

Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde

RENATO DA SILVA

MALÁRIA E DESENVOLVIMENTO: A SAÚDE PÚBLICA NO GOVERNO JK
(1956-1961)

Rio de Janeiro
2008

RENATO DA SILVA

**MALÁRIA E DESENVOLVIMENTO: A SAÚDE PÚBLICA NO GOVERNO JK
(1956-1961)**

Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Hochman

Rio de Janeiro
2008

S586 Silva, Renato da

Malária e desenvolvimento: a saúde pública no governo JK (1956-1961). / Renato da Silva. – Rio de Janeiro: s.n., 2008.

274 f.

Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 2008.

Bibliografia: p. 240-254

1.Malária 2.Política de Saúde 3.Saúde Pública 4.História
5.Governo 6. Brasil

CDD 614.09

RENATO DA SILVA

MALÁRIA E DESENVOLVIMENTO: A SAÚDE PÚBLICA NO GOVERNO JK (1956-1961)

Tese de doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

Aprovado em setembro de 2008.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Gilberto Hochman (Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz) - Orientador

Profa. Dra. Maria Celina Soares D'Araujo (CPDOC/FGV/UFF)

Prof. Dr. André Luiz Vieira Campos (UFF/UERJ)

Profa. Dra. Nísia Trindade Lima (Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz)

Prof. Dr. Luiz Antonio da Silva Teixeira (Casa de Oswaldo Cruz)

Suplentes:

Profa. Dra. Letícia Pinheiro (IRI/PUC-RIO)

Prof. Dr. Marcos Chor Maio (Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz)

Rio de Janeiro

2008

Às mulheres da minha vida 'novamente': à minha mãe Tereza pela fé, à minha esposa Cláudia pela paciência e às minhas filhas Sara e Gabrielle pela alegria. Produtos indispensáveis à criação de bom trabalho.

De tudo ficaram três coisas: a certeza de que ele estava sempre começando, a certeza de que era preciso continuar e a certeza de que seria interrompido antes de terminar. Fazer da interrupção um caminho novo. Fazer da queda um passo de dança, do medo uma escada, do sonho uma ponte, da procura um encontro.

Fernando Sabino, 1956

E porque não iremos fazer obras para a elite, mas para o povo, a este, principalmente, conclamamos, para que não nos falte com o seu voto decisivo, o seu apoio indeclinável. E, assim, no dia em que o Brasil apareça no concerto das nações, com a sua gente mais sadia e mais feliz, inauguraremos a fase áurea de nossa História, em que os ressentimentos pessoais e as dimensões partidárias terão emudecido, para só se ouvir a voz dos homens de boa vontade, mensageiros da paz e da comunhão social, vale dizer: – os legítimos arautos da união nacional.

É em busca desses dias de glória, que eu vos convido a erguer, comigo, o pensamento para as alturas, concentrando-o numa aspiração transcendente: – a de rogar ao Criador que nos conceda as suas graças, com a mesma munificência com que nos concedeu a do lar em que nascemos, este magnífico cenário da Natureza, em cujo céu a mão de Deus anunciou os futuros destinos da brasilidade, protegendo-a e acalentando-a sob o signo augusto da Fé e da Esperança!...

Juscelino Kubitschek, 1955

Agradecimentos

A Gilberto Hochman – meu orientador, verdadeiro amigo, professor e incentivador competente deste trabalho.

Aos professores do programa que transmitiram conhecimento, apoio, e sugestões. Em especial, aos professores das disciplinas que eu cursei, e aos membros da minha banca de qualificação, professores André Campos e Luiz Antônio Teixeira.

As funcionárias da Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz, pela presteza e o atendimento sempre paciente e dedicado.

Aos meus amigos, que não vejo há muito tempo, por conta dessa minha viagem solitária nos últimos meses.

A amiga Jacqueline, pela solidariedade e otimismo.

A CAPES, pelo patrocínio da minha mais importante empreitada acadêmica.

SUMÁRIO

Agradecimentos.....	07
Introdução.....	13
Capítulo 1: Juscelino Kubitschek, Desenvolvimento e o Contexto Internacional da Saúde Pública na década de 1950	
1.1. Antecedentes da saúde pública no Brasil (1939-1955).....	17
1.2. Aspectos da modernização: o governo JK e o nacional-desenvolvimentismo.....	29
1.3. Desenvolvimento e cooperação internacional: aspectos da política externa brasileira no início da Guerra Fria.....	38
1.4. Os impactos da doença: saúde e desenvolvimento nos anos 50.....	46
1.5. Malária e desenvolvimento.....	53
1.6. A saúde pública na proposta de governo de JK.....	63
Considerações finais.....	72
Capítulo 2: Do Candidato ao Presidente: As Propostas e as Primeiras Ações de Saúde Pública de Juscelino Kubitschek	
2.1. Programa de Saúde Pública do candidato Juscelino Kubitschek: interiorização, trabalho e saneamento para o desenvolvimento.....	75
2.1.1. Sanear o povo, sanear o interior para salvar a produção: trajetos para o desenvolvimento econômico.....	84
2.1.2. O Programa de Saúde de JK para além das endemias rurais.....	100
2.2. Departamento Nacional de Endemias Rurais: o lugar de combater as doenças de massa.....	109
2.3. Relatórios dos Grupos de Trabalho do Departamento Nacional de Endemias Rurais: balanço do plano de metas da saúde pública do governo JK – endemias rurais em foco sob olhar técnico.....	116
2.4. A III Conferência Nacional de Saúde: o balanço político do plano de metas da saúde pública do governo JK – a situação sanitária da população brasileira.....	136
Considerações finais.....	146
Capítulo 3: A Luta contra a Malária como Política e Missão: Mario Pinotti e o Sal Cloroquinado	
3.1. A trajetória do sanitarista e político Mario Pinotti: do Serviço Nacional de Malária ao Ministério da Saúde (1942-1960).....	149
3.2. A descoberta da ação residual do DDT: do otimismo a preocupação.....	163
3.3. Cobertura total: aonde o DDT não chega, o sal cloroquinado alcança.....	171
3.4. A Repercussão do “método Pinotti” no contexto internacional de saúde pública.....	177
Considerações finais.....	196

Capítulo 4: A Agenda Internacional de Saúde e o Governo JK: a História do Grupo de Trabalho de Controle e Erradicação da Malária no Brasil (1958-1961)

4.1. A proposta erradicação da malária em escala global.....	199
4.2. O Grupo de Trabalho de Controle e Erradicação da Malária.....	206
4.3. A Campanha de Erradicação da Malária depois de 1961.....	230
Considerações finais.....	234
Conclusão.....	236
Bibliografia.....	240

ANEXOS

Lista de Tabelas:

Tabela 1: Casas Dedetizadas 1955-1960.....	255
Tabela 2: População Urbana e Rural (%) no Brasil e outros países 1950.....	255
Tabela 3: Casos de malária, por amostras positivas de sangue, ocorridos nos estados e territórios de 1956 a 1961.....	267
Tabela 4: Números de municípios com triatomíneos infectados e índice de infecção natural de diversos estados da Federação Brasil 1960	257
Tabela 5: Calazar humana diagnosticado no Brasil (1953-1962).....	257
Tabela 6: Prevalência da lepra (coeficiente por 1.000 habitantes) nas diferentes regiões fisiográficas no Brasil - 1962.....	258
Tabela 7: Coeficientes de mortalidade por tuberculose (por 100.000 habitantes) em diversos países - 1959.....	258
Tabela 8: Fases de trabalho da campanha de controle e erradicação da malária com as perspectivas áreas e populações.....	259
Tabela 9: Verba autorizada pelo governo brasileiro para a CEM (1958-1965).....	259
Tabela 10: Despesas realizadas com o programa (1958-1965).....	260

Lista de Quadros:

Quadro 1: Trabalhos sobre o sal cloroquinado.....	261
Quadro 2: Quadro Programa de Controle X Programa de Erradicação.....	262
Quadro 3: Resoluções das conferências sanitárias Pan-americanas da OPAS e os encontros regionais do comitê da OMS.....	263

Lista de Organogramas:

Organograma 1: Grupo de Trabalho para a erradicação da malária (1958).....	267
Organograma 2: Grupo de Trabalho para a erradicação da malária (1966).....	268

Lista de Mapas:

Mapa 1: Situação da Campanha de Erradicação da Malária nas Américas em 31 de julho de 1959.....	269
Mapa 2: Situação da Campanha de Erradicação da Malária nas Américas em 31 de julho de 1960.....	270

Lista de Imagens:

Imagem 1: Distribuição do sal cloroquinado	271
Imagem 2: Distribuição do sal cloroquinado.....	272
Imagem 3: Distribuição do sal cloroquinado.....	273

Legendas.....	274
---------------	-----

Resumo

Este trabalho analisa a história da saúde pública no governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961). A análise desse período inicia pela descrição e discussão do Programa de Saúde Pública do candidato Juscelino Kubitschek, documento político, no qual são divulgadas as metas e as promessas da campanha presidencial para a área da saúde. Como primeira ação no cumprimento do seu programa, Juscelino cria em 1956 o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), instituição centralizadora dos serviços nacionais de saúde. Nessa empreitada, JK teve o apoio imprescindível do sanitarista e político Mario Pinotti. Principal personagem nacional da saúde pública na década de 1950, Pinotti cria um método de combate à malária. O sal cloroquinado nomeado de “Método Pinotti” foi reconhecido internacionalmente como importante contribuição brasileira para erradicação mundial da malária. A doença, que estava controlada no início do governo JK, torna-se a mais importante endemia em 1958, quando o Brasil assumiu o compromisso com a Organização Mundial de Saúde (OMS) de converter seus programas de controle em programas de erradicação. Para isso foi instalado um Grupo de Controle e Erradicação da Malária sob a direção de Pinotti. A malária seria uma importante moeda de negociação no contexto da política de desenvolvimento de JK.

Palavras-chave: Juscelino Kubitschek; Desenvolvimento; Saúde pública; Malária; Sal cloroquinado; Pinotti.

Abstract

This PhD thesis analyses the history of public health in the Juscelino Kubitschek administration (1956-1961). The analysis of this period begins with the description and discussion of the Public Health Program of the candidate Juscelino Kubitschek (JK), a political document in which were publicised the goals and promises of the presidential campaign for the health area. As a first action in the accomplishment of his programme, in 1956 Juscelino created the National Department for Rural Endemics Diseases, an institution that centralised the national rural health services. For this enterprise JK had the indispensable support of the sanitarian and politician Mario Pinotti. He was the main personality within the national public health scenario during the 1950's and created a method to control malaria. The chloroquinated salt named as "Pinotti method" was internationally recognised as an important Brazilian contribution for the eradication of malaria worldwide. The disease that was under control in the beginning of JK's government became the most import endemicity in 1958, when Brazil made a commitment with the World Health Organisation (WHO) to convert its control programmes into eradication programmes. A Malaria Control and Eradication Group was created for this purpose and was directed by Mario Pinotti. Malaria was to be an important negotiation token within the context of JK's development policy.

Introdução

O objetivo geral desta tese é analisar o espaço que a agenda de saúde pública ocupou no governo JK. Para tanto, divido meu estudo em quatro capítulos. No primeiro capítulo, faço uma discussão bibliográfica sobre as relações entre: política nacional de desenvolvimento de JK e saúde; desenvolvimento e cooperação internacional durante a Guerra Fria; políticas de saúde pública e o projeto de desenvolvimento proposto para os países subdesenvolvidos; malária e desenvolvimento. Esse capítulo será a porta inicial dos três capítulos seguintes. Neste instante, utilizo quase exclusivamente fontes secundárias como instrumentos de análise.

No capítulo dois, analiso o Programa de Saúde Pública do candidato JK e sua política de saúde durante o seu mandato, em particular as primeiras ações de seu governo. O capítulo foi dividido em três seções. Na primeira seção do capítulo, apresento o Programa de Saúde de Juscelino com suas principais metas, intenções e promessas para a área da saúde, distribuídas em eixos interpretativos. Na segunda seção, descrevo o processo de criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais em 1956. Na terceira, analiso os resultados das metas de saúde a serem cumpridas entre os anos de 1956 a 1960. Utilizo como instrumentos principais de análise dois balanços: um balanço técnico, apresentado nos Relatórios dos Grupos de Trabalho do DNERu em dezembro de 1960 e um balanço mais político e retrospectivo produzido na III Conferência Nacional de Saúde em 1963.

