

MORTE, SAÚDE E DITADURA NA CONSTRUÇÃO DA TRANSAMAZÔNICA¹

César Martins de Souza²

Resumo: A construção da rodovia Transamazônica, em 1970, motivou manifestações de euforia com a possibilidade de “ocupação” da Amazônia e exploração de suas muitas riquezas, mas também preocupações com os riscos que tal obra poderia propiciar à saúde pública. A análise de projetos e relatórios oficiais, entrevistas com moradores, jornais de circulação nacional e ensaios publicados no período, evidencia que houve investimentos em saúde pública, mas que não foram suficientes, pois ocorreram casos consideráveis de mortes de operários e agricultores por doenças e acidentes. As forças de repressão buscaram ocultar as notícias sobre enfermidades na Transamazônica, pois ela era parte fundamental dos grandes empreendimentos que, segundo a ditadura, contribuiriam para alçar o Brasil ao posto de potência mundial.

Palavras-Chave: Transamazônica; ditadura; saúde pública.

DEATH, HEALTH AND DICTATORSHIP IN THE CONSTRUCTION OF THE TRANS-AMAZONIAN HIGHWAY

Abstract: The construction of the Transamazônica highway in 1970 motivated euphoria demonstrations with the possibility of "occupation" of the Amazon and and its riches exploration, but also concerns related to the risks that this work could provide to the public health. The analysis of official projects and reports, interviews with residents, national newspapers and essays published during this period, show that there were investments in public health, but those were not enough, because there have been considerable cases of deaths of workers and farmers by diseases and accidents. The repression forces tried to hide the news about diseases in Transamazônica area, because it was a fundamental part of huge investments which, according to the dictatorship, would contribute to take Brazil to worldwide standards.

Keywords: Transamazonian highway; dictatorship; public health.

¹ Artigo elaborado a partir da tese de doutorado do autor, apoiada por bolsa da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (CAPES). Consultar SOUZA, César Augusto Martins de. *A estrada invisível: memórias da Transamazônica*. Tese de Doutorado. Niterói-RJ: Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Fluminense, 2009.

² Professor da Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutor em História pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Atualmente desenvolve Estágio Pós-Doutoral junto ao Programa de Pós-Graduação em História pela UFF. E-mail: cesar@ufpa.br

Preocupações com doenças na abertura da rodovia

Árvores centenárias caem para abertura de uma gigantesca estrada, enquanto operários trabalham intensamente e agricultores chegam com suas famílias entre sonhos, esperanças e temores. A floresta em metamorfose, sua fauna, sua flora e seus vastos recursos hídricos são atingidos em seu seio, por *bulldozers* e outras máquinas que se movem pelas mãos de trabalhadores, ante o olhar atento das populações da Amazônia.

No governo de Emílio Garrastazu Médici, a construção da Transamazônica (BR-230), planejada para atravessar o Brasil no sentido leste-oeste, despertava euforia em diversos setores, com a possibilidade da integração rodoviária e ocupação da Amazônia, por nordestinos flagelados pela seca e sulistas sem terra, mas também preocupações com os possíveis problemas a saúde pública que poderiam ser ocasionados pela rodovia. Com o início dos trabalhos, no segundo semestre de 1970, pequenos municípios do Maranhão, Pará e Amazonas³, que serviram de canteiros de obras, assistiram a um grande movimento de políticos, funcionários públicos federais, jornalistas, operários, engenheiros e agricultores oriundos de todo o país e de outros lugares do mundo.

Ao mesmo tempo em que havia euforia com a Transamazônica, diversos setores demonstravam preocupação com os problemas que ela poderia causar. Pereira, juiz de direito, com os direitos políticos cassados pela ditadura desde 1964, criticava este grande projeto e os problemas sociais que poderia causar, tendo como consequência até mesmo a perda de vidas humanas:

Brincar na selva poderá custar vidas preciosas e até a abertura de caminhos mais fáceis para perder-se, ali, a soberania nacional. O risco não é construir a estrada, ignorando os problemas de saúde pública. O risco é a auto-suficiência da ignorância jogar-se numa empreitada desse vulto, desprezando os estudos e à experiência, já acumulados. Contra esse risco, devemos todos alertar à Nação e chamar os levianos à realidade (PEREIRA, 1971: 192).

Pereira acreditava que a floresta poderia ser perigosa para seus invasores e que se tratava de uma leviandade desconsiderar fatos passados, ocorridos em outros grandes projetos na região, os quais teriam ocasionado um número considerável de doentes e

³ A Transamazônica foi construída entre 1970 a 1974, em um trecho de Estreito-MA a Lábrea-AM, de aproximadamente 2.300 quilômetros, passando pelos Estados de Maranhão, Pará, Amazonas e, posteriormente, Tocantins. Este trecho construído pela ditadura foi integrado a outra rodovia já existente, permitindo a saída ao Atlântico, passando por outro trecho do Maranhão e também por Piauí e Paraíba. Esta outra rodovia foi reelaborada em alguns trechos para ser integrada e fazer parte da Transamazônica, totalizando aproximadamente 5.400 quilômetros. Sobre o tema consultar Souza (2012).

mortos. Ele acreditava que se estava ignorando os elevados riscos que as obras realizadas na floresta amazônica trariam aos agricultores e operários o que poderia ter sérias consequências.

O medo de que a Transamazônica pudesse causar muitas mortes se baseia em argumentos que utilizam frequentemente, como parâmetro, as memórias da Ferrovia Madeira-Mamoré, em Rondônia. Ao estudar a história desta ferrovia, Hardman, conclui que apesar de o número de óbitos ser elevado é menor do que as pessoas costumavam acreditar. Segundo ele, se consolidou uma lenda ao longo do tempo, no imaginário popular, que “tinha como certo que o número de mortos era exatamente igual ao de dormentes colocados na ferrovia” (HARDMAN, 2005: 209).

Em sua romance, conhecido nacionalmente, “Mad Maria”, o escritor amazonense Márcio Souza (2005) narra as dificuldades enfrentadas pelos operários da ferrovia, sobretudo relacionadas às mortes por doenças e por violência física, pois os conflitos sangrentos teriam sido muito comuns no cotidiano dos canteiros e alojamentos. A Ferrovia Madeira-Mamoré se tornou, portanto, em uma forte marca que firmou uma referência negativa para todos os debates sobre novos grandes projetos da Amazônia. Através dos relatos sobre ela, se expressava o temor de que os operários e migrantes padecessem de doenças com a construção da Transamazônica e esta resultasse em nova mortandade de trabalhadores.

Mas, alguns ministros se apressaram em manifestar em jornais de ampla circulação nacional, as medidas que seriam adotadas oficialmente para evitar a repetição do que teria ocorrido com a ferrovia, no começo do século XX. Quando os debates sobre este tema passaram a fazer parte do cotidiano da imprensa nacional, a *Folha de São Paulo* publicou uma notícia sobre as medidas que seriam tomadas, pelo Ministério da Saúde para tranquilizar a população e garantir o sucesso do empreendimento:

Transamazônica: não se repetirá a Madeira-Mamoré

A fim de que na construção da Transamazônica não se repita o episódio da estrada de Ferro Madeira-Mamoré, onde milhares de trabalhadores morreram vitimados por epidemias, o Ministério da Saúde está fazendo um completo levantamento da situação sanitária da região que será atravessada pela rodovia, a fim de identificar possíveis focos de doenças transmissíveis. A informação foi prestada ontem pelo ministro Rocha Lagoa após despacho com o presidente da República, durante o qual foram acertadas as providências necessárias para a realização de serviços de saneamento básico nos locais onde ficarão concentrados os operários da Transamazônica (Transamazônica, 25 de julho de 1970).

Para evitar a repetição da mortandade de trabalhadores que acreditavam ter ocorrido com a ferrovia Madeira-Mamoré, articulistas e ensaístas defendiam a necessidade de “sanear” e “curar” o migrante para que este não se tornasse uma vítima e propagador de doenças e não se estivesse produzindo um novo foco epidêmico como a Madeira-Mamoré. Os ministros e os chefes de órgãos oficiais, manifestavam então as políticas de saneamento e infraestrutura para a região, buscando tranquilizar os diferentes setores e a população. “Sanear” os migrantes, remetia as políticas que foram adotadas no país, durante o chamado movimento sanitário e perpassava a aplicação de vacinas, controle do número de doentes na entrada e na saída da região e higienização de espaços públicos e privados (HOCHMAN & LIMA, 1998).

