendo feitas somente pequenas farmácias nos PIs e alguns contando com uma enfermeira (LIMA e AROUCA, 2014). A instauração desse projeto se dá em um momento na qual as questões que regem a saúde indígena ganham maior visibilidade, devido, em certa medida, a criação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas ligado ao Serviço Nacional de Tuberculose, do Ministério da Saúde, e da agenda nacional desenvolvimentista (LIMA e AROUCA, 2014).

Toda a visibilidade atribuída aos povos indígenas desde o Estado Novo faz com que a política indigenista do SPI tenha melhores condições de funcionamento, especialmente no tocante às medidas financeiras e de demarcação territorial (GOMES, 2018). Entre 1952 e 1954, a criação do Museu do Índio do Rio de Janeiro, por Darcy Ribeiro e Rondon, e a criação dos conceitos do Parque Indígena do Xingu (PIX), considerando uma nova visão do território indígena como uma terra única povoada por diversas etnias na região do Xingu, foram dois eventos que marcaram o



auge do SPI (GOMES, 2018, p. 94). Essa “boa fase” teria se mantido até a chegada do governo de Juscelino Kubitschek, em 1956, que assumiu a presidência do Brasil com 18 propostas para resolver os problemas sanitários do país, focadas especialmente nas endemias rurais e sem considerar a saúde indígena (SILVA e HOCHMAN, 2014).

Com a construção de Brasília e a abertura da Rodovia Belém-Brasília, os indígenas passaram a ser enxergados como habitantes das áreas de interesse econômico do governo. Nesse mesmo período, a capacidade de assistência do SPI na área de saúde era duramente criticada devido sua ineficiência e carência, o que resultou em um convênio SPI-DNERu (Departamento Nacional de Endemias Rurais)<sup>1</sup> e SUSA (Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas), apresentado pelo chefe da circunscrição do DNERu, em 1957 (SILVA e HOCHMAN, 2014). Em tal proposta, a atenção a saúde dos tutelados pelo SPI deixaria de ser responsabilidade desse órgão e passava para o DNERu, que deveria garantir: ações de assistência às endemias nos postos instalados pelo DNERu, combate da lepra, doenças venéreas e tuberculose, assistência clínica não especializada, hospitalar e domiciliar, assistência médico-sanitária no contexto de endemias, vacinação, distribuição de medicamento e internação em hospitais públicos. Ao SPI - que nunca teve grande parte da verba destinada à saúde - conferia pagar as despesas de internação privada, transporte, fornecimento de medicamentos, vacinas e criação de uma farmácia (SILVA e HOCHMAN, 2014). Em outras palavras, o SPI seria responsável por boa parte do financiamento, e o DNERu deveria garantir a assistência, tendo seus funcionários atuando conjuntamente.

A década de 1960, no entanto, configura um momento de instabilidade tanto na política nacional quanto dentro do SPI, com muitas mudanças em sua chefia e um evidenciamento da insuficiente qualidade de sua assistência. Desde a sua criação, o Serviço não tinha recursos humanos nem financeiros suficientes, cenário que perpassa a gestão de civis e militares dentro do órgão. A péssima situação do SPI durante o governo de João Goulart (1961 - 1964) foi um fator importante na junção de acontecimentos que corroboraram para seu fechamento em 1967. O relato de Moacyr Ribeiro Coelho (chefe do SPI em 1962) retrata bem a situação do Serviço nesse primeiro momento do governo de Goulart, que atinge fortemente a área da saúde, que nunca foi prioridade dentro do SPI, conforme descreve Coelho:

*Impõe-se promover a dignificação dos índios e das populações, para lutar contra males que vem os dizimando, apresentando-se acabrunhados, doentes, desnutridos, vivendo em choças e dormindo sobre o solo. [...] Se há um SPI e o resultado de suas atividades, até agora, é tão melancólico, algo não está funcionando. (COELHO, apud VALENTE, 2019, p 43. Grifo nosso.)*

Logo após o golpe de 1964, há a criação de um Inquérito Policial Militar (IPM) no âmbito do SPI, sob comando da Aeronáutica, em busca de irregularidades na administração durante os anos anteriores. A partir daí a chefia do Serviço é modificada diversas vezes até sua extinção, que se dá dentro de uma conjuntura de carência de verbas, desmandos, maus tratos e crimes dos funcionários do SPI aos indígenas no decorrer dos 57 anos de existência do Serviço, atrelado a acontecimentos da ditadura militar (1964 - 1985), como a briga interna pela sucessão presidencial do regime (VALENTE, 2019). No presente cenário, em 1967, o General Castelo Branco perde a disputa interna pela presidência para o General Arthur da Costa e Silva, que nomeia Afonso Augusto Albuquerque Lima como Ministro do Interior em março do mesmo ano. Costa e Silva realiza uma reforma administrativa na qual o SPI deixa de fazer parte do Ministério da Agricultura e passa para o Ministério do Interior, com Albuquerque Lima, que posteriormente perderia a disputa interna pela presidência para Garrastazu Médici (VALENTE, 2019). Com a ditadura e o projeto de colonização da Bacia Amazônica, os indígenas dessa região passaram a sofrer de forma mais escancarada com o descaso e o extermínio, o que foi severamente denunciado e motivou a instauração em 1967, por Albuquerque Lima, de uma CPI do Índio, sob presidência de Jader de Figueiredo Correia e resultando no Relatório Figueiredo (RODRIGUES, 2017).

Oficialmente, a extinção do SPI faz parte de uma tentativa de combate a corrupção dos civis que estiveram à frente do órgão, mas na realidade o Serviço foi comandado por militares na maior parte do seu tempo de atuação, mesmo antes do golpe. Ao longo de sua existência, o SPI cometeu muitos crimes, que

iam desde vendas de terras indígenas, desvios de dinheiro e bens indígenas, até escravização, estupro, envenenamentos, contaminação proposital de doenças, torturas, assassinatos e genocídios – estes praticados por fazendeiros, jagunços, policiais e funcionários do SPI (RODRIGUES, 2017, p 25).

Tais abusos também estiveram presentes entre os Potiguara, quando um funcionário do órgão envolveu o encarregado da enfermaria do PI Nísia Brasileira, Vicente Viana, acusado pelo chefe dos indígenas de São Miguel de proibir a extração de madeira pelos próprios nativos e declarar que “pouco importava que os índios vivessem ou morressem de fome” (MUSEU DO ÍNDIO, Caixa 170, 1938)<sup>2</sup>. Além desse episódio, já em 1954, Gabínio, encarregado do PI, é acusado de estar disposto a convocar a polícia para agir contra os indígenas da Aldeia Jacaré. Sua atitude é questionada por Sebastião Carneiro: “Parece até, Gabínio, que há um interesse todo especial, da parte do Posto, em provocarem desordem dentro do Patrimônio Indígena. Tudo que se faz é contra

os índios e em favor de particulares. É um paradoxo interessante.” (MUSEU DO ÍNDIO, Caixa 170, 1954)<sup>3</sup>.

