

O PRECÁRIO SANEAMENTO NA HINTERLÂNDIA AMAZÔNICA: PASSADO E PRESENTE DE OMISSÃO DO ESTADO BRASILEIRO

EL PRECARIO SANEAMIENTO EN LA HINTERLANDIA AMAZÓNICA: PASADO Y PRESENTE DE OMISIÓN DEL ESTADO BRASILEÑO

Paulo Cesar Vieira Archanjo

Licenciado em História (UCDB) Bacharel em Ciências Sociais (UFAM) Doutor em Ciências do Ambiente e
Sustentabilidade na Amazônia PPG/CASA AFAM

Elaine Cristina Oliveira Farias Archanjo

Licenciada em História (UFAM) Mestre em História Social PPGHS/UFAM
Professores da Univerdidade Federal do Amazonas

Recebimento: 30/08/2017

Aprovação: 28/12/2017

Como citar este ensaio:

ARCHANJO, Paulo Cesar Vieira; ARCHANJO, Elaine Cristina Farias. O precário saneamento na hinterlândia amazônica: passado e presente de omissão do estado brasileiro. In: **Revive** – Revista de Ciências do Estado, Belo Horizonte, v.3, n.2, p. 49-56, jun./dez.2018. ISSN 2525-8036. Disponível em: <<https://seer.ufmg.br/index.php/revive/index>>

O saneamento da Amazônia sempre foi considerado pelos governos das três esferas uma tarefa de enormes proporções e ao julgar pela manutenção da precariedade, nunca levada de fato a seus termos. Muito embora o saneamento da Amazônia já era objeto da agenda de políticas públicas nas primeiras décadas do século passado.

Na região norte os indicadores de saneamento são muito preocupantes, pois somente 8,7% da população tem acesso a rede de esgoto, e somente 16,4% do esgoto é tratado antes de ser lançado no ambiente. Apenas 24 municípios do norte brasileiro são atendidos com o esgotamento sanitário. No entanto, em relação ao abastecimento de água os números são bem diferentes, pois 291 municípios são beneficiados por este serviço de saneamento (SINIS, 2017).

Projetos visavam sanear a Amazônia na primeira metade do século XX, sob a justificativa de torná-la habitada e habitável incentivando a ocupação desta imensa região. Esperava-se do poder

público, ações de grande envergadura voltadas para implantação de obras de esgotamento sanitário para sanear a Amazônia, o que de fato não aconteceu até os dias atuais.

Médicos sanitaristas, na primeira década do século XX, sustentavam que o Brasil era um país com pessoas desassistidas, doentes e que o Governo Federal deveria assumir a atribuição, por ser o ente mais rico entre as três esferas, de colocar em marcha ações voltadas para o saneamento rural e a promoção da saúde pública de forma equitativa (HOCHMAN, 2005).

Essa situação de abandono e precariedade da saúde pública havia se agravado com a promulgação da primeira Constituição Republicana de 1891. De orientação liberal, a Constituição estava consolidada em torno de princípios como o da descentralização, autonomia política e econômica, fato que retirou, na prática, responsabilidade do Governo Federal, por exemplo, no auxílio de implementações das ações na área da saúde pública, situação que só aumentou as desigualdades regionais (HOCHMAN, 2005).

É importante destacar que, na Constituição Republicana de 1891, a saúde não é tratada como “[...] uma área específica, tanto que os recursos a ela destinados encontram-se englobados em ‘socorros públicos’, mostrando seu caráter ainda filantrópico e emergencial” (LYDA, 1994, p. 34). Estes recursos, assim, possuíam conotação de ações de caridade, sob a bandeira das políticas clientelistas.

Mesmo diante de um quadro de alta mortalidade, Lyda (1994) argumenta que doenças eram tratadas a nível privado, seja por entidades filantrópicas, por famílias ou ainda por meio de ajudas (socorros) públicas, tudo ocorrendo fora do âmbito governamental. Estados mais pobres eram os que mais sofriam com a precarização da saúde.