No início do século XX, com o advento da bacteriologia e a identificação de agentes causadores de doenças, os especialistas e autoridades governamentais passaram a acreditar que através de políticas de saneamento, pautadas em rígido controle social e adoção de medidas higienistas, seria possível superar as epidemias. Santos (2008) argumenta que este período conhecido como Era do Saneamento foi advogado no Brasil por médicos e escritores como Belisário Penna, Miguel Pereira e Monteiro Lobato. Nas primeiras décadas do século XX, com o advento do inseticida conhecido como DDT (Dicloro-Difenil-Tricloroetano) e de seus derivados, as políticas direcionavam o controle de doenças transmitidas por mosquitos, como a malária, para desinfecção dos ambientes através de medidas sanitárias e borrifações de inseticidas.

Rita Barata (1997), estudando a malária, analisa que os sistemas preventivos e curativos integraram o uso do DDT e o saneamento para prevenir o surgimento de mosquitos, levando a acreditar-se que, desta forma, se poderia erradicar esta e outras doenças transmitidas por insetos. Analisando políticas que buscavam o controle e/ou a erradicação da malária em Florianópolis, na primeira metade do século XX, Eveli Oliveira (2011), problematiza que ao serem implementadas práticas reputadas como cientificamente mais adequadas, como cimentar a borda de pequenos cursos d’água, extinguir as bromélias e espalhar DDT no ar, através de helicópteros, se ameaçou várias formas de vida.

Três décadas após a implementação das políticas estudadas por Oliveira, os discursos e debates sobre as políticas para controle de doenças na Transamazônica, demonstram que, naquele momento, permanecia a crença no controle sanitário e aplicações de inseticidas como método eficaz para evitar surtos epidêmicos. Entre as

medidas anunciadas pelo Ministro da Saúde, Rocha Lagoa, na construção da nova rodovia, estavam incluídas as borrifações.

O uso corriqueiro de inseticidas a base de DDT e pesticidas agrícolas, baseava-se na crença de que doenças causadas por insetos, como a malária e a febre amarela, poderiam ser extintas, tanto que havia, no Brasil, uma série de medidas visando a erradicação da malária. O livro “Primavera silenciosa”, de Rachel Carson (2010), foi muito criticado logo após ser lançado, na década de 1960, pois vinha de encontro aos interesses das grandes indústrias de produtos químicos, ao apontar os graves riscos ao meio ambiente e à saúde pública acarretados pelo uso de inseticidas e pesticidas. A autora questiona ainda se existem pessoas que de fato acreditam ser possível borrifar “venenos na superfície da Terra sem torná-la imprópria para toda a vida. Eles não deviam ser chamados de inseticidas, mas de biocidas” (CARSON, 2010: 24).

Apesar das críticas de Carson, sobre os impactos a todas as formas de vida do planeta, ainda permanecia como uma medida usualmente adotada, borrifar inseticidas para combater doenças como a malária. A crença na prevenção como solução para evitar surtos epidêmicos era tão forte que diversos relatórios de órgãos oficiais expunham as medidas que adotariam como forma de evitar problemas aos trabalhadores e até mesmo às populações da região. Nos discursos, fica evidente que muitos tinham certeza da eficácia das políticas de saneamento e prevenção, incluindo o uso indiscriminado do DDT, para o controle das doenças. O ministro Rocha Lagoa afirmou que “não se repetirá a Madeira-Mamoré”, porque se acreditava que os métodos modernos de tratamento ora utilizados eram muito superiores aos de outrora e seriam um instrumento importante para viabilizar a conquista e integração da Amazônia.

O documento sobre as “Diretrizes básicas para ação do Ministério da Agricultura, através do INCRA (Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária), na Transamazônica”, apresenta as principais doenças existentes na região. Destaca a sífilis, tuberculose, leishmaniose, hanseníase (denominada no relatório de lepra) malária, tuberculose e verminoses, contudo, abordando que enfrentará estas e outras que eventualmente surgirem elencando as medidas preventivas, sobretudo baseadas em saneamento e vacinas, como forma de evitar epidemias (INCRA, 1971).

Problematizando os riscos dos grandes projetos de integração na Amazônia, o jornalista Alberto Tamer, em artigo publicado em *O Estado de São Paulo*, faz uma lista de medidas que deveriam ser implementadas para garantir a sobrevivência dos antigos moradores, de operários e colonos:

Decálogo de sobrevivência

O que será preciso para enfrentar-se o desafio de uma zona de selva desconhecida e insalubre? – perguntamos a um técnico habituado a experiências desta ordem. Sua resposta mostra o vulto do empreendimento necessário:

1. A instalação imediata de um pequeno hospital com aparelhamento para análise de sangue. Produção de gelo.
2. Profilaxia de todo homem que entre na área para trabalhar, afim de que não seja ainda mais ampla a contaminação, pois ele já traz consigo inúmeras doenças.
3. Perfuração de poços para obtenção de água potável e não contaminada.

Educação do operário – ou do emigrante - a fim de que ele adquiria os hábitos de higiene indispensáveis ao saneamento geral. Esse trabalhador, precisará ser, acima de tudo, examinado clinicamente e, depois, preparado para obedecer a um regulamento rígido, uma espécie de “decálogo de sobrevivência na selva”. Sem isso, acrescente-se, todo o trabalho de saneamento estará perdido (TAMER, 1970).

Profilaxia, poços, hospitais, educação e regulamento rígido para seguir um “decálogo da sobrevivência” que possibilitaria proteger as pessoas de contrair doenças no contato entre si mesmas e com a floresta amazônica. Seguindo esta mesma lógica, o Ministro do Interior, Costa Cavalcanti, em discurso na SUDAM, expressa a preocupação com as dificuldades na execução desta obra, mas defende que as medidas adotadas poderiam evitar maiores problemas:

Todos sabemos que a empreitada é grande, o trabalho é difícil, muitas dificuldades surgirão, mas essas dificuldades serão estímulos e incentivos para que eles sejam levados a bom termo. Mas, dizia eu, que o fortalecimento da estrutura dessas cidades é importante, o Ministério do Interior já está cuidando disto. Então é saneamento que vai precisar, são melhores condições de energia, de saúde, são escolas, é habitação... (CAVALCANTI, 1970: 2).

A Amazônia é representada em discursos e ensaios como uma terra quase vazia, habitada por pequena população, marcada por enfermidades crônicas e indolência (MOTTA-MAUÉS, 1989). O jornalista da Revista *Manchete*, Murilo Mello Filho (1972), argumenta que o vazio demográfico da Amazônia só é comparável ao das calotas polares. Essa crença no vazio demográfico que ignora populações da região, é reforçada pela visão de muitos articulistas e ensaístas que pensam apenas nos riscos oferecidos pela floresta e não nas possíveis agressões às populações locais. Esta floresta, se não fosse domada com medidas profiláticas, poderia repetir a mortandade de migrantes e operários, como teria ocorrido com a ferrovia Madeira-Mamoré.

Cardoso & Muller, ao problematizar a Transamazônica, acreditam que o projeto de exploração capitalista da Amazônia, inclusive em outros empreendimentos do século XX, não teria construído melhorias significativas na vida das pessoas e:

Melhor do que estabelecer um mórbido regime de trocas de doenças, contraindo (os migrantes) alguma que não tinham (malária, febre negra de Lábrea) e transmitindo outras estranhas ao ambiente (esquistossomose), seria aproveitar as populações locais nos projetos de desenvolvimento, elevando seu nível de vida (CARDOSO & MULLER, 1978: 204).

No texto acima, publicado inicialmente em 1978, os autores problematizam o relatório do economista Armando Mendes, elaborado em 1974, que mostra um quadro complexo em que, caso não fossem implementadas políticas adequadas, os grandes empreendimentos poderiam provocar um preocupante quadro de “troca de doenças” na região amazônica. Cardoso & Muller consideram que a rodovia, além de não resolver os problemas sociais a que se propôs, ainda os ampliou em outro espaço, pois surgiu uma nova rede de latifúndios e exclusões de agricultores familiares, ribeirinhos e indígenas. Diante disso, ocorreu a conseqüente deterioração da qualidade de vida dos migrantes, devido a problemas nos projetos de colonização, incluindo a área da saúde pública.

