



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
LICENCIATURA EM HISTÓRIA**

LAURA JULIA DO VALE PIMENTEL

**A MORTALIDADE INFANTIL EM BELTERRA DURANTE OS ANOS DA
COMPANHIA FORD (1938-1945)**

SANTARÉM

2024

LAURA JULIA DO VALE PIMENTEL

**A MORTALIDADE INFANTIL EM BELTERRA DURANTE OS ANOS DA
COMPANHIA FORD (1938-1945)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de História do Instituto de Ciências da Educação para obtenção de título em Licenciatura em História, Universidade Federal do Oeste do Pará.

Orientadora: Prof.^a Dra. Isabel Teresa Creão Augusto.

SANTARÉM

2024

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/UFOPA

- P644m Pimentel, Laura Julia do Vale
 A mortalidade infantil em Belterra durante os anos da Companhia Ford (1938- 1945) /
 Laura Julia do Vale Pimentel. – Santarém, 2024.
 32 p.: il.
 Inclui bibliografias.
- Orientação: Isabel Teresa Creão Augusto.
 Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Oeste do Pa-rá,
 Instituto de Ciências da Educação, Licenciatura em História.
1. Mortalidade infantil – Belterra (PA). 2. Doenças intestinais. 3. Companhia Ford. I.
 Augusto, Isabel Teresa Creão, *orient.* II.Título.

CDD: 23 ed. 304.64



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
CURSO DE LICENCIATURA EM HISTÓRIA

ATA DE APRESENTAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos nove dias do mês de maio de dois mil e vinte e quatro, na sala H103 do Instituto de Ciências da Educação da Universidade Federal do Oeste do Pará, na cidade de Santarém, do Estado do Pará, realizou-se a sessão pública de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso desenvolvido por Laura Júlia do Vale Pimentel, matrícula 2019011343, intitulado A MORTALIDADE INFANTIL EM BELTERRA DURANTE OS ANOS DA COMPANHIA FORD (1938-1945), sob orientação da Profª. Dra. Isabel Teresa Creão Augusto, da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA). A banca examinadora foi composta pela docente orientadora e pela Profª. Dra. Eveline Almeida de Sousa. Após a defesa e análise do TCC, considerando a qualidade deste trabalho, a banca deferiu pela (X) aprovação / () reprovação do TCC, atribuindo ao mesmo a nota 10,0 (dez). Fica acordado que a referida nota 10,0 (dez) está condicionada à entrega da versão final do trabalho, no prazo máximo de 10 dias, a partir desta data, e o mesmo deverá contemplar as observações da banca examinadora. Proclamados os resultados pela presidente da banca, foram encerrados os trabalhos e, para constar, eu Isabel Teresa Creão Augusto lavrei a presente ata, que será assinada pelo autor e membros da banca examinadora.

Autor: *Laura Júlia do Vale Pimentel*

Orientador(a): **gov.br**

Documento assinado digitalmente
ISABEL TERESA CREA AUGUSTO
 Data: 11/05/2024 01:43:55-0300
 Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Examinador(a):

gov.br

Documento assinado digitalmente
EVELINE ALMEIDA DE SOUSA
 Data: 11/05/2024 09:59:09-0300
 Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo agradeço aos meus pais, Naldo e Wanda pelo constante amor e suporte que recebi durante toda a minha vida e no período da graduação. Todos os dias agradeço a presença de Alice Lacerda em minha vida, minha grande amiga que amo muito, que me convenceu a fazer história quando já estava decepcionada com a academia, foi meu maior alicerce na cidade de Santarém e a pessoa que mais me ajudou no meu difícil processo de transição. Outra pessoa que também merece meus muito obrigados é Ângela Tavares, amiga que fiz quando já estava na reta final do curso, e sempre me ajudou com cerveja quando precisava relaxar do estresse cotidiano da graduação.

Devo agradecer a todo o colegiado do curso pelo extremo respeito que recebi desde o primeiro dia que me assumi dentro dos espaços da Ufopa, isso permitiu que a Ufopa virasse um espaço seguro, tanto em sala de aula quanto nos espaços internos da universidade.

Obviamente não posso esquecer da presença da professora Isabel Augusto nesse meu percurso acadêmico, sempre compreensiva das dificuldades e apertos que eu passei para concluir a pesquisa, virando uma figura tão presente no meu dia a dia que brinco que ela se tornou minha mãe da Ufopa.

Finalizo agradecendo ao Centro de Documentação Histórica do Baixo Amazonas pelo projeto que permitiu a digitalização dos livros do cartório e aos bolsistas pelo seu árduo trabalho de produzir as planilhas que foram utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa.

RESUMO

O trabalho buscou identificar as doenças endêmicas, como malária e tuberculose, que eram atribuídas a região amazônica no período de 1938 a 1945, além de analisar a mortalidade infantil e as doenças intestinais ligadas a falta de saneamento, focando na cidade de Santarém e no empreendimento da Companhia Ford em Belterra. A questão principal foi compreender como os dois locais se conectaram às mudanças nacionais que ocorriam no âmbito das políticas da saúde e prevenção de doenças no período do “Estado novo” de Vargas e como a mortalidade infantil, principalmente em decorrência da falta de Saneamento eram presentes nas duas regiões. A pesquisa se desenvolveu através da análise de planilhas de Excel produzidas a partir de certidões de óbito do Cartório Sousa Alho, na região de Santarém entre os anos de 1938 e 1945, cedidas pelo Centro de Documentação Histórica do Baixo Amazonas, e utilizando da bibliografia produzida por Rômulo Andrade, José Pereira, Gilberto Hochman, Maria Secreto e Adrea Besen.

Palavras chave: Ford. Belterra. Santarém. Malária. Tuberculose. Natimorto. Saneamento. Serviço nacional de febre amarela.

ABSTRACT

The work seeks to identify endemic diseases, such as malaria and tuberculosis, which were attributed to the Amazon region in the period from 1938 to 1945, in addition to analyzing infant mortality and intestinal diseases linked to lack of sanitation, focusing on the city of Santarém and the enterprise of the Ford Company in Belterra. The main question was to understand how the two places were connected to the national changes that were taking place within the scope of health policies and disease prevention during the “New State” period of Vargas and how infant mortality, mainly due to the lack of Sanitation, was present in both regions. The research was developed through the analysis of Excel spreadsheets produced from death certificates from the Cartório Sousa Alho, in the Santarém region between the years 1938 and 1945, provided by the Centro de Documentação Histórica do Baixo Amazonas, and using the bibliography produced by Rômulo Andrade, José Pereira, Gilberto Hochman, Maria Secreto and Adrea Besen.

Keywords: Ford. Belterra. Santarém. Malaria. Tuberculosis. Stillborn. Sanitation. National yellow fever service.

SUMARIO

1. Introdução	9
2.1. Contexto geral, chegada da Ford, contexto industrial da região.	10
2.2. Marcha para o Oeste e plano de desenvolvimento da Amazônia.	13
2.3. Políticas de saneamento no governo Vargas.....	15
3. A MORTALIDADE EM SANTARÉM E NA BELTERRA DE FORD ATRAVÉS DAS CERTIDÕES DE OBITO	19
3.1. Análise dos dados de Santarém.	21
3.2. Análise dos dados de Belterra.....	26
4. Considerações Finais	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

1. Introdução

Doenças, de maneira geral, se configuram como um problema a ser enfrentando constantemente até nos dias atuais, vide o período em que a COVID 19 se propagou de uma região remota do leste da China para uma epidemia de proporções globais e demandou de ações imediatas de todos os países do planeta. Diante de tal acontecimento, questionamentos surgiram em mim de como eram outras epidemias em diferentes períodos e principalmente na região Amazônica. Após entrar em contato com certidões de óbito da cidade de Santarém referentes a década de 50 outras perguntas me surgiram, "mas como era a mortalidade na fábrica de Belterra durante a época da companhia Ford?" "como Santarém estava em relação a essas epidemias na época do governo de Vargas?".

Outra questão também que chamava a atenção para estudar Belterra eram os frequentes elogios direcionados ao hospital que tinha sido instalado na região como parte do empreendimento pelo então magnata norte americano Henry Ford. Conhecendo o acervo documental que cobria os dois períodos o tema inicial de estudar a ação do hospital durante o período surgiu, mas, com a análise das certidões e as questões que eram adicionadas, o tema se ampliou para estudar as doenças e a mortalidade infantil na fábrica de Ford, além da necessidade de adicionar Santarém como ponto de análise para comparar as duas localidades e identificar como o empreendimento se destacava do restante da região.

Também buscou-se compreender como as faixa etárias menores de quatorze anos se apresentavam no documento, apontando quais são os principais fatores que levaram ao óbito sujeitos que estavam na infância e início da adolescência nos ajudando a compreender os processos institucionais de saúde, tanto públicos como privados na região e também compreender como a construção e distribuição das vilas pode ter influenciado esses fatores dentro do empreendimento em Belterra, ajudando a levantar questionamentos sobre a presença dessa empresa e sua atuação na região na área da saúde.