Apesar de todos os escândalos envolvendo o órgão, Valente (2019) conclui que as motivações políticas de Albuquerque Lima foram as reais impulsionadoras da extinção do Serviço em 1967, sendo substituído pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que continuou o trabalho na mesma perspectiva do SPI.

### **ASSISTENCIALISMO À SAÚDE POTIGUARA NO POSTO INDÍGENA NÍSIA BRASILEIRA (1941 – 1967)**

Antes da chegada por portugueses, o povo Potiguara organizava-se em torno de 50 aldeias espalhadas ao longo da costa nordestina, com uma ocupação territorial que abarcava, além do sul de Pernambuco e do norte do Maranhão, todo o litoral da Paraíba, onde viviam na região que compreende o vale do rio Mamanguape, da Baía da Traição e da serra da Copaoba desde o início do século XVI. Eles foram um dos primeiros povos a serem contatados pelos europeus nessa região, entre 1501 e 1505, sendo seu processo de conquista marcado por inúmeros conflitos contra os portugueses e seus aliados, diferente da relação que estabeleceram com os franceses, com quem mantinham vínculos comerciais. Tais conflitos, travados tanto contra os portugueses quanto com outras etnias, resultaram no recuo dos Potiguara para o território que hoje compreende Baía da Traição, Rio Tinto e Mamanguape. A realidade de tal povo durante a colônia não difere, portanto, da dos demais indígenas do Brasil no que compete ao cenário de guerras, chacinas e propagação de doenças contagiosas.

Acredita-se que a população Potiguara pré-contato figurava em torno de 100.000 indígenas (BATISTA, 2021), contendo, nos anos anteriores a instauração da tutela do SPI na Baía da Traição, aproximadamente 422 pessoas, conforme nos informa um levantamento etnográfico realizado pelo órgão em 1923<sup>4</sup>. Mesmo considerando que a possibilidade de algum grau de equívoco em tal levantamento não pode ser integralmente descartada, é evidente a dimensão do extermínio provocado pelo processo de colonização. A violência sofrida pelos povos indígenas, como bem sabemos, não se resume à morte física. Nesse sentido, presumir que seus costumes, práticas, saberes e tradições se mantiveram inalterados, mesmo diante da implementação de um projeto histórico de supressão étnica é, além de ingênuo, incoerente. O principal meio de transmissão das culturas nativas consiste na oralidade e vivência das práticas junto aos troncos velhos, algo que vem se difundindo cada vez menos entre as novas gerações e dificultando o surgimento dos novos ramos<sup>5</sup>.



Atrelado a isto, as tradições de cura se modificaram ao longo dos anos. Os pajés do povo Potiguara, por exemplo, foram substituídos por rezadores e rezadeiras imbuídos de um cunho cristão durante muitos anos, retomando a prática da pajelança apenas com a emergência de movimentos indígenas a partir da década de 1960 (BATISTA et al., 2021). Isto posto, durante quase todo o período de atuação do SPI na Baía da Traição, a pajelança não era uma prática presente e sim a dos rezadores. Tal povo preserva a sua forma de tratar as questões ligadas à saúde ao passo que creem em uma "profunda interligação da sanidade física com conceitos cosmológicos da dimensão espiritual, do invisível, do imaterial, sobretudo da força de Deus Tupã, da natureza e dos ancestrais" (BATISTA et al., 2021, p. 13). Para eles, as doenças têm origem tanto no plano material/físico (doenças do corpo) quanto no espiritual (doenças da alma), podendo tais dimensões estarem associadas ou dissociadas entre si. As práticas de cura são múltiplas e cada problema exige um trato específico, mas "todos concordam que é somente com a fé, tanto no pensamento quanto no espírito, que se cura. A fé é a junção ou o alinhamento da força da mente com a força do espírito, liberando assim as forças do mundo invisível para as de cura." (BATISTA et al., 2021, p. 25).

Por mais que as rezas e a pajelança se destaquem, terapias com banhas de animais e plantas também ocupam um espaço de importância. As plantas, principalmente, são consideradas como detentoras de sua própria espiritualidade, necessitando de uma série de cuidados no seu trato, não podendo ser colhidas de forma desrespeitosa (sempre pedir licença), em qualquer horário ou de qualquer lugar (não pode ser de beira de estrada, pois retém a energia daqueles que passam ali). Assim como, a pessoa que for utilizá-la, geralmente o pajé, deve passar por um período de preparação, sem atividade sexual, sem pensamentos negativos e outros cuidados durante 3 dias, a depender de qual mal será tratado.

No tocante à saúde indígena, antes da criação do Serviço de Proteção ao Índio e da passagem da responsabilidade dessa área para o órgão, ela estava a cargo do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Na realidade, a saúde indígena era desconsiderada inclusive pelo Sistema Nacional de Saúde da época, sendo ainda prematura durante as três primeiras décadas de atuação do SPI. Por mais que os postos indígenas tivessem estrutura e material médico necessário, geralmente não havia profissionais da área para atuar. De modo geral, o Serviço de Proteção ao Índio não tinha suporte técnico e especialmente financeiro para atuar de forma eficaz na área da saúde, o que resultou em uma assistência falha e insuficiente, fato que também está relacionado à falta de capacitação dos profissionais de saúde para atuar em comunidades indígenas.

De acordo com Palitot (2011, p 42), a priori, o SPI passa a atuar no território da Baía da Traição a partir de uma reivindicação dos próprios indígenas, que queriam uma atuação imparcial por parte do órgão, que defendesse e reconhecesse seus direitos e costumes em relação aos não-



indígenas que viviam na mesma área. Porém, os agentes responsáveis pelo SPI mostraram realizar alianças com políticos locais e utilizarem de coerção militar e institucional para que os preceitos do Serviço fossem cumpridos. O que era questionado por parte dos tutelados não era a “validade da estrutura hierárquica implantada, mas a legitimidade dos ocupantes dos cargos de poder, buscando sempre exercer algum tipo de controle sobre estas figuras” (PALITOT, 2011, p 42).

