

Operação Oswaldo Cruz: as políticas médico-sanitárias para a viabilização da rodovia Transamazônica (1970-1974)

Operation Oswaldo Cruz: medical-sanitary policies for the viability of the Trans-Amazon highway (1970-1974)

Erika Marques de Carvalho*

Palavras chave:
Operação Oswaldo Cruz
Políticas médico-sanitárias
Transamazônica

Resumo: Este trabalho tem o objetivo de compreender quais foram as políticas preventivas e assistenciais de saúde e sanitárias realizadas pelo Ministério da Saúde e suas agências, no governo ditatorial de Emílio Garrastazu Médici, para que a construção e a efetivação da rodovia Transamazônica (BR-230) fossem viabilizadas. Desta maneira, compreenderemos a criação da Operação Oswaldo Cruz como resposta às críticas que comparavam a rodovia ao fracasso da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré, e algumas das ações de suas agências integradoras, como a Fundação Serviços de Saúde Pública, a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública e o Instituto Evandro Chagas.

Keywords:
Operation Oswaldo Cruz
Medical-sanitary policies
Trans-Amazon highway

Abstract: This work aims to understand what preventive and assistance health and sanitary policies were carried out by the Ministry of Health and its agencies, under the dictatorial government of Emílio Garrastazu Médici, so that the construction and implementation of the Trans-Amazon highway (BR-230) were made possible. In this way, we will understand the creation of Operation Oswaldo Cruz as a response to the criticisms that compared the highway to the failure of the Madeira-Mamoré Railway, and some of the actions of its integrating agencies, such as the Fundação Serviços de Saúde Pública, the Superintendency of Health Campaigns Public Health and the Evandro Chagas Institute.

Recebido em 31 de maio de 2021. Aprovado em 13 de outubro de 2021.

Introdução

Em 12 de fevereiro de 2021, a enfermeira Rebeka e o motorista de ambulância Wadson tiveram que caminhar cerca de dois quilômetros a pé na rodovia Transamazônica (BR-230), na altura do porto de Miritituba (PA), empurrando a maca de um paciente com Covid-19 para que pudessem chegar ao Hospital Regional de Tapajós, em Itaituba

(PA). Em uma estrada de terra, sem acostamento, o trajeto da ambulância que percorreria 150 quilômetros do município de Rurópolis (município que surgiu com a Transamazônica) ao de Itaituba, teve seu trajeto obstruído por cerca de cinco mil caminhões que formavam filas triplas por quilômetros. (AZEVEDO, 2021).

As primeiras informações foram de que os caminhões interrompiam a estrada em manifestação às péssimas condições de tráfego da mesma. Depois,

* Doutoranda do Programa de Pós Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz.
E-mail: erikacarvalho08@gmail.com.

a afirmação foi de que estes caminhões bloqueavam o trânsito, pois aguardavam a oportunidade de descarregarem na Estação de Transbordo de Cargas de Miritituba¹. (AZEVEDO, 2021). A imagem de Rebeka e Wadson empurrando a maca com o paciente em meio aos caminhões e a terra vermelha e poeirenta da estrada rodou as redes sociais e os meios de comunicação brasileiros.

Este evento na Transamazônica, em meio à pandemia de Sars-Cov-2 (2019-2021), é representativo das dificuldades médico-sanitárias pelas quais as populações dos núcleos de colonização da rodovia enfrentam ainda hoje. Durante a construção da mesma (de 1970 a 1974), simultaneamente ao entusiasmo do governo de Emílio Garrastazu Médici (1969-1974) com sua obra-síntese, operado pelo contexto econômico do “milagre brasileiro” e das propagandas ufanistas da Agência Nacional, diversos setores sociais demonstraram preocupação com a viabilidade da rodovia e os desenganos que esta poderia causar².

O juiz Osny Duarte Pereira, que teve seus direitos cassados logo no início da ditadura civil-militar no país, criticava o empreendimento federal compreendendo que este poderia gerar intensos problemas sociais como disputas entre povos tradicionais e “colonizadores”, enfermidades e até mesmo mortes, consequentes da precária infraestrutura médico-sanitária:

Brincar na selva poderá custar vidas preciosas e até a abertura de caminhos mais fáceis, para perder-se, ali, a soberania nacional. O risco não é construir a estrada, ignorando os problemas de saúde pública. O risco é a autossuficiência da ignorância jogar-se numa empreitada desse vulto, desprezando os estudos e a experiência, já acumulados. Contra esse risco, devemos todos alertar a Nação e chamar os levianos à realidade. (PEREIRA, 1970, p. 192).

A “experiência” referida por Pereira é a Estrada de Ferro Madeira-Mamoré (EFMM)³. Esta foi construída entre 1907 e 1912, em Rondônia, e ficou conhecida como a “Ferrovia do Diabo” por causa dos mais de seis mil trabalhadores mortos (FERREIRA, 2005). Segundo Benchimol e Silva (2008), a EFMM possivelmente fora o mais simbólico empreendimento, realizado na Primeira República, quanto ao impacto que as doenças ditas

tropicais tiveram em obras de infraestrutura agregadas a projetos de modernização⁴.

Havia o receio por parte dos apoiadores e dos críticos da rodovia de que uma das grandes obras do regime civil-militar para a Amazônia fosse acometida pelas mesmas adversidades que levaram a EFMM ao fracasso, no início do século XX: o perigo sanitário da selva. Isto porque, aliava-se ao relevo extremamente acidentado da região, a quantidade de espécies diferentes de mosquitos que aumentava com o desmatamento, com as cheias e com a formação de pântanos. O isolamento da região, por seu difícil acesso, e a falta de um sistema médico-sanitário, como postos de saúde, hospitais e saneamento básico, formavam uma conjuntura problemática que levava ao fracasso àqueles que empreendiam dinheiro e vidas para a construção de ferrovias e de outros projetos de infraestrutura, como foi o caso da EFMM.