Com isso em mente, este trabalho busca – a partir da bibliografia que trata dos planos de saneamento de Vargas, o interesse e a entrada da companhia Ford na região – identificar como a região de Santarém foi atendida pelas políticas públicas voltadas a problemas que já eram identificados há séculos na Amazônia, apontando sucessos e fracassos que as políticas de saúde tiveram, e conectar com a análise das certidões de óbito obtidas pelo Centro de Documentação Histórica do Baixo Amazonas; além de entender como o empreendimento

privado com um hospital altamente equipado se comparava a uma região que era constantemente dependente da ação direta do poder público.

2.1. Contexto geral, chegada da Ford, contexto industrial da região.

A partir da entrada do látex asiático no mercado internacional em decorrência da biopirataria por parte dos ingleses, houve na região amazônica a perda, a partir da década de 1910, do monopólio da produção da borracha. Com isso, a região que antes teve um crescimento econômico que permitiu o enriquecimento das elites tanto do Amazonas quanto do Pará – que no período conhecido como Belle Époque possibilitou uma ampliação das construções e transformação no visual das principais cidades da Amazônia (Belém e Manaus) – passou, em menos de dez anos, a produzir apenas 10% da borracha consumida mundialmente e, não conseguindo competir com os preços e a logística de produção dos produtores asiáticos, se encontrava em decadência econômica (GRANDIN, 2009, p. 40-46; BESEN, 2023, p. 48).

Esse declínio provocou nas elites econômicas e políticas do vale do Amazonas a necessidade urgente de recolocar a região como polo de importância para a exportação da matéria prima, que estava sendo altamente cobiçada devido ao crescimento acelerado da indústria automobilística. Com isso, foram pensadas políticas para facilitar a entrada de empresas nacionais e estrangeiras, iniciando em 1912 com o plano da borracha, que falhou em seu objetivo geral, mas ajudou a criar um cenário de interesse na entrada do capital estadunidense. José Pereira disserta como houve, durante a década de 1920, uma relação entre o governo do estado do Pará, o governo federal e o ministério de relações exteriores nos Estados Unidos, com o objetivo de atrair o capital norte americano para a região (PEREIRA, 2013, p. 131).

A borracha era de extrema importância para a economia americana. O país, sozinho, consumia 58% de toda a produção mundial e era obrigado a negociar com a Inglaterra, que tinha grande controle sobre a mercado da borracha devido a produção que era efetuada pelas suas colônias no sudeste asiático, e também exerciam influência no preço internacional do produto ao negociar com a França e Holanda sobre o controle dos preços. Isso gerava incômodo nas empresas norte americanas, mas esse incômodo era compreendido como um problema para apenas duas figuras da indústria americana: Ford e Firestone, e foram eles que converteram essa preocupação em capital para pesquisas sobre formas alternativas de se conseguir a borracha sem ter que recorrer ao mercado internacional, que no período era tão dependente do comércio

com os ingleses. Com isso, ocorrem as expedições financiadas pela Ford para a Amazônia, com o objetivo de avaliar o solo, clima e que trabalhadores estariam disponíveis para um possível empreendimento (GRANDIN, 2009, p. 37-40).

Mas por que o Ford é o único a tentar o empreendimento? Durante a década de 1920, a empresa fundada pelo estadunidense Henry Ford já era a empresa mais rica e importante do planeta. Para Grandin, esse cenário também propiciou o pensamento de Ford de que falhar na produção de uma cidade no coração da Amazônia era impossível. A vontade de construir uma cidade que fosse autossuficiente, não apenas na produção de borracha mas também na produção alimentícia e produção energética não supria apenas a vontade de fazer o empreendimento funcionar de forma mais eficiente, mas vinha de um desejo que o empresário tinha de domar a natureza, onde a fábrica superaria as necessidades e os desafios do ambiente (GRANDIN, 2009, p. 67-70).

É importante destacar que nos anos anteriores da entrada da companhia na Amazônia, Ford já tentara criar algumas vezes cidades agrárias completamente autônomas, com o objetivo de suprir a necessidade da companhia, ao mesmo tempo que supria toda a questão energética e alimentícia. Então quando o empreendimento foi pensado para a Amazônia já existia um “molde” a ser seguido, mas que levava como padrão modelos norte americanos que anteriormente tinham fracassado (GRANDIN, 2009, p. 71-73).

Após as negociações do governo federal com a Ford e a facilitação da implementação do empreendimento por parte do governo, a empresa então funda a companhia Ford Industrial do Brasil, nome jurídico adotado pela empresa para a atuação na região. A partir disso o empreendimento começa na região amazônica. Em 1928, os primeiros navios da companhia Ford chegaram nas terras cedidas pelo governo do estado, trazendo os equipamentos que iam desde maquinários para a montagem da fábrica quanto madeira e outros materiais de construção para erguer as diversas estruturas que foram pensadas para a cidade-empresa, como as vilas para os diferentes tipos de trabalhadores e outras estruturas mais complexas, como o hospital. Localizada na margem direita do rio Tapajós, entre os municípios de Aveiro e Itaituba ocorreu a construção da primeira cidade do empreendimento que seria conhecida como Fordlândia (GRANDIN, 2009, p.133-143).

Desde o momento da implantação, Fordlândia se deparou com constantes problemas e esse conjunto provocou a falha do empreendimento: a estrutura simples das vilas provocou um sério problema de saneamento na região, o que gerou a proliferação de mosquitos da malária e febre amarela. A forma inédita de trabalho também gerou diversos atritos entre os trabalhadores

e a parte administrativa, a população local e os migrantes não eram familiarizados a uma forma de trabalho tão rígida, com horário de entrada e saída, sem horário de almoço. Outra dificuldade enfrentada, eram as más condições que os alimentos eram armazenados, o que provocava uma série de doenças intestinais na população local.

Essa soma de problemas gerou diversas revoltas dos trabalhadores, que sempre eram reprimidas pelas forças policiais da região. As plantações das seringas também sofreram ao longo dos anos, tanto pela baixa fertilidade do solo devido às queimadas iniciais para o plantio quanto de diversas pragas que destruíram vários hectares de plantação, colocando a produção da borracha sempre em atraso e abaixo do esperado pela Ford (PEREIRA, 2012, p. 65; BESEN, 2023, p. 51).

Essa série de adversidades encontrada forçou a empresa a abandonar toda a estrutura criada em Fordlândia e transferir o empreendimento para uma segunda concessão. Com essa segunda área doada pelo estado mais ao norte, próxima à foz do rio Tapajós e da cidade de Santarém, esse segundo empreendimento também seguiu o modelo de Fordlândia nas estruturas que foram construídas. A floresta foi derrubada para dar lugar a estradas, prédios administrativos começaram a ser construídos, o hospital, vilas dos trabalhadores, estradas, quadras para o plantio das mudas de seringa, construção da casa dos americanos e outros funcionários e escritórios da empresa, para isso a madeira local foi utilizada para a construção, outras estruturas também listadas são o posto fiscal de alistamento dos trabalhadores, oficina mecânica, garagem, marcenaria e carpintaria (PEREIRA, 2012, p.77- 81).

O hospital Henry Ford foi construído próximo a vila Americana e tinha um corpo profissional robusto, com 41 funcionários, que iam de médicos cirurgiões, enfermeiros e farmacêuticos, todos sob supervisão de um médico norte americano, O hospital era altamente equipado, com a presença de ambulância, estoque de vacinas e remédios, e permitia a realização de cirurgias no próprio local. Ao lado do hospital foi construído um necrotério para a realização da autópsia e preparação dos cadáveres (PEREIRA, 2012, p. 81-82, 85, 89).

A moradia dos trabalhadores sofreu uma série de diferenciações. Cada vila construída tinha particularidades que as diferenciavam. A hierarquia que existia dentro da fábrica, que separava os americanos, corpo administrativo e peões também resultou na hierarquização da distribuição das moradias. A vila Americana, a primeira a ser construída para alojar os trabalhadores norte-americanos, dispunha de casas equipadas com banheiro interno, água encanada, fossa sanitária e iluminação gerada por motores movidos a óleo diesel. Na vila mensalista moravam os trabalhadores da parte administrativa e alguns funcionários do hospital,

cujas casas também tinham em sua disponibilidade iluminação, água encanada, banheiro interno e fossa sanitária (PEREIRA, 2012, p. 85-89).

Enquanto isso, as outras vilas construídas para os trabalhadores braçais ou que tinham alguma especialidade, como a vila operária, vilas viveiros I e II, vila 129 e os dois alojamentos para os solteiros tinham estruturas mais simples: algumas casas tinham estrutura conjugada e poderiam abrigar mais de uma família por vez, nenhuma das vilas tinha estrutura de banheiro interno e fossa sanitária como as casas dos norte-americanos e trabalhadores de patentes mais altas. O aspecto sanitário se agrava ainda mais quando analisamos as habitações dos seringueiros, que não tiveram suas casas construídas nos padrões das vilas e tinham eles mesmos que construir suas casas ao longo das estradas abertas com o empreendimento. Por ocuparem a categoria mais baixa dentro da empresa não houve uma preocupação sanitária para essa população (PEREIRA, 2012, p.90-94).