No entanto, mesmo com o diagnóstico do “Brasil doente”, parlamentares responsáveis pela saúde pública, resistiam aos apelos da ciência médica de que, para mudar esse quadro de abandono, seria necessária a centralização das políticas públicas na área da saúde. Um evento sanitário histórico, porém mudou as relações de forças. A gripe espanhola que assolou o país em 1918, inclusive em Manaus, foi devastadora e demonstrou a falta de capacidade dos estados em combater epidemias, seja por falta de dinheiro ou por falta de pessoal capacitado (REZENDE; HELLER, 2008).

São Paulo era o único estado brasileiro que dispunha de recursos técnicos e financeiros, por outro lado, se sentia ameaçado pelos demais membros da federação mais pobres, em função da possibilidade constante de propagação epidêmica. Sob os efeitos dos resultados catastróficos da gripe espanhola, o Governo Federal criou, em 1919, o Serviço de Profilaxia Rural, que possibilitou aos estados celebrarem convênio para auxiliá-los na execução de políticas sanitárias (Ibid.). Se as

grandes cidades brasileiras sofriam com a proliferação de doenças, imagina-se a situação do interior do país.

A importância de sanear o interior do Brasil foi influenciada por três eventos. O primeiro, foi a ressonância do discurso de Miguel Pereira, em 1916, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, quando em sua oratória afirmou que “o Brasil é um grande hospital”, referindo-se principalmente a situação de enfermidade e abandono da população em quase todo o país, culpa de governantes despreocupados com a saúde pública. O segundo, foi a repercussão, em 1916, dos dados apresentados pela expedição dirigida por Belisário Penna e Arthur Neiva às regiões nordeste e centro-oeste do Brasil, onde mais uma vez se colocava a doença no centro do debate nacional. O terceiro evento foi a repercussão de artigos do Dr. Belisário Penna, representante maior da Liga Pró-Saneamento, como também as próprias ações pelo saneamento capitaneada por esta entidade. A Liga Pró-Saneamento foi fundada em 1918 sob o ideário de saneamento das áreas rurais do país, medida fundamental para o desenvolvimento econômico (HOCHMAN, 2005).

Para o movimento sanitarista brasileiro as precárias condições de saúde e o abandono das autoridades seriam os responsáveis pelo atraso do país, já que os trabalhadores se tornavam improdutivos e não o clima ou forte miscigenação dos brasileiros, como defendiam alguns teóricos, reforçando o discurso da ciência médica como redentora capaz de conduzir o país ao desenvolvimento e a modernização (HOCHMAN, 1998).

A Amazônia era um desses rincões onde o abandono, a fome e as doenças resultavam em atraso, ideia esta defendida, entre outros sanitaristas, por Oswaldo Cruz, que adquiriu conhecimentos sobre a Região por meio de suas incursões pelo Vale Amazônico.

Entre 1912 e 1913 uma expedição organizada por Oswaldo Cruz à Amazônia e chefiada por Carlos Chagas, percorre os rios Solimões, Taruacá, Purus, Acre, Iaco, Negro e Branco Afrânio Peixoto. A expedição foi resultado de acordo firmado com a Superintendência de Defesa da Borracha, objetivando estudar medidas profiláticas para Amazônia. Doenças como a malária dizimavam muitos trabalhadores envolvidos da cadeia produtiva da borracha, criando um empecilho para o desenvolvimento do setor gomífero (BATISTA, 1972). Tal expedição tem afinidade com a temática esgotamento sanitário, já que a viagem a hinterlândia amazônica nas primeiras décadas do século XX, revelou um retrato de uma região quase totalmente desprovida de saneamento e desassistida pelo poder público.

Oswaldo Cruz, em 1913, com autoridade de quem conhecia as moléstias que assolavam a Amazônia, asseverou que “É contra o impaludismo que se deve desde já e quanto antes qualquer esforço tendente a sanear o vale do Amazonas”. Cruz defende, entre outras medidas, a profilaxia

51 ARCHANJO, Paulo Cesar Vieira; ARCHANJO, Elaine Cristina Oliveira Farias. O precário saneamento na hinterlândia amazônica (...)

defensiva com vigilância dos postos sanitários sobre o agrupamento das habitações, locais de futuros povoados ou cidade, onde deveria haver especial atenção para construção de destinação correta para as matérias fecais, drenagem do solo e abastecimento de água (CRUZ, 1972, p. 151).