A Amazônia era representada em discursos e ensaios como uma terra “vazia”, habitada por pequena população, marcada por enfermidades crônicas e “indolência”. Essa crença no vazio demográfico que ignorou populações tradicionais da região era reforçada pela visão de muitos articulistas e ensaístas que consideravam apenas os riscos oferecidos pela floresta, não nos possíveis prejuízos às populações locais, por conta da interação biológica e ecológica entre essas populações, os migrantes e o meio ambiente. Para os críticos da BR-230, caso não fosse “domada” com medidas profiláticas, a floresta amazônica poderia repetir a mortandade de migrantes e operários da ferrovia Madeira-Mamoré.

Para muitos articulistas e ministros envolvidos com a construção da rodovia, como da Integração, da Saúde e dos Transportes, era necessário reunir as diferentes práticas da medicina preventiva e curativa contra o surgimento de epidemias, pois, ao mesmo tempo em que havia grande preocupação com as “doenças da floresta amazônica”, também era forte a crença na existência de métodos disponíveis para evitar problemas e proteger os humanos. Perguntavam-se os críticos da Transamazônica, se seria a “insalubridade amazônica” um fator de risco para a construção da rodovia, mesmo depois de tantos anos?

“Não se repetirá a Madeira Mamoré”

Diante da lógica construída por muitas décadas sobre a Amazônia e sua “natureza patogênica” (SCHWEICKARDT; LIMA, 2007), o governo de Médici respondeu através da *Operação Oswaldo Cruz*. Criada pelo Ministério da Saúde, sob a coordenação do Ministro Francisco de Paula Rocha Lagoa⁵, em 3 de dezembro de 1970 era publicada no Diário Oficial a criação da *Operação* que tinha como objetivo realizar trabalhos de medicina preventiva e assistencial nos núcleos de colonização previstos pelo Plano de Integração Nacional (PIN), implantados em decorrência da construção das rodovias Transamazônica e Cuiabá-Santarém (BR-163).

Dessa forma, os esforços federais, para além da engenharia e do suporte financeiro, voltaram-se também para os problemas já existentes, e para os futuros, no âmbito da saúde e do saneamento nos municípios e núcleos populacionais atravessados pela Transamazônica: era necessário “sanear” e “curar” tanto o migrante e o trabalhador da rodovia quanto o meio ambiente (TAMER, 1970).

A *Operação* era integrada pela Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP)⁶, pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM)⁷ e o Instituto Oswaldo Cruz (IOC), através do seu recém incorporado Instituto Evandro Chagas (IEC)⁸. O grupo de trabalho que foi instituído no dia 18 de março de 1971, era presidido pelo médico Brito Bastos (diretor do Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças) e integrado pelos médicos Emerson Ferreira, Plínio Teófilo de Aguiar, Vicente Pinto Musa, capitão-médico Nathanael Rauta Ramos (como secretário executivo do grupo), Marco Otavio Aguese, Jeth Jansen e João Batista Rizzi (OPERAÇÃO OSWALDO CRUZ, 1971).

O trabalho da *Operação Oswaldo Cruz* realizou-se também através de “missões” realizadas por estudantes de Medicina que montavam hospitais volantes e se estabeleciam em hospitais e unidades de saúde já existentes, como o Hospital São Rafael, em Altamira. Em 25 de setembro de 1971, a primeira missão com jovens médicos seguiu para a cidade de Altamira. Esta primeira missão foi integrada por

dezesseis estudantes de Medicina dos municípios fluminenses do Rio de Janeiro e de Petrópolis.

Estes trabalharam no hospital móvel da Aeronáutica e em quatro ambulâncias médico-cirúrgicas e odontológicas da *Operação*. O atendimento hospitalar aos moradores das agrovilas foi feito a partir da realização de cirurgias e de internação em pós-operatório, atendimento ambulatorial, exames coprológicos, hematológicos, venereológicos e odontológicos, além do levantamento médico-sanitário nas agrovilas e nas frentes de trabalho próximas a Altamira e em outras localidades da Transamazônica.



Figura 1 – Consulta de colono em hospital volante da Operação Oswaldo Cruz.

Fonte: Correio da Manhã (1971, s./p.).

Segundo o secretário executivo da *Operação*, o médico Rauta Ramos, as missões seriam frequentes e teriam a finalidade de treinar futuras equipes de assistência aos colonos, assim como apoiar o programa que o Ministério da Saúde realizava desde o início da abertura da rodovia.

Em documento de 1971, realizado por seu grupo de trabalho, a *Operação Oswaldo Cruz* ganhou formas organizacionais através de programas

estabelecidos para cada instituição integrante desta. Dividiu-se em três programas que cuidariam de assistência, prevenção médica e de pesquisas científicas. Para o *Programa de Combate às Endemias* estava encarregada a SUCAM, para o *Programa de Assistência Médico-Sanitária* a FSESP, e o *Programa de Pesquisas Científicas* foi confiado ao IEC. (OPERAÇÃO OSWALDO CRUZ, 1971).