Após os 4 anos iniciais de criação da estrutura da nova cidade, o empreendimento em Belterra teve início oficial a partir do final do ano de 1937. Esse novo empreendimento tentou criar soluções para alguns dos problemas que foram enfrentados, mas a nova localização e novos métodos utilizados para o plantio das seringas não foram suficientes para enfrentar as secas e as pragas que ainda afetaram as plantações. A rotina de trabalho imposta pela empresa aos funcionários continuava a gerar atritos e afastamentos. Outro problema também era a continuidade da mortalidade devido às doenças, mas diferente do cenário anterior não eram os trabalhadores adultos os mais afetados: a mortalidade infantil aumenta de forma intensa dentro de Belterra, ainda em decorrência das mesmas epidemias que ocorriam em Fordlândia. A soma desses fatores provocou uma rotatividade muito alta de trabalhadores, e sempre com um número muito reduzido em comparação ao planejado inicialmente para o funcionamento da fábrica, que esperava um número de 5 mil funcionários, mas teve em sua disposição entre 2800 e 3200 durante os anos de 1938 a 1945. Isso provocava uma constante baixa produtividade do que se era esperado pela empresa, e o empreendimento se encerra no ano de 1945. A empresa devolve as terras para o governo e abandona os empreendimentos na região amazônica e com isso morre o sonho de Ford da cidade que derrotaria a natureza (PEREIRA 2013, p. 148; BESEN, 2023, p. 73).

2.2. Marcha para o Oeste e plano de desenvolvimento da Amazônia.

A chegada de Getúlio Vargas ao poder com a revolução de 1930 faz o governo brasileiro ter como objetivo não só resgatar a capacidade de geração do látex da região amazônica, mas de expandir a produção da borracha e de ampliar a fronteira agrícola da região como um todo. A partir da narrativa de vazio demográfico da Amazônia e de um forte sentimento de colonização interna, tendo o trabalhador nordestino como ponta de lança desse processo de expansão do litoral Leste para o Oeste Brasileiro, os fortes discursos de Vargas surgiram na busca de preparar as elites locais e de convocar essa mão de obra nordestina, e ficou conhecido como "Marcha para o Oeste".

O objetivo não era povoar as grandes cidades da região, mas sim ampliar a mão de obra barata para o trabalho agrícola já conhecido na Amazônia, tanto na questão das grandes

plantações quanto do extrativismo natural (GUILLEN, 1997, p. 96). Para isso era necessário vender a Amazônia como um lugar de oportunidade e prosperidade, e colocar no trabalhador nordestino a alcunha de herói e desbravador, como um homem que venceria a natureza, como um herdeiro do bandeirante. A longa caminhada migratória dessa população era tratada como um processo civilizatório, onde o trabalho efetuado por essas mãos migrantes iria abrir o caminho a região, cortando a barbárie e a selvageria pertencentes à região amazônica, o objetivo era clamar ao nordestino apelando para a honra, heroísmo e promessas de riqueza (SECRETO, 2007, p. 120).

Ao longo dos 15 anos de seu governo, Vargas apresentou discursos com tons diferentes sobre a questão da exploração da borracha na região amazônica. Em 1933, falou sobre a necessidade de mudar o sistema de exploração da borracha de nômade para sedentária - o que foi ao encontro do empreendimento industrial que estava sendo aplicado pela Ford na região - mas já descartou essa fala quando volta a discursar em 1940. O que se manteve ao longo dos discursos foi sempre a necessidade da migração da mão de obra nordestina e a ampliação da produção de borracha pela região (SECRETO, 2007, p. 120).

Essa mudança no discurso ocorreu pela pressão externa vinda dos Estados Unidos, que necessitava urgentemente do látex da Amazônia devido ao cerceamento da produção da borracha dos países do sudeste asiático com o acirramento da Segunda Guerra Mundial na região. A partir disso, os Estados Unidos começaram a usar força de influência no governo Vargas para tomar a frente em todos os projetos que envolviam ou orbitavam a produção da borracha na região Amazônica, desde planos econômicos, planos sanitários e os projetos migratórios (SECRETO, 2007, p. 122-124).

Essa pressão exercida pelos Estados Unidos culminou nos acordos de Washington assinados em 1942 entre o governo brasileiro e o estadunidense, e com isso os americanos tiveram controle direto sobre as políticas de migração interna e de cultivo da produção de látex. A partir do acordo houve uma ampliação do processo de migração da mão de obra nordestina para a região amazônica, mas os poucos cuidados que antes eram pensados para essa mão de obra que iria migrar ficaram cada vez mais diluídos em função da necessidade de acima de tudo ampliar o número de pessoas para trabalhar na extração e produção do látex (GUILLEN, 1997, p. 96-97; SECRETO, 2007, p. 124-125).

Com isso podemos entender como, dentro desse cenário de migração constante e inflada que o governo propôs, a vida desse trabalhador nordestino foi descartável. Essa mão de obra altamente exigida para a extração do látex acabou se deparando com uma série de doenças nos seringais e a ausência de um governo que fosse efetivo para combatê-las, e que ao mesmo tempo não tomava ações que impedissem essa migração, pelo contrário. Então quando observamos o número de mortes que houve de 1940 a 1945, os 20 mil que perecem durante esse processo foram vítimas de epidemias já conhecidas na região pelo poder público, resultando óbitos que ocorreram de forma constante durante os anos da marcha para o oeste (GUILLEN, 1997, p. 100-101).

Quando analisamos o modelo de migração, os indivíduos que conseguiram ir para campos de extração de seringa maiores, seringais de grandes proprietários ou a fábrica da Ford, esses indivíduos conseguiam receber algum tipo de cuidados médicos, como exames e vacinas para malária e tuberculose, antes de serem enviados para os seringais. Essa preocupação levava em conta mais a necessidade de evitar a proliferação de certas doenças do que uma preocupação com a saúde do trabalhador, mas para a grande maioria dos indivíduos dentro do processo da Marcha para o Oeste isso não foi regra, mas sim uma exceção (PEREIRA, 2013, p. 140; GUILLEN, 1997, p. 101).

2.3. Políticas de saneamento no governo Vargas.

As epidemias que assolavam a região amazônica não eram inéditas ao contexto do governo Vargas. A partir dos estudos do historiador Arthur Vianna, produzidos no ano de 1906, Besen analisa as primeiras epidemias que iniciaram a partir do século XVIII, que chegavam pelas embarcações que atracavam no porto de Belém e se espalhavam rapidamente pelos interiores da capitania do Grão-Pará: epidemias de varíola, sarampo, febre amarela e malária

chegavam até região do Tapajós pela capital pulando de missão religiosa a missão religiosa, e foram principalmente responsáveis por dizimar etnias indígenas na região, tanto as que estavam nos aldeamentos como as que não participavam desse processo (BESEN, 2023, p.78-81).

Esse cenário de epidemias se ampliou a partir do século XIX com a intensificação do tráfico de africanos escravizados a região amazônica, concomitantemente surgiram medidas para frear a propagação dessas doenças, como colocar os navios que chegavam ao porto de Belém em quarentena. Outro fator importante que surgiu em 1812 foi a vacina da varíola, que foi muito aderida em cidades como Belém, Santarém, Monte alegre e Óbidos. Outro apontamento feito por Besen foi como as doenças tinham uma incidência maior nos períodos de chuva da região Amazônica, nos meses de abril, maio e junho. A partir de 1851 a febre amarela foi considerada endêmica na região, até o final da epidemia em 1905 foram registrados 5007 óbitos para a doença, com a estimativa de ter infectado $\frac{2}{3}$ de toda a

população com a grande maioria apresentando sintomas fracos da doença (BESEN, 2023, p. 84-86).

A malária era uma doença atribuída principalmente aos ambientes de floresta. É considerada endêmica a região a partir do período da exploração da borracha, tendo seus picos durante os anos do fim do século XIX. A partir dos estudos realizados por Emílio Goeldi, em 1901, os vetores tanto da febre amarela quanto da malária conseguiram ser identificados, com a catalogação dos mosquitos, seus processos de reprodução e como o clima da região provocava cenários mais propícios aos aparecimentos de vetores.

Com uma nova epidemia de febre amarela que ocorre na região de Belém em 1910 ocorreu pela primeira vez a aparição do médico Oswaldo Cruz a região, que veio a pedido dos governantes para solucionar o problema da epidemia. A partir de uma série de medidas preventivas, como quarentena dos doentes, limpeza e saneamento dos locais e controle dos focos de mosquitos, o médico conseguiu reproduzir em 6 meses em Belém o mesmo resultado que tinha obtido anteriormente na cidade do Rio de Janeiro e conseguiu erradicar a epidemia (BESEN, 2023, p. 87-88).