Em trabalho intitulado “Notas sobre a epidemiologia do Amazonas”, publicado em 1913, Carlos Chagas chamava a atenção que a beleza e grandiosa Amazônia, contrastava com a noção que se tinha da região como território doente e inabitável em face de seu alto grau de insalubridade, onde “[...] a dificuldade de viver só encontra medida na facilidade de morrer [...]”. Neste cenário de morbidade, caberia à ciência médica, por meio de pesquisa e instrumentos modernos, o papel de reverter esse quadro aterrador” (CHAGAS, 1972, p. 160).

A ciência já possuía conhecimentos suficientes para minimizar os números de infectados, principalmente por meio de regras profiláticas. Chagas arrisca em afirmar que, exceto os habitantes das cidades mais povoadas, a população na Amazônia, em sua totalidade, estava infectada pela malária. Carlos Chagas também chamava atenção que, por se tratar de Amazônia, o Governo Federal deveria dispor de muito empenho e recursos financeiros para investir na região (Ibid.).

Para o Dr. Afrânio Peixoto, não havia uma regra única de combate ao impaludismo, “[...] pois as campanhas antipalúdicas não são as mesmas por toda a parte [...]”, mas há três regras de profilaxia que possuem aplicação geral, são elas: a) obras hidráulicas; b) proteção individual contra o mosquito transmissor e c) proteger as habitações com telas de proteção nas janelas. Além disso, Chagas já havia defendido a distribuição em grande escala de quinina nas áreas endêmicas, fossem elas nos seringais, vilas ou cidades (PEIXOTO, 1972, p. 192).

Ainda de acordo como Peixoto, obras hidráulicas de drenagem se faziam necessárias, pois é nos ambientes aquáticos que o mosquito da malária procria. Desta forma, uma das medidas fundamentais de profilaxia eram obras de escoamento de valas, poços e canais para lugares distantes. Esse escoamento era um dos desafios para os sanitaristas, uma vez que a Amazônia é uma região cercada por uma quantidade incalculável de água, mas que diante da civilização a malária há de recuar (Ibid.).

No estado do Amazonas, o sentimento de região desabitada e adoentada, também chamou a atenção das autoridades locais. Foi criado, em 1920, o Serviço de Profilaxia Rural do Amazonas, tendo a frente o Sr. Samuel Uchôa. O principal objetivo deste serviço era o saneamento do estado do Amazonas voltado também para a promoção da saúde, seja na capital ou no interior. Para Uchôa, o interior do Amazonas era considerado doente, em função, principalmente, da precariedade em que viviam as pessoas (NEVES, 2008).

A riqueza trazida pela borracha trouxe melhorias sanitárias somente para a capital do Estado, ficando o interior do Amazonas esquecido. Manaus foi aformoseada recebendo obras de saneamento e de infraestrutura. Esta situação de concentração de políticas públicas na capital amazonense, só agrava a situação de abandono dos demais municípios amazonenses, pois, “O investimento em saúde e saneamento ficou quase que restrito à capital, deixando o interior nas mãos dos patrões e dos coronéis de barranco” (SCHWEICKARDT, 2009, p. 289).

Na opinião do cientista social Júlio Schweickardt (2009, p. 289), “O Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural representou uma mudança de postura, em relação à Região, produzindo uma revolução na aplicação de uma política de saúde pública”. Mesmo com algumas dificuldades financeiras conseguiu alcançar todo o estado do Amazonas. Postos itinerantes foram criados em outras calhas de rios no interior amazonense.