No terceiro capítulo, estudo a criação de um método brasileiro de combate à malária, denominado “Método Pinotti”: a mistura de sal de cozinha com cloroquina. As pesquisas que sustentaram o método de sal cloroquinado, a repercussão que teve nacionalmente e internacionalmente, a sua aceitação e posterior rejeição. O capítulo é desenvolvido em quatro

partes. Na primeira, apresento o itinerário do sanitarista e político Mario Pinotti. Na segunda parte, destaco a importância da descoberta do DDT, nos anos da Segunda Guerra Mundial e os efeitos positivos da sua utilização em massa a partir de 1945. Na terceira, avalio como o sal cloroquinado surgiu como alternativa e complemento ao DDT. Na quarta e última parte, descrevo a repercussão que o sal cloroquinado teve no meio internacional de saúde pública através de debates em congressos e trocas de correspondências entre especialistas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e os malariologistas brasileiros que participavam das pesquisas sobre o novo método.

O capítulo quatro tem como finalidade principal descrever a organização do Grupo de Trabalho de Controle e Erradicação da Malária (GTEM). A criação do GTEM pelo governo JK foi a primeira indicação positiva na direção das diretrizes da OMS desde 1955, isto é, a transformação dos programas nacionais de controle em programas de erradicação. A exposição desse processo de conversão dos programas de controle da malária e em campanha de erradicação no Brasil foi um dos objetivos do capítulo. O capítulo apresenta três divisões. Na primeira, analisei a questão da saúde pública no contexto internacional vinculada à proposta da OMS de erradicação da malária em 1955. Na segunda, descrevi o processo de organização de um Grupo de Trabalho de Controle e Erradicação da Malária no governo JK, em 1958. Na última, apresentei os avanços e problemas da política de saúde do governo JK, em direção à criação de um Programa de Erradicação da Malária nos moldes preconizados pela OMS. Importante para a confecção desse capítulo foi a utilização dos Relatórios da Campanha de Erradicação da Malária publicados sobre a chancela do DNERu.

Essa tese tem a intenção de descrever uma parte pequena, mas significativa da história da saúde pública brasileira. Discutir os temas que por algum tempo foram considerados “menos” importantes nesse período. Além das cinco grandes metas, existiu uma política de saúde pública na administração de JK, com metas também. A saúde foi um tema caro para Juscelino, ela estaria presente em seu governo não de forma explícita, mas diluída no plano maior de metas. Ela seria considerada uma questão econômica. A malária seria a doença que melhor representaria essa concepção, de forma dinâmica na relação entre saúde e desenvolvimento na década de 1950.

Capítulo 1

1. Juscelino Kubitschek, Desenvolvimento e o Contexto Internacional da Saúde Pública na Década de 1950

Neste capítulo, faço uma discussão da bibliografia sobre a política nacional de desenvolvimento de Juscelino Kubitschek (JK), tentando identificar o espaço que a agenda de

saúde pública ocupou em seu governo. O capítulo está dividido em seis seções. Na primeira parte, apresento os antecedentes da saúde pública no Brasil, no período de 1939 a 1955, importantes para a compreensão da saúde a partir de 1956. Na segunda, abordo aspectos relevantes da política nacional-desenvolvimentista do governo Kubitschek. Na terceira parte, discorro sobre a relação entre desenvolvimento e cooperação internacional, compreendida dentro da política externa brasileira no início da Guerra Fria. Nessas três seções são utilizadas fundamentalmente fontes secundárias. A quarta seção, abordo a relação entre as políticas de saúde pública e o projeto de desenvolvimento proposto para os países pobres ou subdesenvolvidos. Para tal, utilizo artigos que tratam da história da saúde pública internacional e evidenciam as relações de políticas de saúde com políticas econômicas. Na quinta seção, analiso como a malária se constituiu como uma questão econômica, fazendo parte das políticas de desenvolvimento nos anos 1950. Na última parte do capítulo, descrevo de que forma a saúde esteve presente na agenda do candidato a presidente Juscelino Kubitschek por meio do seu Programa de Saúde Pública.

1.1. Antecedentes da saúde pública no Brasil (1939-1955)

É inegável a construção de uma tradição de combate a e de controle da malária criada no país, tendo como marco histórico a erradicação do vetor *Anopheles gambiae* em 1940. O Serviço Nacional de Malária (SNM) e o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criados respectivamente em 1941 e 1942, instituíram as ações rotinizadas de controle da malária no

Brasil.¹ O combate ao *Anopheles gambiae* ocorreu na região do Nordeste brasileiro no final da década de 1930. Um dos primeiros passos para a institucionalização do combate à malária no Brasil foi a criação do Serviço de Malária do Nordeste (SMNE) em 1939, possibilitado pelo convênio entre o governo brasileiro e a Fundação Rockefeller. Este acordo aprofundava uma relação iniciada em meados da década de 1910 com a Divisão Sanitária Internacional da Fundação Rockefeller que estava preocupada desde a década de 1920 em combater a febre amarela.²

O mosquito *Anopheles gambiae* foi identificado primeiramente no território brasileiro pelo entomologista Raymond Shannon do Serviço Nacional de Febre Amarela em 1930 no estado do Rio Grande do Norte. O primeiro surto de malária ocorreu em 1930, em Natal, atingindo dez mil pessoas em uma localidade de 12 mil habitantes.³ Em 1938, o Nordeste brasileiro sofreu a maior epidemia de malária registrada nos continentes americanos. Os estados do Rio Grande do Norte e Ceará foram os palcos dessa epidemia que deixou uma trágica marca. No primeiro, 5 mil mortes em uma população de 240 mil habitantes. No Vale do Jaguaribe, no Ceará, em julho, 63 mil casos foram registrados, sendo oito mil o número de óbitos. Em

¹ HOCHMAN, Gilberto; MELLO, Maria Tereza Bandeira de; SANTOS, Paulo Roberto Elian dos. A malária em foto: imagens de campanhas e ações no Brasil da primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, v. 9, p. 249, 2002. Suplemento. Cf. CAMPOS, André Luiz Vieira de. **Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 44.

² GADELHA, Paulo E.; PACKARD, Randall. A land filled with mosquitoes: Fred L. Soper, the Rockefeller Foundation and the *Anopheles gambiae* invasion of Brazil, 1932-1939. **Parassitologia**, v. 36, 1994, passim. Cf. SOPER, Fred. L. *Anopheles gambiae* in Brazil. In: _____. (Ed.). **Ventures in world health - the memoirs of Fred Lowe Soper**. Washington, DC: Pan-American Health Organization, v. 355, p. 201 et seq., 1977.

³ BENCHIMOL, Jaime Larry. O combate ao *Anopheles gambiae*. In: _____. (Coord.). **Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. p. 168-173. Cf. CUETO, M. Los ciclos de la erradicación: la Fundación Rockefeller y la salud latinoamericana, 1918-1940. In: CUETO, M. **Salud, cultura y sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas**. Lima: Instituto de Estudios Peruanos/Organización Panamericana de la Salud, 1996. p. 198.

algumas localidades, o impacto sobre a população chegou ao surpreendente índice 90 % de fatalidade.⁴

Em 1939 o mundo encontrava-se diante de um conflito global. Os Estados Unidos mostravam-se preocupados com a ameaça do *Anopheles gambiae*. A possibilidade de que o vetor atingisse a Amazônia e chegasse ao Canal do Panamá foi um dos motivos para firmar um acordo entre o governo brasileiro e a Fundação Rockefeller. O primeiro objetivo era a reestruturação do SMNE, criado em agosto de 1938 por Getúlio Vargas.⁵ Segundo os funcionários que atuaram no SMNE, uma verdadeira operação de guerra foi montada para combater a malária. Para o doutor Leônidas Deane, veterano dessa campanha:

[...] Nessa época foi feito um grande esforço para controlar a malária. Estava-se perto da Segunda Guerra Mundial, e os americanos ficaram com medo de que esse anofelino atingisse o Canal do Panamá; resolveram então dar verbas grandes para tentar evitar que isso acontecesse. Com isso, fez-se um acordo de cooperação entre a Fundação Rockefeller e o Governo Brasileiro para a fundação de um Serviço de Malária do Nordeste, destinado apenas ao combate ao *Anopheles gambiae*, e esse serviço foi realmente muito eficiente, porque em dois anos erradicou esse anofelino do nosso país.⁶

⁴ BENCHIMOL, op. cit., p. 169.

⁵ O primeiro governo de Getúlio Vargas (1930-45) foi marcado por transformações significativas nas políticas sociais. A saúde pública foi profundamente reestruturada. A criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), em 1930, seria apenas o início da reformulação das políticas de saúde. Gustavo Capanema assumiu a direção do MESP em 1934 e promoveu importantes reformas. A primeira em 1937 que cria o Ministério da Educação e Saúde. Em 1941 foram criados os serviços de saúde e um modelo de políticas verticalizadas de saúde que predominou como paradigma principal por meio da promoção de campanhas nacionais contra grandes endemias rurais. Foram criadas também as delegacias federais de saúde e as conferências nacionais de saúde. As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) eram reuniões periódicas de delegações de todos os estados, em um foro nacional e de caráter oficial para discutir temas de saúde no âmbito da administração e de técnicas. A I Conferência Nacional de Saúde foi realizada entre 10 e 16 de novembro de 1941 no Rio de Janeiro, logo após a realização da Conferência Nacional de Educação. Cf. HOCHMAN, Gilberto. A saúde pública em tempos de Capanema: continuidades e inovações. In: BOMENY, H. (Org.). **Constelação Capanema: intelectuais e políticas**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001. p. 137. Cf. HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, C. M. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, D. (Ed.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: FGV, 1999. p. 73-93. Cf. FONSECA, Cristina. **Saúde no governo Vargas (1930 – 1945): dualidade institucional de um bem público**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, passim.

⁶ TUIL, Pedro; DEANE, Leônidas; SABROZA, Paulo; RIBEIRO, Cláudio. Debate. A malária no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 1, n. 1, p. 90, janeiro/março 1985, Rio de Janeiro.

A estrutura e a organização do SMNE eram semelhantes ao do serviço que tratava da febre amarela, sem entraves burocráticos, com orçamento significativo, tendo à frente na direção dois médicos americanos. Os doutores Fred L. Soper e D. B. Wilson também dividiam a direção do Serviço de Febre Amarela da Divisão Internacional de Saúde da América Latina. O SMNE possuía um grande quadro de funcionários bem remunerados.⁷ As principais ações de combate à malária no Nordeste eram focalizadas no extermínio do mosquito na fase larvária e aladas, nas localidades afetadas e áreas vizinhas, expurgo de veículos e domicílios, delimitação do território a ser tratado. A mobilização de um verdadeiro “exército” de funcionários cobria toda a região atingida pelo *Anopheles gambiae* e as áreas próximas. A região foi repartida em cinco divisões no estado do Ceará e em duas divisões no estado do Rio Grande do Norte. A cidade de Fortaleza, pela sua localidade geográfica e importância relativa à comunicação aérea, marítima e fluvial foi escolhida para ser o “quartel general” de operação do Serviço. O Laboratório Central também estava localizado no Ceará, no município de Aracati.⁸

A base da campanha efetuada pelo SNME contra *gambiae* consistiu, inicialmente, na destruição sistemática do mosquito em sua fase aquática, ou seja, no serviço antilarvário. Nesse sentido, as ações voltaram-se para a proteção das coleções d’água expostas ao sol, consideradas, a partir dos estudos realizados, como locais preferenciais da desova do mosquito. O zoneamento da área nesse momento foi determinado levando-se em consideração o número, a extensão e os tipos de coleção d’água bem como a distância que as separava. Em função das características climáticas do Nordeste, o zoneamento era diferente conforme a estação do ano.⁹

As práticas iniciais de combate ao vetor *Anopheles gambiae* consistiam em ações de drenagem e utilização de petróleo com larvicida. A partir de 1939, o verde-paris foi utilizado em larga escala como larvicida. No entanto, após uma extensa pesquisa das larvas existentes

⁷ BENCHIMOL, op. cit., p. 170.

⁸ HOCHMAN et al., op. cit., p. 245.