A natureza das doenças endêmicas, provocando surtos tanto nas grandes cidades da Amazônia quanto nos interiores, era identificada como o grande problema que impossibilitava a entrada de grandes empreendimentos na região. A partir da década de 1910, teve início uma série de expedições de médicos sanitaristas brasileiros para mapear a incidência das doenças, catalogar os focos e fazer o levantamento da população infectada. Essas expedições se ampliaram com o passar dos anos e, a partir de 1923, a região passou a receber instituições

estrangeiras interessadas em mapear as doenças devido ao interesse econômico pela Amazônia. O principal exemplo foi o Instituto Rockefeller, órgão privado de pesquisa de doenças dos Estados Unidos que agiu na região de forma independente aos governos locais devido a desconfiança com os órgãos estaduais. A partir do governo de Vargas essa desconfiança deu lugar a cooperação com os médicos sanitaristas e os planos de saneamento e saúde pública do governo federal. (ANDRADE, 2007, p. 38-40 e 68).

As expedições continuadas durante a década de 1920 pelos médicos sanitaristas do Instituto Oswaldo Cruz começaram a pensar em planos para solucionar as endemias causadas pela falta de atuação de políticas sanitárias, mas Andrade aponta como a configuração política da Primeira República, a falta de unidade entre governo federal e estados não permitiu que nenhum desses planos saísse minimamente do campo das ideias. O autor indica que apenas no Estado Novo, instaurado em 1937, e com a hierarquização dos estados e municípios para com o governo federal que políticas começaram a ser implementadas no âmbito da saúde pública nacional (ANDRADE, 2007, p. 40).

Andrade aponta como, antes da centralização da área da saúde, as organizações religiosas foram as primeiras a introduzir uma série de cuidados médicos, mas inicialmente a população teve uma rejeição a esses modelos inéditos de tratamentos. Andrade cita o exemplo dos remédios para a malária serem jogados no rio ou estragarem em prateleiras das populações do Rio Madeira e do Rio Negro no início da década de 30. Houve um choque de modelos terapêuticos, onde o moderno e estrangeiro se chocava com o tradicional e regional. Com isso, a adesão da população a esses remédios só ocorre no final da década. Essas missões religiosas recorriam tanto ao governo federal quanto às instituições estrangeiras - tendo o Instituto Rockefeller como principal instituição de pesquisa sanitária na região - para receberem os recursos necessários para o seu funcionamento (ANDRADE, 2007, p. 35-38).

Com a posse de Gustavo Capanema, em 1934, surgiram propostas de reformular o ministério da saúde, com o objetivo de solidificar a estrutura do ministério, aprovadas em 1937. A partir dessa reforma surgiram as delegacias federais de saúde, dividindo-se em 8 regiões, uma delas abrangendo o Território do Acre e Estados do Amazonas e Pará, tendo sua sede de atuação na cidade de Belém. Assim se inicia a unidade do governo federal de pensar em planos para o combate das endemias na Amazônia. O objetivo era erradicar as doenças que ainda assolavam a região. Lepra e malária entravam fortemente no discurso. Andrade aponta que, para o médico Genserico de Souza Pinto, que analisou as diversas localidades do Pará que sofriam com a

incidência dessas doenças, as regiões do Tocantins, Oiapoque e Tapajós mereciam atenção especial (ANDRADE, 2007, p. 39-43).

As secretarias dentro das delegacias federais permitiram a construção de centros de saúde, que eram responsáveis e equipados para lidar com tuberculose, doenças epidemiológicas agudas; também eram responsáveis por cuidados como pediatria, pré-natal, higiene do trabalho e da alimentação; e eram responsáveis pelo policiamento sanitário. Mas Barros Barreto – médico e diretor do departamento nacional de saúde dentro do ministério – reclamava, em 1938, o problema de as secretarias estarem concentradas apenas em Belém e Manaus, apontando como os interiores ainda ficariam à mercê desses problemas se não houvesse a interiorização desses programas (ANDRADE, 2007, p.44).

Quando Vargas veio novamente à região Amazônica no ano de 1940, para averiguar a situação dos estados e também proferir os seus discursos de Marcha para o oeste, visitou o empreendimento da Ford em Belterra e elogiou a instalações da empresa, ao modelo que foi aplicado na fábrica, colocando como um exemplo que resolveu os problemas sanitários, como um ambiente que venceu a malária e a tuberculose. Quando passou por Manaus e Belém recebeu os agradecimentos dos governantes, mas esses também falaram da falta de saneamento como um problema recorrente nas cidades, e que doenças como malária ainda afetavam grande parte da população urbana (ANDRADE, 2007, p. 47-49).

A partir de 1937, teve início uma série de planos dos médicos sanitaristas do Instituto Oswaldo Cruz e do Instituto de Patologia Experimental do Norte - atual instituto Evandro Chagas - ligados ao ministério da saúde, com a liderança inicial de Evandro Chagas, e após o seu falecimento em 1940 teve a liderança do projeto continuada por Barros Barreto. O objetivo era espalhar uma série de secretarias de serviço nacional, focadas em diferentes doenças, com estruturas e funcionamentos específicos para cada mazela, entre elas estava o serviço nacional da malária, serviço nacional da tuberculose, serviço federal da água e esgotos e o serviço nacional da febre amarela. Este último já existia como uma cooperação entre o instituto Rockefeller o governo federal e inspirou a criação dos outros serviços pelos médicos sanitaristas (ANDRADE, 2007, p. 83-86).

O protagonismo dos médicos brasileiros foi frustrado com a assinatura do acordo de Washington em 1942, pois, a partir desse momento, o governo criou a Secretaria Especial de Saúde Pública dentro do ministério da saúde e entregou para o controle dos Estados Unidos. Essa secretaria, tendo mais poder que o Departamento Nacional de Saúde, tomou os planos de desenvolvimento e iniciou a sua aplicação. A partir disso, Barros Barreto apontou que os planos

estavam sendo seguidos como foram inicialmente planejados pelos médicos brasileiros, mas que devido à falta de verba que o programa recebeu do governo federal ficaram longe do resultado esperado. As doenças e epidemias continuaram a ser um problema enfrentado tanto pela população das grandes cidades da Amazônia quanto do interior (ANDRADE, 2007, p. 97; ANDRADE, HOCHMAN, 2007, p. 262-265).

3. A MORTALIDADE EM SANTARÉM E NA BELTERRA DE FORD ATRAVÉS DAS CERTIDÕES DE OBITO

Machado e Gheno explicam, a partir do conceito de pesquisa conhecido como demografia histórica, a possibilidade de estudar mudanças nas dinâmicas sociais com a utilização de registros oficiais feitos durante o período estudado, onde os registros de óbito podem elucidar sobre processos de migração, incidências de doenças presentes no ambiente analisado, a frequência dos médicos nos registros, as faixas etárias que aparecem nos registros, a raça, gênero e trabalho exercido antes do falecimento, também levando em consideração como a passagem do tempo pode alterar os processos observados nos documentos (MACHADO, GHENO, 2013, p.894).

Os autores apontam que, a partir da oficialização desse tipo de registro através dos cartórios, o estado brasileiro começou a exigir uma sistematização das informações que devem estar presentes no documento. Com isso, data de nascimento; hora e data da morte; nome do indivíduo; raça; gênero; trabalho exercido; causa da morte; local da morte; local de moradia; região de origem; nome dos pais; e nome do atestante são as informações que passaram a estar presentes nesse tipo de documento. É comum que em certidões de óbito a presença de médicos como atestante, assim indicando a existência de um atendimento de saúde no local analisado. A declaração vinda desse tipo de profissional também permite uma especificidade maior na causa da morte. Por outro lado, a ausência da causa morte dos indivíduos nos registros e a ausência de uma figura médica podem apontar para a debilidade de um atendimento à saúde no local ou a ineficiência de um profissional sem capacidade de apontar o motivo do falecimento. Outro fator importante que pode ser analisado através do registro de óbito é o local onde ocorreu a morte, e averiguar se a estrutura de um hospital é frequente nos registros ou se a morte em domicílio aparece com mais regularidade (MACHADO, GHENO, 2013, p.895, 897 e 898).

Em decorrência da certidão de óbito ser um registro oficial produzido de forma sistematizada, problemáticas podem ser apontadas ao analisar tal documento, como a ausência de um possível erro médico como causa da morte, ou o possível erro no diagnóstico do sujeito que está sendo atestado, além da ausência de informações como tratamentos prévios que foram efetuados ou não no falecido. Essas informações seriam elucidadas com fontes adicionais, como prontuários médicos ou relatos de terceiros, por isso o local da morte sendo em domicílio ou em um hospital apenas possibilita uma hipótese sobre a possibilidade da existência de um atendimento antes do falecimento.

Com esses levantamentos feitos sobre a possibilidade de análise da certidão de óbito como fonte histórica que apresenta mudanças, incidências e continuidades, o presente artigo analisou o registro de óbito de 376 indivíduos que tiveram seu falecimento na então vila de Belterra no período de 1938 a 1945, momento onde a região pertencia a empresa Ford e tinha o seu funcionamento e regras definidas pela empresa. O presente trabalho também busca comparar esses falecimentos à cidade de Santarém no geral, onde foram analisados a morte de 957 indivíduos no mesmo período, além dos 462 indivíduos que não tiveram a causa morte declarada. Foram observadas apenas as causas mortes decorrentes das doenças endêmicas que eram consideradas comuns na região, como malária, febre amarela, tuberculose, sífilis, lepra, pneumonia, gastroenterite e disenteria, e também os registros de natimortos e inviabilidade que aparecem nos documentos, foram desconsiderados os acidentes, homicídios e doenças genéticas como câncer.

