



“...o preço da liberdade é a eterna vigilância, sejam os mosquitos a ameaça, ou as vis intenções do homem...”

(Barata, 1987, citando relatórios de campanhas de erradicação de malária, apud Breilh)

“Era uma vez na Amazônia...
A mais bonita floresta!
Muitos Verdes, céu azul...
A mais imensa floresta!
No fundo d'água as Iaras,
Caboclos, lendas, mágoas
E os rios puxando as águas...”
(Saga da Amazônia, Vital Farias)

Malária, Migrações e Grandes Projetos na Amazônia

Alberto Najar*

QUANDO A SAÚDE VIRA PROBLEMA NACIONAL OU PREVENIR, CURAR E TRABALHAR

A relação entre o enorme crescimento da malária no Brasil e particularmente na região Amazônica não é, como procuram insinuar alguns documentos oficiais, uma consequência das condições climáticas. Estas explicações procuram passar uma idéia desbravadora e pioneira cuja contrapartida são os inevitáveis custos para a saúde. Tudo acaba indo para a conta do progresso. Quando muito, admite-se que "componentes sócio-econômicos representem fatores importantes na transmissão da malária" (Arcoverde, 1985) prevalecendo a visão de que os determinantes da história da endemia são fundamentalmente fatores biológicos e ecológicos num sentido restrito.

E o que vêm a ser estes "componentes sócio-econômicos"? Nas palavras de um autor, especialista no tema malária, são as "migrações, o nomadismo, a ignorância e outros fatores humanos,... (os) responsáveis... pela

vultosa expressão endêmica do paludismo na Amazônia" (Marques, 1982). Identificam-se desta forma dois CULPADOS: por um lado nossa exuberante natureza e por outro o homem em geral, em abstrato. Este homem que, como as andorinhas, gosta de migrar, não se fixa, não deita raízes!

A visão predominante que condiciona estas justificativas, apresenta as doenças endêmicas como obstáculos ao desenvolvimento econômico. É nesta perspectiva que as endemias viram um problema.

Esta discussão se encontra na raiz da institucionalização das políticas de saúde na maioria dos países sub-desenvolvidos, inclusive o Brasil. Após a IIª Guerra Mundial a "não-ocorrência de uma 'revolução industrial' (nestes países - A.N.)" levou à procura de explicações... e à inclusão de novos fatores explicativos" (Braga, 1986). Desenvolvem-se neste sentido dois conceitos que procuram dar conta das causas da pobreza endêmica: o do capital humano (expressão que tem finalidades ideológicas evidentes), segundo o qual a questão do desenvolvimento não se limita à formação de capital produtivo -

matérias-primas, ferramentas e equipamentos - mas diz respeito também ao que foi chamado de qualidade do trabalho. É exatamente aqui que saúde e educação são elevadas à categoria de problema nacional: educar e tratar para o trabalho. Como consequência desenvolve-se outro conceito, o de círculo vicioso ou de causalção circular: "...um homem pobre, talvez não tenha o bastante para comer; sendo subnutrido, sua saúde será fraca; sendo fraco, sua capacidade de trabalho será baixa, o que significa que será pobre..." (Braga, apud Nurkse, 1986) e assim por diante.

Importa registrar ainda que apesar de simplista e a-histórica, a análise fundamentada nos conceitos de capital humano e círculo vicioso deflagra um debate que culmina na década de 60 com as formulações da CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina) quando fica patente nas formulações de políticas para os países da América Latina que "o sub-desenvolvimento não poderia ser isolado como problema econômico" (Braga, 1986).