A assistência médico-sanitária, como a tentativa de chegar ao objetivo imediato de promover saúde, prevenir, diagnosticar e tratar as enfermidades, foram realizadas por unidades sanitárias e unidades mistas, nas quais funcionavam as atividades de outras instituições, como a SUCAM com campanhas de vacinação, por exemplo. Essas unidades realizavam, a partir da FSESP, atividades de enfermagem, educação sanitária e de saúde dental.

Em 1972, foi dada prioridade, pela FSESP, às medidas de saneamento, assistência a crianças de zero a quatro anos de idade, ao controle de doenças transmissíveis, destacando-se a tuberculose e a lepra. No que se refere a saneamento básico, nesse mesmo ano, foram realizadas cerca de seis mil vistorias em habitações com o intuito de melhorias domiciliares, compreendendo a implantação de privadas higiênicas, lavatórios, pias, banheiros, tanques, filtros, melhorias em poços e cisternas, reservatórios e ligações à rede de água. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1973)

O saneamento do ambiente também exigia esforços da FSESP, que para tal elaborava projetos de sistemas de abastecimento de água e esgoto, além de executar tais obras. Integravam a Fundação diversos auxiliares e enfermeiros, que se formavam em suas Escolas de Enfermagem e de Pessoal Auxiliar em Manaus (AM) e em Santarém (PA), respectivamente, entre outros cursos do seu programa de capacitação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1973, p. 35-47)

Tendo em vista que na Amazônia a disponibilidade de recursos assistenciais, como saneamento básico e hospitais assumia grande importância devido às distâncias que separavam as sedes dos municípios, à baixa densidade demográfica que dificultava a concentração de recursos, assim como às dificuldades de transporte e de comunicação que impediam frequentemente a utilização dos recursos disponíveis, o nível de saúde

estava estreitamente relacionado a essa disponibilidade e à sua acessibilidade. Dessa forma, o trabalho realizado pela FSESP era de extrema importância para a viabilização da Transamazônica e colonização do território amazônico.

Em 1974, o convênio para as políticas de saúde na rodovia, entre a FSESP e a Superintendência de Desenvolvimento da Amazônia (SUDAM), elaborou um relatório sobre suas atividades e o quadro encontrado na região, o qual fornece informações importantes para se refletir sobre a questão. Embora este relatório não trouxesse números de mortos por doenças infectocontagiosas, destacava os que eram acentuados, com especial destaque para malária e imputava este problema à carência de hospitais, postos de saúde e de saneamento, atribuindo também uma parcela da culpa ao baixo nível educacional da população e às dificuldades logísticas. (SUDAM; FSESP, 1974, p. 25)

A FSESP e a SUDAM alertaram para as dificuldades que enfrentariam para conseguir evitar a disseminação de doenças na área de influência da Transamazônica. Assim como destacaram neste relatório as precárias condições de saneamento, bem como as dificuldades de atendimento, devido às grandes distâncias que tornavam muito demorado o deslocamento, o que poderia levar ao agravamento de algumas enfermidades.

A SUCAM exercia seu papel em ações de medicina preventiva no combate às endemias, atuando fortemente em operações com o uso de inseticidas, como o diclorodifeniltricloroetano (DDT), para a campanha de erradicação da malária na região amazônica. Esta doença endêmica era um grande problema de saúde na região, e se agravava com o fluxo migratório do processo de colonização. Segundo relatório do Ministério da Saúde de 1973 – relativo aos anos de 1970 a 1972:

Em consequência dos defasamentos [atrasos de políticas de erradicação da malária] repetidos ao longo dos anos, os índices de transmissão tem oscilado para mais nas áreas de influência das rodovias de integração nacional [Transamazônica, Cuiabá-Santarém e Belém-Brasília, por exemplo], como em toda a Amazônia. Muito tem contribuído para essa situação o movimento migratório resultante das oportunidades de

trabalhos gerados pelos empreendimentos oriundos e impulsionados pelos incentivos fiscais e o processo de colonização. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1973, p. 99).

Em 1972, assegurados os recursos financeiros indispensáveis pela administração do Ministério, à época, a SUCAM pôde estender as operações de ataque ao mosquito *Anopheles* em áreas antes não resguardadas, sendo ao total visitadas mais de 112 mil localidades no trajeto da rodovia Transamazônica (SUDAM; FSESP, 1974, p. 80). Todas as áreas de acesso à rodovia, tornaram-se alvo do uso de inseticidas por parte dos agentes da SUCAM.

Paralelamente às operações de inseticidas, a SUCAM desenvolvia atividades de avaliação epidemiológica através da busca passiva e ativa de casos de malária e de outras doenças como a febre amarela, a leishmaniose, filariose, tracoma, boubá e esquistossomose. A Superintendência mantinha distritos operacionais e subunidades nos principais centros de erradicação da malária, assim como nas agrópolis e agrovilas⁹, destacando-se as de Tocantinópolis, Marabá, Altamira, Itaituba, Jacareacanga, Prainha, Humaitá, Lábrea e Boca do Acre. Nestes distritos e subunidades, as campanhas de vacinação também eram realizadas e foram fundamentais para o alcance dos objetivos da Operação Oswaldo Cruz de controle das doenças endêmicas na região amazônica.



Figura 2 – “O Ministério da Saúde atinge o homem modesto e longínquo”

Fonte: Correio da Manhã (1971, s./p.).