Os referentes dados foram adquiridos através de planilhas produzidas após a digitalização dos livros C-24, C-25, C-26, C-27, C-28 e C-29 do cartório 3º ofício de Santarém, em projeto do Centro de Documentação Histórica do Baixo Amazonas. As planilhas apresentavam as seguintes informações: número do registro; folha/pagina; declarante; sexo, nacionalidade, estado civil, profissão e endereço do declarante; atestante e ocupação do atestante; causa da morte; data do óbito; hora do óbito; local do falecimento; município de falecimento; falecido/nome; sexo; raça/cor; profissão; natural de; cidade de residência/endereço; idade; estado civil; conjugue; filhos; nome do pai; nome da mãe; sepultamento/cremação; UF/Município de sepultamento; nome do escrevente; nome do escrivão; testemunhas; observação.

Com base nessas planilhas outras foram então produzidas para cada doença, cada uma contendo informações sobre o ano, o total de falecidos para a causa morte, gênero, raça e a

separação das diferentes faixas etárias, com as divisões sendo, 0 a 1 ano, 2 a 6 anos, 7 a 12 anos, 13 a 18 anos, 19 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos e de a partir de 60 anos. Também foi observado o trabalho exercido pelos sujeitos que faleceram.

Outro dado que será analisado em paralelo são os censos do IBGE de 1940 e 1950 para compreender o contingente populacional da cidade e fazer a possível estimativa da população que vivia no empreendimento em Belterra. É importante ressaltar que o conjunto populacional da cidade de Santarém era 8 vezes maior que o de Belterra, e ao utilizarmos os censos de 1940 e 1950 produzidos pelo IBGE, podemos especular quantas pessoas viveram no empreendimento da Ford durante os 8 anos de seu funcionamento.

O primeiro censo de 1940 aponta que 47559 pessoas viviam na região de Santarém, com 7527 habitantes na cidade, 1170 nas vilas e 38862 estando na zona rural. O segundo censo, produzido em 1950, já aponta com mais precisão que 60229 pessoas viviam na região de Santarém, com 7226 desses morando em Belterra. A partir do processo de regressão – método estatístico que permite a análise de duas ou mais variáveis – podemos especular que durante o período de 1940 a companhia Ford apresentava 5300 indivíduos morando no local. É importante ressaltar que o crescimento populacional não ocorre de forma tão exponencial como o cálculo apresenta, e fatores mais complexos se sobrepõem ao crescimento populacional de uma região ao longo dos anos. O cálculo da regressão nos serve para especular um possível número.

Na tabela 1 está presente a causa mortis e o número total de indivíduos de Santarém e na tabela 2 a causa mortis e número total dos indivíduos de Belterra, com os gráficos 1 e 3 apresentando os números totais de mortos e os gráficos 2 e 4 apresentando a mortalidade ao longo dos anos as diferentes faixas etárias. As tabelas da Malária e Tuberculose apresentam as faixas etárias mais atingidas por essas doenças na cidade de Santarém.

3.1. Análise dos dados de Santarém.

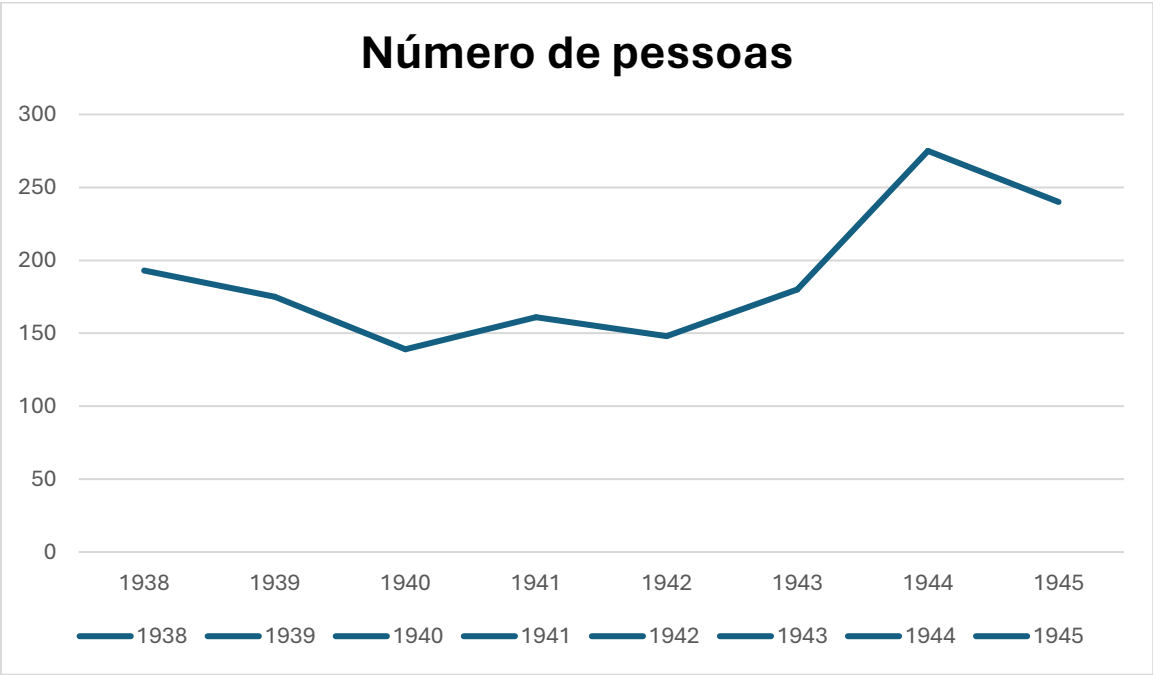
Tabela 1- Causa mortes e número total em Santarém

Causa mortis	Número total
Malária	278
Gastroenterite	244
Inviabilidade	140
Tuberculose	134
Sífilis	54
Pneumonia	51
Natimorto	44

Disenteria	39
Lepra	23
Coqueluche	17
Meningite	13
Febre Tifoide	4
Ignorada/Sem assistência medica	474

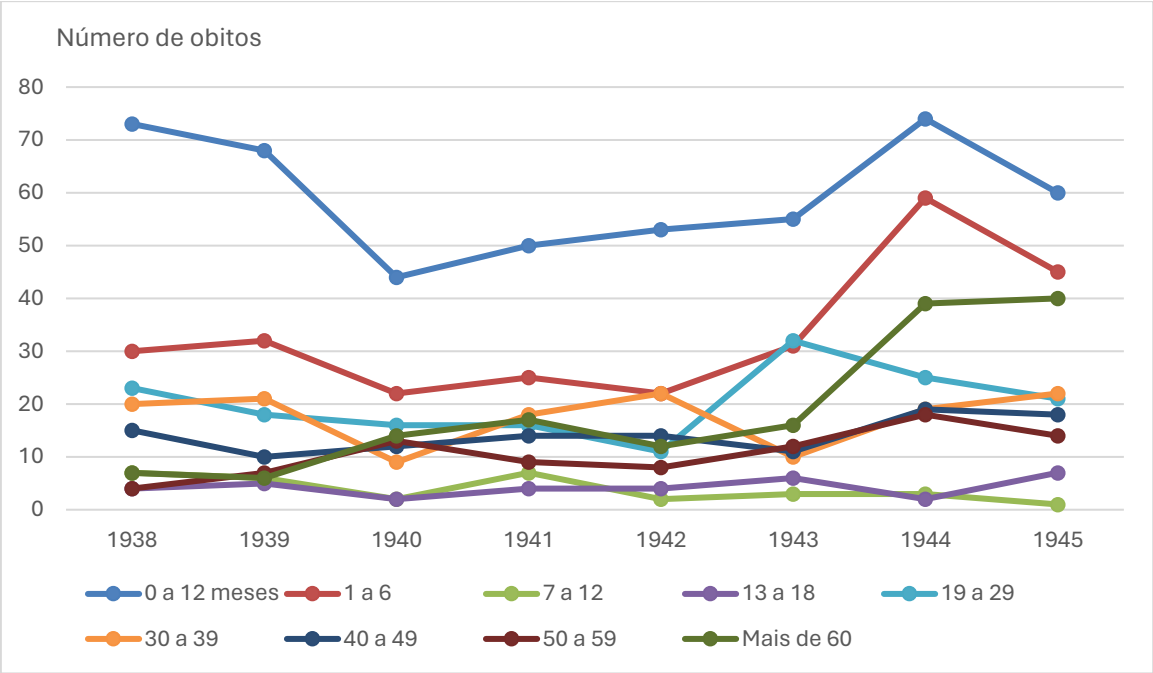
Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Gráfico 1 - Número de óbitos segundo ano em Santarém, PA, 1938-1945.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Gráfico 2 - Proporção de mortes por idade em Santarém, PA, 1938-1945



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Tabela Malária – Faixa etária e número de óbitos em Santarém

Faixa Etária	Total de Óbitos
0 a 12 meses	12
1 a 6 anos	39
7 a 12 anos	14
13 a 18 anos	11
19 a 29 anos	51
30 a 39 anos	41
40 a 49 anos	36
50 a 59 anos	26
Mais de 60 anos	46

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Tabela Tuberculose – Faixa etária e número de óbitos em Santarém.