As categorias explicativas da epidemiologia que caracterizam a visão das endemias como obstáculos ao desenvolvimento econômico, vão além da natureza e do homem. Chegam mesmo

Arquivo 2M



a apresentar como causas o ambiente desfavorável, a pobreza, a falta de escolaridade, o isolamento dentro do território, as condições de moradia inadequadas, a baixa cobertura dos serviços de saúde, entre outros fatores. Estas explicações/diagnósticos são predominantes entre (1950/1974 no Brasil, formando um modelo de análise que deu suporte a uma série de políticas de erradicação e prevenção das grandes endemias brasileiras, particularmente a malária, a esquistossomose e a doença de Chagas (Sabroza, 1987; Barreto, 1940; Agudelo, 1985). Em 1974 cria-se o Conselho de Desenvolvimento Social, fórum onde todas as questões relativas às migrações internas passam a ser debatidas. A partir deste período as migrações são explicitamente incorporadas nas explicações com relação a prevalência das grandes endemias e particularmente da malária.

Interessante destacar de imediato que é o próprio modo de vida da população ribeirinha, dos índios, dos posseiros, dos seringueiros, dos povos da floresta que está sendo posto em questão quando se julga inadequada sua casa, sua educação, enfim, sua pobreza. É ainda, numa escala maior, a postulação de uma política sanitária operacionalizada por uma concepção de progresso saneador para submeter, formalmente num primeiro momento, todo este território e sua população a uma nova forma de produzir. Quando se enuncia que o próprio ambiente é desfavorável, deve-se atentar de quem parte a afirmação, uma vez que "só existe AMBIENTE (grifo do autor) para alguém, para uma determinada forma de vida com valor de variável independente" (Castro, 1988). No caso que tratamos, quem formula estas explicações é o Estado brasileiro através de várias políticas de governo. A inadequação do ambiente, da educação etc, é vista segundo uma determinada maneira de organizar a produção social e consequentemente o espaço.

"Ninguém Segura Este Mosquito"

Na Amazônia a subordinação a uma nova maneira de produzir ainda está em franco processo de expansão e alguns dados são bem recentes. A relação entre as grandes obras e o aumento de casos de malária pode ser demonstrada fartamente. Deve-se registrar que a tendência crescente da incidência da malária não é um privilégio do Brasil.



Em todos os países subdesenvolvidos registrou-se um crescimento assustador da doença entre 1972/1982.

Algumas iniciativas de caráter operacional vêm sendo patrocinadas por parte de alguns governos. Em 1983 foi organizado pelo governo brasileiro e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a IV Reunião de Diretores dos Serviços de Malária nas Américas. Na apresentação do documento, que reúne as discussões do Encontro, lemos o seguinte:

"O crescente aumento, nos últimos anos, de casos de malária no continente vem inquietando os governos da região. No período de 1976 a 1980 o incremento foi de 56,8%, passando de 374.364 casos para 599.216. Isto resultou da deterioração da situação da malária em vários países com áreas em fase de ataque cujos programas defrontam-se com sérios problemas." (SUCAM, 1985).

Até 1970 havia uma tendência de queda no número de casos registrados de malária no país, mas na região Amazônica, pelo contrário, os casos de malária cresciam. A participação percentual da Amazônia no total de casos passou de 49,1% em 1965 para 71,7% em 1970. Deste ano em diante o número de casos registrados passou a crescer em todo o Brasil impulsionados pelo crescimento vertiginoso na Amazônia, que em 1986 detinha o triste "record" de participar com nada menos que 96,7% do total de casos registrados. Esta inversão na tendência de queda da incidência de malária possui suas

causas bem definidas. É justamente a partir do final da década de 60 que se inicia o processo de ocupação intensiva da região Amazônica, que teve como suporte os polpidos incentivos fiscais aos empresários de outras regiões do país. É deste período a criação da SUDAM (Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia, criada em 1966), autarquia vinculada ao Ministério do Interior, que implementou com recursos federais projetos tais como o: POLAMAZONIA (Programa de Pólos Agropecuários e Minerais da Amazônia); ALBRÁS/ALNORTE com a finalidade de produzir alumínio metálico e alumina; PRONORPAR (Programa de Recuperação Sócio-Econômico do Nordeste Paraense). Esta política de subsídios tem ramificações, por exemplo, no caso da ALBRÁS/ALNORTE: o preço médio que foi pago em 1987 por estas e outras empresas eletro intensivas no norte/nordeste pela energia elétrica gerada em Tucuruí, estava em torno de 1,8 a 2,1 centavos de dólar por quilowatt-hora (KWH), enquanto o custo real da energia de Tucuruí era, na época, de 5 centavos de dólar por KWH. Ou seja: o país estava pagando para que estes grupos produzissem alumina, entre outros produtos. Mas não termina aqui! A alumina é exportada e o Brasil a importa como produto semi-acabado e quem controla o preço da alumina no mercado internacional são as mesmas empresas que estão consorciadas com a Vale do Rio Doce na ALBRÁS (IBASE, 1987). Até 1982, a SUDAM tinha aprovado 704 projetos na Amazônia.