⁹ Ibid. p. 246.

nos criadouros aquáticos e verificação da inexistência do vetor, a utilização do verde-paris foi suspensa e o serviço antilarvário foi extinto em 1941. Como medida de vigilância e prevenção, o serviço de pesquisa de larvas era realizado mensalmente.¹⁰

Em 1942 foi finalmente considerado erradicado o vetor transmissor *Anopheles gambiae*. Este fato teria marcado a história da malária no país e aberto uma perspectiva de erradicação da doença no mundo via erradicação de um vetor. Esta experiência foi um primeiro passo na constituição de organizações e de um grupo de especialistas no controle da malária no Brasil. O Serviço Nacional de Malária (SNM) foi criado pelo Decreto-lei nº 3.171 em 1941, anexando o Serviço de Malária da Baixada Fluminense.¹¹ Até 1942 o Serviço de Malária do Nordeste manteve-se vinculado à Fundação Rockefeller, sendo depois incorporado ao SNM.¹² O SNM foi um dos espaços institucionais em que os malariologistas brasileiros, formados na experiência do SMNE, desenvolveram e aperfeiçoaram práticas de combate e controle da doença.

Modernamente, graças à nova feição que se imprime às operações de combate, muitas áreas do País têm sido subtraídas à endemia e devolvidas ao aproveitamento agrícola e industrial. Tal fato, por si só, expressaria a necessidade de estimular esse combate e conduzi-lo à definitiva solução do problema, porque ele representa, em última análise, um investimento de recursos e uma capitalização de riquezas. Esse conceito, de resto, vem se firmando cada dia com mais vigor, mas foi a dramática epidemia causada pelo *A. gambiae*, no Nordeste, entre 1938-1940, que serviu de base a que se estruturasse

¹⁰ Ibid.

¹¹ Em 1941, Capanema propôs uma nova alteração na estrutura do MESP, que se tornou Ministério da Educação e Saúde (MES), procurando intensificar a presença dos órgãos federais de saúde nos estados de forma mais centralizada, criando para isso, os serviços nacionais de saúde, a mais significativa e duradoura “invenção institucional” da gestão do ministro Gustavo Capanema e do diretor do Departamento Nacional de Saúde João Barros Barreto. Os serviços nacionais de saúde deveriam atuar privilegiando as doenças infecto-contagiosas que atingiam a maior parte da população nacional (população rural), e não grupos específicos. Os serviços nacionais corresponderiam a: Serviço Nacional da Peste; Serviço Nacional das Doenças Mentais; Serviço Nacional da Tuberculose; Serviço Nacional da Educação Sanitária; Serviço Nacional da Febre Amarela; Serviço Nacional da Fiscalização da Medicina; Serviço Nacional do Câncer; Serviço Nacional da Saúde dos Portos; Serviço Nacional da Lepre; Serviço Federal de Bioestatística; Serviço Nacional da Malária e Serviço Federal de Águas e Esgotos. Cf. HOCHMAN op. cit., p. 139. Cf. HOCHMAN; FONSECA, op. cit., p. 79 et seq.

¹² HOCHMAN et al., op. cit., passim.

uma campanha nacional permanente, aproveitando-se a experiência técnica e os ensinamentos resultantes da vitoriosa ação do Serviço de Malária do Nordeste.¹³

O SNM executou no seu período inicial de funcionamento muitas práticas empregadas no antigo SMNE. As ações de combate à malária foram direcionadas para tratar as larvas que contaminavam as águas, práticas como drenagem e aterros, e a utilização intensa do verde-paris e do petróleo foram empregadas. As pesquisas foram ampliadas com os inquéritos e investigações epidemiológicas e entomológicas. O SNM mapeou parte do território brasileiro, alcançando as regiões mais afastadas.¹⁴ Neste sentido, podemos dizer que houve uma nacionalização do combate à malária com a intervenção do SNM. Uma sugestão é que as ações de controle de malária deste serviço na década de 1940 e no início dos anos 1950 produziram uma determinada experiência que poderia fornecer as bases para o plano de erradicação desenvolvido nos anos 1950. Por outro lado, justamente o sucesso das ações de controle e a competência adquirida dos malariologistas brasileiros podem ter se constituído como obstáculos à Campanha de Erradicação da Malária (CEM). Isto é, a conversão das ações de controle em programas de erradicação no Brasil não foi natural nem se constituiu como uma tarefa simples.

Para Rosbinda N. Medina, “no SNM, órgão centralizador da política de combate a esta doença, foram absorvidas técnicas desenvolvidas nas campanhas anteriores [...]”.¹⁵ Para esta autora, o SNM foi o órgão responsável pela institucionalização do uso do dicloro-difenil-

¹³ BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do Plano Nacional de Erradicação da Malária**: operações para quinquênio 1967-1971, p. 1, 1966.

¹⁴ HOCHMAN et al., op. cit., p. 250.

¹⁵ NUNES MEDINA, Rosbinda. **História da campanha de erradicação da malária na década de 50 no Brasil**: uma contribuição para o estudo do modelo campanhista. 1988. 199 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 1988. p. 70.

tricloroetano (DDT) em larga escala no Brasil. O DDT representou uma revolução no combate à malária no país e no mundo. Usado experimentalmente durante a Segunda Grande Guerra, ao longo da década de 1940, a utilização desse inseticida de ação residual tornou-se uma prática de combate a e de controle da malária. Segundo Nunes Medina, “a história do campanhismo na malária, nesta fase, passa [...] pela implantação de uma nova técnica e pelo reconhecimento geográfico da doença [...]”.¹⁶ No XI Congresso Brasileiro de Higiene em 1953 foi demonstrado o “sucesso” da campanha de dedetização.¹⁷

Esse “sucesso” obtido pela campanha no Brasil obteve reconhecimento (em nossa perspectiva) para a glorificação das técnicas e da “técnica” do DDT domiciliar, assim como conivente com a política do MS. Esta se caracterizava por adotar um programa campanhista de “eficiência” e autonomia na prática de saúde pública.¹⁸

O SNM foi dirigido entre 1942-1954 pelo doutor Mario Pinotti, certamente o principal personagem na história da malária no Brasil do pós-Segunda Guerra Mundial. Pinotti esteve à frente de várias instituições de saúde, mas seu reconhecimento político e profissional está vinculado ao combate à malária e ao chamado “Método Pinotti”, um método de quimioterapia em massa, com distribuição indireta da droga antimalárica. Isto é, Mario Pinotti foi o responsável pela criação do método de controle da malária em áreas onde a utilização do DDT era inviável. Neste caso, o método incidia na combinação de um antimalárico a um alimento ou condimento de consumo diário. O denominado “Método Pinotti” usava o sal de cozinha misturado à cloroquina, um antimalárico, e foi utilizado amplamente na região amazônica. No início, o método foi pensado para uso como controle, mas foi cogitado ser utilizado também como auxiliar na perspectiva de erradicação da malária. O resultado esperado era o

¹⁶ Ibid., p. 73.

¹⁷ Em 1940 eram registrados 6 milhões casos de malária no Brasil; em 1953 esse número foi reduzido para 160.011 casos.

¹⁸ CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 10., 1953, Curitiba. *Anais do...* 15 a 21 de novembro de 1953. Oficina Gráficas da Livraria do Globo S. A., 1953, p. 82.

desaparecimento das fontes de infecção na população que utilizasse o sal cloroquinado. A transmissão seria interrompida no período de três a quatro anos, esgotando-se, assim, os parasitas nos portadores.¹⁹

A malária havia se tornado a grande questão de saúde pública na década de 1940. A importância desta doença está estreitamente vinculada às propostas de desenvolvimento de algumas regiões do país. Neste sentido, é justificável a criação de instituições para o estudo e a pesquisa da malária, como por exemplo, o Instituto de Malariologia. Esta instituição foi criada em 1946, passando a funcionar de fato em 1949 no município de Duque de Caxias, no Rio de Janeiro. A localidade chamada de Cidade das Meninas abrigou inicialmente esse centro de investigação e pesquisa do SNM que, em 1955, foi transferido para Belo Horizonte e um ano depois foi incorporado ao Instituto de Endemias Rurais.

O SNM também foi responsável pelo combate a e pelo controle de uma outra doença que atingia principalmente os trabalhadores rurais: a doença de Chagas. Simone Kropf analisa os significados que as endemias rurais assumiram no contexto político-social do nacional-desenvolvimentismo, isto é, qual é a importância das doenças que acometiam os trabalhadores na área rural na década de 1950.²⁰ O Brasil neste contexto era ainda um país agroexportador, tendo o café relevante papel de peso na economia nacional.²¹

¹⁹ O capítulo 3 analisa com mais detalhes a trajetória do sanitarista e político Mario Pinotti e a repercussão nacional e internacional do método do sal cloroquinado.

²⁰ KROPF, Simone Petraglia. **Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação (1909-1962)**. 2006. 2 v. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2006.

²¹ Segundo Malan, o café representava, em média, $\frac{3}{4}$ do total das exportações brasileiras no período de 1950-1960. MALAN, Pedro Sampaio. Relações econômicas internacionais do Brasil. In: FAUSTO, Boris (Org.). **O Brasil republicano: economia e cultura (1945-1964)**. Tomo III, v. 4, 2. ed. São Paulo: DIFEL, 1986. p. 80. (História geral da civilização brasileira III).

Um grupo de médicos, pesquisadores, políticos e economistas na década de 1950 compartilhava ou parecia estar convencido de que as doenças de massa causavam prejuízos econômicos para as nações pobres. Mais do que isso, as endemias rurais comprometiam o desenvolvimento nacional desses países. Kropf estuda o processo de constituição da doença de Chagas como um mal real da sociedade brasileira, ou seja, como a doença de Chagas se tornou um fato social.²²

A autora destaca a atuação de Emanuel Dias, pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz e discípulo de Carlos Chagas, personagem importante na redescoberta da doença de Chagas como uma enfermidade grave que atingia os trabalhadores rurais. O esforço de Dias foi imenso no sentido de tornar a doença de Chagas reconhecida pelas autoridades como um grave problema de saúde pública a ser enfrentado. Tanto a doença de Chagas como a malária e seus respectivos projetos e programas sofreram transformações por causa das realidades específicas das regiões que eram atingidas pelas doenças. Neste sentido, apesar de o modelo biomédico das campanhas sanitárias ser o principal balizador das ações de saúde, os modelos de combate, controle e erradicação em alguns contextos tiveram que se adaptar às condições locais.

No ano de 1942 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), outra importante instituição no combate à e no controle da malária. O SESP foi resultado de acordo bilateral firmado entre o governo brasileiro e o norte-americano. O contexto internacional era marcado pela Segunda Grande Guerra Mundial. Os Estados Unidos (EUA), preocupados com a posição dos países da América Latina no conflito, asseguraram uma estratégia de alianças que

²² KROPF, op. cit., passim.

possibilitasse a utilização de algumas áreas como bases militares. No caso do Brasil, matérias-primas como borracha e minérios aumentavam o interesse norte-americano. Para garantir o apoio logístico, os EUA ofereciam os recursos para impulsionar o desenvolvimento industrial brasileiro.²³

A história do SESP pode ser compreendida em duas fases: a primeira entre 1942 e 1945, período relacionado aos interesses militares do conflito mundial; a segunda fase, entre 1946 e 1950, marcada pelos programas de desenvolvimento do governo brasileiro. A base do acordo previa o saneamento do Vale Amazônico por meio do combate à malária, da assistência médica aos trabalhadores da borracha e do treinamento de profissionais de saúde. O Vale do Rio Doce em Minas Gerais, área rica em minerais estratégicos exigidos pela demanda de guerra, foi incorporado em 1942 pelo programa desenvolvido pelo SESP. Em 1943, a falta de mica e quartzo no mercado mundial levou o governo a desenvolver o denominado Programa da Mica, que contou com o apoio do SESP para melhorar as condições de saúde das regiões produtoras desses minerais. Neste contexto, foram beneficiadas as regiões de Minas Gerais e Goiás.²⁴

O êxito daqueles programas variou. O controle de malária nas bases americanas foi eficiente, apesar dos percalços iniciais, principalmente em Belém, onde a situação era mais grave. O Programa da Amazônia beirou o fracasso, e os resultados foram medíocres, tanto do ponto de vista econômico quanto sanitário. O controle de malária tornou-se muito eficaz no último ano de guerra, quando passou a ser usado sistematicamente o DDT, que mudou radicalmente as estratégias político-sanitárias para a doença. Os Programas do Rio Doce e da Mica foram os mais bem-sucedidos do ponto de vista econômico e sanitário. No Vale do Rio Doce, o controle da malária foi alcançado, o que sem dúvida contribuiu para o sucesso da reconstrução da estrada de ferro e o aumento da produção de minérios. O SESP desenvolveu aí um projeto que

²³ CAMPOS, André Luiz Vieira. O Serviço Especial de Saúde Pública – SESP. In: BENCHIMOL, Jaime Larry (Coord). **Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. p. 174-177.