Faixa Etária	Total de Óbitos
0 a 12 meses	2
1 a 6 anos	3
7 a 12 anos	3
13 a 18 anos	2
19 a 29 anos	37
30 a 39 anos	40
40 a 49 anos	24

50 a 59 anos	15
Mais de 60 anos	4

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Como pode ser observado na tabela 1, Santarém apresentava durante o período as principais doenças que preocupavam o governo de Vargas e os sanitaristas, tendo malária e tuberculose os maiores números de óbitos, e suas tabelas específicas apresentando a concentração nas faixas etárias adultas. Com isso, podemos apontar como essas doenças tinham mais incidência nos adultos que nas crianças. Enquanto isso, a sífilis tinha uma incidência maior na faixa etária de 0 a 12 meses, com 41 dos 54 óbitos estando nessa idade, o que levanta a hipótese de sífilis congênita, quando ocorre a transmissão vertical da mãe para o feto durante a gravidez. A lepra aparece nos registros com poucos casos e tendo sua distribuição nos indivíduos a partir dos 13 anos, com a concentração ocorrendo nas faixas etárias de 19 a 29 anos e 30 a 39 anos, tendo respectivamente 6 e 5 óbitos.

Como pode ser observado pelo gráfico 2, as idades que apresentam os maiores óbitos estão presentes na primeira infância, estando esses números concentrados nos registros de natimortos e inviabilidade, este último com idades variando entre algumas horas até alguns meses, se configurando como uma forma geral e não específica de declarar o óbito de recém-nascidos. Essas nomenclaturas evidenciam uma lacuna na capacidade de diagnóstico preciso nessa faixa etária, pois em alguns registros aparecem na causa morte “inviabilidade/doença”, mas, na maioria dos casos, natimorto e inviabilidade aparecem como única causa do óbito. Outro ponto importante a ser destacado é a ausência da febre amarela em todos os registros ao longo dos oito anos observados.

Outra perspectiva a ser analisada nos óbitos que ocorreram em Santarém é especular a presença de um atendimento à saúde através da ocorrência de médicos e hospitais nos registros. O hospital São José, que era localizado no bairro Aldeia, aparece como local de óbito em apenas 32 registros dos 1419 óbitos que ocorreram na cidade durante os 8 anos; todo o restante tem domicílios como local de falecimento, com a especificidade das ruas e número das casas aparecendo no registro da área urbana da cidade, enquanto as áreas rurais e vilas tem apenas o nome da localidade.

De 1938 a 1943 existe uma diversidade de declarantes, indivíduos cuja relação com os falecidos por vezes é identificada pelo compartilhamento de um mesmo sobrenome, ou quando o declarante também se torna presente na informação de “nome do pai/nome da mãe”. Enquanto

isso, a presença de diversos médicos como atestantes surgem nos registros de óbitos, com alguns fazendo vários registros ao longo dos anos e outros aparecendo pontualmente para atestar um indivíduo apenas. Três exemplos disso são os médicos Ismael Araujo, Bianor Teodosio e Raul Garcia: o primeiro aparece como atestante em diversos registros de 1938 a 1941, tanto como médico e como representante do serviço de febre amarela; o segundo tem presença de 1942 a 1945; e o terceiro aparece em um único registro de 1944. A presença de um médico na certidão não era um fator necessário para o diagnóstico da causa morte no registro, a maioria das mortes que ocorreram de 1938 a 1943 tem a ausência de um atestante, mas ainda contendo a confirmação da causa morte, ocorrência que vai se alterar nas certidões a partir de novembro de 1943.

É importante destacar como se faz a presença do serviço nacional de febre amarela nas certidões: criado em 1923 pelo Instituto Rockefeller, em convênio com o governo federal, tinha o objetivo de atuar diretamente com os estados amazônicos para combater essa endemia em específico. Contudo, o instituto ganha outras funções na região ao passo que a endemia de febre amarela começa a ser controlada e posteriormente erradicada com a introdução da vacina que tinha sido produzida pelo instituto Rockefeller (ANDRADE, 2007, p.38 e 120).

Esse resultado pode ser observado através das certidões de óbito, devido à ausência da doença como causa mortes nos registros observados. De 1938 a 1945, o serviço aparece de forma constante nos registros, com representantes e médicos atestando os diferentes óbitos que ocorriam na região, tanto nas doenças ligadas as endemias quanto nos registros ligados a mortalidade infantil (natimortos, inviabilidade), e outras terminologias ligadas a falta de saneamento, como disenteria e gastroenterite. Entre 1938 e 1942, os representantes do serviço transitam entre atestantes da causa morte ou como únicos declarantes nas certidões, o que aponta para um levantamento que estava sendo produzido das doenças na região tanto para o instituto Rockefeller quanto para o governo federal.

Em 1943, especificamente nos registros a partir de novembro do mesmo ano, um problema surge na documentação referente a cidade de Santarém: a falta de assistência médica começa a aparecer nos registros como causa morte, bem como uso do termo “ignorada”. Foram observados 41 registros sem diagnostico. Esse comportamento teve um crescimento exponencial pois, em 1944, 220 indivíduos não tiveram causa morte especificada, e em 1945 o número foi de 201. Além disso, nesses dois anos outras doenças que anteriormente apareciam com média entre 25 e 30 óbitos por ano tiveram queda para menos de 10 casos, como a

tuberculose. Doenças como malária e sífilis praticamente desaparecem nas certidões, mas, como pode ser observado no gráfico 2, a principal faixa etária atingida nesses dois anos continuava sendo a primeira infância.

Essa falta de diagnóstico pode ser resultado dos diversos movimentos políticos que ocorreram no período a partir de 1942, com a assinatura dos acordos de Washington. A falta de verba já era um problema apontado pelos médicos sanitaristas, principalmente na questão do convênio com os estados amazônicos, que dificilmente disponibilizava o orçamento considerado ideal pelos sanitaristas. João de Barros Barreto também já apontava como a falta de verba poderia dificultar ou paralisar os trabalhos de bioestatística. Somado a isso, um relatório é divulgado em abril de 1943 pela Comissão de Saneamento da Amazônia, expressando que os trabalhos do plano de saneamento seriam paralisados devido ao corte orçamentário que o programa sofreu. Outro aspecto que pode ser adicionado é o serviço nacional ser chefiado pelo instituto Rockefeller. Andrade aponta como em 1942 o dirigente tinha a intenção de transferir recursos e empregados para outros serviços, como já tinha feito anteriormente, quando 4000 pessoas foram transferidas do serviço nacional de febre amarela para o então recém-criado serviço de malária do nordeste, em 1939 (ANDRADE, 2007, p. 96, 97 e 105).

Com isso, podemos observar como Santarém estava envolta tanto das epidemias que assolavam a região Amazônica quanto nas mudanças e agentes políticos que buscavam constantemente ter controle sobre o que deveria ser feito para a catalogação e combate dessas endemias. Mas, ao final do período observado, essas constantes movimentações políticas provocaram mais lacunas na compreensão dessas doenças do que um levantamento preciso sobre elas.

3.2. Análise dos dados de Belterra.

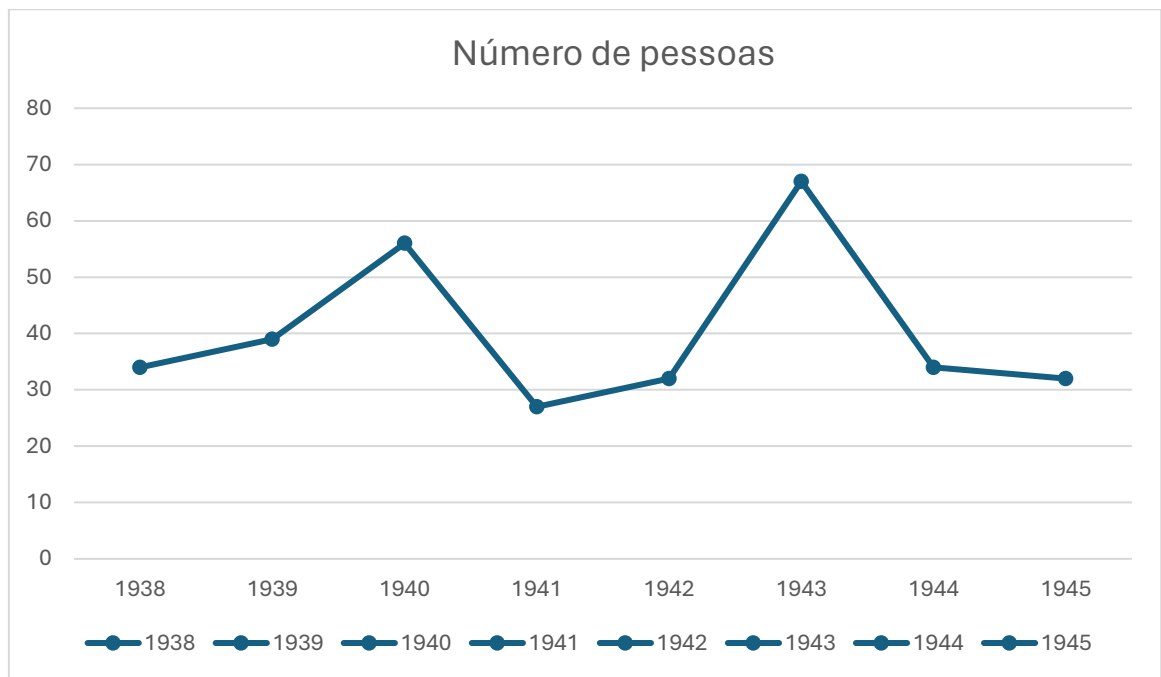
Tabela 2- Causa mortis e número total em Belterra