E no âmbito da realização de estudos, pesquisas, levantamentos e coletas sobre doenças emergentes e reemergentes na região da rodovia estava o Instituto Evandro Chagas. Como exemplo disso, a construtora Mendes Júnior solicitou em junho de 1973 ao IEC, que este investigasse e esclarecesse a ocorrência de uma doença que havia causado mortes súbitas (entre 24 horas e 36 horas do início do aparecimento dos sintomas) de três trabalhadores dos acampamentos da construtora em Gurupi e Itinga, localidades às margens da rodovia Transamazônica. (BENSABATH, 1973)

Outras duas significativas atuações do IEC foram os estudos da chamada Febre Negra de Lábrea (FNL) – doença reemergente – e da Síndrome Hemorrágica de Altamira (SHA) – doença emergente. Os primeiros casos da SHA ocorreram seis meses após a chegada desses imigrantes em julho de 1971. O estudo da Síndrome foi prioritariamente realizado pelos técnicos e cientistas do IEC que faziam regulares levantamentos e coletas locais, levando estes aos seus laboratórios localizados em Belém para maior análise. (PINHEIRO *et al*, 1986).

A construção da Transamazônica possibilitou a ampliação dos estudos sobre vírus já realizados pelo IEC por dezesseis anos. E isso se deve, não somente ao próprio corpo especializado e técnico do IEC, como também aos seus colaboradores e financiadores, como a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS)¹⁰. Dessa forma, não foi somente a rodovia que pôde ser viabilizada pelos estudos, controle e solução de doenças pelo instituto e por outros órgãos governamentais, mas também estes tiveram suas pesquisas beneficiadas pelas oportunidades trazidas pela BR-230.

Em um projeto realizado por diversos cientistas do IEC em conjunto com outros cientistas estrangeiros, com o suporte financeiro da OPAS, do Comando de Pesquisa e Desenvolvimento Médico do Exército dos Estados Unidos e da SUDAM, intitulado *Surveillance and research on infectious diseases along the Trans-Amazon highway* – e apresentado na 12ª Reunião do Comitê de Assessoria da OPAS, que ocorreu em junho de 1973, em Washington –, foram evidenciados dois aspectos: doenças e agentes introduzidos por trabalhadores e colonos vindos de outras partes do Brasil para a região amazônica e, doenças e agentes infecciosos da

mesma região, porém estranhos a esses migrantes e operários. (PINHEIRO *et al*, 1973).

O método utilizado neste projeto foi o de investigação epidemiológica das viroses (especialmente febre amarela e outras arboviroses, enteroviroses, raiva e etc.), leishmaniose, Doença de Chagas, helmintíase (sobretudo esquistossomose), salmonelose, leptospirose e Febre Negra de Lábrea, incluindo pesquisas sobre artrópodes e outros vetores.

Uma equipe multidisciplinar – virologistas, epidemiologistas, parasitologistas, bacteriologistas e técnicos auxiliares do IEC e de outras instituições internacionais¹¹ – realizou seis viagens a diferentes seções da rodovia, cada uma com duração de quarenta a setenta dias. Várias viagens mais curtas também foram feitas. A equipe coletou sangue e outras amostras clínicas de pessoas saudáveis e de enfermos, com o objetivo de investigar os lugares de origem de infecção, como o caso da leishmaniose. Esta teve reação positiva em 47% das 157 pessoas examinadas, demonstrando para a equipe que infecções cutâneas encontradas nestas pessoas haviam sido contraídas em outros lugares, e não nas imediações da Transamazônica. (PINHEIRO *et al*, 1973, p. 2).

Dessa forma, a equipe concluiu que a leishmaniose, ao longo da rodovia, não seria um problema para as gerações futuras (PINHEIRO *et al*, 1973, p. 3). Além disso, as relações entre animais selvagens e o papel de certos vetores artrópodes foram também investigadas. A busca de focos de *caracóis Planorbis* foi realizada em lagoas e córregos localizados ao longo de quase trezentos quilômetros da rodovia.

O projeto entre IEC e OPAS investigou também mais especificamente a SHA. Em 1972, 22 colonos da região da cidade de Altamira manifestaram hemorragias que foram diagnosticadas como *púrpura trombocitopênica* (doença autoimune). Destes, três chegaram a óbito. De janeiro a março de 1973, outras 30 pessoas sofreram da mesma enfermidade, sendo que sete casos ocorreram em uma mesma família. Ainda nesta investigação, antigos residentes da região foram entrevistados e afirmavam haver relação desta enfermidade com as picadas dos, popularmente conhecidos, borrachudos, que eram abundantes nos

períodos de chuvas. Estes antigos residentes afirmaram que a enfermidade já ocorre há muitos anos, mas somente afeta aos imigrantes. (PINHEIRO *et al*, 1973 p. 3).

Foram examinados pela equipe soros de pacientes, contatos e outras fontes por meio do método Ouchterlony de difusão de duplo gel, para determinar os anticorpos contra um extrato de *Simuliidae* (popularmente conhecido por borrachudo ou pium) capturados no foco da SHA. Apesar de 94% dos pacientes e 55% de seus contatos (outros imigrantes na área) terem anticorpos precipitantes contra os *Simuliidae*, apenas 4,8% do que os cientistas intitularam população aborígine da região de Altamira apresentaram resultados positivos. Entre as amostras obtidas de residentes de Belém – onde não havia, segundo os cientistas, *Simuliidae* – nenhum soro positivo foi encontrado. Também foram negativos os resultados dos soros de oito colonos que haviam chegado a menos de um mês em Altamira. E os estudos realizados em ratos descartaram a possibilidade de serem casos de púrpura trombocitopênica, desta forma, tratava-se de uma doença nova. (PINHEIRO *et al*, 1973, p. 6-8).