Antes da implementação do Serviço no território, a documentação analisada indica a realização, em 1923, de um levantamento etnográfico entre os Potiguara para identificar a necessidade ou não da tutela indigenista. Tal estudo<sup>6</sup>, realizado por Dagoberto de Castro e Silva, indica a perda da língua originária e o afastamento dos costumes tradicionais do povo Potiguara, concluindo que, por estarem distantes de sua ancestralidade e manterem contatos com mestiços, não configuram “autoctones legítimos” e, logo, mereciam a assistência restrita a Localização dos Trabalhadores Nacionais, dissociados do SPI. A criação do Serviço definiu de forma prática quem era ou não indígena e se estava apto para receber o serviço estatal (LIMA, 2014). Apesar desse levantamento, a tutela indigenista do SPI é implementada na Baía da Traição entre 1920 e 1930, na Aldeia de São Francisco, sendo transferida para a Aldeia do Forte em 1942, onde foi construído o PI Nísia Brasileira.

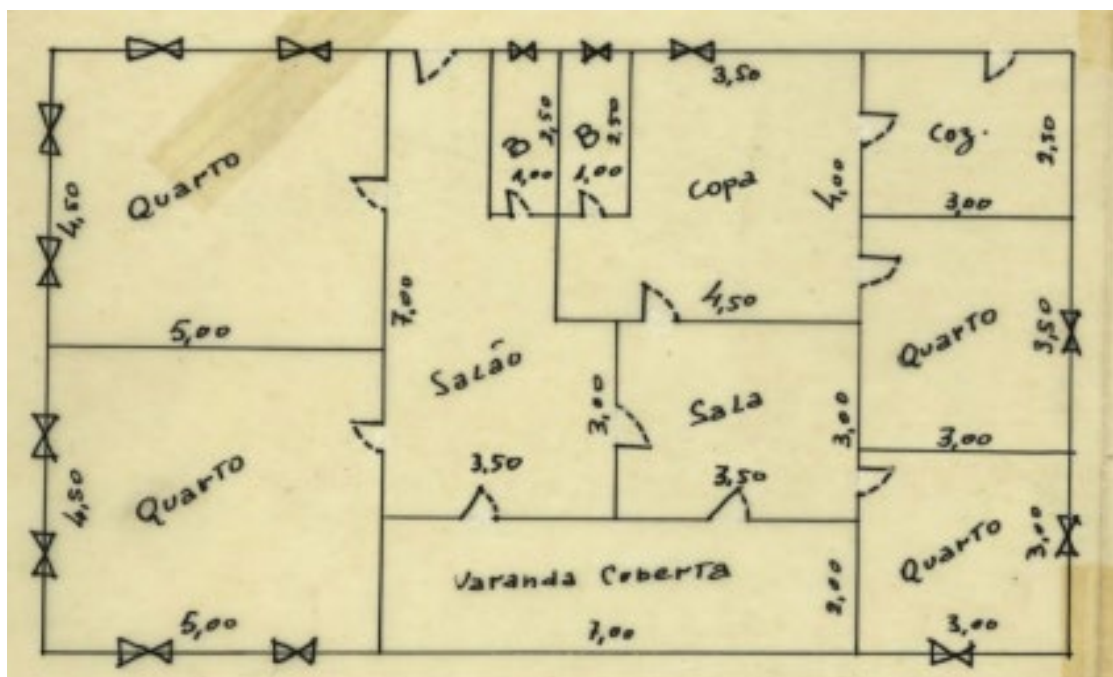
É crucial salientar que a presente documentação estudada neste trabalho deve ser vista considerando que o período de 1941 a 1967 abarca diversas fases do órgão, onde é possível perceber variações na forma de prestação da assistência à saúde no PI Nísia Brasileira, mudando especialmente à medida em que os encarregados do Posto eram substituídos. De forma semelhante, essa relação conflituosa também se expressa entre o PI e alguns tutelados, que nem sempre eram simpáticos às ações do Serviço. Não raro encontramos relatos de descontentamento com as ações do SPI, especialmente pelos habitantes da Aldeia Jacaré, que frequentemente realizavam boicotes e levantes que costumavam findar em ações policiais.

Desde a instauração do PI Nísia Brasileira no território Potiguara até o ano de 1945, a principal ação na área da saúde foi a construção de uma enfermaria que pudesse atender as necessidades básicas dos indígenas, assim como a prestação de uma assistência imediatista. A enfermaria do Posto começou a ser construída no final de 1941, quando o inspetor Dustan Soares da Miranda ainda era o responsável pelo PI, juntamente com o Encarregado Vicente Ferreira Viana. Antes da construção da enfermaria, em caso de enfermidades, os indígenas precisavam ser levados as cidades vizinhas para ter uma assistência mínima, algo que se manteve em alguns casos mais graves mesmo após a construção do espaço. O último documento referente a construção do prédio da enfermaria data de 31 de dezembro de 1943, sendo um recibo de mão de obra e apontando uma



demora de 3 anos para o seu término. A enfermaria foi avaliada, na década de 1960, entre Cr\$ 25.000,00 e Cr\$ 30.000,00 cruzeiros, sendo o quarto maior patrimônio do Posto.

FIGURA 01: PLANTA BAIXA DA ENFERMARIA DO PI NÍSIA BRASILEIRA



FONTE: Museu do Índio. Caixa 169, documento BR RMJI SPI - IR4 - 071 - 016 - 40 - f 16, p. 734, 1965.

Por mais que a parte física já estivesse concluída em 1943, sua inauguração só aconteceu em 22 de outubro de 1944, período no qual foi instalado o material médico-cirúrgico necessário, assim como se deu a aquisição de medicamentos e fardamentos. Os utensílios médico-cirúrgicos e o material de laboratório disponível na enfermaria foram comprados no momento de sua inauguração, permanecendo os mesmos, sem alterações significativas, durante todo o período de existência do SPI. Já nos últimos anos do órgão, alguns documentos apontam a inutilização de 2 ferramentas devido ao desgaste, não sendo repostos por novos utensílios.

Todavia, documentos que mostram a contratação de um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem<sup>7</sup>, assim como a compra e reposição de medicamentos e materiais para a enfermaria<sup>8</sup> estão presentes desde 1942, indicando a existência de uma assistência à saúde desvinculada do prédio físico, acontecendo antes do fim da sua construção. Não é possível aferir, entretanto, o horário de funcionamento da enfermaria, sabendo somente que ela se localizava a 6 km do PI (na Aldeia do Forte). Tendo em vista que havia apenas esse prédio para atender diversas aldeias separadas, provavelmente a distância dificultou o acesso de alguns indígenas à assistência médica,



especialmente quando doentes. Do mesmo modo, é possível que tal distância e as limitações de transporte para traslados de pacientes de outras aldeias para o posto, tenham contribuído para a permanência e propagação dos costumes tradicionais de cura.