Na década de 1970, ainda prevalecia a visão de que Amazônia se constituía em um grande deserto verde e hostil ao ser humano, repleto de doenças escondidas. Josué de Castro, autor de *Geografia da fome*, acreditava que a região se constituía em ambiente hostil que “engole” seus habitantes. Em período anterior à ditadura, na década de 1950, ele defendia um urgente projeto colonizador e civilizador para a região, visando integrá-la ao restante do país, para se buscar desenvolver suas potencialidades. O autor defende ainda que, para colocar em prática um projeto colonizador, seria necessário “proteger” as populações migrantes com:

...várias medidas preliminares. Que se disponham de reservas alimentares para sua subsistência e de recursos higiênicos para defendê-las das endemias locais, principalmente do impaludismo e da verminose. Já não resta dúvida de que é sempre possível conseguir-se o saneamento de zonas desse tipo. Na luta contra os insetos transmissores de febres, o homem dispõe hoje de armas admiráveis, de inseticidas, de repelentes e de medicamentos imunizantes de efeito seguro, e já não é uma utopia pensar na completa higienização do Vale Amazônico (CASTRO, 2007: 85).

Para Josué de Castro, como também para muitos articulistas e ministros era necessário reunir as diferentes práticas da medicina preventiva e curativa contra o surgimento de epidemias, pois, ao mesmo tempo em que havia grande preocupação com

a intervenção na floresta amazônica, também era forte a crença na existência de métodos disponíveis para evitar problemas e proteger os humanos.

Smith (1977) analisa que o projeto da Transamazônica, consiste na organização urbano-rural, através de núcleos de povoamento denominados agrovilas, agrópolis, rurópolis. A partir de Smith, se pode compreender que a organização dos assentamentos do programa de colonização se subdividia em agrovilas, agrópolis e rurópolis.

As agrovilas foram planejadas para existir a cada dez quilômetros com quarenta e oito a sessenta seis casas, posto de saúde, escola, pequeno comércio e igrejas e centros comunitários. No meio da hierarquia do projeto estão as agrópolis, um centro intermediário para concentrar serviços para as agrovilas, com estrutura administrativa local, escola para estudos secundários, hospital e ampliação no comércio. As rurópolis, baseavam-se sobretudo nas cidades polo já existentes ao longo da BR-230, centralizando a administração, visando concentrar os serviços ampliados, de modo a atrair as pessoas das agrovilas e agrópolis para uma infraestrutura que inclui hospitais, postos de saúde, escolas técnicas, bancos, hotéis e aeroporto (SMITH, 1977).

Havia, portanto, um projeto de colonização que previa infraestrutura em transportes, educação, comércio e saúde para possibilitar a instalação, permanência e fixação dos novos moradores. O governo planejava o crescimento progressivo dos núcleos populacionais até se tornarem cidades autossuficientes, atrativas para a chegada de novos empreendedores que possibilitassem a dinamização das atividades econômicas em todo o programa de colonização.

Cotidianamente, os diferentes órgãos oficiais veiculavam notícias sobre obras de infraestrutura, para mostrar à população brasileira o sucesso do empreendimento e convencer os migrantes, sobretudo nordestinos e sulistas, a partirem com suas famílias para a Amazônia, em busca de terra para viver e trabalhar, a fim de alcançarem melhorias em suas condições de vida.

Epidemias, silenciamento e ditadura

Antes de Médici, o país atravessava um período de crise econômica, aumento do desemprego, crescentes protestos de trabalhadores e de grupos opositores, provocando pressão sobre os generais e sua base de apoio. Skidmore (1988) argumenta que este quadro levou os generais-presidentes a mudar as estratégias políticas e econômicas

adotadas até então, com o objetivo de criar um cenário positivo para conquistar o apoio nacional.

Com o aprofundamento da crise e da pressão de forças contrárias à ditadura, o regime intensificou a repressão, baixando decretos que buscavam fechar o cerco às oposições e às opiniões divergentes. Skidmore, analisa que, neste cenário, em 1968, no governo de Costa e Silva, foi promulgado o Ato Institucional número 5 (AI-5), marcado por uma série de medidas repressoras a diversos setores, sobretudo à imprensa e aos movimentos sociais:

...a censura *ad hoc*, que surgira mal coordenada em dezembro de 1968, foi regularizada em março de 1969 por um decreto que tornava ilegal qualquer crítica aos atos institucionais, às autoridades governamentais ou às forças armadas. Como se quisessem indicar de onde achavam que se originava a oposição, os arquitetos da censura também proibiram a publicação de notícias sobre movimentos de trabalhadores ou de estudantes. Toda a mídia foi colocada sob a supervisão dos tribunais militares (SKIDMORE, 1988: 167).

Ao colocar o AI-5 em prática, foram intensificadas as ações de censura e repressão aos opositores concretos ou em potencial. Nesse sentido, o general-presidente Médici, empossado em outubro de 1969, ao mesmo tempo em que investia em censura e repressão, implementava grandes projetos e políticas econômicas que melhorassem a imagem do regime instaurado pelo golpe de 1964 e criassem um cenário propício para sua afirmação (FICO, 2004).

A Transamazônica é parte importante deste projeto da ditadura, por isso o investimento em saúde era uma forma imprescindível para conquistar o apoio da população brasileira. Neste quadro, para alcançar o sucesso, o governo planejou investimentos e acionou, ao mesmo tempo, as forças repressivas para impedir a divulgação de notícias consideradas negativas. O jornalista Paolo Marconi afirma que a censura foi progressivamente ampliando sua ação sobre diversos campos da sociedade, chegando a incluir entre os temas proibidos, a divulgação de epidemias:

Nos primeiros anos a censura parecia se preocupar sobretudo com o que ela considerava atos terroristas subversivos, divisão nas Forças Armadas e no aparelho administrativo do governo. Entretanto, com sua prática continuada o raio de ação foi se ampliando a tal ponto que passou a esconder da opinião pública vergonhosos casos de corrupção, bárbaros assassinatos políticos, torturas praticadas contra opositores políticos, violências policiais, epidemias... (MARCONI, 1980: 50).

As epidemias passaram então a preocupar os órgãos oficiais que buscaram se antecipar aos problemas, planejando e anunciando medidas profiláticas que seriam implementadas, ao longo da rodovia. Mas as notícias sobre as epidemias e o surgimento das temidas doenças desconhecidas, apareciam nos veículos de comunicação. O *Jornal do Brasil* noticiou com pequeno destaque na parte debaixo da primeira página, o surgimento da Síndrome Hemorrágica de Altamira (SHA):

A partir de 1972 surgiu uma doença que ainda não é totalmente conhecida: trata-se da síndrome hemorrágica de Altamira que entre o período de 1º de junho a 13 de julho deste ano atacou 54 colonos sem registrar mortes, se bem que já tenham se registrado óbitos anteriores. Ela provoca hemorragia pelo nariz e boca. (...) No caso da síndrome hemorrágica de Altamira ainda não se sabe com certeza qual o tipo desse inseto transmissor e também ainda não se identificou que tipo de vírus causa a doença...

(...) O relatório (1972-1974) do Instituto Evandro Chagas sobre a questão da saúde no leito das rodovias Transamazônica e Santarém-Cuiabá, praticamente se detém no problema da nova moléstia, se bem que outros problemas se registrem na região, entre eles a esquistossomose, a leishmaniose, e especialmente a malária (NA TRANSAMAZÔNICA, 1974).

Depois desta notícia, nenhuma mais foi encontrada nos jornais pesquisados e durante longo período parece ter havido um silêncio sobre o assunto. As proibições à publicação de notícias sobre epidemias, bem como o “desaparecimento” ou silenciamento de informações sobre a SHA, mostram de modo dramático que o campo da saúde pública traz muitas possibilidades para compreender as políticas, os discursos e os sistemas de controle utilizados pela ditadura. A carência de informações sobre esta síndrome, na documentação do período, levou a quase acreditar que tenha sido este apenas um alarme na imprensa, pois, mesmo entre os migrantes que chegaram na década de 1970 e os moradores antigos da região, não foram encontradas informações sobre esta síndrome que tem em seu nome a “homenagem” à cidade em que foi descoberta.