²⁴ Ibid. p. 174-175.

foi fundamental para a sobrevivência após a guerra: uma rede integrada de unidades de saúde como modelo de administração sanitária para o Brasil.²⁵

Segundo Campos, em certas localidades o SESP contou com o apoio de alguns órgãos federais como o Serviço Nacional de Malária (SNM) e o Serviço dos Portos. O exército norte-americano também participou ativamente de ações de combate à malária, principalmente no Nordeste, onde se temia o retorno do vetor *Anopheles gambiae*. O SESP continuou a atuar após a guerra, principalmente em “áreas de fronteiras econômicas”.²⁶

Braga e Paula analisam a relação entre o processo de industrialização e o desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil. Segundo os autores, a saúde emerge como uma questão social no Brasil, no contexto da economia capitalista exportadora cafeeira. A saúde pública cresce como uma questão social juntamente com o capitalismo. A política nacional de saúde teria dois subsetores: a saúde pública e a medicina previdenciária.²⁷ A separação entre saúde pública e assistência médica previdenciária, que se aprofundou nos anos 1930, pode ser elucidada a partir dessa cisão entre cidadãos e não cidadãos fundados na ação regularizadora do Estado.²⁸ Coube à saúde pública propiciar formas de proteção aos não reconhecidos, não organizados e não incorporados pelas políticas trabalhistas e previdenciárias do Governo Vargas.

²⁵ Ibid., p. 175.

²⁶ Ibid.

²⁷ BRAGA, João C. S.; PAULA, Sérgio G. **Saúde e Previdência**: estudos de política social. São Paulo: Cebes / Hucitec, 1981.

²⁸ O conceito de cidadania regulada do cientista político Wanderley Guilherme dos Santos é muito importante para a compreensão deste período. Segundo ele: [...] são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas por lei [...]. Tornam-se pré-cidadãos, assim, todos cuja ocupação a lei desconhece [...]. SANTOS, Wanderley Guilherme. **Cidadania e Justiça**. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1979. p. 147.

A divisão desigual entre saúde pública e assistência médica indica o foco principal da política social estado-novista, o mundo do trabalho formal e urbano.²⁹ Os trabalhadores rurais, alvos reais e símbolos das políticas de saúde, esperariam até o início da década de 1970 para obter cobertura previdenciária. Essa ideologia que associa saúde, civilização e progresso, fundamental para a identidade do sanitarismo, permaneceria e seria atualizada com o desenvolvimentismo dos anos 1950. Segundo Hochman,

[...] mesmo com a continuidade da agenda sanitarista mais ampla, há uma mudança significativa em sintonia fina com o processo de constituição do Estado pós-1930: o intenso processo de organização, profissionalização, despolitização, burocratização e centralização das atividades de saúde e saneamento vinculados ao MES [...] O período 1934-45, a gestão Capanema no MES, consagrou a separação política e institucional entre a saúde pública e a assistência médica de certa forma se esboça ao longo da década de 1920.³⁰

O modelo previdenciário que se consolidou no Estado Novo só começou a ser desmontado durante o regime militar, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966. A reconciliação institucional entre assistência médica e saúde pública teve que esperar mais tempo e um outro contexto político, isto é, no início da década de 1990, quando a assistência médica previdenciária foi definitivamente transferida para o Ministério da Saúde.

A criação do Ministério da Saúde, em 1953, se por um lado evidencia mais uma vez a importância relativa da Saúde Pública na política estatal da saúde, mostra também seu caráter secundário no conjunto das prioridades políticas do Estado brasileiro. Com efeito, da partilha do espólio do antigo Ministério da Educação e Saúde, coube ao setor de saúde a menor parte: a fração menor do orçamento, designação de apenas 1/3 do imposto sobre a Educação e Saúde etc. O Ministério da Saúde mantém basicamente a estrutura do extinto DNS³¹, ampliando, no entanto, o quadro de enfermidade sob seus cuidados: ancilostomose, bócio, boubá, brucelose, doença de Chagas, esquistossomose, filariose, leishmaniose, tracoma.³²

²⁹ Fonseca discutiu profundamente esse dualismo institucional. Cf. FONSECA, op. cit., passim.

³⁰ HOCHMAN, op. cit., p. 146-147.

³¹ Departamento Nacional de Saúde.

³² Ibid., p. 57.

Em 1953, o Ministério da Educação e Saúde (MES) foi desmembrado, dando origem a dois ministérios independentes: Ministério da Saúde e Ministério da Educação.³³ Foi criado em 1956 o Departamento Nacional de Endemias Rurais englobando os serviços nacionais de saúde, sendo nomeado como primeiro diretor Mario Pinotti.³⁴

Neste sentido, considero que a Campanha de Erradicação da Malária no Brasil idealizada em 1958 fez uso da expressiva experiência de luta contra a malária desenvolvida nos anos 1940 e início dos 1950.³⁵ A campanha no Nordeste brasileiro seria a base desta tradição, não somente de combate e controle da malária como também do enfrentamento de outras endemias rurais. A nacionalização dessas ações de saúde encontrou respostas nos serviços nacionais de saúde, principalmente no SNM, no Instituto de Malariologia e no SESP que atingiram todas as regiões endêmicas de malária.

1.2. Aspectos da modernização: o governo JK e o nacional-desenvolvimentismo

O médico Juscelino Kubitschek chegou à presidência da República em 1956, tendo antes sido deputado federal, prefeito e governador do estado de Minas Gerais. Segundo Vamirech

³³ Cf. HAMILTON, W; FONSECA, C. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 791-825, 2003.

³⁴ MORAES, Hélbio Fernandes. A luta contra a malária no Brasil. In: _____. **SUCAM sua origem, sua história**, v. 1, 2. ed., Brasília: Ver Curiosidades, 1990.

³⁵ O capítulo 4 abordará o início da história da campanha de erradicação da malária no Brasil por meio da criação do Grupo de Trabalho de Erradicação e Controle da Malária.

Chacon,³⁶ a experiência na prefeitura de Belo Horizonte no período de 1946 a 1950, realizando uma “administração revolucionária”, teria sido pioneira, refletindo no seu mandato como presidente.³⁷ Chacon destaca as obras de infra-estrutura e modernização associadas ao processo de industrialização: a Cidade Industrial e a construção da Pampulha. Em 1951, JK se torna governador de Minas Gerais priorizando o desenvolvimento industrial e o setor de energia e transporte. O intento de JK era a modernização do estado mineiro. Na área da saúde e da educação, houve um investimento significativo com o aumento do número de postos de saúde e de crianças matriculadas na escola primária. Mas o balizador da política de desenvolvimento de Juscelino seria o binômio energia e transportes.³⁸

A campanha presidencial de JK foi orientada pelo slogan “cinquenta anos em cinco” que seria o resumo do seu objetivo principal: o desenvolvimento nacional.³⁹ Segundo Moreira, o programa de governo de JK era fundamentalmente um documento econômico. O denominado Programa de Metas estava dividido em 30 metas, arranjadas entre setores da energia (metas 1 a 5), transporte (metas 6 a 12), alimentação (metas 13 a 18), indústria de base (metas 19 a 29) e educação (meta 30).⁴⁰ O programa de governo de JK era visivelmente marcado por um projeto de desenvolvimento econômico. Uma extensa bibliografia analisa a política

³⁶ CHACON, Vamireh. A genealogia do nacional-desenvolvimentista brasileiro: João Pinheiro. In: GOMES, Ângela de Castro. **Minas e os fundamentos do Brasil moderno**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005. p. 193-215.

³⁷ *Ibid.*, p. 203.

³⁸ FERNANDEZ, Oscar Lorenzo. O desenvolvimentismo de Israel Pinheiro e Juscelino Kubitschek. In: GOMES, Ângela de Castro. **Minas e os fundamentos do Brasil moderno**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005. p. 230.

³⁹ MOREIRA, Vânia Maria Losada. Os anos JK: industrialização e modelo oligárquico de desenvolvimento rural. In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília de Almeida Neves. **O tempo da experiência democrática: da democratização de 1945 ao golpe militar de 1964**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p. 157. (Brasil Republicano Volume III).

⁴⁰ *Ibid.*, p. 159.

econômica de Juscelino.⁴¹ A minha intenção é analisar e descrever a política social, mais particularmente o programa de saúde pública do presidente JK.

Juscelino Kubitschek assumiu a presidência em 31 de janeiro de 1956,⁴² defendendo seu Programa de Metas e incorporando a ele a construção da nova capital federal.⁴³ Para Moreira, a construção de Brasília foi considerada “a grande meta-síntese” ou “a grande meta de integração nacional”, essencial para o desenvolvimento industrial. Segundo Chacon, a decisão de construir a nova capital federal foi de JK, no entanto, a execução do projeto foi comandada por Israel Pinheiro,⁴⁴ um dos principais colaboradores do presidente. Israel Pinheiro, além de dirigir a edificação de Brasília, planejou a construção de cidades satélites.

Celso Lafer analisou a política de planejamento no Brasil fazendo observações ao Plano de Metas (1956-1961).⁴⁵ Para Lafer, antes de 1956 houve tentativas de coordenar, controlar e planejar a economia como, por exemplo, o relatório Simonsen (1944-1945), que era mais um

⁴¹ Cf. MOREIRA, op. cit., p. 160. Cf. LAFER, Celso. **JK e o Programa de Metas (1956-1961)**: processo de planejamento e sistema político no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002. Cf. MOURA, Gerson. Avanços e recuos: a política exterior de JK. In: GOMES, Ângela de Castro (Org.). **O Brasil de JK**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002. Cf. BENEVIDES, Maria Victoria. O governo Kubitschek: a esperança como fator de desenvolvimento. In: GOMES, Ângela de Castro (Org.). **O Brasil de JK**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002.

⁴² Depois de uma conjuntura de crise política com o suicídio de Getúlio Vargas em 1954, a presidência de Café Filho e a conflituosa campanha eleitoral em 1955, Juscelino Kubitschek foi eleito presidente e João Goulart vice-presidente. Sua posse em 1956 foi garantida pela intervenção do general Henrique Teixeira Lott, defensor da legalidade dos resultados das eleições. Cf. FERREIRA, Jorge. Crises da República: 1954, 1955 e 1961. In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília de Almeida Neves. **O tempo da experiência democrática**: da democratização de 1945 ao golpe militar de 1964. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p. 19 et seq. (Brasil Republicano Volume III).

⁴³ MOREIRA, op. cit., p. 159.

⁴⁴ Israel Pinheiro era filho de João Pinheiro, governador de Minas Gerais (1890 a 1892) e (1906 a 1908). Segundo Chacon, João Pinheiro exerceu uma forte influência política tanto em seu filho como em Juscelino Kubitschek. João Pinheiro era um político idealista prático, sendo um homem realista e objetivo. Israel Pinheiro foi assessor de JK na prefeitura de Minas Gerais, foi presidente da Companhia Vale do Rio Doce em 1942 e deputado federal (1946-1956). Pinheiro era defensor da criação de empresas mistas desenvolvimentistas, idéia fruto do realismo do pai. Cf. CHACON, op. cit., p. 210-211.

⁴⁵ LAFER, Celso. O planejamento no Brasil: observações sobre o Plano de Metas (1956-1961). In: LAFER, Betty Mindlin. **Planejamento no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1975.

documento de propostas; a Missão Cooke (1942-1943); a Missão Abbink (1948) e a Comissão Mista Brasil-EUA (1951-1953) que elaboraram diagnósticos da situação econômica; e o Plano Salte (1948) que representou esforços no sentido de racionalizar o processo orçamentário, limitando-se a setores do café e do petróleo. O Plano de Metas foi a primeira experiência efetiva de planejamento governamental.⁴⁶

Segundo Lafer, o processo de planejamento pode ser dividido em três fases distintas: a) a decisão de planejar – uma decisão política baseada na alocação de recursos devendo considerar o sistema político; b) a implementação do plano – uma decisão política com a finalidade de aferir quanto da alocação de recursos e valores se efetivou; neste caso, deveria considerar o panorama da administração pública brasileira e suas continuidades, a opção por uma administração paralela e o controle da zona de incerteza externa ao sistema; c) o plano em si – examinado de um ponto estritamente técnico. A identificação dos setores e metas através do emprego integrado dos conceitos: ponto de crescimento, ponto de estrangulamento, interdependência dos setores e demanda derivada.