Como já mencionamos, a partir de 1950 as questões que regem a saúde indígena alcançam melhores condições, alavancadas pelo projeto do Hebert Serpa. Porém, ainda assim o referido PI enfrenta uma considerável carência medicamentosa, o que vai se agravar nos anos seguintes em decorrência, entre outras coisas, de surtos e epidemias que passaram a atingir o Posto a partir de 1952. Esta é, sem margem para dúvidas, a década mais difícil no tocante à saúde potiguara durante a tutela do SPI e, por mais que o Posto tivesse enfrentado inúmeras dificuldades, o cenário provavelmente seria mais assustador se o mesmo tivesse ocorrido nos anos anteriores. Os documentos não informam com precisão os períodos de pico e número de casos identificados das doenças, portanto, sua duração foi baseada nos momentos de primeira e última aparição na documentação, dentro do ano em questão.

Os surtos iniciam-se em 1952, com o registro de 30 crianças com coqueluche em maio, momento em que o Posto não detinha medicamentos e recursos para controlar a doença<sup>9</sup>, agravada em julho. No mês seguinte, no entanto, o agente Sebastião Francisco da Silva<sup>10</sup> indica uma melhora no quadro: "graças às providências tomadas pelo Sr. chefe da 4ª Inspeção Regional deste serviço. Estamos contando com uma grande melhora nos índios acometidos de coqueluche, podemos dizer que 50% já estão completamente estabelecidos." (MUSEU DO ÍNDIO, caixa 167, p 1093). Situação semelhante foi vivida em 1953, mas dessa vez com uma epidemia de gripe acentuada a partir de junho, com grande necessidade de medicamentos, não tendo o PI meios de combater a enfermidade e enfrentando uma procura diária de remédios.

Em 1954, o Posto é gravemente atingido por uma epidemia de varíola, que, por mais que apareçam nos documentos apenas no intervalo de janeiro a outubro, em junho é informado à Inspeção que os Potiguara são acometidos por esse mal há aproximadamente um ano. Nesse período, a documentação analisada revela uma preocupação das autoridades em prestar assistência médica e alimentícia aos indígenas, sendo esses, fatores que aparecem em quase todas as fichas mensais de controle do Posto.

Entre as medidas tomadas pela organização do PI para evitar a propagação da doença, foi solicitada, durante os primeiros meses, a presença das autoridades sanitárias do posto de saúde de Mamanguape, município vizinho, na qual um médico e uma enfermeira foram mandados para realizar a vacinação de moradores, o que estabilizou até certo ponto a propagação da varíola. Mas o problema foi agravado em junho, visto que a vacinação realizada em janeiro atingiu um número insuficiente de pessoas diante da quantidade de habitantes, "de maneira que os que não foram



atendidos com a medida preventiva estão caindo com o mal havendo casos cujos prognósticos são reservados” (MUSEU DO ÍNDIO, caixa 168, p 1405)<sup>11</sup>. É válido lembrar, todavia, que o imunizante só pode ser recebido por aqueles que não estão infectados pela doença, além de terem como grupo prioritário as crianças. Somada a baixa vacinação, o Serviço já não estava mais conseguindo atender os casos com o antibiótico (penicilina) necessário para controlar a evolução da doença, conforme relatado no seguinte documento:

Temos enfrentado com certa dificuldade o surto de varíola que vem pesando sobre os índios há alguns meses. A falta de higiene, aliada a de precaução, têm sido os fatores de propagação do mal, tendo **levado a doença a todas as casas**, havendo maior predominância em S. Francisco, Galêgo e Traíçoera. [...] Há-nos favorecido muito o credito que pessoalmente temos conseguido entre alguns comerciantes da Vila da Bahia da Traição, embora nos custe o favor, a majoração de seus preços. (MUSEU DO ÍNDIO, Caixa 170, 1954, p. 234 – 235. Grafia da época. Grifo nosso.)<sup>12</sup>

Com a contaminação, muitos indígenas ficaram sem seus meios de subsistência, não podendo trabalhar e precisando recorrer ao auxílio do PI para se alimentarem e conseguirem medicação. Infelizmente, o próprio Posto não detinha recursos para suprir essa demanda mesmo solicitando a Inspeção Regional (IR4). Assim, na tentativa de controlar o surto de varíola, a seguinte medida foi tomada:

[...] diante dos numerosos casos de varíola e outras doenças, pedi a presença de um médico da saúde pública. Este, tudo quanto fez foi constatar o estado sanitário e deixar algumas linfas para vacinação e varias receitas, cujos medicamentos não são encontrados nas proximidades, alem de que são necessarios recursos para o aviamento dessas receitas. Encareço esse suprimento. Alem de tudo muitos dos doentes estou procurando de maneira muito precaria suprir-lhes de alimento. (MUSEU DO ÍNDIO, caixa 168, p 1407).<sup>13</sup>

A varíola persistiu durante vários meses, constituindo a enfermidade mais grave e duradoura do período, que só encontra um momento de estabilidade em outubro e a partir daí deixa de aparecer na documentação. Este, contudo, não foi o único mal que trouxe consequências para os Potiguara em 1954, disputando espaço com outras moléstias que atingiam as aldeias paralelamente. Ainda em fevereiro, a população é acometida por um surto de disenteria que vitimou 3 crianças<sup>14</sup>. Em agosto, a coqueluche passa a atingir os moradores, não sendo controlada pelas medicações convencionais e havendo necessidade de uma vacina preventiva que não era vendida na Paraíba. Sem acesso ao imunizante, em outubro, os casos de coqueluche passaram a ser tratados com rhudiciline, penicilina e xaropes, obtendo resultado positivo, mas sendo insuficiente para todos



os enfermos. A referida doença foi estabilizada em novembro, mas em janeiro de 1955 há uma continuação da epidemia, dessa vez junto ao sarampo e a malária, deixando novas vítimas. Nos próximos meses não há uma mudança significativa nesse quadro, continuando com a incidência de casos de malária e outras doenças de maio até setembro, onde casos de gripe começam a surgir com maior frequência, sem que haja recursos para tratá-los.