GRANDES PROJETOS, MIGRAÇÕES E MALÁRIA OU O SERTÃO VAI VIRAR MAR E O MAR VAI VIRAR SERTÃO

Arquivo 2M

Enquanto a principal variável explicativa durante muito tempo ficava por conta da história natural da doença e ela própria representando um obstáculo ao desenvolvimento, atualmente a principal variável explicativa é a migração. A solução de outros tempos paulatinamente vai virando problema. Em determinadas situações, como a dos grandes projetos hidrelétricos, remove-se a população e alaga-se o território: "Agora a ocupação do território não mais estará associada à ocupação produtiva da população... o território é capturado diretamente... quase sem mediações, na esfera da valorização do capital". (Vainer, 1987).

Conforme já dissemos, a relação entre grandes projetos e endemias é clara e evidente. Podemos destacar alguns dados para o caso da malária:

- em 1974 dos 24 mil casos registrados nos Estados do Acre, Amazonas, Pará e Maranhão, mais da metade foram detectados ao longo da TRANSAZÔNICA e sua área de influência;

- no mesmo ano, em apenas cinco municípios do Pará (Paragominas, Marabá, São João do Araguaia, Itaituba e Tucuruí) foram registrados 91,3% dos 6.114 casos notificados no Estado: todos os doentes estavam vinculados a projetos de ocupação recente, tais como garimpos, construção de estradas e projetos agropecuários;

- se consideramos os dados epidemiológicos referentes a 1980 nos municípios que tiveram o maior crescimento populacional na década 70/80, che-



gamos, para o Estado do Pará, ao seguinte resultado espantoso:

- em 1975, no 1º trimestre (JAN/FEV/MAR), na fase de ocupação dos lotes do projeto JARU, 51,9% dos casos registrados em todo o então território de Rondônia, o foram na área do projeto;

- em 1978, 60% dos casos investigados em Manaus eram procedentes de rodovias recém construídas e em fase de ocupação;

- em Marabá e Altamira a malária

manteve-se como principal problema de saúde pública na rodovia TRANSAZÔNICA no período de 1973 a 1978,

- em 1973 dos 2.438 pacientes internados procedentes desta rodovia, 1.285 (52,7%) estavam com malária.

- em 1978 a malária ainda participava com 44% dos internamentos (644 casos em 1.494 internamentos) (Marques, 1979).

Para uma apreciação mais detalhada da relação entre grandes projetos e a incidência de malária devemos acompanhar os quadros a seguir:

QUADRO I

DADOS DE MALÁRIA REFERENTES A 1980 NOS MUNICÍPIOS COM GRANDE CRESCIMENTO POPULACIONAL ENTRE 70/80			
MUNICÍPIO	AMOSTRAS DE SANGUE		DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS CASOS POR MUNICÍPIO
	Examinadas	Positivas (%)	
Itaituba	17878	40,3	32,6
Sant. Araguaia	5618	33,0	8,4
Paragominas	7007	32,1	10,2
Altamira	5717	29,7	7,7
Marabá	13043	25,4	15,0
S.J. Araguaia	3153	20,4	2,9
Conc. Araguaia	9578	12,3	5,3
Tucuruí	41739	8,9	16,7
Itupiranga	1808	8,6	0,7
Jacunda	856	7,9	0,5

Fonte: Adaptado de Marques, 1982.