Causa Mortis	Número Total
Pneumonia	108
Natimorto	79
Gastroenterite	37
Malária	30
Disenteria	18
Tuberculose	17
Inviabilidade	15
Meningite	14
Coqueluche	8

Verme	7
Diarreia Infantil	6
Sífilis	4
Ascaridíase	4
Helmintíase	3
Febre Tifoide	2

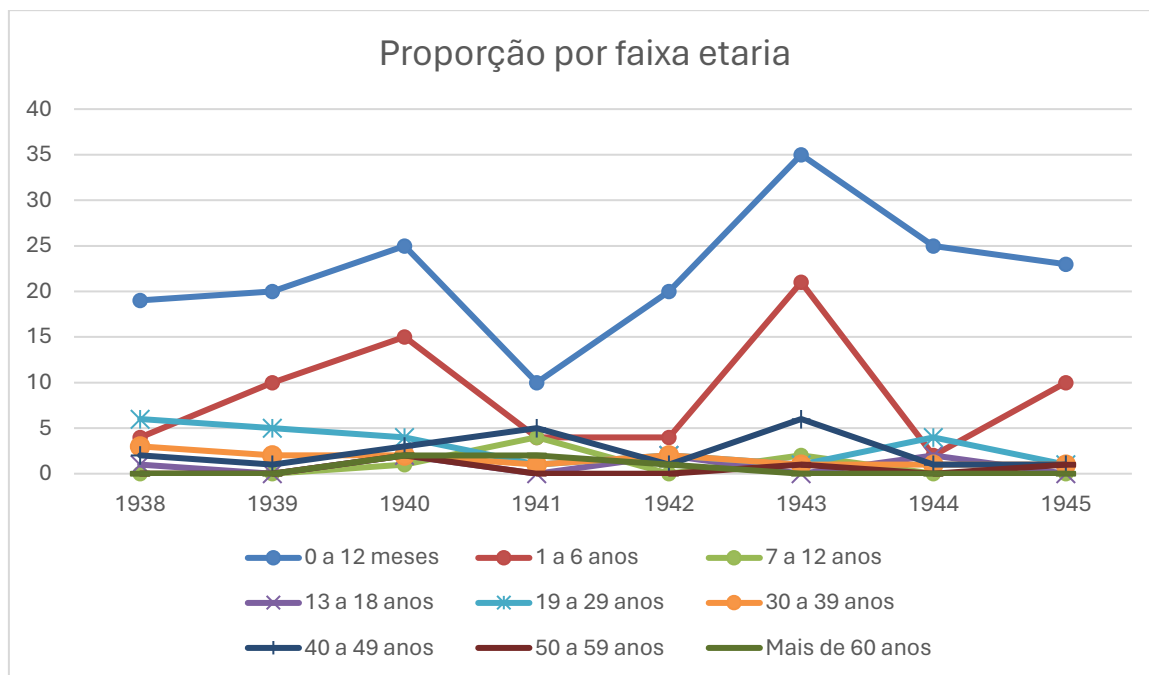
Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Gráfico 3 - Número de óbitos segundo ano em Belterra, PA, 1938-1945.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Gráfico 4 - Proporção de mortes por idade em Belterra, PA, 1938-1945.



A tabela 2 apresenta as causas morte com maior incidência na região de Belterra, com os maiores números estando presentes em Pneumonia, Natimorto, Gastroenterite e Malária, com essas 4 causas mortes cobrindo 67,5% dos registros observados. Importante destacar que a pneumonia e malária apresentam concentração nas faixas etárias de 0 a 12 meses e 1 a 6 anos, com a primeira apresentando 76 dos 108 óbitos, e a segunda com 18 das 30 mortes durante o período. Outro fator a ser apontado é a ausência da lepra em todos os registros de óbitos em Belterra, e também os poucos casos de sífilis, com a doença apresentando apenas 4 óbitos, com dois desses tendo idades acima de 40 anos e dois sem determinação de idade.

A tuberculose também foi uma doença de pouca incidência se compararmos com Santarém, com a maioria dos anos apresentando menos de 3 óbitos para a doença e a ausência da mesma no ano de 1945. José Pereira aponta como a companhia tinha um controle rígido sobre a entrada e saída de pessoas, além de fazer exames e aplicar uma série de vacinas nos indivíduos que eram contratados para trabalhar. Com isso, podemos especular que o controle da tuberculose foi feito através da vacinação dos indivíduos, e que os sujeitos que apresentavam o diagnóstico de lepra e sífilis - doenças contagiosas que no período estudado não tinham cura - tinham o recrutamento de trabalho negado. (PEREIRA, 2012, p. 63).

Outro dado que pode ser analisado é a função e o trabalho exercido pelas pessoas para a companhia em Belterra e como aparecem nos registros. Em todos os indivíduos adultos apenas duas profissões são observadas, a de lavrador, exercido unicamente pelo sexo masculino, e a de

doméstica, exercida exclusivamente pelo sexo feminino. Enquanto isso, Santarém também apresenta essas duas funções como principais, mas ao mesmo tempo aponta uma variedade de trabalhos exercidos na cidade, como pescador, criador e comerciante, além de apresentar a presença de lavradoras na cidade. É importante também constatar a ausência da denominação “seringueiro”, tanto nos registros de Santarém quanto de Belterra, o que pode apontar que esses indivíduos homens que trabalhavam na extração da seringa estavam sendo registrados como lavradores pelos médicos que atestavam os óbitos na companhia.

Diferente de Santarém, a presença do hospital e dos médicos são constantes na documentação em todo o período analisado. Dos 376 registros observados, 157 apresentam o hospital como local de falecimento. O restante apresenta apenas “Belterra” ou estradas em que foram assentados os seringueiros que não tiveram suas residências planejadas pela companhia. A presença das diversas vilas como local de falecimento aparece apenas em outras causas mortes. O que podemos apontar é que a exclusão desses sujeitos no planejamento sanitário durante a construção das vilas colocou esses moradores a uma propensão maior ao contato com as doenças causadas pela falta de saneamento.

Os médicos que trabalhavam para a companhia aparecem em todos os registros produzidos durante os 8 anos, em 100% das certidões eles aparecem como atestantes, por vezes variando e fazendo também a função de declarante. Alguns médicos surgem apenas a partir de 1941, mas os dois principais médicos que são frequentes durante todo o funcionamento do empreendimento foram, João Siqueira Mendes e Kenneth Chamberlain Waddell, o médico-chefe, com informações adicionais sendo obtidas apenas do último. Waddell era Brasileiro nascido na Bahia em 1898, filho de missionários presbiterianos norte-americanos, se formando primeiro em engenharia pelo instituto Mackenzie, a qual o seu pai era diretor, depois se formou em medicina pela Albany Medical School em Nova York, e depois leciona ginecologia na mesma escola, posteriormente começa a trabalhar para a companhia Ford e se torna o principal cirurgião do hospital Henry Ford em Detroit, com isso podemos apontar que esse médico que era tanto Brasileiro e estadunidense serviu como ponte entre os outros médicos Brasileiros e a administração norte americana da companhia na região (AGRESTE PLESBITERIANO, 2018; PEREIRA, 2012, p. 85).

A estrutura de diagnósticos proveniente desses médicos e do hospital podem ser observadas nas certidões. Nos registros de Belterra, os diagnósticos apontam maior precisão da causa morte, quando comparamos com Santarém no mesmo período, por vezes com mais de um diagnóstico sendo apresentado nos registros, por exemplo: “natimorto/prematuro”,

“natimorto/paludismo materno” e “inviabilidade/prematuro 6 meses”. Entretanto, esse diagnóstico duplo não é regra nessas duas causas mortas, sendo mais comum que natimorto e inviabilidade apareçam como único diagnóstico. Outro ponto de diferença é que, enquanto Santarém apresentou ausência de causa morte em diversas certidões a partir de 1943, o mesmo não ocorreu em Belterra, o que aponta como orçamentos voltados a saúde eram essenciais para esse tipo de registro médico ser efetuado na cidade de Santarém.