Deste momento até 1963, os documentos de saúde no PI Nísia Brasileira trazem informações muito vagas e que não permitem um estudo mais detalhado, fator que pode estar ligado ao convênio SPI-DNERu e SUSA. As únicas informações que temos de tal período vêm de telegramas que surgem a partir de novembro de 1957, informando doenças oculares e necessidade de colírios e medicamentos, e em dezembro, com a ocorrência de aproximadamente *800 casos de gripe asiática*, quase todos apresentando quadro de hemorragia nasal e *já tendo ocorrido óbitos*. Essa circunstância deixou o Posto em situação calamitosa devido o esgotamento total de medicamentos para o tratamento, sendo solicitados com urgência a IR4 e comprados sem a autorização prévia devido à sua necessidade latente. No âmbito geral do SPI, Moacyr Coelho é substituído pelo médico Noel Nutels em 1963, ano em que novos documentos com informações mais amplas voltam a aparecer nos registros do PI Nísia Brasileira, indicando o atendimento de 125 indígenas de gripe de caráter maligno, havendo muitos outros doentes, mas até então sem nenhum óbito. Além disso, 50 indígenas estavam acamados com gripe, sendo tratados com medicamentos presentes no PI e necessitando de alimentação devido impossibilidade de trabalhar. Casos mais específicos e com uma maior gravidade eram levados pelo antigo SAMDU (Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência) para atendimento externo, tendo em vista que a enfermaria não tinha como realizar determinados procedimentos.

Um documento de 1965 apresenta a planta baixa da enfermaria e indica que ela está vazia e com pessoas morando dentro, no entanto, não há mais nenhuma informação sobre o assunto. Não sabemos se o prédio foi desativado e a enfermaria realocada, mas, é certo que a assistência permanece de alguma forma, visto que os medicamentos continuam sendo comprados, o enfermeiro continua sendo pago e os utensílios médico-cirúrgicos ainda compõem no registro de patrimônio indígena. A situação calamitosa em geral não se modificou em 1967, e com a assistência social em situação precária, segundo um relatório de inspeção de 29 de dezembro: “O posto atualmente nada tem. Casos de urgência, de doença, parturientes, etc., são levados para a cidade de Rio Tinto, distante aproximadamente 20 quilômetros.” (MUSEU DO ÍNDIO, caixa 170, p 1441)<sup>15</sup>.

A longa gama de documentos analisados evidencia a necessidade de profissionais da saúde e, especialmente, de medicamentos, como os maiores problemas da área. Desde a construção da enfermaria até a extinção do SPI, o Posto Indígena contou somente com 1 auxiliar de enfermagem



e, periodicamente, 1 enfermeiro para prestar assistência aos indígenas. Não havia, portanto, um médico fixo, sendo contratado somente em dois momentos: de janeiro a maio de 1951 e em outubro e novembro de 1952. Em janeiro de 1952, um médico foi colocado à disposição do PI pelo então governador da Paraíba, Pedro Gondim, mas não podemos aferir quanto tempo ele teria atuado junto aos indígenas. Ocasionalmente um médico era enviado ao PI para fazer alguma avaliação das questões da saúde, mas isso não era frequente e muito menos duradouro. Quando necessário, recorria-se ao apoio dos médicos de Mamanguape, que atenderam os indígenas durante a epidemia de 1954 e 1955, assim como o fazem em momentos específicos. Salvo esses raros episódios, o cenário comum aos Potiguara era a necessidade de se locomover a cidades vizinhas para receberem um atendimento mais completo, tendo suas despesas pagas pelo Posto.

A verba para a compra de medicamentos era destinada ao PI e os funcionários do órgão realizavam essa compra em farmácias de Rio Tinto, Mamanguape e João Pessoa. Isso posto, é possível afirmar que tais medicamentos eram adquiridos levando em consideração as necessidades e demandas do Posto, o que nos permitiu, ao identificar a natureza desses fármacos e qual a sua demanda de reposição, traçar os primeiros passos da construção de um perfil epidemiológico dos Potiguara durante o período em questão. Não é possível, no entanto, identificar todos os medicamentos, visto que alguns documentos se encontram ilegíveis devido ao desgaste. Ainda assim, mesmo que os números aqui apresentados não sejam totalmente exatos, é pouco provável que os fármacos não identificados provoquem grandes modificações nos resultados obtidos. Muitos dos medicamentos adquiridos prometiam curar todos os males, algo comum em produtos ditos naturais, que tratariam malária, tuberculose, gripe, febre, amarelo, reumatismo, problemas cardíacos, hepáticos, renais e diversas outras enfermidades em um único remédio. Folhas *in natura* e elixires à base de plantas e raízes também eram comprados, mas ainda assim configuram uma minoria em relação aos demais produtos.

**TABELA 01 - ANÁLISE DE REPOSIÇÃO MEDICAMENTOSA**

Número de reposição de medicamentos (1942 - 2964)	
Quantidade	Utilidade
91	Gastrointestinais
45	Antissépticos e tratamento de feridas
39	Respiratórios
36	Vitaminas e fortificantes
33	Dores e anti-inflamatórios
24	Dermatológicos
19	Ginecológicos



15	Antibióticos
13	Gripe
11	Hepáticos
10	Ansiolíticos
9	Oftálmicos
9	Reumatológicos e musculares
7	Renais
6	Tuberculose e brucelose
6	Cardíacos
5	Vermes
3	Anestésicos
3	Piolho e sarna
3	Odontológico
3	Purificador de sangue (infantil)
3	Labirintite
2	Malária
2	Infecção sexualmente transmissível

---

FONTE: Acervo Museu do Índio

Ao analisar o número de vezes em que cada medicamento foi repostado na enfermaria, identificamos um considerável consumo de remédios para doenças do trato gastrointestinal, que têm suas parasitoses e infecções disseminadas, em grande medida, pela falta de saneamento nas aldeias e Postos, assim como pela má qualidade da água. Na medicina tradicional Potiguara, tais problemas são tratados com chás ou goma de tapioca diluída em água, preparada de acordo com a fase da lua (BATISTA et. al., 2021). Na sequência, antissépticos e produtos para o tratamento de feridas também apresentam grande procura, frutos do trabalho agrícola, sendo tradicionalmente tratados através de chás, emplastos e rezas. Os males respiratórios, comuns entre os povos indígenas do Brasil, também parecem ser recorrentes, expressos principalmente em bronquite e tosse.

De modo geral, os medicamentos mais repostos são referentes a doenças consideradas do dia a dia, que não apresentam riscos elevados. Tal afirmação é reiterada quando observamos a quantidade comprada em cada remessa, destacando-se, além dos já mencionados, os medicamentos para dores em geral e antitérmicos, gripe (foram os segundos mais comprados em 1954, ano da epidemia), vitaminas e fortificantes, vermífugos, problemas reumatológicos e musculares, doenças hepáticas, suplementos para gestantes e outros medicamentos ginecológicos. Entre os Potiguara, o parto geralmente era feito com as mulheres de cócoras e com auxílio de uma parteira, que exerciam um papel maior do que apenas retirar a criança, estando elas prontas para realizar rezas caso



necessário e agir diante de qualquer complicação no parto (BATISTA et. al, 2021). Por mais que muitos medicamentos e materiais cirúrgicos indiquem uma interferência na forma de conceber os partos, não há nenhum documento que comprove a realização desse procedimento na enfermaria.