À luz dos dados expostos, é possível dizer que o Plano de Metas foi um caso bastante bem sucedido na formulação e implementação de planejamento. Com o risco de ultrapassar os limites impostos a este trabalho, pode-se sugerir, concluindo, que os problemas por ele ocasionados aos governos que se sucederam resultaram justamente do seu sucesso. De fato, o período Kubitschek esgotou, aparentemente, o modelo de substituição de importações, esgotando, conseqüentemente, as virtualidades de suas soluções administrativas, da mesma forma que uma empresa privada, depois da implantação de uma indústria, a excelência dos técnicos em finanças e dos engenheiros se revela insuficiente para a eficácia da ação. Esta passa a exigir um universo mais complexo de técnicos, impondo-se novos especialistas como os de marketing, custos e controles etc., em vista do surgimento de novas zonas de incerteza [...].⁴⁷

⁴⁶ Ibid., p. 30.

⁴⁷ Ibid., p. 49-50.

O governo de JK no que se refere à aplicação do Plano de Metas foi um sucesso.⁴⁸ Segundo Moreira, o governo conciliador de JK foi responsável em parte pelo êxito do plano. Uma administração que soube conciliar o projeto nacional-desenvolvimentista defendido por JK com outros dois projetos: o conservador e o autoritário projeto ruralista e o projeto nacionalista econômico. O projeto ruralista defendia uma maior integração entre a indústria e a agropecuária, a modernização da agricultura e, finalmente, a manutenção da grande propriedade rural.⁴⁹ O projeto nacionalista econômico era norteado pela idéia de um capitalismo de tipo estatal, na defesa dos interesses populares do campo e das cidades, e na crítica às novas formas de dependência produzidas pela industrialização.⁵⁰ O projeto nacional-desenvolvimentista de JK era definido como liberal, burguês e capitalista. O desenvolvimento nacional através da industrialização seria responsável pela entrada do Brasil no mundo das nações ricas, modernas e portadoras de bem-estar social.⁵¹

Renato P. Colistete analisou como as idéias da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) foram bem acolhidas pelos industriais paulistas na década de 1950,⁵² ou seja, como a classe de empresários industriais recebeu de forma positiva os estudos, diagnósticos e propostas da CEPAL. Segundo o autor, o setor industrial encontrou na CEPAL muitas das suas idéias, o que proporcionou assimilação seletiva das teses da CEPAL, procurando fortalecer um projeto de defesa da industrialização nacional. Este projeto deveria combater os

⁴⁸ ORENSTEIN, Luiz; SOCHACZEWSKI, Antônio Cláudio. Democracia com desenvolvimento: 1956-1961. In: ABREU, Marcelo de Paiva (Org.). **A ordem do progresso**: cem anos de política econômica republicana 1889-1989. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1989. p. 180. Cf. MOREIRA, op. cit., p. 160.

⁴⁹ Ibid., p. 181.

⁵⁰ Ibid., p. 175.

⁵¹ Ibid., p. 165.

⁵² COLISTETE, Renato Perim. A força das idéias: a CEPAL e o industrialismo no Brasil no início dos anos 50. In: SZMRECSÁNYI, Tomás; SUZIGAN, Wilson. **História econômica do Brasil contemporâneo**. São Paulo: Hucitec/ Associação Brasileira de Pesquisadores em História Econômica/ Editora da Universidade de São Paulo, 2002. p. 121.

principais entraves para o desenvolvimento industrial como: a proteção indiscriminada; a ausência de orientação industrial; o mercado interno restrito; e a falta de competitividade das indústrias nacionais.⁵³

A administração de Juscelino era caracterizada pela defesa do desenvolvimento nacional, por meio da modernização industrial e da integração do território brasileiro. Segundo Moreira, o modelo de industrialização de JK, que tinha certa especificidade, baseado na maior presença de capital estrangeiro, já havia sido utilizado no passado. Para o autor, desde o Estado Novo, esse modelo já tinha sido experimentado. Hélio Jaguaribe afirma que o processo de desenvolvimento iniciado por Vargas e ampliado por Juscelino era muito mais um processo de modernização do que de desenvolvimento.⁵⁴ Segundo Jaguaribe, mesmo tendo sido criadas empresas públicas importantes nestes períodos, a ênfase foi dada ao desenvolvimento do setor privado. O Estado apoiou e estimulou o desenvolvimento industrial do setor privado.

[...] Porque, embora no governo Kubitschek fôssemos um país de mais ou menos 50 milhões de habitantes (sic), apenas um terço ou um pouquinho mais do que isso participava realmente do mercado. O restante formava uma grande massa marginal, que tinha acesso apenas aos alimentos básicos, não participando do mercado industrial. Então, a industrialização que se fazia na base da substituição de importados para o atendimento da demanda encontrou seu limite de expansão no momento em que os novos investimentos, que seriam necessários para aprofundar e expandir a industrialização, implicavam uma demanda superior à da parcela da população que participava efetivamente do mercado [...].⁵⁵

Moreira considera o sucesso do Plano de Metas de JK inquestionável. As metas de energia e transporte, investimentos em infra-estrutura, essenciais para o aperfeiçoamento da industrialização atingiram resultados evidentes. Os números em muitas metas haviam

⁵³ Ibid., p. 144.

⁵⁴ Cf. JAGUARIBE, Hélio. O ISEB e a retomada do desenvolvimento nacional. In: GOMES, Ângela de Castro. **Minas e os fundamentos do Brasil moderno**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005. p. 257.

⁵⁵ Ibid., p. 258.

superado o planejamento. Fernandez não discorda dessa visão bem sucedida do Plano de Metas, no entanto, aponta os custos e o sacrifício do governo JK para atingi-las.⁵⁶ Segundo Fernandez, os investimentos previstos no Programa de Metas, em torno de 7,5 % do valor acumulado no PIB nos anos de 1956 a 1960, excederam mais ou menos em 15%. Segundo Benevides, os principais indicadores positivos do Plano de Metas:

[...] torna-se oportuno lembrar que entre 1957 e 1961 o Produto Nacional Bruto cresceu 7% (entre 1945/1956 o crescimento foi de apenas de 5,2%) e a renda per capita cresceu 3,8%, sendo 2,5% o crescimento no período precedente. Entre 1955 e 1961 a produção industrial cresceu 80% (em preços constantes), com as porcentagens mais altas registradas pelas indústrias de aço (100%), indústrias mecânicas (125%), indústrias de equipamentos de transportes (600%). Para a década de 50 o crescimento per capita efetivo do Brasil foi, aproximadamente, três vezes maior que o resto da América Latina.⁵⁷

Segundo a autora, o que garantiu as grandes realizações da administração de JK foi um período de “equilíbrio instável” baseado em “mecanismos de compensações” que envolvia: a cooptação dos militares; a forte aliança PSD-PTB, imprescindível no Congresso em virtude das disputas orçamentárias; o desenvolvimento do Programa de Metas e a “administração paralela”, isto é, uma “administração de notáveis” (especialistas), um módulo de eficiência que, combinado a uma administração formal e tradicional, possibilitou o avanço dos programas do governo. Segundo Lafer, a administração e a competência do serviço público brasileiro no início do governo JK era difusa. Neste contexto, havia duas alternativas, uma criada pela Comissão de Estudos e Planejamento Administrativo (CEPA), que sugeria continuar com as tentativas iniciadas em 1953, para promover uma reforma radical na administração pública. A segunda alternativa era a do Grupo Executivo da Indústria Automobilística (GEIA), que recomendava claramente a criação de órgãos paralelos à

⁵⁶ FERNANDEZ, Oscar Lorenzo. O Desenvolvimentismo de Israel Pinheiro e Juscelino Kubitschek. In: GOMES, Ângela de Castro. **Minas e os fundamentos do Brasil moderno**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005. p. 234-235.

⁵⁷ BENEVIDES, op. cit., p. 204.

administração normal, que seriam os encarregados da implementação do plano.⁵⁸ Juscelino optou pela segunda alternativa. Para Benevides, o mérito principal do governo de Juscelino foi a capacidade de conciliar o novo e o velho, entre as elites e as massas.

Juscelino Kubitschek contou com o apoio de intelectuais de prestígio como Roland Corbisier, Hélio Jaguaribe, Guerreiro Ramos, Álvaro Vieira Pinto, Nelson Werneck Sodré, Candido Mendes, entre outros que, por meio de estudos e pesquisas, constituíram um panorama importante da “real” situa o do país. Estes intelectuais estavam lotados no Instituto Superior de Estudos Brasileiros (ISEB), uma institui o associada ao Ministério da Educa o e Cultura, criada em 14 de julho de 1955. Para Moreira, os chamados isebianos foram os principais divulgadores e defensores da ideologia do desenvolvimento nacional através do processo de amplia o e moderniza o industrial.

Benevides destacou o papel do ISEB como  rgo de assessoria, apoio e sustenta o   política econômica desenvolvimentista determinada pelo Programa de Metas. Para a autora, o ISEB não patrocinou inteiramente a ideologia desenvolvimentista. No entanto, foi responsável pela produ o de um pensamento que acreditava no desenvolvimento capitalista como o único caminho possível   suplant o do subdesenvolvimento brasileiro. Os intelectuais do ISEB divergiam sobre os projetos de desenvolvimento. Em 1958 a separa o entre os intelectuais moderados e radicais se torna evidente, por conta do debate em torno do capital estrangeiro como principal patrocinador do programa desenvolvimentista do governo JK. Segundo Benevides, Juscelino Kubitschek, no campo pessoal, não tinha afinidades com os intelectuais do ISEB, apesar de eles assessorarem o governo juntamente com a equipe mineira do PSD

⁵⁸ LAFER, op. cit., p. 39-40.

que acompanhava o presidente desde o período da administração estadual. O que para Moreira seria o “eufemismo do desenvolvimento nacional”:

O eufemismo “desenvolvimento nacional” definia o projeto de industrialização do ISEB e do governo JK, que era, no entanto, liberal, burguês, capitalista. Mas a “ideologia do desenvolvimento nacional”, sobretudo na versão juscelinista, ocultava a dimensão de classe subjacente ao projeto nacional-desenvolvimentista. Ofertava o “desenvolvimento nacional” com algo de todos e para todos, cujo resultado final seria a transição do Brasil para o mundo das nações ricas, modernas e portadoras de bem-estar social.⁵⁹

Para Gerson Moura, o governo de JK parece que tinha consciência do contexto internacional e das transformações que operavam no mundo bipolarizado da Guerra Fria⁶⁰ No entanto, segundo Moura, este governo não soube aproveitar totalmente esta conjuntura iniciada pós-Segunda Guerra e acentuada nos anos 1950. Na ótica deste autor, a administração de Juscelino foi marcada pelos avanços e recuos, pelas linhas não somente paralelas, mas cruzadas, justapostas e até misturadas, isto é, o “novo” e o “velho”. Neste sentido, a política desenvolvimentista de JK era limitada por alinhamento econômico ao governo norte-americano. Os EUA, por meio de uma “política de segurança” destinada às nações subdesenvolvidas, principalmente aos países latino-americanos, tentavam conter as alternativas de desenvolvimento que se associassem à ideologia socialista. Pretendo, neste caso, visualizar como o alinhamento se deu no campo da saúde pública.

O discurso juscelinista, relacionando soberania à prosperidade e ligando a prosperidade ao afluxo de capitais estrangeiros, procurava compatibilizar o desenvolvimentismo ao alinhamento tradicional do Brasil aos EUA. De outro lado, a soberania era também uma ponte que o discurso juscelinista lançava na direção do nacionalismo. Já vimos como também a OPA procurava se compatibilizar com as idéias da segurança coletiva e nesse sentido reafirmava a posição de “aliado fiel” dos EUA, mas ao mesmo tempo constituía uma iniciativa política que escapava às prescrições de Washington sobre conteúdos e as formas da segurança coletiva [...].⁶¹

⁵⁹ MOREIRA, op. cit., p. 165.

⁶⁰ MOURA, op. cit., passim.

⁶¹ Ibid., p. 63.