Muitas pessoas que residem em Altamira, Itaituba, Marabá, Humaitá, desde a década de 1970, também não possuíam informações a respeito. Um bilhete, reproduzido por Marconi e, segundo este autor, entregue, por censores, nas redações da imprensa, se constitui em uma grande possibilidade de explicação da falta de maiores informações sobre a SHA, na década de 1970:

silenciar sobre o surto de hemorragia em crianças, na região de Altamira (Pará) “visto propiciar oponentes todas as formas política

Transamazônica pretextos ataques descabidos e inoportunos (MARCONI, 1980: 57).

Não se pode afirmar que este bilhete entregue nas redações como forma de censura, estivesse se referindo a SHA, mas devido as características e ao local de sua descoberta é possível fazer associação entre a repressão e a dificuldade de encontrar mais notícias sobre a síndrome. Por que foi demonstrada tanta preocupação naquele momento com surto de hemorragias na então pequena cidade de Altamira-PA?

Sobre este assunto, há silêncios nas fontes consultadas, o que torna difícil afirmar algo, mas as pistas apontam para o fato de a BR-230 ser um foco importante de debates nacionais, o que levaria a censura a impedir informações consideradas negativas sobre o cotidiano em Altamira, como um surto de hemorragia em crianças. Quanto à SHA, pesquisamos em diversos jornais e revistas e não conseguimos encontrar nenhuma outra notícia a respeito, o que torna a censura a explicação mais viável para a ausência de informações.

Cabe ressaltar, no presente artigo, que esta síndrome é catalogada e reconhecida pela comunidade científica. Na década de 1990, uma equipe de pesquisadores do Instituto Evandro Chagas (IEC) e da Universidade do Estado do Pará (UEPA), desenvolveu estudos sobre a SHA que foi identificada pelo próprio IEC, na década de 1970. No artigo, resultante desta pesquisa, afirma-se que:

a síndrome hemorrágica de Altamira (SHA) é uma púrpura trombocitopênica de natureza imunológica, desencadeada, em indivíduos hipersensíveis pela secreção salivar introduzida através da picada de determinada espécie de insetos hematófagos do gênero *Simulium* (borrachudos, ou piuns). Esta patologia é autóctone de uma região da rodovia Transamazônica, principalmente compreendida no município de Altamira (Estado do Pará), sendo de real importância o seu conhecimento para o profissional de saúde que vai exercer suas atividades na referida região (COSTA JÚNIOR et al, 1997: 107).

Os dados oficiais e na imprensa podem ter se perdido ou cessado com o tempo, mas além das fontes, desapareceram as memórias da epidemia desta síndrome, pois, nem nas entrevistas, nem em conversas informais, foi possível obter informações. Uma explicação em relação a população local, é que ela não reconhece o problema como SHA, mas apenas por outros nomes, associados ao pium (*Simulium sextobecium*), o conhecido e temido inseto voador que provoca sangramentos nas pessoas que recebem suas ferroadas, podendo até mesmo desencadear graves processos alérgicos em muitas

delas, havendo inclusive casos de mortes. Em nenhum dos relatórios oficiais pesquisados sobre saúde no período foram encontrados dados referentes a SHA, o que reforça a possibilidade de as forças de repressão da ditadura terem levado ao silenciamento.

Charles Rosenberg (1977) acredita que as epidemias seguem um processo semelhante ao da dramatização teatral, pois das primeiras notícias à divulgação pública ocorrem diferentes estágios. O autor argumenta ainda que os governos tendem, em um primeiro momento, ou até onde for possível, a evitar a divulgação das epidemias à população para que estas não provoquem agitação coletiva e, conseqüentemente, reações contrárias aos projetos políticos.

Para Ítalo Tronca, o surgimento de epidemias gera controvérsias na sociedade quanto a seus significados, pois as doenças são motivadoras de diferentes conflitos, podendo vir a provocar instabilidades. Para ele, a sociedade não vê as doenças apenas enquanto fenômenos biológicos, pois:

...é como se a linguagem sobre a moléstia ou aquilo considerado como tal, ao descolar-se do fenômeno biológico desmaterializasse seu referente físico e se transformasse em um ser moralizado pela cultura (TRONCA, 2005: 203).

As visões sobre doenças na Transamazônica, na maioria das vezes transcendiam preocupações pautadas em informações e análises técnicas, se baseando mais no que a Amazônia representa para o país. Os temores da população e de articulistas remetiam invariavelmente as visões dos diferentes setores sobre a floresta amazônica, como uma terra inóspita, vazia, a ser conquistada pelos brasileiros e repleta de doenças escondidas entre suas folhagens. O que a Amazônia representa para o Brasil é uma questão importante que nos possibilita problematizar as preocupações e debates sobre as doenças que a floresta poderia utilizar como forma para expulsar trabalhadores e imigrantes.

Chartier (1990) afirma que, para estudar as representações sociais não se pode trabalhar com universalizações ou generalizações, mas sim buscar compreender os discursos que as fundam, porque estes são pautados nas razões dos grupos que as construiu. As representações, seriam, portanto, fundamentais para interpretar o modo como determinados eventos, espaços e práticas são percebidos pelas sociedades, e se colocam no cerne de conflitos e disputas entre os diferentes sujeitos, ao longo da

História. Ele considera ainda que as lutas pelas representações são tão importantes quanto as políticas e as econômicas.

A Transamazônica suscitou debates e disputas, porque já havia na sociedade brasileira uma série de “lutas” por representações sobre a Amazônia. O conteúdo das lutas entre ministros e os que se opunham ou discutiam os problemas que poderiam ser ocasionados à saúde pública, perpassavam debates sobre o que a Amazônia representa para os brasileiros. Sonhos e pesadelos habitavam as mentes dos brasileiros ao pensar na imensa floresta que se opõe a seus invasores, como teria ocorrido com a Ferrovia Madeira-Mamoré, ceifando vidas de trabalhadores.

Obras consagradas na literatura e na historiografia como “Inferno verde”, de Alberto Rangel (1914) e em “A margem da história”, de Euclides da Cunha (2006)⁴, contribuíram para consolidar a visão de que a região engole seus habitantes, o que torna a conquista e ocupação, jargão militar utilizado com frequência nos discursos sobre a BR-230, perigosa. Para o governo, a concretização do projeto de colonização mostraria o poder do regime para ocupar e desenvolver o país, ao submeter a floresta amazônica, derrotando uma de suas mais temidas armas: as doenças.

Por outro lado, para o grande público, era como se Médici se autocolocasse em “xeque”, pois caso surgissem novas doenças ou surtos epidêmicos, todo o projeto de um Brasil desenvolvido, caminhando para se tornar uma potência mundial, poderia acabar desacreditado pela opinião pública. Neste sentido, as disputas pelas informações e o controle sobre elas era uma etapa tão importante o empreendimento quanto os trabalhos de engenharia.

Para os governos, sobretudo autoritários, como dos generais-presidentes do Brasil, as notícias sobre epidemias e, sobretudo a descoberta e propagação de uma nova doença em florestas tropicais, podem levar a dificuldades políticas. Poderia provocar instabilidades, se um dos projetos mais divulgados e propagandeados pela ditadura assustasse a população, devido a ocorrência e a divulgação de epidemias, principalmente, em relação ao surgimento de uma nova síndrome que provocava hemorragias, na “capital” da Transamazônica, Altamira.

Para Pelling (1993), desde o desenvolvimento dos estudos da bacteriologia no século XIX, prevaleceu em todo o mundo, a crença de que as doenças infectocontagiosas poderiam ser controladas, evitadas e algumas erradicadas, com

⁴ A primeira edição deste livro foi em 1909.

investimentos em políticas de prevenção, principalmente, através de vacinas e saneamento. Acreditava-se que o investimento em sistemas de esgoto, limpeza pública, aterramento de pequenos cursos d'água urbanos, latrinas nas casas e educação, possibilitaria melhorias à saúde pública. Segundo esta ótica, os países desenvolvidos deveriam possuir capacidade de controlar doenças, através de investimentos em métodos adequados. A autora argumenta que esta crença teve de ser revista na década de 1980, com a descoberta da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e a consequentemente pandemia.