Para mais, um relatório produzido sob encomenda do SPI em 1955, indica que doenças com maior incidência são “gripes, verminose, reumatismo, dores de garganta e ouvidos e os remédios mais usados são os *vermífugos, comprimidos em geral e penicilina*.”

A média de nascimentos por ano é de 60 e a de óbitos é de 6 a 7. Há abortos, porém, não provocados.”<sup>16</sup> (MUSEU DO ÍNDIO, Caixa 169, 1955. Grifos nossos. Grafia da época).

Não sabemos ao certo qual a influência dessas doenças na demografia Potiguara, isso porque a categoria indígena só foi incluída no censo de 1991 (que apresenta ainda hoje inúmeras falhas), o que provoca um desconhecimento mais específico da quantidade de indígenas antes desse período. Outra recorrente problemática é a ausência de dados nas fichas de controle que informem com exatidão as taxas de natalidade e mortalidade indígena. Tais fichas, contudo, trazem a quantidade de pessoas atendidas no PI entre 1949 - ano em que esses documentos começam a aparecer - e 1950, que informaram a quantidade mensal de pessoas que buscavam o posto para algum atendimento específico. Tal conclusão advém do fato de que os números mensais apresentados no período citado são consideravelmente baixos, com 759 atendimentos em 1949 e 502 ao longo de todo 1950. Porém, a partir de fevereiro de 1952 em diante, as fichas começam a apresentar o número de indígenas tutelados pelo órgão.

**TABELA 02 - MÉDIA DEMOGRÁFICA POTIGUARA DE ACORDO COM AS FICHAS DE CONTROLE DO PI NÍSIA BRASILEIRA**

Média demográfica Potiguara (1952 - 1962)				
Biênio	F	M	I	Total
1952/53	569	559	750	1.878
1954/55	572	556	747	1.875
1957/58	420	437	750	1.607
1959/60	416	319	810	1.545
1962	610	531	1.204	2.345

FONTE: Acervo Museu do Índio.

Tais dados indicam uma estabilidade entre 1952 e 1955, havendo uma queda de pouco mais de 200 pessoas a partir de 1957, que pode relacionar-se com a baixa demográfica provocada pelas epidemias de 54 e 55. A varíola, por exemplo, provocou a morte de  $\frac{2}{3}$  da população não vacinada, mas, como não temos o número de pessoas que receberam o imunizante, não conseguimos estimar



o número de óbitos. Entre 1960 e 1962 percebemos um aumento súbito na quantidade de habitantes que provavelmente se deu de forma gradativa, mas não foi contabilizado anteriormente nas fichas de controle. Considerando a desorganização documental do Posto, estes números não devem ser tomados como expressão concreta da realidade, não deixando, todavia, de serem relevantes.

Gomes (2018) destaca que os programas de saúde para povos indígenas em nenhum momento evitaram o decréscimo populacional, mas contribuíram para o estabelecimento de um equilíbrio demográfico em áreas de contato antigo. Como também, de acordo com um relatório de inspeção, em dezembro de 1967 havia 2.942 descendentes indígenas na área, destacando “uma diminuição populacional de 1,37%” (MUSEU DO ÍNDIO, caixa 170, p 1440), não especificando qual ano foi tomado como referência para tal conclusão. Contrário a isso, as fichas de controle apresentam dados que indicam um crescimento populacional em relação aos anos anteriores à instauração do PI (havia 422 indígenas, em 1923). Tendo isso em vista, a hipótese de subnotificação e falta de controle das pessoas atendidas no Posto é reiterada, dificultando ainda mais o estabelecimento de uma demografia do período, da compreensão da demanda do Posto e, principalmente, do impacto das epidemias. Atualmente, os Potiguara são o maior grupo étnico da Paraíba, tendo suas terras demarcadas e somando aproximadamente 14 mil pessoas (Funasa, 2014).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por mais que o SPI conserve medidas propagadas pela Colônia e Império, sua criação constituiu um avanço na política indigenista. É certo que os preceitos iniciais do órgão se perderam gradativamente ao longo dos anos, mas, sem sua existência, o inevitável contato com as populações autóctones isoladas poderia trazer consequências ainda mais avassaladoras. Não obstante, a proposta de prestar assistência à saúde configura, na nossa concepção, uma responsabilização mínima com as consequências epidemiológicas advindas do contato. Para o SPI, o controle de epidemias e preservação da vida dos povos indígenas seria o parâmetro utilizado para medir a eficácia da tutela, desconsiderando seu caráter etnocida (LIMA, 2014).

Nesse sentido, o Serviço pretendia evitar o desaparecimento do indígena pela morte física, ao passo que executava uma tutela conivente com a diminuição territorial desses povos, com o distanciamento das práticas tradicionais e atendia a um projeto de integração civilizacional que buscava matar não enquanto indivíduo, mas enquanto etnia. Apesar disso, a morte física perpassou a ação do SPI não somente nos casos de violência indicados pela CPI do Índio (1967), mas no



descaso com a saúde desses povos, que, contraditoriamente ao que foi estabelecido como parâmetro de eficiência tutelar, não constitui prioridade dentro do Serviço.

Por mais que houvesse uma certa recorrência na compra de medicamentos e prestação de serviços de auxílio aos enfermos, a situação do PI Nísia Brasileira não se difere, de modo mais amplo, da situação assistencialista geral do SPI, que, para Modesto Dias da Cruz, diretor do órgão entre 1947 e 1951, era uma atuação nula na questão de saúde indígena e precisava ser solucionada (LIMA e AROUCA, 2014). Mesmo considerando os inúmeros silêncios presentes na documentação, especialmente no que tange o controle dos indígenas atendidos na enfermaria, o volume de documentos solicitando medicamentos e autorização para a assistência externa aos enfermos, torna inegável o fato de que o Posto não conseguia atender a demanda com facilidade. Tal fator está intimamente ligado à carência de verba do órgão, que sofreu com isso nas mais diversas áreas e ao longo de toda sua existência.