Segundo Pedro Malan, o Brasil soube aproveitar as condições internacionais favoráveis para a captação de capitais estrangeiros na segunda metade dos anos 1950. A disputa entre os EUA e a Europa favoreceu o governo JK. Alterações estruturais na divisão internacional do trabalho afetaram a economia brasileira. Para Malan, o investimento direto e os financiamentos de fornecedores para a importação de máquinas e equipamentos destinados a incentivar a industrialização brasileira a partir de 1956 podem ser considerados, em boa parte, a competição entre indústrias européias e norte-americanas por mercados.⁶²

1.3. Desenvolvimento e cooperação internacional: aspectos da política externa brasileira no início da Guerra Fria

As negociações para a reordenação e a nova configuração mundial iniciaram-se ainda no período do segundo conflito global. Em 1946, EUA, Inglaterra e URSS apresentavam, com algumas divergências, as bases do desenvolvimento principalmente para a Europa, o cenário principal do conflito. Os Estados Unidos, a principal potência econômica e militar surgida após a Segunda Guerra, lideraram a nova ordem política e econômica mundial. A Inglaterra, a ex-potência, era considerada peça chave para a economia mundial defendida pelos EUA. A URSS apresentava timidamente, mas consciente, uma nova vertente em oposição ao capitalismo que, nas décadas de 1950 e 1960, constituiria um mundo bipolarizado:

⁶² MALAN, op. cit., p. 83.

capitalismo *versus* socialismo.⁶³ Segundo Malan, esse contexto internacional, no qual estava inserida a América Latina, em especial o Brasil, foi palco de frustradas tentativas dos países latino-americanos de conseguirem obter recursos e participar mais ativamente dessa nova ordem mundial.

Após o término da guerra, a América Latina tinha muitas expectativas depositadas nas novas relações internacionais, principalmente com os EUA, que pudessem resultar em ganhos econômicos para a região. Para Malan, o governo brasileiro acreditava ser merecedor de uma posição privilegiada no cenário regional. O Brasil era o maior e mais fiel parceiro dos EUA na região. Além de apoio logístico no período da guerra, o país participou ativamente no conflito.

Talvez em nenhum outro país da América Latina fosse tão alto o nível de expectativas quanto a esta cooperação quanto no Brasil após a queda de Vargas em outubro de 1945. Aparentemente, havia várias razões para tal. O Brasil tinha-se caracterizado no passado recente, dentre os países grandes do continente, o mais fiel aliado das iniciativas da política norte-americana para com a América Latina, uma lealdade que nem a Argentina nem o México poderiam exhibir. Sua colaboração no esforço de guerra havia ido muito além da cessão de bases aéreas e navais no território nacional: o suprimento de matérias-primas básicas e materiais estratégicos havia assegurado a preços estáveis durante o conflito e forças brasileiras se empenharam diretamente em expulsar tropas alemãs do território italiano em 1944. O Brasil havia sido dos primeiros países do mundo a participar, lealmente aos EUA, a partir de 1943, das discussões sobre a criação das instituições internacionais projetadas para o mundo do pós-guerra.⁶⁴

A criação do Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA) e o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1942 podem ser apontados como exemplo concreto da cooperação Brasil e EUA ainda no período de Guerra.⁶⁵ Para Campos, a criação dessas instituições foi “as raízes

⁶³ Ibid., p. 54-55.

⁶⁴ Ibid., p. 59.

⁶⁵ CAMPOS, André Luiz Vieira de. **Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, p. 36.

da ação cooperativa norte-americana” no Brasil. A guerra havia gerado uma demanda urgente por determinadas matérias-primas, dentre todas, a borracha era a principal. Os locais em que estavam localizados a borracha e também importantes minerais para guerra como a mica e o quartzo eram as regiões da Amazônia e do Vale do Rio Doce, localidades infestadas de doenças tais como malária, febre amarela e tifoide etc. O Brasil, além de ceder bases aéreas no Nordeste, participar ativamente da guerra com envio de tropas para a Europa, passou a ser um estratégico fornecedor de matérias-primas e minérios para o governo norte-americano. Isto é, o Brasil tornou-se o principal suporte logístico dos EUA na região. Os EUA passaram a fornecer os recursos para impulsionar o desenvolvimento social e econômico brasileiro. O IAIA e o SESP foram responsáveis pela montagem de uma estrutura sanitária nas áreas estratégicas, que eram locais com pouca presença da autoridade federal. Neste sentido, Getúlio Vargas conseguia um forte patrocinador para sua política de desenvolvimento e também ampliava o poder do Estado Nacional com a instalação de serviços de saúde no interior do país.

[...] os exércitos aliados precisavam de borracha, ferro e outras matérias-primas brasileiras estratégicas; os soldados americanos enviados para as bases militares no Brasil necessitavam de proteção contra as chamadas doenças tropicais; e ainda, os trabalhadores brasileiros envolvidos na produção de borracha e minérios estratégicos precisavam de prevenção e cuidados contra a malária e outras doenças infecciosas. O Governo Vargas, então, aproveitou-se desta súbita demanda por matérias-primas para aprofundar seu programa de desenvolvimento econômico e fortalecimento do Estado nacional, interesses alinhavados por todo um discurso que permeava as notas diplomáticas e as falas oficiais, enfatizando o novo conceito de cooperação entre os “bons vizinhos” das Américas: os Estados Unidos e as “outras” repúblicas americanas.⁶⁶

Malan analisou como os governos Dutra, Vargas, Kubitschek e Quadros-Goulart estabeleceram relações com os EUA, projetando expectativas e frustrações nas políticas externas. O Brasil, segundo Malan, também teve momentos de extrema habilidade no trato

⁶⁶ Ibid., p. 35.

das questões comuns da América Latina, utilizando os temas de ordem de cada momento, como por exemplo, a questão da segurança continental e do comunismo entravam na pauta de negociações, servindo para a obtenção de novos investimentos. Destaque para o discurso de Truman em 1948 e para as propostas de cooperação estabelecidas no Ponto IV, instituição criada pelo presidente norte-americano para assistir os países da América Latina.

Campos analisa como o IAIA e o SESP sobreviveram no pós-Segunda Guerra. Campos apresenta os interesses norte-americanos para a continuidade do programa, que foram fortalecidos pela criação de novas necessidades surgidas no contexto da Guerra Fria. Os interesses brasileiros para a continuidade dos programas de cooperação com os EUA foram apoiados nos resultados concretos e positivos de melhoria da saúde das populações no interior do Brasil. O aumento da penetração da autoridade do Estado nas regiões afastadas dos grandes centros urbanos foi outro fator positivo para o governo brasileiro dessa cooperação. A questão era como manter e aprofundar a relação com o governo norte-americano depois da guerra. A demanda pelas matérias-primas e minérios brasileiros deveria ser substituída por novos atrativos para o mercado externo.⁶⁷

Segundo Campos, após o término do conflito mundial, ocorreram discussões em torno da manutenção da “cooperação” norte-americana no Brasil. Com os olhos direcionados para a Europa, os EUA não pareciam estar dispostos a intensificar suas relações com a América Latina. O discurso foi o da manutenção da velha ordem de dependência das nações latino-americanas, e a reconstrução da Europa foi a prioridade norte-americana. Esse autor mostra

⁶⁷ Ibid., p. 198.

que o contexto foi mais complexo e produziu espaços de negociações entre o governo brasileiro e os EUA. A defesa pela continuidade dos programas do IAIA e do SESP foi sustentada por algumas autoridades importantes do governo norte-americano.⁶⁸

Os argumentos iniciais para a defesa da continuidade dos programas de “cooperação” foram apoiados, em primeiro lugar, pela questão da expansão dos mercados americanos para os produtos importados com a melhoria das condições sanitárias da América Latina. A segunda questão, que passou a incomodar o governo norte-americano, eram as conseqüências do desenvolvimento dos transportes e a intensificação das comunicações, isto é, a ameaça de epidemias se constituiu como um forte fator de incentivo para a continuidade de programas de saúde nos países subdesenvolvidos. Neste contexto, aumentou a demanda dos mercados latino-americanos por produtos de saúde e saneamento, que serviu também nos EUA para a defesa e a manutenção do IAIA e de seus programas. Segundo Campos, esses programas na América Latina tiveram uma utilidade renovada no pós-Segunda Guerra por conta de um novo contexto internacional que se configurava:

[...] O ocaso da Segunda Guerra Mundial e o início da Guerra Fria fizeram emergir um novo alvo; antes empregado contra os nazistas, o programa sanitário tornou-se importante peça na batalha contra o comunismo, por constituir uma “ação real e efetiva contra os efeitos da ideologia estrangeira”. Subjazia a esta tese a noção de que a propaganda soviética poderia ser enfrentada pela melhoria das condições econômicas e saúde dos povos latino-americanos. Um embaixador americano afirmou que o programa sanitário “ênfatizava a grande importância das nossas relações com o Brasil, [especialmente] no combate às atividades e ideologias comunistas neste país.”⁶⁹

Os conceitos de desenvolvimento e pobreza passaram a fazer parte dos discursos de instituições internacionais surgidas no pós-guerra. O desenvolvimento biomédico ocorrido nas

⁶⁸ Ibid., p. 195 et seq.

⁶⁹ Ibid., p. 199.

décadas de 1940 e 1950 com as descobertas de novas drogas como as sulfas, a penicilina, antibióticos e o DDT criaram um ambiente de otimismo sanitário. No entanto, os avanços científicos e tecnológicos apresentados principalmente durante a guerra trouxeram também a preocupação com a interdependência social provocada pelas doenças infecto-contagiosas.⁷⁰

Campos ressalta que o aspecto essencial para a continuação do SESP foi o papel que a agência desempenhou ao fornecer saúde pública em regiões “subdesenvolvidas” do país, como o Nordeste e a Amazônia, regiões que haviam sido estudadas e que estiveram em pauta em agendas de planejamento regional do Estado brasileiro. Segundo o autor, a preocupação com o desenvolvimento econômico no Brasil intensificou-se a partir da década de 1940.⁷¹ O Plano Especial de Obras Públicas de 1939, o Aparelhamento de Defesa Nacional e a Coordenação de Mobilização Econômica de 1942, planos pioneiros do primeiro governo de Vargas, foram tentativas planejadas para promover o desenvolvimento da economia nacional. Entre os anos de 1943 e 1948 ocorreu o Plano de Obras e Equipamentos. O Brasil e os EUA também trabalharam em conjunto e promoveram duas missões econômicas: a Missão Cooke (1942-1943), continuação dos Acordos de Washington, e a Missão Abbink (1948). As missões tinham o objetivo de refletir sobre o desenvolvimento econômico do Brasil.⁷²

A grande tentativa de mudança nas relações Brasil-Estados Unidos aconteceram no meio do mandato de JK. A Operação Pan-Americana (OPA) foi também uma tentativa de ampliar a influência e (re) posicionar o Brasil no hemisfério americano. Kubitschek, utilizando os argumentos principais em pauta no cenário da Guerra Fria, buscou sensibilizar o governo

⁷⁰ Ibid., p. 201-202.

⁷¹ Ibid., p. 207.

⁷² Ibid., p. 210.

norte-americano para o perigo de uma possível penetração do comunismo na região, apresentando-se como uma vertente desenvolvimentista possível para as nações subdesenvolvidas da América Latina. O presidente brasileiro tentava incrementar os investimentos e o patrocínio dos EUA na região com o intuito de promover e de garantir o projeto nacional-desenvolvimentista do Brasil.⁷³ O governo brasileiro reivindicava uma participação maior na política internacional do continente. A situação precária das nações latino-americanas no contexto da Guerra Fria e a ameaça de que a vertente do desenvolvimento socialista arregimentassem simpatizantes na região foram utilizadas como argumentos para sensibilizar o governo norte-americano.

[...] Uma participação dinâmica nos problemas de âmbito mundial – é este pelo menos o pensamento do meu Governo – deve ser precedida de uma rigorosa análise da política continental. Foi este o exato sentido da minha intervenção junto ao Presidente Eisenhower. [...] A indagação, amiga e oportuna, que dirigi ao Presidente Eisenhower foi grito de alerta contra a guerra fria que já começa a apresentar os seus primeiros sintomas em nosso continente: que fizemos, de real, pela causa do pan-americanismo? Não será bom procedermos a um exame de consciência coletivo? Tem esse sentido minha mensagem ao Presidente Eisenhower, homem provado em lutas e responsável pela defesa e preservação de valores caros à civilização ocidental. [...] Assim, a América Latina, que também contribuíra para a vitória democrática, viu-se, em pouco, em situação econômica mais precária e aflitiva do que a das nações devastadas pela guerra e passou a constituir o ponto mais vulnerável da grande coligação ocidental. [...] Não se poderá, em consequência, prestar maior serviço ao ideal pan-americano do que o de tentar eliminar a sua grande chaga: o subdesenvolvimento. [...] E também não é justo nem concebível que nos intitulemos defensores e nos declaremos dispostos a lutar pela moral cristã, se não fizermos um esforço conjunto no sentido de erradicar o sofrimento que pesa sobre tantas vidas. [...] Não há tempo a perder, nem gastos irreprodutivos no combate à doença do subdesenvolvimento. Se procedentes alguns cálculos que apresentam índices impressionantes de um crescente desenvolvimento dos países opostos ao nosso sistema democrático, não há de fato imprudência maior do que a de não atacar de frente a anemia econômica que debilita zonas inteiras deste lado mundo. Sanear essas zonas, revigorá-las, torná-las mais prósperas equivale a usar medidas preventivas e estratégicas de grande sabedoria, alcance e segurança. [...] Assim, deveria ser intensificado o investimento pioneiro em áreas economicamente atrasadas do continente, a fim de contrabalançar a carência de recursos financeiros internos e a escassez do capital privado. Simultaneamente, para melhorar a produtividade e, por conseguinte, a rentabilidade desse investimento, desdobrar-se-iam os programas de assistência técnica [...].⁷⁴

⁷³ MALAN, op. cit., p. 88.