Os cientistas e técnicos do IEC realizaram busca de arbovírus no soro de seres humanos, de aves e de outros animais capturados em suas pesquisas de campo. E para além do estudo sobre a SHA, os cientistas tentaram isolar enterobactérias e leptospiros de seres humanos e animais; procuraram indícios da presença de esquistossomíase e demonstraram tentativas de isolar vários protozoários parasitos de animais capturados.

Para a equipe deste projeto entre IEC e OPAS, era possível encontrar o benefício que a abertura da BR-230 traria para o conhecimento sobre doenças infecciosas, para o Instituto e para o próprio homem:

Era lógico assumir que essas pessoas entrariam em contato com certos agentes zoonóticos, como arbovírus e leishmania, e que outras doenças infecciosas, como esquistossomose e doença de Chagas e outros vetores, poderiam ser introduzidas na área de Transamazônica, onde eram anteriormente desconhecidos. Esta situação oferece, portanto, uma oportunidade única para

um estudo a longo prazo de certas doenças infecciosas entre os novos colonos e para investigações ecológicas de possíveis focos de zoonoses e sua ameaça para o homem. (PINHEIRO *et al.*, 1973, p. 3).

A abertura da rodovia Transamazônica ofereceu a oportunidade de realizar um projeto de pesquisa análogo àquele desenvolvido por esse Instituto, durante a construção da rodovia Belém-Brasília, abrangendo as especialidades de virologia, bacteriologia, parasitologia, patologia e imunologia.

O convênio do IEC com a OPAS/OMS explica-se pelo fato desta agência internacional¹² passar a preocupar-se no início da década de 1960 com a aplicação das ciências sociais na análise dos problemas de saúde, passando a financiar e a executar programas de medicina comunitária em países latino-americanos, com o intuito de prevenir e de solucionar problemas sanitários e médicos em regiões mais pobres. (SCOREL, 2008, p. 331) Segundo Amélia Travassos da Rosa, em 1970, com o fim do apoio financeiro fornecido pela Fundação Rockefeller a recém-denominada Seção de Arbovírus¹³ – hoje conhecida por Seção de Arbovirologia e Febres Hemorrágicas (SAARB) –, esta passa a receber apoio da OPAS. Este suporte financeiro ocorre até 1975. (ROSA, 2016).

E o que podemos perceber é que a construção da BR-230 chamou a atenção do mundo e tornou-se uma grande oportunidade para que descobertas sobre doenças emergentes e reemergentes pudessem ser feitas por diversas instituições. Os canteiros de obra da Transamazônica transformaram-se em grandes laboratórios a céu aberto. Assim como podemos compreender que os problemas médico-sanitários enfrentados nas margens da rodovia preocupavam agências que voltavam sua atenção para a obra-síntese do governo de Médici.

A Operação Oswaldo Cruz, não por acaso, levava o nome de um dos maiores médico-sanitarista do país. Oswaldo Cruz (1872-1917) assumiu, no início do século XX, a direção da Saúde Pública do Rio de Janeiro com o compromisso de derrotar a febre amarela, a varíola e a peste bubônica e assim, viabilizar a civilização e o progresso do país qualificado pela reforma urbana de sua capital. Assim como a Operação assumiu o compromisso

diante do governo de Médici de viabilizar, por fim, a Transamazônica como instrumento de civilização e de progresso do regime ditatorial.

Conclusões

O maior investimento médico-sanitário do governo federal voltado para a rodovia foi a criação da Operação Oswaldo Cruz e o financiamento dos projetos de cada agência governamental integrantes desse empreendimento. Considerando que durante o regime civil-militar houve uma redução da capacidade de gestão e de ação do Ministério da Saúde marcada por um período de crise de recursos da pasta¹⁴. Dessa forma, a saúde pública não estava em primeiro, nem mesmo em segundo lugar no projeto autoritário de desenvolvimento gerido pelo regime militar.

O desenvolvimento no âmbito dos transportes e da segurança nacional era a principal pretensão de todos os governos da ditadura civil-militar, sobretudo no comando de Médici. No entanto, diante de um governo que pouco investia na saúde pública, criar uma iniciativa que tinha como objetivo levar assistência médica e sanitária com diferentes instituições atuando em diversas frentes demonstrara que havia, por parte do governo federal, um forte interesse em efetivar com sucesso o desenvolvimento da região amazônica, a partir do PIN e de seus instrumentos, como a rodovia Transamazônica.

A propagação e divulgação de epidemias no interior da Amazônia, nesta obra-síntese de Médici, seria uma ferida exposta às pretensões do governo de mostrar que o Brasil caminhava a largos passos para se tornar uma das grandes potências mundiais. Desta forma, o governo criou a Operação Oswaldo Cruz para integrar diferentes órgãos da área de saúde pública e atacar as doenças em diferentes frentes, desde a prevenção, imunização, passando pela pesquisa e medicina curativa. Entretanto, um relatório de 1973 do Ministério da Saúde, avaliou que os esforços conjuntos não estavam funcionando adequadamente, ocorria desorganização entre os órgãos governamentais que atuavam na assistência médica e desconhecimento sobre a saúde e a infraestrutura das localidades ao longo da

Transamazônica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1973, p. 74)

Neste relatório, o Ministério da Saúde analisou que os diferentes níveis governamentais envolvidos nos trabalhos de saúde pública nas duas principais rodovias de integração nacional, não possuíam funções específicas pré-definidas, além de haver entre eles falta de “entrosamento”, e competição entre órgãos e esferas (municipal, estadual e federal), gerando má aplicação dos recursos disponíveis. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1973).