Contudo, na década de 1970, portanto, um período anterior a AIDS, a propagação de doenças conhecidas e o surgimento de novas poderiam ameaçar a afirmação propagandeada por órgãos oficiais de que o Brasil caminhava a largos passos para se tornar uma das grandes potências mundiais, na concretização do *milagre brasileiro*. Em seus estudos sobre este momento, Cordeiro afirma que foi um período marcado por grandes empreendimentos, crescimento econômico e pelas comemorações e euforia de uma boa parcela da população brasileira, envolvida pelo:

espírito de uma época em que o governo e segmentos expressivos da sociedade se empenhava na construção de um país vencedor. Nesse sentido – assim como em muitos campos da vida nacional durante os anos do milagre – a ideia de construção foi tomada ao pé da letra (CORDEIRO, 2015: 150).

Construir grandes projetos de impacto era fundamental na concretização do *milagre* e assim consolidar a imagem positiva de Médici junto à população. Em um momento de consolidação desta visão positiva sobre o país, de euforia desenvolvimentista com a conquista da Amazônia e da Copa do Mundo de Futebol, bem como com os indicadores positivos da economia, o surgimento de doenças e/ou de um surto epidêmico em função de uma das principais obras de Médici, poderia levar a instabilidade política. Um país que caminhava, segundo as propagandas oficiais, para se tornar grande potência (REIS, 2014; FICO, 2004), poderia ser considerado despreparado para esta ambição, caso fosse ferido por surtos de doenças.

Para Rosenberg (1977), epidemias se constituem em um extraordinário campo de análise para as Ciências Humanas porque permitem compreender diversos aspectos da sociedade. O autor afirma ainda que a partir de meados do século XX, o mundo se acostumou a pensar que os países desenvolvidos não mais estariam sujeitos a disseminação de doenças. A prevenção e/ou erradicação de doenças epidêmicas em um país, era considerado um forte indicador do nível de desenvolvimento alcançado.

O governo seguia esta lógica ao buscar impedir o surgimento de epidemias e, quando não obtinha sucesso com as políticas implementadas, as informações sobre mortos e doentes eram controladas ou censuradas para que o regime não sofresse pressões sobre a propagandeada estrada.

Doentes e mortos na Transamazônica

Apesar de muitos acreditarem que medidas preventivas seriam suficientes para garantir a saúde dos operários e agricultores e evitar a ocorrência de grande número de mortes, as entrevistas realizadas na região apontam uma realidade diferente. Os moradores relatam com emoção terem presenciado muitas mortes por doenças, acidentes, picadas de insetos e cobras. Muitos rememoram a perda de parentes próximos ou amigos, ao narrarem histórias de suas trajetórias vivendo na BR-230.

Migrantes como Gertrudes⁵, agricultora, atualmente aposentada, residindo na zona urbana de Uruará-PA, que recebeu do INCRA cem hectares de terra para plantar e vivenciou as transformações da rodovia. Ela sofreu perdas, viu, ouviu e vivenciou tragédias, teve de lutar sozinha em seus deslocamentos por diferentes localidades da estrada até encontrar uma terra onde pudesse se estabelecer. Após algumas oportunidades em que conversou sobre suas experiências na região, ela narrou, em entrevista, em sua casa, suas histórias e tragédias vivendo na estrada:

...muita gente morria de malária e leish, meu marido pegou mas não morreu que carreguei ele quilômetros, mais meu filho; já foi morrer em 1975, batido⁶. Em Altamira era o melhor naquele tempo, os atendimento era bom, quando chegava no SESP em Altamira, os médico sempre tava lá e de vez em quando chegavam junto da gente⁷ (GERTRUDES, 2010).

Elogia os hospitais construídos pela FSESP (apesar de atualmente possuírem outros nomes até hoje são conhecidos pela população local como SESP) e recorda o bom atendimento que recebia. Rememora com alegria que ajudou a salvar a vida de seu marido carregando-o doente em uma rede de dormir, com a ajuda de seu filho por quilômetros até um hospital. Apesar da visível alegria manifestada com esta recordação, outra logo a conduz à tristeza: um pouco após ser salvo de doença, seu marido a deixou

⁵ Todos os nomes de entrevistados são fictícios, para preservar suas identidades.

⁶ Batido é a palavra utilizada para expressar que uma pessoa foi atropelada por um veículo automotor.

⁷ Os trechos das falas dos entrevistados são reproduzidos do modo como se expressaram, sem fazer correções gramaticais, para respeitar a diversidade linguística presente nos depoimentos.

viúva, ante um outro grande causador de mortes que eram os acidentes com veículos, incluindo atropelamentos.

Devido a poeira durante o verão amazônico, viajar pela Transamazônica se torna um desafio a experiência e a habilidade do motorista, pois há pouca visibilidade e com as irregularidades no piso da estrada, os veículos trafegam de forma inconstante, levando a atropelamentos e colisões, com grande saldo de mortos. Ao se viajar pela BR-230 é algo corriqueiro ouvir relatos trágicos sobre acidentes, doenças e mortes. Relatos como de Gertrudes que perdeu o marido vítima de atropelamento em 1975 e um filho, em outro momento, acometido de malária. Ela narra emocionada que desde então viveu sozinha com as duas filhas e “venci a batalha contra a floresta, por causa que era a melhor coisa da minha vida ficar aqui” (GERTRUDES, 2010).

Sem que ao menos fizessem parte das estatísticas oficiais, muitas pessoas que chegaram por conta própria e que não possuíam documentos de identificação, adoeciam, morriam e eram sepultadas na zona rural, a quilômetros de distância dos cemitérios públicos, hospitais e postos de saúde. Desta forma, um número considerável de casos de enfermos e mortos não constam nos relatórios oficiais, subsistindo quando possível, apenas as memórias sobre eles. Este quadro leva a crer que os poucos e imprecisos dados disponíveis referentes a mortalidade e enfermidade, devem estar muito abaixo da realidade.

Maria (2010), de Medicilândia-PA, narrou de forma dramática que muitos doentes da estrada vicinal⁸ onde mora, até hoje são transportados em redes de dormir, sendo a rede amarrada a uma vara e conduzida por duas pessoas por um trajeto de até cem quilômetros a pé, para receberem atendimento médico, caso, como ocorria com frequência, não morressem pelo caminho. Esta mulher que vivenciou muitas situações dramáticas na região, chegou com o pai em 1970, se casou logo depois e trabalhou por anos ao lado do marido na derrubada/queima da floresta para abrir campos para o plantio.

Em diversas viagens de pesquisa de campo foi possível perceber que ainda ocorrem casos semelhantes atualmente porque durante o inverno amazônico (período de grande incidência de chuvas, geralmente entre dezembro e maio), muitas estradas ficam intrafegáveis, sendo possível o deslocamento apenas em longas caminhadas.

⁸ O projeto da Transamazônica era composto por uma rodovia principal e diversas estradas vicinais perpendiculares, onde seriam instalados a maioria dos lotes de terra para os agricultores/colonizadores, compondo um diagrama semelhante a uma espinha de peixe.

As histórias contadas por agricultores das vicinais, sobre doentes transportados em redes de dormir, quando ouvidas pela primeira vez parecem narrativas ficcionais, entretanto, ocorrem até hoje em alguns lugares. Muitas vilas e propriedades distam mais de cem quilômetros da rodovia principal, com acesso inviável ou muito difícil no inverno amazônico, para automóveis e até mesmo motocicletas o que acaba por impedir os deslocamentos, propiciando um quadro dramático para os agricultores.

Como as distâncias são grandes para caminhadas a pé conduzindo redes de dormir com doentes, muitos acabavam morrendo pelo caminho, sem conseguir receber assistência adequada. Após a construção da Transamazônica havia postos de saúde e/ou hospitais apenas nas agrovilas, agrópolis e rurópolis, mas os lotes da maioria dos agricultores ficavam quilômetros distantes, de forma que muitos transferiram sua habitação e a família para morar junto a suas plantações.

Este quadro afastou progressivamente a maioria dos colonos dos núcleos populacionais, levando conseqüentemente a dificuldades no acesso à serviços básicos como educação e saúde, criando o cenário para o quadro trágico de pessoas morrendo por picadas de cobras ou insetos, ou quando transportadas em redes, na esperança de conseguir obter acesso aos serviços que lhes trouxesse o alívio e a cura.