⁷⁴ Operação Pan-Americana: Documentário, I, p. 31-37. CARONE, Edgar. **A Quarta República (1945-1964)**. Rio de Janeiro/São Paulo: Difel, 1980, p. 126 et seq.

Segundo Mello e Silva, em 1958, aproveitando o contexto político internacional favorável criado na América Latina, JK enviou uma carta ao presidente Eisenhower propondo mudanças nas relações “interamericanas e dos ideais do pan-americanismo”.⁷⁵ A conjuntura foi simbolizada pela frustrada viagem do vice-presidente dos EUA Nixon à região. A viagem da autoridade norte-americana foi marcada por protestos contra a política dos EUA para a América Latina. O discurso de JK aos embaixadores das Repúblicas Americanas no Rio de Janeiro foi transmitido no país pela televisão e pelo rádio. O presidente brasileiro apresentou oficialmente a Operação Pan-Americana (OPA), enfatizando três aspectos básicos: a) a OPA seria a pretensão de o Brasil assumir uma postura mais atuante e autônoma no que se refere à política internacional; b) o objetivo central da OPA consistiria em combater o subdesenvolvimento econômico da América Latina, visto como o principal problema do continente, inclusive em termos de segurança; c) a OPA foi apresentada como uma iniciativa de caráter e objetivos multilaterais; ao Brasil coube o lançamento da proposta, mas “sem qualquer pretensão de assumir a liderança no continente”, visando apenas a dar expressão a um sentimento que pertencia a toda a América. Neste sentido, a Operação não contemplava espaço para nenhum tipo de conversação bilateral.⁷⁶

O governo JK estava empenhado em fazer com que os EUA participassem mais ativamente do desenvolvimento da América Latina. A Operação Pan-Americana (OPA) foi o esforço de sensibilizar o governo norte-americano para questões graves que assolavam a região e que poderiam ter desdobramentos constrangedores. O comunismo era um desses constrangimentos. Por outro lado, os EUA se preocupavam em fortalecer suas áreas de

⁷⁵ MELLO E SILVA, Alexandra. Desenvolvimento e multilateralismo: um estudo sobre a Operação Pan-Americana no contexto da política externa de JK. **Contexto Internacional**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 219, julho/dezembro 1992.

⁷⁶ *Ibid.*, p. 220.

influência e promoviam e financiavam cooperações no campo da saúde pública não somente na América Latina, como em grande parte do mundo. O que o governo de JK queria era a intensificação da cooperação no âmbito econômico que permitisse o desenvolvimento industrial dos países latino-americanos.

1.4. Os impactos da doença: saúde e desenvolvimento nos anos 1950

Na década de 1950, o mundo estava dividido em dois blocos políticos e ideológicos: o bloco capitalista, liderado pelos EUA, e o bloco socialista, comandado pela antiga URSS. O bloco capitalista também estava dividido entre nações industrializadas, entre elas a América do Norte e países da Europa Ocidental, e nações subdesenvolvidas ou “insuficientemente desenvolvidas”.⁷⁷ Na América Latina e na África estavam os países subdesenvolvidos caracterizados principalmente por uma economia agrícola e más condições de bem-estar social. Os EUA, procurando ampliar suas relações comerciais principalmente com nações latino-americanas, defendiam uma política de desenvolvimento econômico para os países da região.⁷⁸

⁷⁷ Myrdal utiliza o termo “insuficientemente desenvolvido” para definir nações que tinham seu desenvolvimento econômico e social atrasados em comparação com os países denominados desenvolvidos. Cf. MYRDAL, Gunnar. Economic aspects of health. **WHO Chronicle**, v. 6, n. 204, p. 9, 1952.

⁷⁸ ESCOBAR, Arturo. **La invención del Tercer Mundo**. Bogotá: Norma Editorial, 1998, p. 24.

Inúmeros fatores comprometiam e caracterizavam os países latino-americanos como nações pobres.⁷⁹ As precárias condições de saúde da população eram apontadas como um dos mais graves condicionares desse estado. Neste contexto, a agenda de saúde pública foi associada a políticas de base econômica, isto é, à predominância da idéia de que determinada doença comprometia o processo de produção dos países subdesenvolvidos. As ações sociais integradas à saúde pública foram conduzidas por políticas econômicas. A malária, uma doença epidêmica em muitas regiões do mundo, atacava principalmente os trabalhadores rurais. Os países mais pobres, que dependiam exclusivamente da produção agrícola, sofriam prejuízos enormes por conta da malária. Desta forma, a malária foi escolhida nas décadas de 1950 e 1960 como a principal doença que comprometia o desenvolvimento pleno das nações subdesenvolvidas. A doença foi vista e tratada como uma questão econômica.⁸⁰

Randall Packard afirma que o discurso que associou desenvolvimento econômico à erradicação da malária não representava uma realidade concreta. Segundo o autor, não houve dados efetivos que comprovassem o benefício econômico da erradicação da malária,⁸¹ ou seja, onde a malária foi erradicada, não houve de imediato aumento da produção de alimentos. No entanto, no contexto em que ocorreu a campanha nas décadas de 1950 e 1960, a crença no desenvolvimento de uma determinada nação, associada à erradicação da malária, era fortemente aceita. O professor do primeiro Curso de Erradicação da Malária para pessoal de nível profissional no Brasil em 1967, doutor M. A. Farid, em aula inaugural, afirmou que os benefícios econômicos advindos de um programa de erradicação da malária eram difíceis de

⁷⁹ Ibid., p 51 et seq.

⁸⁰ Cf. PACKARD, Randall M. Malaria dreams: postwar visions of world. **Medical Anthropology**, v. 17, p. 285, 1997.

⁸¹ Ibid., p. 286.

verificar. Porém, pode-se constatar que, após o declínio de incidência da malária depois de dois ou três anos de aplicação de inseticidas residuais, a população aumentou consideravelmente seu vigor físico. Para Farid, a consequência da melhoria das condições de saúde da população conduziria:

[...] na reclamação de terras, em produção de alimentos, aumento da construção de estradas e presença de estudantes, aumento das criações de animais, aumento na força militar, aumento da participação do povo na luta política em defesa de suas aspirações, aumento da cooperação e ação em grupo e aumento da compreensão e assistência internacional. Todos esses fatores contribuem para o desenvolvimento e progresso e é difícil para um economista calcular em termos monetários o papel desempenhado pelas Campanhas de Erradicação de Malária na base de números relativos à terra reclamadas (em cultivo), reajuste de lucros na colheita, e de produção animal, que surgiram com esforço de erradicação da malária. Ao contrário, a experiência dos malariologistas mostrou que passada a fase de ataque, muitos governos que desfrutam da prosperidade resultante de tais medidas de ataque, negam ao SNEM⁸² a quantia necessária para continuar com o programa através da fase de consolidação até que alcance seu fim.⁸³

Quais as relações entre saúde e desenvolvimento econômico? O economista sueco Gunnar Myrdal apresentou uma resposta a essa questão em conferência na Assembléia Mundial da Saúde realizada em Genebra em 1952.⁸⁴ Segundo Myrdal, existia uma interdependência dos fatores que afetavam o desenvolvimento dos países mais pobres. Neste sentido, o desenvolvimento da saúde nesses países não se limitava apenas aos problemas relativos à pobreza, isto é, apesar de a doença e a pobreza se apresentarem em um “ciclo vicioso”, a primeira não era a única causa de atraso dos países “insuficientemente desenvolvidos”. Haveria uma relação de interdependência dos fatores como alimentação, educação, saúde, emprego, habitação, pobreza, industrialização, agricultura etc.⁸⁵

⁸² Serviço Nacional de Erradicação da Malária.

⁸³ Cf. RELATÓRIO DO PRIMEIRO CURSO DE ERRADICAÇÃO DA MALÁRIA PARA PESSOAL DE NÍVEL PROFISSIONAL NO BRASIL. DNERu, Ministério da Saúde, Brasília, 1968, p. 7.

⁸⁴ MYRDAL, op. cit., passim.

⁸⁵ Ibid., p. 8-9.

O estudo de Winslow, apresentado nessa mesma conferência, indicava dados sobre os prejuízos econômicos que a doença produzia principalmente nos países subdesenvolvidos.⁸⁶ A produção das nações mais pobres estava comprometida pelas enfermidades que incapacitavam os trabalhadores. As moléstias desses países também comprometiam as relações comerciais entre as nações mais ricas. Nas palavras de Winslow:⁸⁷

Además de la pérdida de capital-vida como consecuencia de la muerte prematura, las enfermedades evitables imponen una pesada carga representada por la pérdida de la potencia productiva, debida a enfermedades que no matan pero incapacitan, así como por el necesario aumento de los servicios médicos y de asistencia en instituciones para quienes sufren esas enfermedades [...].⁸⁸

[...] las enfermedades que existen en Asia, en Africa o en los Mares eel Sur pueden crear problemas económicos para los comerciantes de Londres o de Nueva York.⁸⁹

Desse modo, o enfrentamento das doenças tinha que ser em conjunto com as outras ações que representassem políticas amplas de reformas econômicas e sociais. O contexto no qual os países desenvolvidos iniciaram seus processos de desenvolvimento foi completamente diferente da conjuntura inicial da Guerra Fria, o que significa que os países pobres dispunham agora de uma medicina, de uma agricultura e de uma indústria mais avançadas tecnicamente quando comparados ao passado dos países ricos. Para Myrdal, essa era a grande dificuldade dos países “insuficientemente desenvolvidos” de conseguir resolver seus problemas sociais e econômicos. Todo o processo de desenvolvimento deveria ser rápido e coordenado, para não agravar ainda mais os problemas. Por exemplo, se os países pobres promovessem uma bem-sucedida reforma sanitária, a população tenderia a aumentar, necessitando de mais empregos. Há uma relação de interdependência dos fatores como alimentação, educação, saúde,

⁸⁶ WINSLOW, C. E. A. Lo que cuesta la enfermedad y lo que vale la salud. **Publicaciones Científicas**, Washington: Organización Mundial de la Salud/Oficina Sanitaria Panamericana, n. 16, mayo 1955.

⁸⁷ As citações em língua estrangeira serão mantidas conforme a documentação original.

⁸⁸ *Ibid.*, op. cit., p. 5-6.

⁸⁹ *Ibid.*, p. 16.

emprego, habitação, pobreza, industrialização, agricultura etc. Segundo Myrdal, o custo da doença para determinado país é uma operação difícil de ser aferida. Nas palavras do autor:

Do que acabo de dizer, resulta claramente que não é nem um pouco fácil definir com precisão e avaliar quantitativamente a importância econômica das medidas destinadas a melhorar a saúde. Antes de tudo, o custo da doença, da invalidez e da mortalidade prematura, ou, se nos colocamos de outro ponto de vista, as vantagens econômicas da reforma sanitária, assumirão aspectos diferentes em termos imediatos e a longo prazo, assim como nos diversos meios. Por outro lado, os valores a longo prazo dependerão, em todos os casos, da relação entre todos os elementos do clima social que estudamos, isto é, dos efeitos que uma mudança da qual um desses fatores tenha sido objeto poderá ter sobre todos os outros. Sem um estudo cuidadoso do conjunto da dinâmica social, é impossível chegar a cifras que tenham um sentido preciso e sejam inteiramente exatas e pertinentes.⁹⁰

A importância econômica da saúde foi um tema pouco explorado pelos economistas e sociólogos até fins da década de 1940. Os primeiros estudos científicos dos aspectos econômicos da doença e da saúde foram realizados pelos funcionários da saúde pública: médicos e os especialistas em bem-estar social. Os especialistas em ciências sociais e ciências econômicas não estavam preparados para tratar das questões que relacionassem saúde e economia. Esses especialistas poderiam facilmente fixar o valor em dinheiro de uma construção ou de uma máquina, mas dificilmente conseguiriam estabelecer valores para um indivíduo saudável.⁹¹ O valor da saúde seria algo incalculável, que estava sendo auferido nos anos 1950 pela ideologia do desenvolvimento.⁹² Myrdal conhecia a complexidade da questão e fez uma análise dos fatores que comprometem o progresso dos chamados países “insuficientemente desenvolvidos”:

[...] Atualmente, os grandes problemas de saúde mundiais são aqueles enfrentados pela maioria dos países habitualmente conhecidos como países insuficientemente desenvolvidos e pela grande maioria dos seres humanos que aí vivem miseravelmente, em um clima social em que seu trabalho é improdutivo, sua alimentação pouco

⁹⁰ Ibid., p. 8.