Criticou-se também a predominância da medicina curativa sobre a preventiva, o que dificultaria o atendimento à população em programas educativos e na imunização com aplicação de vacinas. Apesar de o governo anunciar políticas para evitar a disseminação de enfermidades na Transamazônica, os óbitos decorrentes, sobretudo de doenças infecciosas preocupavam autoridades.

Quando os principais trechos já haviam sido construídos, e as primeiras notícias sobre doenças apareciam esporadicamente na imprensa, os agentes do governo apressavam-se em esclarecer a população que não havia maiores riscos, pois todas as medidas preventivas e resolutivas estavam sendo adotadas, dentro de um planejamento adequado.

As medidas preventivas, como construções de postos de saúde e hospitais, treinamento e vacinação da população, contratação de médicos e dentistas, e a integração de órgãos e ações, estavam presentes nos discursos de agentes do governo como um tranquilizador junto à população de que o programa de integração do Brasil e a “conquista” da Amazônia, não seriam impedidos por doenças. Bastava, segundo discursos do governo, que se planejasse e investisse adequadamente os recursos em saneamento, imunização e dedetização para se garantir que não haveria a possibilidade da Transamazônica causar problemas à saúde pública, como teria ocorrido com a Madeira-Mamoré.

Entretanto, segundo Cardoso e Muller (1978), o projeto de exploração capitalista da Amazônia, inclusive em outros empreendimentos do século XX, não teria construído melhorias significativas na vida das pessoas e, na verdade, teria

estabelecido um “mórbido regime de trocas de doenças”¹⁵ (CARDOSO; MULLER, 1978, p. 204).

Em relatório de 1974, o economista Armando Mendes apresentou um quadro complexo em que, caso não fossem implementadas políticas adequadas, os grandes empreendimentos poderiam provocar um preocupante quadro de “troca de doenças” na região amazônica. Cardoso e Muller (1978) consideraram que a rodovia, além de não resolver os problemas sociais a que se propôs, ainda os ampliou em outro espaço, pois surgiu uma nova rede de latifúndios e exclusões de agricultores familiares, ribeirinhos e indígenas. Diante disso, ocorreu a conseqüente deterioração da qualidade de vida dos povos locais, devido aos projetos de colonização, sobretudo prejuízo à sua saúde.

Entretanto, foi através da construção da rodovia, o IEC pôde fazer investigação em sítios não antes alcançados por instituições de pesquisa na área da saúde. Novos microssistemas ecológicos foram abertos para uma pesquisa – a de arboviroses – que vinha ocorrendo nos laboratórios do Instituto há dezesseis anos. Era como se um novo laboratório, não mais na capital paraense, mas nas margens da rodovia Transamazônica, tivesse sido inaugurado.

A construção da Transamazônica ofereceu oportunidade única para o estudo de certos aspectos epidemiológicos, permitindo, não apenas, conhecimentos sobre os reservatórios silvestres de diversos agentes infecciosos, em uma fauna “livre de qualquer contato anterior com o homem, como ainda de captar o processo inicial de difusão de uma zoonose do animal ao homem” (LINS, s./d., p. 1). Dessa forma, não foi somente a rodovia que pode ser viabilizada pelos estudos, controle e solução de doenças pelo Instituto e por outros órgãos governamentais, que ocorreram durante a obra, mas também estes tiveram suas pesquisas beneficiadas pela oportunidade da BR-230.

Notas

1 Esta estação é utilizada para o escoamento de grãos que saem do centro do país, sobretudo do estado de Mato Grosso, até os portos do estado paraense.

2 A construção da Transamazônica teve alguns críticos. Entre eles, o deputado federal pelo estado de Pernambuco, da legenda Movimento Democrático

Brasileiro (MDB) Tales Bezerra de Albuquerque Ramalho (1923-2004), que temia que os investimentos para o próprio Nordeste, por parte do governo e do empresariado – como redução de incentivos fiscais –, pudessem restringir-se por causa da rodovia, que sanaria – ao menos esperava-se que – os problemas sofridos pelos nordestinos com a seca. Este era um receio de alguns políticos da região nordestina, que colocaram-se contrários à construção da rodovia. E o diretor do Departamento de Estradas de Rodagem do Amazonas (DERAM) Monteiro de Castro, que apontava outras rodovias como mais rentáveis economicamente e advogava a necessidade de consolidar ou concluir as vias já iniciadas na região, antes de implantarem uma nova, como a Transamazônica. Monteiro de Castro alegava que não havia dinheiro sobrando e que rodovias continuavam inacabadas, como a Belém-Brasília, por exemplo, que permanecia com mais de trinta por cento da sua extensão sem seu revestimento primário. Além disso, Monteiro de Castro demonstrava estranheza na abertura de concorrência pública para o início das obras da rodovia antes mesmo da conclusão do projeto (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1970, p. 7).

3 Com o Tratado de Petrópolis de 1903, o Brasil entrava em acordo com a Bolívia para a anexação de parte do território deste país que ficou conhecido como o estado do Acre. O governo brasileiro pagaria uma indenização de dois milhões de libras esterlinas e deveria arcar com a construção da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré. Esta possibilitaria a comunicação do território boliviano com o oceano Atlântico e assim o escoamento da produção de borracha do país poderia ser realizado (FERREIRA, 2005).