Os medicamentos adquiridos pelo SPI, por sua vez, traziam uma quantidade irrisória de fitoterápicos e folhas *in natura* quando comparados ao montante de fármacos de outras naturezas. No entanto, mesmo se esse número fosse diferente, o Serviço parece ignorar algo fundamental para os Potiguara: a relação da saúde física e mental com o plano espiritual, considerando a importância da força dos encantados, os cuidados das rezadeiras e o trato com as plantas. Destarte, por mais que os medicamentos do Posto agissem contra as doenças físicas, eles não poderiam curar as enfermidades da alma nem tampouco os maus do corpo causados por problemas espirituais. Nos anos atuais, mesmo com a existência de leis que regulamentam a interação entre medicina científica<sup>17</sup> e tradicional, essa relação ainda é deficiente por fatores que incluem não somente o uso - ou sua falta - da medicina tradicional pelo sistema de saúde, como também a resistência dos indígenas para com a medicina científica (OLIVEIRA, et. al., 2014).

Tal qual as práticas de cura tradicionais, o perfil epidemiológico Potiguara também se modificou com a mudança dos hábitos alimentares e o crescimento do turismo na região. Entre 1941 e 1967, as principais doenças identificadas foram do trato gastrointestinal, respiratórias, gripe, verme, dermatológicas, oftálmicas, hepáticas e problemas reumatológicos. Hoje, todavia, as principais moléstias que atingem essa etnia consistem em gripe, diabetes, hipertensão, derrame, tuberculose, AIDS e outras DST's (OLIVEIRA et. al., 2014). Ademais, o Posto enfrenta, desde a década de 1950, epidemias que atingem os indígenas de forma severa e deixam consequências demográficas. Infelizmente, a recorrente falta de verbas e a estrita burocracia na qual o SPI estava imbuído agravaram a situação ao passo que as medidas para controle das epidemias tiveram atrasos na sua execução. No caso da varíola, a vacinação foi a principal medida tomada, sendo interessante perceber que por mais que historicamente houvesse uma problemática que rege a associação entre





medicina tradicional e científica, já abordada aqui, não há nenhum documento oficial que indique uma negação ou pouca adesão dos indígenas a campanha de vacinação, que se não obteve um resultado eficiente já em seu início, foi devido a falta de doses de vacina e não a uma recusa de receber o imunizante. Tal situação faz lembrar o atual caso da pandemia do Covid-19 que se alastrou no mundo desde 2020, atingindo com particular brutalidade as populações indígenas. Não consiste como objetivo deste trabalho realizar tal comparação, porém, reflexões sobre as formas de atenção aos Potiguara em ambos os contextos podem contribuir para uma compreensão do desenvolvimento do assistencialismo à saúde indígena em momentos críticos, tal qual suas consequências demográficas na etnia.

Em suma, é latente a necessidade da escrita de uma história indígena que construa narrativas que vão além do período colonial, de modo a ampliar os conhecimentos sobre as etnias brasileiras para além da etnografia. Como afirma a própria Manuela Carneiro da Cunha (2012), hoje temos mais consciência daquilo que não sabemos sobre os indígenas do que daquilo que sabemos. Do mesmo modo, a ausência do estudo de tais povos na educação básica e a atribuição de uma ingenuidade e passividade, contribuem para uma estereotipização preconceituosa e excludente. A visibilização das questões indígenas movem sua história, a exemplo da própria criação do SPI, da implementação do projeto de saúde indígena e da extinção do órgão, que aconteceram em momentos em que os holofotes estavam sobre os nativos do Brasil. E, vemos nos anos de 2018 a 2022 políticas governamentais que claramente se puseram em discursos e ações contra a ciência e atentaram pelo fim das populações indígenas, ver a proposta da criação do Ministério dos Povos Originários por outro governo, sem dúvida representa um largo avanço no processo de conquista dos direitos indígenas, trazendo perspectivas de melhores condições sociais e abrindo portas para novos projetos que permitam a valorização e preservação das diversas etnias presentes no país.

## REFERÊNCIAS

AROUCA, Carolina e LIMA, Nísia Trindade. Antropologia e medicina: a saúde do sistema de proteção ao índio (1942 a 1956). In: TEIXEIRA, Carla Costa e GARNELO, Luiza (org). **Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, não paginado.

BATISTA, Maria Nilda Faustina [et. al.]. **Medicina tradicional Potiguara** (livro eletrônico). 1. ed. Paulo Afonso, BA: Sociedade Brasileira de Ecologia Humana - SABEH, 2021.

BATISTA, Maria Nilda Faustina. [et. al.]. **Cosmologia e Espiritualidade Potiguara** (livro eletrônico). 1ª ed. Paulo Afonso, BA: Sociedade Brasileira de Ecologia Humana - SABEH, 2021.

BRASIL. **Decreto 10.652**, de 16 de outubro de 1942.

BRASIL. **Decreto 17.684**, de 24 de janeiro de 1945.



BRASIL. **Decreto 736**, de 06 de abril de 1936.

BRASIL. **Decreto 8.072**, de 20 de junho de 1910.

BASTA, Paulo Cesar, ORELLANA, Jesem Douglas Yamall e ARANTES, Rui. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: GARNELO, Luiza e PONTES, Ana Lúcia (org.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Coleção Educação para Todos. Brasília: MEC-SECADI, 2012, p 61 - 106.

COIMBRA JR., Carlos E. A. e SANTOS, Ricardo Ventura Santos. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: COIMBRA JR., Carlos E. A., SANTOS, Ricardo Ventura Santos e ESCOBAR, Ana Lúcia (orgs). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. Não paginado. Disponível em <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 26 de novembro de 2022.

CUNHA, Manuela Carneiro da. **História dos Índios no Brasil**. 2ª. ed. São Paulo. Companhia das Letras/Sec. Municipal de São Paulo/FAPESP, 1992.

CUNHA, Manuela Carneiro da. **Índios no Brasil: história, direitos e cidadania**. 1ª ed. São Paulo: Claro Enigma, 2012.

FUNDAÇÃO NACIONAL MUSEU DO ÍNDIO. **Arquivo virtual**. Rio de Janeiro. Disponível em:  
<[http://www.docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=mi\\_arquivistico&pagfis=201421](http://www.docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=mi_arquivistico&pagfis=201421)>  
> Acesso em: 26 de novembro de 2022.

GAGLIARDI, José Mauro. O Serviço de Proteção aos Índios: da fundação a extinção. In. **O indígena e a República**. São Paulo: HUCITEC: Editora da Universidade de São Paulo: Secretaria de Estudos da Cultura, 1989, p. 253 - 289.