Em 1940, durante o governo de Vargas, entra em cena o Plano de Saneamento da Amazônia, que tinha como foco principal o combate à malária na região, enfermidade compreendida como tributária para o despovoamento e atraso da Região. Para esta finalidade foi criada a Comissão de Saneamento da Amazônia. Para a Comissão, a palavra saneamento relaciona-se as ações voltadas para a melhoria das condições de vida e de saúde dos amazônidas, e tais ações podem ser divididas em:

- 1), e atinentes em especial a serviços de abastecimento de água e remoção de dejetos (tarefa de saneamento propriamente dito) e
- 2) medidas de proteção de vida e da saúde a serem empreendidas por organizações sanitárias e de assistência médica (higiene, medicina preventiva, cuidado com os doentes) (BARRETO *et al.*, dez. 1941, p.191).

Era de entendimento da Comissão que sem as obras de saneamento básico, incluindo, abastecimento de água e esgotamento sanitário, a promoção da saúde pública seria imperfeita. Cidades na Amazônia com população acima de 2.000 habitantes deveriam, urgentemente, receber obras de saneamento básico, sem o qual não era possível a instalação de qualquer serviço de saúde pública de qualidade (ANDRADE; HOCHMAN, 2007). Mais uma vez sanitaristas apelam ao poder público para que executem obras de esgotamento sanitário para Amazônia, em função da precariedade sanitária de cidades desta região.

Foi neste contexto que foi criado, em 1942, o Sistema Especial de Saúde Pública - SESP, um dos resultados dos Acordos de Washington⁵, entre Brasil e Estados Unidos. O objetivo principal

⁵ Os chamados Acordos de Washington foram acordos econômicos e militares assinados entre Brasil e Estados Unidos no período da Segunda Guerra Mundial. “Entre as cláusulas, existia uma que previa o combate às doenças que grassavam na região amazônica, que neste contexto de guerra tornara-se estratégica para a produção de borracha para a fabricação de manufaturados” (ANDRADE, 2007, p.10).

do SESP era o combate à malária, contribuindo para o incremento da produção de borracha na Amazônia. Por falta de recursos o Plano de Saneamento da Amazônia não foi adiante, sendo entregue ao SESP a dura missão de sanear a Região (ANDRADE; HOCHMAN, 2007).

Sanear a Amazônia para o movimento sanitarista era incorporá-la no caminho da civilização, tornando-a economicamente produtiva e habitável. Lugares insalubres, além de ameaçadores, seriam espaços fadados ao atraso econômico. O plano de saneamento da Amazônia integraria esta região aos “melhores padrões de civilização brasileira” (REIS, 1972).

Nessa acepção, saneamento e civilidade complementam-se, alinhavados ao ideário progressista republicano. Cidades deveriam ser os lócus da modernidade e do progresso, binômio concretizável por meio da higidez da mão de obra e do ambiente (DIAS, 2007. MESQUITA, 2009. HERSCHMANN; PEREIRA, 1994).

Cidades que tinham a pretensão de se converterem em lugares assépticos e salubres, qualidades imprescindíveis para atestar o grau de civilidade urbana, deveriam seguir as cartilhas médicas-sanitárias. A ciência sanitária avalizava a importância de higienizar as urbes para que estas se enquadrassem nos princípios de civilidade (Ibid.).

O sujo, o mau odor e as doenças deveriam ser combatidos por meio de medidas profiláticas, como, por exemplo, a higienização dos espaços públicos e privados, inventando-se a utópica cidade inodora. Mas para desodorizá-la e torná-la hígida, é imperioso que exista também um eficiente sistema de esgotamento sanitário, obras que nunca chegaram de fato a hinterlândia amazônica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A falta de conhecimento sobre o impacto da ausência de esgotamento sanitário sobre a saúde, no passado, ceifou milhões de vidas. Na atualidade existe conhecimento tecnocientífico, mas as políticas públicas brasileiras neste setor são ineficientes, resultado de descaso histórico das autoridades sobre o tema saneamento básico. No Brasil há falta planejamento, gestão, e especialmente desinteresse político em resolver o problema de saneamento básico que há séculos prejudica a vida das pessoas, sobretudo os mais desprovidos. Mas neste mesmo Brasil é difícil convencer que o saneamento não caminha em função da falta de recursos econômicos, é só lembrar da quantidade de dinheiro gasto na construção e reformas de estádios para a copa do mundo de futebol em 2014.