4 Na tentativa de mudar esse estigma, durante o auge da construção da ferrovia, em 1910 e 1911, a empresa responsável pela EFMM contratou onze médicos. Os integrantes do “quadro superior” (engenheiros, médicos e técnicos) do empreendimento eram estadunidenses e havia uma alta rotatividade na leva de trabalhadores, pois em poucos meses nos canteiros de obras estes adoeciam, geralmente de malária (FERREIRA, 2005, p. 742).

5 Francisco de Paula da Rocha Lagoa (1919-) foi médico biólogo do Instituto Oswaldo Cruz (IOC; 1942-1953). Retornou ao IOC em 1956, sendo chefe da Seção de Rickettsias da Divisão de Virologia. Em 1964, já como membro da Escola Superior de Guerra (ESG), foi nomeado diretor do IOC. Foi considerado responsável pelo episódio da cassação de cientistas do IOC, em 1970, que ficou conhecido como o Massacre de Manguinhos. Em junho de 1972, pressionado pelo governo depois que o Tribunal de Contas da União observou irregularidades nas verbas do ministério, Lagoa pediu demissão. (SANTOS, 2016).

6 A FSESP era antes de 1960 o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) regulamentado pelo Decreto-Lei de nº 4.275 de 1942, vinculado ao Ministério da Saúde. Foi extinta em 1990, com a criação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

7 Órgão criado em 1970 com a fusão do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu; 1956), da Campanha de Erradicação da Malária (CEM; 1965) e da Campanha de Erradicação da Varíola (CEV; 1966). A Superintendência foi extinta em 1990, integrando a FUNASA.

8 O IEC foi criado pela Lei n. 59 de 11 de novembro de 1936 como Instituto de Patologia Experimental do Norte (IPEN), passando a levar o nome do seu criador e primeiro diretor científico em 1940. Em 1970, o IEC era transferido para a recém-criada Fundação Oswaldo Cruz, na qual foram reunidos todos os centros de pesquisa do Ministério da Saúde. Em 1975, o IEC voltaria a reintegrar a FSESP. (PINHEIRO, 1986, p. 70).

9 As agrovilas eram conjuntos de lotes com casas instaladas no espaço de 100 hectares, onde deveria ter uma escola de ensino infantil e fundamental I, uma igreja ecumênica e um posto médico. A agrópolis seria a reunião de agrovilas, com serviços bancários, correios, telefones e escola de ensino fundamental II e médio. E as rurópolis, um conjunto de agrópolis (SMITH, 1977).

10 Criada em 1902, a OPAS é a agência internacional de saúde mais antiga do mundo, dedicada à melhorar a saúde pública nos países da América, está sediada na capital estadunidense Washington. O Brasil passou a integrá-la em 1929. A OPAS é integrada à Organização Mundial da Saúde (OMS), tornando-se o Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), antes mesmo da construção da rodovia Transamazônica. Também faz parte dos sistemas da Organização dos Estados Americanos (OEA) e da Organização das Nações Unidas (ONU). Fonte: <https://nacoesunidas.org/agencia/opasoms/>.

11 A equipe era integrada pelos parasitologistas britânicos Ralph Lainson e Jeffrey Jon Shaw que estudaram, sobretudo a leishmaniose no Brasil; o parasitologista e entomólogo paraense Habib Fraiha Neto; o virologista Francisco de Paula Pinheiro, a médica virologista paraense Gilberta Bensabath, a médica bacteriologista paraense Zea Constance Lins, a virologista Amélia Paes de Andrade Travassos da Rosa e a virologista e entomóloga Amazonia Toda Tang. Esta mesma equipe realizou este projeto. (PINHEIRO *et al*, 1973).

12 Vale lembrar que o IEC, desde a sua criação, construiu laços com instituições estrangeiras de pesquisa, como a sua relação, já profundamente estudada, com a estadunidense Fundação Rockefeller, que financiou diversas pesquisas do Instituto, assim como também esta

utilizou-se do espaço físico do IEC para os seus estudos. Até mesmo um laboratório privativo, a Rockefeller chegou a ter dentro do IEC.

13 Esta Seção era dirigida pelo virologista Francisco de Paula Pinheiro e também a integravam: Amélia P. A. Travassos da Rosa, Gilberta Bensabath e Amazonia Toda Tang.

14 “No que concerne à saúde pública, o período é marcado pela instauração de uma crise de recursos e pelo enfraquecimento da capacidade de ação do MS [Ministério da Saúde]. É ilustrativa desse processo a queda da participação da pasta da saúde no orçamento total da União de 2,21% para 1,40%, entre 1968 e 1972. Nesse mesmo período, o Ministério dos Transportes e as forças armadas, recebiam 12% e 18% do orçamento, respectivamente.” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 18).

15 Além de enfrentar as endemias na região amazônica, as instituições de controle médico-sanitário iriam também se deparar com doenças trazidas pelos próprios migrantes que se deslocavam para a estrada com o propósito de “colonizar”. A esquistossomose, doença endêmica, à época, em diversos estados nordestinos, passava a preocupar as instituições integrantes da Operação Oswaldo Cruz. O médico Brito Bastos, coordenador da Operação Oswaldo Cruz, foi o primeiro a alertar os Ministérios do Interior e da Saúde sobre o aumento dos casos da doença nas imediações da rodovia Transamazônica. Acusava-se o Instituto de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) de não realizar os devidos exames nos migrantes nordestinos. Este nega os surtos de esquistossomose e se defende relatando que havia uma forte triagem dos colonos e voluntários que chegariam para colonizar a rodovia, através de rigorosos exames feitos por uma equipe de médicos que ficavam localizados no município de Altamira. Ainda segundo os agentes do INCRA, tanto os colonos que seguiam para a região por intermédio do instituto, quanto os voluntários que se deslocavam isoladamente eram submetidos aos exames assim que chegavam a Altamira e somente depois destes, integravam seus núcleos de habitação e de trabalho.