GARFIELD, Seth e COLLEGE, Bowdoin. As raízes de uma planta que hoje é o Brasil: os índios e o Estado-Nação na Era Vargas. In: **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v. 20, nº 39, p 15 - 42. 2000.

GARFIELD, Seth. **A luta indígena no coração do Brasil: política indigenista, a Marcha para o Oeste e os índios xavante (1937-1988)**. Tradução: Cláudia Santana Martins. São Paulo: Editora Uniesp, 2011.

GERLIC, Sebastian. ZOETTL, Peter Anton (orgs.). **Índios na visão dos índios: Potiguara**. Salvador: Thydêwá, 2011

GOMES, Mércio Pereira. Políticas indigenistas. In. **Os índios e o Brasil: passado, presente e futuro**. 1. Ed., 2ª reimpressão. - São Paulo: Contexto, 2018, p. 75 - 139.

HOCHMAN, Gilberto e SILVA, Renato da. Campanhas públicas, populações (quase) invisíveis: endemias rurais e indígenas na saúde pública brasileira. In: TEIXEIRA, Carla Costa e GARNELO, Luiza (org). **Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, não paginado.

KARNAL, Leandro e TATSCH, Flávia. Documento e História: a memória evanescente. In: PINSKY, Carla Bassanezi e LUCA, Tânia Regina de (org.). **O historiador e suas fontes**. São Paulo: Contexto, 2012, p. 9 - 24

KRENAK, Ailton. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.



LIMA, Antônio Carlos de Souza. **Um grande cerco de paz: poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil.** Petrópolis-RJ: Vozes, 1995.

LIMA, Antônio Carlos de Souza. Revisitando a tutela: questões para se pensar as políticas públicas para povos indígenas. In: TEIXEIRA, Carla Costa e GARNELO, Luiza (org). **Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, não paginado.

LIMA, Déborah Mota de. **Subsistema de atenção à saúde indígena: direito, acesso, diversidade e atenção diferenciada: um estudo de caso sobre a gestão da política de atenção à saúde indígena no território do DSEI Potiguara.** 57 f. TCC - Departamento de Tecnologia e Gestão, Universidade Federal da Paraíba, 2014.

MELATTI, Julio Cezar. **Índios do Brasil.** São Paulo, editora da Universidade de São Paulo, 2007, p 271 - 283.

MOONEN, Frans e MAIA, Luciano Mariz (orgs). **História dos índios Potiguara: 1500 - 1983 (Relatórios e Documentos).** 2º ed. digital, Recife, 2008.

OLIVEIRA, Rita de Cassia Cordeiro de, et. al. Representações sociais sobre saúde e doenças construídas por índios Potiguara. In. **REVOL: Revista de Enfermagem UFPE On Line.** Recife, 2014, p. 2736 - 2745.

PALITOT, Estêvão Martins. A multidão Potiguara: poder tutelar e conflito na Baía da Traição ao longo do século XX. In: VALLE, Carlos Guilherme Octaviano, GRÜNEWALD, Rodrigo de Azeredo (org). **Dossiê: Povos e Comunidades Tradicionais.** Raízes, v 31, n. 1, jan-jun/2011.

RIBEIRO, Darcy. **Os índios e a civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno.** 7ª ed São Paulo: Global Editora, 2017.

RODRIGUES, Maicon Guilherme da Silva. Exército nacional, ditadura militar e questões indígenas. In \_\_. **Ações e Práticas do Serviço de Proteção aos Índios descritos no Relatório Figueiredo.** 2017. 78. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

STAUFFER, David Hall. **Origem e fundação do Serviço de Proteção aos Índios.** Trad. J. Philipson. Texas, 1955.

TEIXEIRA, Carla Costa e GARNELO, Luiza (org). Parte I: As matrizes indigenistas e sanitárias. In \_\_. **Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, não paginado.

VALENTE, Rubens. **Agonia e extinção do Serviço de Proteção aos Índios no regime militar.** In. CAMPOS, Dossiê V.20 N.2 pp. 37-58, jul.dez.2019.

---

Notas:

1. Órgão criado por JK, atuando através de campanhas específicas de engenharia e educação sanitária.
2. Documento 4.71/17.42, Caixa 170, p. 1588 - 1589, de 4 de outubro de 1938.
3. Documento 4.71/19/91, Caixa 170, p. 232, de 18 de janeiro de 1954.



4. Documento BR RJMI SPI - IR4 - 071 - 017 - 41 - f19, Caixa 170, p. 1575 - 1587, de março de 1923.
5. Troncos velhos é a nomenclatura dada pelos Potiguaras aos anciões da aldeia, sendo os novos ramos aqueles que se propõem a dar continuidade aos ensinamentos tradicionais.
6. Documento 4.71/17.41, caixa 170, p. 1556 - 1574, de 1923.
7. Documento número 4-71/1-20 - Contratação de 2 enfermeiros (em meses diferentes) e 1 auxiliar de enfermagem entre 1 de julho e 31 de dezembro de 1943. Durante janeiro a outubro de 1944 os documentos número 4-71/1-40 e 4-71/1-41 também indicam a contratação de enfermeiros (Caixa 167).
8. Documentos número 4-17/1-12 e 4-17/1-13; Documento número 4-71/1-24 (Caixa 167).
9. A Inspetoria autorizou que os medicamentos fossem comprados com a renda interna do PI, mas o caixa de junho já tinha sido fechado, de acordo com um memorando de 02 de julho, correspondendo ao documento 4-71/6-62.
10. Documento 4-71/6-35, ficha de controle de 31 de agosto de 1952. Grafia da época.
11. Documento n. 4-71/7-93, ficha de controle de 30/06/1953, assinada por José Brasileiro da Silva.
12. Documento 4.71/19.93, Caixa 170, p. 234 - 235, de 15 de setembro de 1954.
13. Documento 4-71/7-94, ficha de controle de 31/07/1954, assinada por José Brasileiro da Silva. Grafia da época.
14. Nos meses seguintes não há mais informações sobre o surto de disenteria, não apontando quais e se foram tomadas medidas pelo PI para seu controle.
15. Documento 4-71/17-18, relatório de inspeção, assinado pelo Major Alípio Levay (Chefe da IR4). Grafia da época.
16. Documento 4-71/16-40, Caixa 169, 1955, p. 726.
17. É importante destacar, no entanto, que por mais que comumente o conhecimento científico seja entendido como dotado de uma sabedoria superior aos outros conhecimentos - que só teriam validade quando associados ao científico -, entendemos aqui que a medicina tradicional detém uma carga de saberes ancestrais e eficiente, que deve ser respeitada tanto como integrante da história e cultura de seu povo como uma prática de cura.