QUADRO II
CASOS DE MALÁRIA REGISTRADOS NAS RODOVIAS EM CONSTRUÇÃO NO ESTADO DO PARÁ,
NO INÍCIO DA COLONIZAÇÃO - 1971/74 (*)

Rodovia	1971	1972	1973	1974	Observações
01 - Transamazônica					01 - Transamazônica: em 1971 haviam 3.183 casas nessa rodovia; em 1974 esse número havia se elevado para 24.442, o que representa um crescimento de 750% em 4 anos.
Lâminas examinadas	5.225	29.963	36.910	42.084	
Lâminas positivas	698	3.101	6.738	6.114	
% de positividade	13,4	10,3	18,3	14,5	
02 - Cuiabá - Santarém					02 - Cuiabá - Santarém: os mesmos números acima corresponderam a 3.389, 19.793 e 580%.
Lâminas examinadas	951	2.444	7.628	16.664	
Lâminas positivas	2	30	335	778	
% de positividade	0,2	1,2	4,4	4,7	
03 - Perimetral Norte					03 - Perimetral Norte: idem, 177,729 e 410%.
Lâminas examinadas	-	-	372	1.839	
Lâminas positivas	-	-	90	183	
% de positividade	-	-	24,2	10,0	
TOTAL					Nesse período de 4 (quatro) anos o total de casas nesse trechos de rodovias aumentaram de 6.749 para 44.964 (crescimento 660%).
Lâminas examinadas	6.176	32.407	44.910	60.587	
Lâminas positivas	700	3.131	7.163	7.075	
% de positividade	11,3	9,7	15,9	11,7	

(*) Transcrito de Marques, 1979

QUADRO III
MUNICÍPIOS RESPONSÁVEIS PELA MAIORIA (OITENTA POR CENTO)
DOS CASOS DE MALÁRIA REGISTRADOS NO ESTADO DO PARÁ,
EM 1974. (*)

Nome	Índice de positivid. (%)	Características da área de transmissão
01 - Paragominas	23,1	- Projetos agropecuários em implantação (áreas pioneiras)
02 - Marabá	18,1	- Idem
03 - S. João Araguaia	18,0	- Idem
04 - Itaituba	16,6	- Garimpos; implantação de rodovias. (Transamazônica, Cuiabá - Santarém)
05 - Tucuruí	15,5	- Implantação de rodovia Transamazônica (colonização).
06 - S. Domingos Capim	11,9	- Projetos agropecuários
07 - Vizeu	11,5	- Idem
08 - Conceição Araguaia	9,7	- Idem
09 - Altamira	9,4	- Implantação da rodovia Transamazônica (colonização).

(*) Transcrito de Marques, 1979.

Quanto a estes dados devemos ter presente que dizem respeito aos casos que foram notificados aos serviços de saúde da SUCAM (Superintendência de Campanhas de Saúde Pública), isto significa que podem ter ocorrido muito mais casos que não chegaram a ser notificados, e é muito provável que isto tenha acontecido. Desta forma devemos tomar os números das tabelas como uma aproximação da situação da malária com relação a alguns projetos

na região Amazônica. Um outro aspecto é a maneira como os dados estão organizados: nos permitem saber o total de casos que foram registrados, as áreas geográficas em que ocorreram, a faixa etária etc. Esta forma de arrumar os dados encobre muitas diferenças. O risco de adoecer não é igual para todos. Ao que tudo indica, no caso da Amazônia, os grupos de maior risco de contrair malária são colonos, posseiros e garimpeiros (Marques, 1986). Se pu-

déssemos dispor de dados que nos indicassem a distribuição da epidemia por nível de renda, por processos produtivos, por tipo de habitação, por conglomerados culturais etc. (Agudelo, 1985), muito se esclareceria sobre os riscos de adoecer. Mesmo assim com os dados disponíveis hoje pode-se desenhar um certo padrão locacional para a incidência de malária na Amazônia: "...os municípios mais comprometidos possuem áreas de ocupação recente, representados por projetos agropecuários, empreendimentos de colonização, organizados ou espontâneos, construção de rodovias, ou apresentam garimpos" (Marques, 1982).