Referências

AZEVEDO, Gabriela *et al.* Vídeos mostram paciente de Covid-19 com cilindro de oxigênio sendo levada em maca pela BR-230, no PA. **G1**, 12 de fevereiro de 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/pa/para/noticia/2021/02/12/video-mostra-paciente-com-cilindro-de-oxigenio-sendo-levado-em-maca-pela-br-163-no-pa.ghtml>.

Acesso em: 20 mai. 2021.

ANDRADE, Rômulo de Paula. **A Amazônia na era do desenvolvimento: saúde, alimentação e meio ambiente (1946-1966)**. 2012, 378 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde), Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, 2012.

BENCHIMOL, Jaime Larry; SILVA, André Felipe Cândido da. Ferrovias, doenças e medicina tropical no Brasil da Primeira República. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 719-762, jul/set. 2008.

BENSABATH, Gilberta. **Investigação sobre mortes súbitas ocorridas em trabalhadores dos acampamentos da Construtora Mendes Júnior em Gurupi e Itinga. 1973**. Arquivo Pessoal Dra. Gilberta Bensabath, Arquivo Instituto Evandro Chagas.

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

CAUSEY, Calixto E. Implantação dos Estudos sobre Arbovírus na Região Amazônica. *In*: Fundação Serviços de Saúde Pública. **Instituto Evandro Chagas: 50 anos de contribuição às ciências biológicas e à medicina tropical**. Ministério da Saúde, Belém: Fundação Serviços de Saúde Pública; 1986.

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

CORREIO DA MANHÃ. Operação Oswaldo Cruz cuida dos brasileiros na Amazônia. **Correio da Manhã**, Rio de Janeiro, 30 de dezembro de 1971, p. 9.

COSTA, José de Cavalcanti. **Programa de Integração Nacional - Transamazônica**. Belém: SUDAM, 1970.

ESCOREL, Sarah. História da política de saúde no Brasil (1964 a 1990): do golpe militar à reforma sanitária. *In: GIOVANELLA, Ligia et al.* (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2008.

FERREIRA, Manoel Rodrigues. **A Ferrovia do Diabo**. São Paulo: Melhoramentos, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA. **Diretrizes básicas para a ação do Ministério da Agricultura através do INCRA, na Transamazônica (Estudos Preliminares)**. Belém: INCRA, 1971.

LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões. *In: FINKELMAN, J.* (Org.). **Caminhos da saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, p. 24-116.

LINS, Zéa Constante; ROSA, Carlos A. Santa. **Estudos epidemiológicos sobre a leptospirose na Amazônia. Índice de infecção em animais silvestres capturados na área da rodovia Transamazônica**. Belém: IEC; Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, s./d., p. 1. Acervo Pessoal de Zéa Constante Lins, Arquivo do IEC.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde e Saneamento na Transamazônica**. Belém: Plano de Integração Nacional; Ministério da Saúde, 1973.

MORAIS, Fernando; GONTIJO, Ricardo; CAMPOS, Roberto de Oliveira. **Transamazônica**. São Paulo: Brasiliense, 1970.

OPERAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Programa Geral de Trabalho para o período 1971 – 1972**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1971.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan./mar. 2014.

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

PINHEIRO, Francisco de Paula. Histórico do Instituto Evandro Chagas (1950-1985). *In: Fundação Serviços de Saúde Pública*. **Instituto Evandro Chagas: 50 anos de contribuição às ciências biológicas e à medicina tropical**. Ministério da Saúde, Belém: Fundação Serviços de Saúde Pública; 1986.

PINHEIRO, Francisco de Paula; BENSABATH, Gilberta; FREITAS, Ronaldo B.; COSTA JÚNIOR, Domingos. Síndrome Hemorrágica de Altamira. *In: Fundação Serviços de Saúde Pública*. **Instituto Evandro Chagas: 50 anos de contribuição às ciências biológicas e à medicina tropical**. Ministério da Saúde, Belém: Fundação Serviços de Saúde Pública; 1986.

PINHEIRO, Francisco de Paula *et al.* Surveillance and research on infectious diseases along the Trans-Amazon highway. **Pan American Health Organization – Twelfth Meeting of the Advisory Committee on Medical Research**. Washington, EUA, jun. 1973.

REBELO, Darino Castro. **Transamazônica: integração em marcha**. Rio de Janeiro: Centro de Documentação e Publicações do Ministério dos Transportes, 1973.

ROCHA LAGOA, Francisco da. Operação Oswaldo Cruz. **Revista do Serviço Público**, Brasília, n, 3, p. 57-66, 1971.

ROSA, Amelia P. A. Travassos da. The history of Arbovirology at Instituto Evandro Chagas, Belém, Pará, Brazil, from 1954 to 1998. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, número especial 7, 2016, p. 61-70.

SANTOS, Daniel Guimarães Elian dos. **Ciência, política e segurança nacional: o “Massacre de Manguinhos” (1964-1970)**. 2016, 111 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde), Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, 2016.

SCHWEICKARDT, Júlio César; LIMA, Nísia Trindade. Os cientistas brasileiros visitam a Amazônia: as viagens científicas de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas (1910-1913). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14 (Suplemento), p. 15-50, dez. 2007.

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

TAMER, Alberto. Primeiro, será preciso sobreviver. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, p. 7, 26 de julho de 1970.