Como se pode perceber, apesar de investimentos, histórias de tragédias e dramas faziam parte do cotidiano, e as raras aparições em relatos de jornalistas, levaram os órgãos oficiais a adotar posturas defensivas, em muitos casos culpando uns aos outros por eventuais problemas. Em outras ocasiões, elegem os migrantes e dirigentes locais, como alguns dos principais culpados pelas mortes que ocorreram no projeto de colonização e não necessariamente as falhas nas políticas adotadas.

O relatório do convênio entre SUDAM e FSESP (1974), relativo ao período compreendido entre 1970 e 1973, sobre a atuação na Transamazônica e Santarém-Cuiabá, afirma ser difícil quantificar os mortos, devido aos registros precários. Outros relatórios também não quantificam os óbitos e no Banco de Dados do Sistema Único de Saúde, o Datasus⁹, somente há registros a partir de 1979. Com base nas fontes disponíveis, podemos afirmar que os relatórios encontrados, sustentam que entre as principais causas das mortes está a malária.

O relatório do convênio SUDAM/ FSESP, de circulação interna, mostrava problemas na região, mas atenuava as responsabilidades dos órgãos oficiais. Segundo

⁹ O Datasus é o banco de dados do Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser encontrado em www.datasus.gov.br.

este relatório (SUDAM, 1974), as dificuldades de implementação de práticas de saneamento e vacinação se explicavam em boa parte pelos hábitos de antigos moradores e dos migrantes e pelas dificuldades logísticas.

Andrade que trabalhou na construção em Humaitá, vê a estrada de um modo diferente de Gertrudes. Ele afirma que “morreu pouca gente, nada além do normal, nem soube de ninguém na obra ou migrante que tenha morrido e nas cidades muito pouco” (ANDRADE, 2010). Para ele, diferentemente do que muitos acreditam, “a rodovia ajudou a ter menos gente doente porque investiu em hospitais, postos e pessoal de saúde, porque morria muito mais sem a Transa, só que ninguém falava” (ANDRADE, 2010). Ele conheceu as transformações que Humaitá experimentou desde a década de 1970 e as vê como positivas para a população local, inclusive em relação a saúde pública.

As disputas pelas memórias sobre óbitos e doentes se constituiu em um elemento importante pois, como já discutido neste artigo, estava em questão perante a opinião pública, a visão sobre a competência dos generais, para conduzir o país a se tornar uma potência mundial. Histórias como de Gertrudes, moradora de Uruará, ou de tantos outros com os quais conversamos, se fossem tornadas públicas, na década de 1970, poderiam provocar pânico nacional. Tentando evitar a publicação destas histórias, o governo envidou esforços e censura na ocultação das mortes e doenças, para que as memórias fossem controladas ou apagadas e a estrada se tornasse elemento de fortalecimento da ditadura.

Notícias contrárias, porém, como a SHA, publicada no *Jornal do Brasil* (NA TRANSAMAZÔNICA, 1974), apareciam e desapareciam e os novos e antigos moradores, ficavam ocultados no meio da selva, sem que suas histórias, de perda de familiares por acidentes ou doenças viessem a público. Se o pium se tornasse conhecido nacionalmente poderia provocar pânico e, desta forma, gerar pressão sobre o empreendimento, por isso era importante silenciar a seu respeito, ou falar sobre ele apenas como uma curiosidade, sobre um inseto que faz escorrer sangue ao picar, sem se referir às eventuais reações alérgicas e hemorragias em muitas pessoas.

O pium teria sido responsável pela expulsão de muitos agricultores e também de operários. Há grande ocorrência de ataques de piuns em alguns trechos da BR-230, como em Altamira. Em entrevista concedida por Antônio, em Humaitá-AM, ele narrou diversas histórias sobre sua trajetória na região, inclusive das situações em que se deparou com o pium:

aqui eu não soube de muita gente com problema de pium não, mas para as bandas do Pará que o senhor conhece melhor que eu, lá sim, atacaram muito, andei por lá, por Itaituba e aqui perto de Apuí, muita gente ficou doente e até morreu de pium, era de assustar (ANTÔNIO, 2010).

Além do pium e de outros seres da floresta, a carência de transportes para acessar os hospitais e postos de saúde, em muitos casos distantes dezenas de quilômetros, a alimentação escassa de alguns nutrientes e proteínas e outros problemas de infraestrutura e prevenção, foram lembrados em depoimentos e relatórios como geradores de problemas. Em Altamira foi implantado o primeiro Projeto Integrado de Colonização (PIC), com as diretrizes centrais do programa, que define a infraestrutura inicial instalada, no município:

O Município de Altamira apresenta os seguintes recursos médico-hospitalares e respectivo pessoal:

- Unidade Sanitária da FSESP
- Hospital da Prelazia do Xingu
- 3 Médicos
- 2 Enfermeiras
- 2 Farmácias particulares
- 6 parteiras “curiosas”¹⁰ controladas pela FSESP
- 1 Laboratorista
- 2 Visitadores sanitários
- 1 Auxiliar de saneamento
- 3 Auxiliares de enfermagem
- 1 Farmácia e 1 Posto Médico do INCRA (INCRA, 1970: 53).

O PIC era o projeto central contendo as diretrizes implementadas por diferentes órgãos, sob a coordenação do INCRA, para viabilizar a instalação de colonos. O projeto incluía planos para a agropecuária, educação, instalação de igrejas, centros comunitários, habitação, núcleos urbanos e saúde. O PIC Altamira - I, leva esse nome por ser o primeiro elaborado como modelo, em torno do epicentro das obras, a cidade de Altamira. Este era o levantamento do quadro inicialmente encontrado nesta cidade, considerado pequeno para atender a população daquela região, mas que seria acrescentado de 9 postos de saúde, 1 médico do INCRA, 10 atendentes e 1 médico do

¹⁰ Parteiras curiosas é uma denominação utilizada de forma pejorativa nos relatórios oficiais para designar mulheres que eram consideradas somente “curiosas”, mas não conhecedoras das ciências da saúde para a realização de partos. Apesar de não serem contabilizadas entre os profissionais de saúde, muitas gestantes, preferiam o atendimento por parteiras. Esse fator, somado a carência de médicos e enfermeiros, as tornavam aceitas como parte do programa do PIC. Alguns estudos focalizam polêmicas e conflitos, envolvendo médicos e os chamados curandeiros e parteiras, em diferentes momentos da História. Sobre o tema, consultar Witter (2001) e Loyola (1984).

FSESP e de estudantes universitários, através do Projeto Rondon, para ampliar a capacidade de atendimento.

A medida que os trabalhos avançavam e o projeto se tornava em algo consolidado, a discussão sobre saúde e doença saía do campo dos prognósticos para o dos diagnósticos. As divergências e convergências passaram então a se dar não mais com relação às possibilidades de epidemias, mas se estas se concretizaram ou não na prática. Ricardo Gontijo (1970: 71), afirmou que “a morte é fácil na Amazônia”, uma frase que sintetiza visões de vários setores sobre a região. Gontijo expressa também uma grande preocupação com o futuro dos que permanecessem vivendo ao longo da estrada, quando os operários e as máquinas fossem embora:

Durante a construção da Transamazônica, as empresas encarregadas das obras darão assistência médica, farmacêutica e hospitalar a seus trabalhadores, que em sua maioria serão recrutados na região nordestina. Mas o que acontecerá quando a estrada estiver terminada? Como dar continuidade a esses esquemas assistenciais depois que as empreiteiras desarmarem seus acampamentos e deixarem a Amazônia? ... (GONTIJO, 1970: 71)

Pouco se discutiu sobre como ficariam os novos e antigos moradores quando as empreiteiras partissem e levassem com elas parte da infraestrutura. Gontijo demonstrava preocupação com o futuro dessas pessoas que atenderam o chamado para ocupar a Amazônia, ou as outras que viviam ali há décadas e que assistiram a chegada de grandes levas de estranhos e a transformação definitiva em seu cotidiano. Fernando Moraes e Ricardo Gontijo viajaram pela rodovia e abordaram em seu livro (que possui um capítulo escrito por Roberto Campos), as dificuldades de transporte, de logística em casos de urgência, ausência de hospitais equipados, de médicos especialistas e o alarmante aumento nos casos de mortalidade e enfermidades se propagando no início das obras (MORAIS; GONTIJO & CAMPOS, 1970).