Conforme anotamos, quando se apresentam as epidemias como obstáculos ao desenvolvimento econômico, sendo suas causas o ambiente desfavorável etc, o que está se afirmando é que a janela é a culpada pela paisagem que mostra: os pobres são culpados pela pobreza. Cria-se desta maneira uma cortina de fumaça, onde as questões fundamentais não são apresentadas. Dá-se como assunto encerrado que os chamados grandes projetos têm que ser realizados, e que a sua implantação significa progresso. Mas os movimentos organizados pelas populações atingidas demonstram outra coisa: questionam profundamente esta

BIBLIOGRAFIA

concepção de progresso que nos apresentam, e já formulam alternativas políticas para a ocupação do território, tais como as propostas das reservas extrativistas dos seringueiros do Acre.

Todos estes esforços para subjugar a população e o seu território são condicionados, a nosso ver, por um processo de concentração e centralização do capital. Os grandes projetos são a expressão evidente de uma alavanca que potencializa todo este processo de reprodução ampla do capital através de programas de irrigação, gerenciamento de bacias hidrográficas, aproveitamentos hidrelétricos, projetos de mineração, etc. Neste processo sobressai a tendência para homogeneizar o território, tratando-se o que é necessariamente desigual e particular através de princípios supostamente universais, que negam o direito à diferença.

* Pesquisador do Núcleo de Políticas Públicas, Ambiente e Saúde, do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

AGUDELO, Saúl Franco. "Os Processos Sócio-econômicos na Transmissão e no Controle da Malária". *Supl. Rev. Bras. Malariol. D. Tropicais*, V. 37, 1985.

ARCOVERDE, Waldyr Mendes. "Controle da Malária: um dos maiores desafios de saúde pública". *Idem*.

BARATA, Rita de Cássia Barradas. "Epidemias". *Cadernos de Saúde Pública*, V. 3 (1), jan/fev., 1987.

BARRETO, João de Barros. *Malária*, s. 1., 1940.

BRAGA, José Carlos de Souza/PAULA, Sérgio Góes de. *Saúde e Previdência: estudos de política social*. (Coleção Saúde em Debate), 2ª ed., São Paulo, editora HUCITEC, 1986.

CASTRO, Eduardo Viveiros de/andrade, Lúcia M.M. de. "Hidrelétricas do Xingú: o Estado contra as Sociedades Indígenas". In: SANTOS, L.A.O. e ANDRADE, L.M.M. de (orgs.). *As hidrelétricas do Xingu e os Povos Indígenas*, São Paulo, Comissão Pró-Índio de São Paulo, 1988.

IBASE, Políticas Governamentais. Rio de

Janeiro, IBASE, abr., 1987.

MARQUES, Agostinho Cruz. "Migrações Internas e as Grandes Endemias". *Rev. Bras. Malariol. D. Tropicais*, XXXI, 1979.

MARQUES, Agostinho Cruz/PINHEIRO, Edinaldo Alves. "Fluxos de Casos de Malária no Brasil em 1980". *Idem*, V. 34, 1982.
— et al. "Um Estudo sobre a Dispersão de Casos de Malária no Brasil". *Idem*, V. 38, 1986.

MARTINS, José de Souza. *O Cativo da Terra*. (Coleção Brasil Ontem e Hoje), São Paulo, Livraria Editora Ciências Humanas, 1979.

MINISTÉRIO DO INTERIOR, SECRETARIA GERAL. *Programa Nacional de Apoio às Migrações Internas*, Brasília, 1980.

SABROZA, Paulo Chagastelles. *Notas de Aula*, 1988.

VAINER, Carlos Bernardo. "Da Mobilização para o trabalho à política social — uma reflexão acerca da evolução das políticas de localização da população". *Cadernos PUR/UFRJ*, jan/abr., 1989.

Arquivo 2M