Tais dados sombrios sobre saneamento das cidades levam não só a refletir sobre esse problema socioambiental, mas a necessidade de discussões na busca de soluções para tais

problemáticas. A legislação ambiental é uma das iniciativas vigentes que mostram um movimento da sociedade, embora não ocorram garantias efetivas de aplicações da mesma.

O grande desafio é sem dúvida universalizar o acesso ao saneamento básico em todo país, efetivando os direitos de milhões de brasileiros a uma boa qualidade de vida. O saneamento é dicotomizado entre ricos e pobres, entre possuidores de ações básicas como água e esgoto e o que estão à margem, os excluídos, aqueles que o bem mais elementar para sobrevivência ainda é precariamente oferecido. São os favelados, os que vivem nas áreas rurais, os que habitam os Estados mais pobres, os submetidos ao descaso (REZENDE; HELLER, 2008).

O déficit de acesso a rede de esgotos no Brasil expostos pelos precários e vexatórios índices de acesso ao saneamento básico, é um retrato do País que no passado pouco fez e no presente, por não ser prioridade, persiste em sua caminhada em passos lentos para resolução do problema em todo território nacional, com especial atenção as regiões norte e nordeste.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Rômulo de Paula; HOCHMAN, Gilberto. **O Plano de Saneamento da Amazônia (1940-1942)**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, suplemento, p.257-277, dez. 2007.

BARRETO, João de Barros et al. **Saneamento da Amazônia**. Arquivos de Higiene, Rio de Janeiro. v.11, n.1, p.191-199, dez, 1941. In: ANDRADE, Rômulo de Paula; HOCHMAN, Gilberto. **O Plano de Saneamento da Amazônia (1940-1942)**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, suplemento, p.257-277, dez. 2007.

BATISTA, Djalma da Cunha. **Oswaldo Cruz na Amazônia**. In: REIS, Artur C. Ferreira. Sobre o saneamento da Amazônia. Manaus: Philippe Daou, 1972.

CHAGAS, Carlos. **Notas Sobre a Epidemiologia do Amazonas**. In: REIS, Artur C. Ferreira. Sobre o saneamento da Amazônia. Manaus: Philippe Daou, 1972.

CRUZ, Oswaldo. **Relatório sobre as condições médico-sanitárias do Vale do Amazonas**. In: REIS, Artur C. Ferreira. Sobre o saneamento da Amazônia. Manaus: Philippe Daou, 1972.

DIAS, Edneia M. **A Ilusão do Fausto: Manaus 1890-1920**. 2. ed. Manaus: editora Valer, 2007.

HERSCHMANN, Micael M. PEREIRA, Carlos A. Messeder. **A invenção do Brasil Moderno: medicina, educação e engenharia nos anos 20 – 30**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil**. São Paulo, Hucitec/Anpocs, 1998.

HOCHMAN, Gilberto. **Salud Pública, Endemias Rurales y la Construcion de la Nacionalidad (Brasil, 1910-1920)**. IN: AGOSTINI, C. GUERRA, Elisa. De Normas y Transgresiones Enfermedad y Crimem em America Latina. Mexico: Universidad Nacional Autónoma de México, 2005.

LYDA, M. **Cem anos de saúde pública no Brasil: a cidadania negada**. São Paulo: UNESP, 1994.

NEVES, Agres R. O. **Campanha de Saneamento e Profilaxia Rural do Amazonas. (1920-1923)**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em História Social da Universidade Federal do Amazonas-UFAM, 2008. Disponível em: <http://www.tede.ufam.edu.br/handle/tede/3736>. Acesso em: 04 mai. 2017.

PEIXOTO, Afrânio. **O Problema Sanitário da Amazônia**. In: REIS, Artur C. Ferreira. Sobre o saneamento da Amazônia. Manaus: Philippe Daou, 1972.

REZENDE, S. HELLER, L. **O Saneamento no Brasil: políticas e interfaces**. Belo Horizonte: editora UFMG, 2008.

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar. **Ciência, nação e região: as doenças tropicais e o saneamento no Estado do Amazonas (1890-1930)**. Manaus: Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde) Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3982/2/000016.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2015.