Para destacar os avanços e a melhoria no atendimento, possibilitado pelos investimentos em infraestrutura, o convênio SUDAM/FSESP fez um levantamento da infraestrutura da situação encontrada em 1970:

Quadro 1. Recursos Assistenciais do Setor Saúde nos Principais Municípios da Transamazônica (Sudam, 1974: Anexo XII)

Município	No. de hospitais	Leitos em hospitais	No. de postos de saúde	Postos de saúde em funcionamento	No. de médicos	No. de dentistas
Porto Franco (Estreito) ¹¹	—	—	1	Não	—	2 (prático)
Tocantinópolis	1, em funcionamento	12	1	Sim	2	2
Altamira	1, em funcionamento	25	1	Sim	2	4 (prático)
Itaituba	1, que não está funcionando	10	1	Sim	2	2 (prático)
Marabá	1, em funcionamento	10	1	Sim	6	2
Humaitá	1, funcionando precariamente	52	—	—	1	—
Lábrea	—	—	1	Não	—	—

Apesar do quadro expor dados sobre leitos, postos, hospitais, médicos e dentistas encontrados em 1970, para destacar os avanços significativos que teriam melhorado as condições de vida após a Transamazônica, ele também revela informações que se opõem ao objetivo proposto. Mesmo com a intenção de mostrar este grande projeto como positivo para sociedade, o quadro da SUDAM/FSESP revela que a implementação de infraestrutura de saúde pública para o programa de colonização foi iniciada após ou concomitantemente ao início dos trabalhos.

Este fator em curto e médio prazos levou a uma desorganização das cidades existentes que se tornaram incapazes de atender as demandas impostas pelo acelerado crescimento populacional, provocando, conseqüentemente, o aumento imediato de problemas com enfermidades. Seria necessário, segundo os próprios relatórios oficiais, a construção de mais hospitais e postos de saúde, contratação de um número maior de profissionais, como médicos, dentistas e enfermeiros, treinamento da população, aquisição de veículos, como lanchas, botes e caminhões. A infraestrutura nesta área que ainda apresentava carências em 1974, foi ampliada de 1970 em diante, o que provocou problemas imediatos, sobretudo aos operários e agricultores.

¹¹ Até 1982, quando foi emancipado, o município de Estreito, era um distrito do município de Carolina mas, devido a proximidade geográfica, ser maior, naquele período, com o município de Porto Franco, muitos relatórios de saúde relacionados à Transamazônica, contabilizavam Estreito através de Porto Franco.

O relatório do 1º. Trimestre de 1975 da Associação de Crédito e Assistência Rural do Pará (ACAR-PA) sobre a atuação deste órgão estadual, em conjunto com instituições de outras esferas, na Transamazônica, conclui que conseguiram melhorar o abastecimento e tratamento de água, instalar privadas higiênicas e fossas para lixo. Além disso, realizaram a aplicação de vacinas, treinamento da população para cuidados com higiene, incluindo fornecimento de material educativo, e adoção do atendimento pré e pós natal às gestantes (ACAR, 1975: 21).

Estas práticas, consideradas de saneamento, imunização e prevenção buscavam evitar o surgimento de problemas e aliadas a infraestrutura hospitalar construída pela FSESP, poderiam a médio e principalmente longo prazo, diminuir as dificuldades para a população porque, a curto prazo, como vimos, os indicadores eram no mínimo preocupantes.

As visões sobre as melhorias ou não na qualidade de vida a partir da BR-230 variam conforme o ângulo e o olhar dos protagonistas do processo de colonização. As memórias de Ana Lúcia, moradora de Estreito de Goiás (atualmente município de Aguiarnópolis-TO) se dividem em dois momentos: o primeiro marcado pela pobreza, em que teve de dividir o sabão para lavar roupa e o segundo definido pelo momento em que começaram a abrir estrada. Para enfatizar as melhorias em sua vida, argumenta que logo após o início das obras “foi a primeira vez que vi um médico na minha vida, aqui na Transa velha” e fala, com emoção, sobre a

lesh que peguei e as malária que já perdi a conta, mas hoje tenho essa casinha, onde pranto horta e recebo aposentadoria, tudo conquistei aqui que não tenho medo de doença, você parece que tem né? Porque é jovem e já pegou a parte boa (ANA LÚCIA, 2010).

Sua história, assim como as outras presentes ao longo deste texto, parece um roteiro de filme de ficção, como é semelhante a uma história de ficção a dessas pessoas que, como Ana Lúcia, se mostram felizes por verem que suas histórias podem ser importantes para uma pesquisa, como ela mesma afirmou. “Ver médico”, para Ana Lúcia, se constituía em uma grande vantagem, pois até então apenas ouvira falar da existência destes profissionais, sem ter conhecido alguém que realizou algum tratamento com eles.

Juvenal (2010) que trabalhou como operário contratado pelas empreiteiras, no trecho entre Brasil Novo e Altamira, no Pará, afirmou que ouviu histórias sobre mortes de muitos trabalhadores e que havia dificuldades para conseguir atendimento de

emergência quando se encontravam distantes da faixa central da estrada. Narciso (2010) tem a mesma experiência, como operário em Estreito-MA. Seu relato se assemelha a uma continuação da narrativa de Juvenal, pois ambos conviveram com mutilados e mortos nos canteiros e têm orgulho de, apesar dos problemas, terem conseguido se estabelecer e de hoje possuírem suas casas e terras.

Morte e vida Transamazônica

Histórias de mortes por doenças, acidentes e violência física, fazem parte das narrativas de muitos operários e agricultores que partiram em busca de terras para viver e cultivar. O governo investiu em postos, hospitais, contratação de profissionais, educação à população, saneamento, vacinação, mas a tragédia passou a fazer parte do cotidiano de populações urbanas, ribeirinhos, indígenas, agricultores e operários que buscavam se encontrar em uma nova realidade e conseguir melhorias de vida.

Ao analisar, sobretudo a incidência de malária, Confalonieri considera que os grandes projetos na Amazônia trouxeram problemas imediatos à população, mas acredita que também investiram em:

transformações radicais do meio físico circundante, os investimentos em obras de saneamento e em vigilância epidemiológica e assistência médica e são capazes de reduzir acentuadamente a incidência da doença. Formam-se assim, verdadeiras redomas sanitárias que isolam os trabalhadores e seus familiares dos perigos biológicos da doença (CONFALONIERI, 2005: 232).

Para este autor, especialista nos estudos de epidemiologia, o investimento em núcleos populacionais e urbanização, possibilita com o tempo a melhoria do controle de doenças com maior incidência em florestas tropicais, devido ao surgimento de uma estrutura que denomina “redomas sanitárias”. Desta maneira, para Confalonieri, ao mesmo tempo em que os grandes projetos propiciariam o surgimento ou aumento imediato de doenças, devido a intervenção na floresta e aumento populacional, com o passar do tempo possibilitam a diminuição das ocorrências, devido à urbanização incluir investimentos em saneamento e prevenção.

Em relação a Transamazônica, como a “redoma sanitária” foi implementada paralelamente à construção da rodovia, muitas pessoas adoeceram e morreram, antes que houvessem mais postos, hospitais e as outras medidas que compõem esta “redoma”.

As cidades já existentes antes de 1970 foram tomadas por uma avalanche de obras, máquinas e novos moradores sem que estivessem preparadas para recebê-los, o que acarretou uma série de problemas sociais imediatos.

Os novos núcleos populacionais e os lotes para agricultura também se tornaram em espaços de doenças e mortes, pois os agricultores ainda teriam de aprender a lidar com a floresta e as medidas sanitárias e de medicina preventiva ainda estavam sendo postas em prática. Os grandes projetos permitem refletir sobre políticas e planejamentos que podem se tornar causadores de problemas sociais em diversos campos, como na área da saúde.

A despeito de poder ser comprovada a ocorrência de muitos óbitos em diferentes fontes, o montante não chegou a tornar, nas memórias, essa estrada um símbolo da morte na floresta, como fora a ferrovia Madeira-Mamoré. Mas a floresta e os seres vivos que nela habitam ocasionaram o contágio/infecção por agentes patológicos e, em muitos casos, ceifaram trabalhadores. Os doentes e os mortos não chegaram a ser um impedimento concreto à consolidação da colonização da Amazônia, pois o governo tanto buscava minimizar as epidemias quanto escondê-las do restante do país.