Outro fator que se apresenta como constante nas certidões de Belterra é a presença do serviço nacional de febre amarela, por vezes atestando a causa morte junto a um médico da companhia e por vezes também sendo declarante dos registros das mortes que ocorreram na região. Assim como em Santarém, o serviço se torna o único declarante das mortes a partir do ano de 1943, o que levanta a hipótese de que o serviço ter assumido essa responsabilidade como forma de poder levantar de forma precisa os óbitos que ocorriam na região.

4. Considerações Finais

Ao comparar o número bruto de mortos entre Santarém e Belterra, podemos apontar através da análise das certidões que a cidade apresentou uma incidência maior das doenças sanitárias que eram consideradas como empecilhos para a região amazônica como um todo. Com os dois dados referentes ao contingente populacional e o número total de mortes por região, podemos calcular a incidência dos óbitos por essas doenças para cada 100 habitantes, a partir desse método o resultado obtido é que Santarém apresenta de 3 a 4 óbitos por 100 habitantes e Belterra 7 a 8 óbitos a cada 100 habitantes, ou seja, uma região com um contingente populacional oito vezes menor que apresenta o dobro de mortalidade.

A partir da análise dos gráficos 2 e 4, podemos perceber como nos dois locais as faixas etárias que apresentaram maior mortalidade foram as de 0 a 12 meses e 1 a 6 anos. Quando observamos as outras faixas etárias, é possível apontar uma maior mortalidade de adultos em Santarém que em Belterra, onde a mortalidade de algumas doenças entre adultos caiu para quase zero em alguns anos, o que aponta que a mortalidade infantil foi o maior problema durante os anos de funcionamento do empreendimento.

Enquanto isso, a quantidade de natimortos presentes nas certidões de Belterra era quase o dobro de números de Santarém, o que levanta dúvidas sobre as condições em que as mulheres grávidas estavam inseridas. O número de natimortos em Belterra coloca em questionamento o hospital da companhia, tanto nos cuidados obstétricos quanto nos atendimentos referentes ao

cuidado das crianças, perguntas que poderiam ser respondidas com a análise dos prontuários médicos produzidos no período. Ao mesmo tempo, quando comparamos com a situação da cidade de Santarém, devemos considerar que o cenário de precariedade do poder público também pode ter provocado subnotificações de casos de natimortos na cidade. Outra problemática em Belterra foi a quantidade de óbitos que ocorreram fora do hospital: dos 376 óbitos analisados, 219 ocorrem nas estradas 1, 7 e 8, locais das habitações dos seringueiros, abrindo o questionamento se, além da hierarquização na construção das vilas houve também preferência dos sujeitos que seriam atendidos pelos médicos e pelo hospital.

Durante o período de Getúlio Vargas a mortalidade infantil configurava o maior número óbitos, com números variando entre 50% a 60% da mortalidade geral sendo entre a faixa etária anterior aos 14 anos. Com isso os discursos voltados a defesa da vida das crianças surgem, mas é importante destacar que os pensamentos eugênicos do período se misturavam ao discurso ideológico, a criança não aparecia como um sujeito, mas como um potencial cidadão que deveria ter uma infância saudável para então se tornar um adulto forte para servir a nação através do trabalho, a criança nesse sentido se tornava a promessa de um futuro cidadão. Dentro desse contexto são criados programas voltados a saúde infantil, sendo os mais importantes os Laboratórios de Biologia Infantil em 1936 no Rio de Janeiro e o Departamento Nacional da Criança em 1940 e o Serviço de Assistência ao Menor em 1941. Mas é importante destacar que mesmo com o discurso de preocupação com esse futuro trabalhador, os programas nunca chegaram a interiorizar o suficiente para adentrar para além das capitais do Brasil, colocando regiões como o Tapajós fora desse processo de assistência medica voltados para as crianças, colocando esse segmento da população ainda em perigo de perecerem para doenças endêmicas e os problemas intestinais que surgiam devido à falta de saneamento (FONSECA, 1996, p. 111-112; GUIMARÃES, 2016, p. 95, 197).

Quando observamos os discursos políticos que eram proferidos tanto por Vargas quanto por políticos da região, apontamos como a preocupação principal ao combate das endemias tinha como objetivo resguardar a vida do chamado caboclo, homem adulto da região amazônica que tinha o potencial de trabalhar nos empreendimentos que eram pensados para a região. Com isso, quando analisamos o discurso que Vargas faz afirmando que o empreendimento da Ford era um exemplo de resolução dos problemas sanitários uma questão surge: Belterra resolveu esses problemas? Sim, pois a preocupação era evitar as mortes e epidemias nos homens adultos aptos ao trabalho nos empreendimentos na Amazônia. (ANDRADE, 2007, p. 47-55).

Com isso o que pode ser levantado a partir dos dados obtidos pelas certidões de óbitos é que tanto Santarém quanto Belterra estavam mergulhadas nas movimentações que ocorriam referentes a saúde na região, com cortes orçamentários afetando diagnósticos e os planos que os médicos sanitaristas tinham para a região, além da constante presença do serviço nacional de febre amarela chefiado por uma instituição estrangeira mediando de forma direta o levantamento de óbitos feitos na região. E como o empreendimento da Ford, mesmo trazendo planejamentos e soluções referentes a questões sanitárias, além de colocar um hospital com um funcionamento inédito na região, não teve o preparo ou a preocupação com a saúde da população das mulheres grávidas e atuação pediátrica para conter a mortalidade dos indivíduos com as faixas etárias da primeira infância.

Ao fim do governo Vargas, o que pode ser observado que ficou para a região Amazônica, a partir das mudanças no ministério, dos planos de saneamento que serviram mais de discursos políticos do que ações do governo, e da entrega de pastas importantes como a saúde para instituições estrangeiras, é que não provocaram mudanças significativas nas doenças que assolavam principalmente os interiores. Com isso, doenças como malária, lepra, tuberculose, sífilis, além de doenças referentes ao tratamento da água seguiram como grandes mazelas da região, afetando a vida e saúde da população durante todo o período de 1930 a 1945.

FONTES

1. CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO

Projeto “**Métodos e técnicas de pesquisa em fontes cartorárias**”, planilhas de excel dos livros C-24, C-25, C-26, C-27, C-28 e C-29 do cartório Souza Alho.

2. IBGE

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 1940**. Rio de Janeiro: IBGE, 1947.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 1950**. Rio de Janeiro: IBGE, 1950.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Rômulo de Paula. **A Amazônia vai ressurgir**. 2007. 180 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2007.

ANDRADE, R. de P., & HOCHMAN, G. **O Plano de Saneamento da Amazônia (1940-1942)**. História, Ciências, Saúde-manguinhos, 14, 257–277, 2007.

BESSEN, Ádrea Gizelle Moraes Costa. **A materialidade da morte no período Ford (1927-1958): memória e patrimônio nos cemitérios de Fordlândia e Belterra, Pará, Brasil**. 2023. 208 f. Tese (Doutorado em Arqueologia) - Campus de Laranjeiras, Universidade Federal de Sergipe, Laranjeiras, 2023.

FONSECA, Cristina. **A saúde da criança na política social do primeiro governo Vargas**. Physis: Revista De Saúde Coletiva, 3(2), 97–116, 1997.

GRANDIN, Greg. **Fordlândia: ascensão e queda da cidade esquecida de Henry Ford na selva**, Rocco, Rio de Janeiro, 2010.

GUILLEN, Isabel Cristina Martins. **A Batalha da Borracha: propaganda política e migração nordestina para a Amazônia durante o Estado Novo**. Revista de Sociologia e Política, nº 9, 1997.

GUIMARÃES, Jacqueline. **Os discursos dos médicos do Estado do Pará nas “teses de doutoramento ou inaugurais” (1929-1954): saúde, assistência e educação da infância pobre**. 2016. 319 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Pará. Instituto de Ciências da Educação, Belém, PA, 2016.

SECRETO, Maria Verônica. **A ocupação dos “espaços vazios” no governo Vargas: do “Discurso do rio Amazonas” à saga dos soldados da borracha**. Estudos Históricos, Rio de Janeiro, nº40, 2007.

MACHADO, N. T. G., & GHENO, D. A. **Causa mortis e taxas de mortalidade: aspectos históricos a partir de registros de óbitos, 1916-1929**. Saúde E Sociedade, 22(3), 892–902, 2013.

PEREIRA, José Carlos Matos. **Os modos de vida na cidade: Belterra, um estudo de caso na Amazônia brasileira**. 2012. 258 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

PEREIRA, José Carlos Matos. **Cidade na floresta: Belterra, a experiência da plantation de seringa de Henry Ford na Amazônia brasileira (1934-1945)**. en Avances del Cesor, Año X, Nº 10, pp. 129-150, 2013.