As convergências ou divergências na interpretação dos dados por parte dos diferentes segmentos da sociedade, participantes diretos ou indiretos da consolidação da Transamazônica, compõem parte importante de um mosaico que permite visualizar uma estrada-projeto que mobiliza novas perspectivas e velhas propostas. A estrada também suscitou acalorados debates entre articulistas, possibilitando fontes para análise, não apenas do Projeto Transamazônica, mas de um período e sobre como se elaboravam e reelaboravam políticas públicas de saúde e que elementos as embasavam e/ou estavam presentes nelas.

Referências

ACAR – PARÁ. *Projeto Transamazônica Extensão Rural – Relatório 1º. Trimestre 1975*. Obtido junto a Biblioteca/Arquivo da SUDAM, em Belém.

BARATA, Rita Barradas. *Malária e seu controle*. São Paulo, Hucitec, 1997.

CAMPOS, André Luiz Vieira de. *Políticas internacionais de saúde na Era Vargas – o Serviço Especial de Saúde Pública – 1942-1960*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CARDOSO, Fernando Henrique & MÜLLER, Geraldo. *Amazônia: expansão do capitalismo*. São Paulo: Brasiliense, 1978.

CARSON, Rachel. *Primavera silenciosa*. São Paulo: Gaia, 2010.

CASTRO, Josué de. *Geografia da fome*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

CAVALCANTI, Costa. O Programa de Integração Nacional – Transamazônica. *SUDAM em Revista*, ano I, no. 1. Belém: Falangola, 1970.

CHARTIER, Roger. *A história cultural – entre práticas e representações*. Lisboa: Difel, 1990.

CONFALONIERI, Ulisses E.C. Saúde na Amazônia: um modelo conceitual para a análise de paisagens e doenças. *Estudos avançados – Dossiê Amazônia brasileira I*. São Paulo, v. 53, jan-abril 2005.

CORDEIRO, Janaína Martins. *A ditadura em tempos de milagre: comemorações, orgulho e consentimento*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2015.

COSTA JÚNIOR, Domingos da; PINHEIRO, Francisco de Paula; ROSA, Amélia Paes de Andrade Travassos da; FRAIHA NETO, Habib & LINS-LAINSON, Zéa Constante. Síndrome Hemorrágica de Altamira. In: LEÃO, Raimundo Nonato Queiroz de (org.). *Doenças infecciosas e parasitárias: enfoque amazônico*. Belém: Cejup/ UEPA/Instituto Evandro Chagas, 1997. p. 107. Disponível em http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/monografias/iec/leao/leao_cap6p107-112.pdf. Acesso em 09.02.2011.

CUNHA, Euclides. *A margem da História*. São Paulo, Martin Claret, 2006.

FICO, Carlos. A pluralidade das censuras e das propagandas da ditadura. In: REIS, Daniel Aarão; RIDENTI, Marcelo & MOTTA, Rodrigo Patto Sá (orgs.). *O golpe e a ditadura militar 40 anos depois (1964-2004)*. Bauru/SP, EDUSC, 2004.

HARDMAN, Francisco Foot. *Trem fantasma: a ferrovia Madeira-Mamoré e a modernidade na selva*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

HOCHMAN, Gilberto & LIMA, Nísia Trindade. Condenado pela raça, absolvido pela Medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitário da primeira República. In: MAIO, Marcos Chor & SANTOS, Ricardo V. (orgs.). *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1998.

INCRA. *Diretrizes básicas para ação do Ministério da Agricultura, através do INCRA, na Transamazônica* (estudos preliminares). Brasília, 1971.

INCRA. *Projeto Integrado de Colonização Altamira – I*. Brasília, 1970.

LOYOLA, Maria Andréia. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: Difel, 1984.

MARCONI, Paolo. *A censura política na imprensa brasileira – 1968-1978*. São Paulo: Global, 1980.

MELO FILHO, Murilo. *O milagre brasileiro*. Rio de Janeiro: Bloch Editores, 1972.

MORAIS, Fernando. Primeira aventura na estrada. In: MORAIS, Fernando; GONTIJO, Ricardo & CAMPOS, Roberto de Oliveira. *Transamazônica*. São Paulo, Brasiliense, 1970.

MOTTA-MAUÉS, Maria Angélica. A questão étnica: índios, brancos, negros e caboclos. In: IDESP. *Estudos e problemas amazônicos: história social e econômica e temas especiais*. Belém: IDESP, 1989.

NA TRANSAMAZÔNICA, novas doenças preocupam. *Jornal do Brasil*. Rio de Janeiro, 22 de dezembro de 1974.

OLIVEIRA, Eveli Souza D'Avila de. O combate à malária em Florianópolis e suas implicações ambientais. *Tempos Históricos*, v. 15, 2^o semestre de 2011.

PELLING, Margareth. Contagion/Germ Theory/Specificity. In: BYNUM, W. F. & PORTER, Roy (eds.). *Companion encyclopedia of the history of medicine*. v.1. London and New York: Routledge, 1993.

PEREIRA, Osny Duarte. *A Transamazônica – pros e contras*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1971.

RANGEL, Alberto. *Inferno verde*. Famalicão/Portugal: Tipografia Minerva, 1914.

REIS, Daniel Aarão. *Ditadura e democracia no Brasil*. Rio de Janeiro, Zahar, 2014.

ROSENBERG, Charles. Introduction – Farming Diseases: illness, society and History. In: ROSENBERG, Charles and GOLDEN, Janet (eds.). *Framing disease: studies in cultural history*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1977.

SANTOS, Ricardo Augusto dos. *Pau que nasce torto, nunca se endireita!* Esterilização, saneamento e educação: uma leitura do eugenismo em Renato Kehl (1917-1937). Tese de Doutorado em História. Niterói: Programa de Pós-Graduação em História/UFF, 2008.

SKIDMORE, Thomas E. *Brasil - de Castelo a Tancredo (1964-1985)*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SMITH, Nigel. O modelo brasileiro de assentamento na Rodovia Transamazônica: agrovilas, agrópolis e rurópolis. In: HEBETTE, Jean *et al.* *Colonização, desenvolvimento e modelos econômicos*. Belém, NAEA/UFPA, 1977.

SOUZA, César Augusto Martins de. *A estrada invisível: memórias da Transamazônica*. Tese de Doutorado em História. Niterói-RJ: Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Fluminense, 2009.

SOUZA, Márcio. *Mad Maria*. Rio de Janeiro: Record, 2005.

SUDAM. *Convênio SUDAM/FSESP – Estudo sócio-econômico do eixo da Transamazônica e da Santarém-Cuiabá*. Belém, 1974. Documento coletado junto a Biblioteca da SUDAM, em Belém.

TAMER, Alberto. Primeiro será preciso sobreviver. *O Estado de São Paulo*, 29 de julho de 1970.

TRANSAMAZÔNICA – Não se repetirá a Madeira-Mamoré. *Folha de São Paulo*. São Paulo, 24 de novembro de 1994. Obtido junto ao Banco de Dados Folha de São Paulo.

TRONCA, Ítalo. Foucault e a linguagem delirante da memória. In: Margareth RAGO; Luiz ORLANDI & Alfredo VEIGA-NETO (orgs.). *Imagens de Foucault e Deleuze – ressonâncias nietzchianas*. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

WITTER, Nikelen Acosta. *Dizem que foi feitiço: as práticas de cura no sul do Brasil (1845-1880)*. Porto Alegre: EDIPUC, 2001.

Entrevistas

ANA LÚCIA. Entrevista realizada pelo autor em Aguiarnópolis-TO, em 15 de fevereiro de 2010.

ANDRADE. Entrevista realizada pelo autor em Humaitá-AM, em 20 de janeiro de 2010.

ANTÔNIO. Entrevista realizada pelo autor em Humaitá-AM, em 20 de janeiro de 2010.

GERTRUDES. Entrevista realizada pelo autor em Uruará-PA, em 11 de janeiro de 2010.

JUVENAL. Entrevista realizada pelo autor em Altamira-PA, em 07 de janeiro de 2010.

MARIA. Entrevista realizada pelo autor em Medicilândia-PA, em 10 de janeiro de 2010.

NARCISO. Entrevista realizada pelo autor em Aguiarnópolis-TO, em 15 de fevereiro de 2010.

Data de recebimento: 24/08/2015.

Data de aceite: 08/12/2015.