⁹¹ Ibid., p. 2-3.

⁹² CUETO, Marcos. **El valor de la salud**: historia de la Organización Panamericana de la salud. Washington, DC: OPS, 2004.

abundante, suas condições de habitação insuficientes, sua existência breve, sua saúde deficiente ou constantemente ameaçada.⁹³

Para o autor, o erro principal de uma política internacional de desenvolvimento para os países “insuficientemente desenvolvidos” foi o foco em apenas um fator que comprometesse o avanço das nações pobres. Neste contexto, a melhora apenas na área da saúde poderia agravar a situação dos países pobres. As ações de melhoria das condições de bem-estar da população deveriam ser coordenadas em todas as áreas buscando um equilíbrio. Enfim, os custos seriam maiores, porque haveria a necessidade de investimento em outras áreas além da saúde. Segundo o autor, o investimento em um programa de saúde pública só seria lucrativo quando integrado a outros fatores socioeconômicos. As reformas sanitárias deveriam ser acompanhadas por ações concretas visando a elevar o rendimento dos trabalhadores, ou seja, um programa sanitário racional. A política de saúde poderia fracassar se não houvesse um progresso real das condições de vida da população em nível econômico e social. Nas palavras de Myrdal:

[...] Para tomar um exemplo muito simples, o valor econômico das medidas que permitam prevenir a mortalidade prematura dependerá inteiramente da existência de um estado de progresso econômico capaz de assegurar um trabalho produtivo ao crescente número de habitantes que serão mantidos vivos. Se a situação econômica continua estagnada e permanece essencialmente o que era – e o que é, em vastas regiões do mundo nas quais uma população excessiva vegeta em terras mal conservadas e cultivadas segundo métodos primitivos -, as reformas sanitárias servirão tão somente, do ponto de vista econômico, para acelerar a evolução no sentido de uma superpopulação relativa e para agravar o pauperismo das massas [...].⁹⁴

Na opinião de Myrdal, as organizações internacionais deveriam atuar em conjunto, reconhecendo o aumento de uma interdependência social e econômica em nível mundial. A Organização Mundial de Saúde (OMS) necessitaria atuar em parceria com os governos,

⁹³ MYRDAL., op. cit., p. 4.

⁹⁴ Ibid., p. 14-15.

procurando realizar políticas sanitárias uniformes em sintonia com estudos que enquadrassem a realidade de cada país “insuficientemente desenvolvido”.⁹⁵ As questões na ótica desse autor precisariam ser enfrentadas no âmbito internacional, determinando o agrupamento de esforços de cientistas e especialistas de diversas disciplinas. Neste sentido, os países ricos teriam que financiar a maior fração desses programas de desenvolvimento. O sucesso de uma política sanitária internacional dependeria da distribuição dos recursos destinados aos programas socioeconômicos mais amplos. O autor também faz severas críticas ao contexto da Guerra Fria, quando enormes recursos eram reservados para programas armamentistas. Myrdal encerra sua comunicação de forma pessimista, reafirmando que a condição principal para o sucesso de uma reforma sanitária é que ela seja sustentada por um rápido crescimento econômico.

[...] Um de meus amigos deu-me recentemente uma nova definição do otimista: é o homem que se diz sempre que o imprevisto pode acontecer. De fato, o imprevisto ocorre freqüentemente e poderia, por uma vez, produzir-se num sentido favorável. A tensão atual entre o Leste e o Oeste e a guerra fria deformam nossos espíritos, falseiam nossa economia nacional e internacional, imobilizam grande parte dos recursos do mundo e, de uma maneira geral, impedem-nos de progredir plenamente e de realizar nossas mais humanitárias ambições. Esta tensão pode se relaxar. O relatório sobre a situação econômica mundial, que acaba de vir a público, declara que, se um relaxamento das tensões políticas que reinam no mundo trouxesse uma redução das despesas com armamentos, as probabilidades de uma elevação do nível de vida, tanto nos países desenvolvidos como nos outros, cresceriam proporcionalmente.⁹⁶

John Farley analisou a relação entre saúde e desenvolvimento. De um lado, a crença de que o controle ou a erradicação das doenças comunicáveis é um pré-requisito para o desenvolvimento econômico-social. Do outro lado, a convicção de que, embora o controle das doenças seja necessário, o desenvolvimento socioeconômico é um pré-requisito para a

⁹⁵ Ibid., p. 25.

⁹⁶ Ibid., p. 24.

melhoria da saúde.⁹⁷ No início dos anos 1950, a maioria dos especialistas não apenas endossava a ideologia do desenvolvimento, mas concordava com Soper, Hackett, Paul Russell e outros membros da Health Division da Fundação Rockefeller que a erradicação das doenças deveria preceder o desenvolvimento social e econômico. Eles acreditavam também que o modelo vertical de campanha seria o melhor instrumento para esse fim. Essas eram as crenças dominantes quando a OMS lançou o programa de erradicação global da malária em 1955.⁹⁸

A relação entre saúde e desenvolvimento foi um dos principais temas discutidos no contexto internacional na década de 1950. As nações subdesenvolvidas estariam condenadas pela pobreza, fruto da ausência de educação, de saúde, de moradia, de trabalho, de produção industrial. A inovação da análise de Myrdal foi justamente a interdependência dos fatores que comprometem o progresso dos países pobres. O desenvolvimento deveria abranger todos esses fatores de forma equilibrada. A erradicação de uma determinada doença não promoveria por si só a eliminação da pobreza. No entanto, veremos que nesse período as associações entre as chamadas doenças de massa e desenvolvimento eram explícitas. O exemplo mais incisivo dessa época era a relação entre malária e desenvolvimento.

1.5. Malária e desenvolvimento

⁹⁷ FARLEY, John. **To cast out the disease**. A history of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951). New York: Oxford University Press, 2004. p. 284-285.

⁹⁸ *Ibid.*, p. 285.

Mark Harrison analisa a experiência contemporânea da doença distintivamente entre os países ricos e pobres.⁹⁹ No caso das grandes epidemias, segundo o autor, após a Segunda Guerra Mundial elas não mais ameaçavam de forma direta os países mais prósperos. As nações desenvolvidas conseguiram melhorar o padrão de vida de suas populações. O aperfeiçoamento tecnológico e científico nas áreas da saúde possibilitou a criação de novos instrumentos de defesa e de combate às doenças. Segundo Harrison, os avanços da medicina e das indústrias farmacêuticas criaram um ambiente de otimismo e de total confiança no progresso científico da biomedicina. Enquanto nos países ricos as doenças coronarianas e o câncer representavam as ameaças mais proeminentes, nos países pobres “doenças antigas” como malária e febre amarela atingiam as populações, comprometendo o próprio desenvolvimento dessas nações.¹⁰⁰

A questão sobre o aumento da população era antiga, principalmente na Ásia. As relações entre o crescimento econômico e o aumento populacional; população, recursos e produção; fatores culturais e controle de natalidade seriam debatidos, segundo Arturo Escobar, por uma ótica científica e tecnológica, organizada nos campos da saúde pública, da demografia e da biologia. A crença de que as taxas de crescimento populacional começariam a cair, na medida em que os países se desenvolvessem, não representava uma certeza. Os países pobres deveriam intervir de forma mais direta para reduzir as taxas de fertilidade, acreditavam os planejadores do desenvolvimento.¹⁰¹

⁹⁹ HARRISON, Mark. Health for all? Affluence, poverty and disease since 1945. In: _____. **Disease and modern world**. 1500 to the present day. London: Polity Press, 2005.

¹⁰⁰ Ibid., p. 182.

¹⁰¹ ESCOBAR, op. cit., p. 77.

Em sua análise, Escobar indica que a pobreza, o analfabetismo e até mesmo a fome se converteram em uma fonte lucrativa de uma indústria de planejadores, especialistas e funcionários públicos. Mesmo reconhecendo que algumas instituições estão realmente interessadas em assistir países do Terceiro Mundo, Escobar sinaliza para os reais interesses dos países do Primeiro Mundo: as relações comerciais. As relações de mercado entre o Primeiro Mundo e o Terceiro Mundo teriam uma balança desfavorável para os países mais pobres.¹⁰² Randall Packard afirma que as conexões entre saúde e desenvolvimento econômico em regiões tropicais da Ásia, da África e da América Latina têm uma longa história.¹⁰³ Segundo Packard, a própria medicina tropical teria nascido no contexto americano e europeu pela necessidade de explorar as matérias-primas dessas regiões tropicais. Neste sentido, a Fundação Rockefeller desenvolveu um trabalho essencial no controle da e combate à febre amarela e à malária na década de 1920 e 1930, visando a libertar áreas potencialmente econômicas dessas doenças.¹⁰⁴ Segundo Parckard, a relação entre saúde internacional e desenvolvimento das denominadas regiões tropicais não apenas persistiu, mas se intensificou após a Segunda Guerra Mundial.

[...] The need to increase the production of raw materials and the growth of markets for European and American manufactured goods, as well as fears about the limits of the world's food supplies, produced renewed efforts to increase the productivity of tropical countries and dependencies. These efforts, in turn, generated new attempts to improve the health of "third world" populations.¹⁰⁵

Os interesses dos países desenvolvidos eram ameaçados pelas doenças que impediam uma exploração mais completa das nações do Terceiro Mundo. Packard cita o discurso do

¹⁰² Segundo Escobar, no começo da década de 1950, a concepção de três mundos passou a ser utilizada: nações industrializadas livres representariam os países do Primeiro Mundo; nações comunistas industrializadas formariam o Segundo Mundo; e países pobres não industrializados constituiriam o Terceiro Mundo. *Ibid.*, p. 56.

¹⁰³ PACKARD, op. cit., p. 281.

¹⁰⁴ *Ibid.*

¹⁰⁵ Id. No other logical choice: malaria eradication and the politics of international health in the post-war era. *Parassitologia*, v. 40, 1998, p. 220.

Professor Missiroly da Itália, no Terceiro Encontro do Comitê de Especialistas em Malária em sessão conjunta da OMS/ Food and Agriculture Organization (FAO) em 1946. O especialista italiano tinha enormes preocupações sobre o prejuízo que os países europeus sofriam em suas empreitadas na África por causa das doenças causadas por mosquitos. Segundo o professor, a prosperidade da Europa dependia da exploração dessas áreas.¹⁰⁶ Nos EUA predominava o pensamento de que a saúde da economia industrial dependeria de projetos que tivessem o objetivo de desenvolver os países do Terceiro Mundo. Os projetos principais eram aqueles programas dirigidos ao controle das doenças tropicais. Esta visão, segundo Packard, foi anunciada pelo secretário de Estado George Marshall no início de 1948. O combate às doenças, que traziam grandes prejuízos econômicos, deveria ser uma política internacional prioritária dos países desenvolvidos.¹⁰⁷

O aumento da produção de alimentos e o aproveitamento das terras eram objetivos essenciais das políticas de controle de doenças que assolavam os países pobres. Para Escobar, o Plano Marshall, criado em 1948, pode ser considerado um acontecimento histórico extraordinário. Pela primeira vez na história do capitalismo os interesses gerais da sociedade estavam acima dos interesses das nações e dos investimentos privados.¹⁰⁸ Segundo J. Jackson, em 1956 os Estados Unidos, representados pela International Development Advisory Board (IDAB), foram o principal doador de recursos para políticas de desenvolvimento do Terceiro Mundo,¹⁰⁹ uma estratégia para fazer frente à política de ajuda liderada pela União Soviética.

[...] IDAB¹¹⁰, a think of businessmen, academics, and labour leaders, had been created by Truman to formulate policies that would fit his so-called Point Four Program,

¹⁰⁶ Id., op. cit., p. 281.

¹⁰⁷ Ibid., p. 282.

¹⁰⁸ ESCOBAR, op. cit., p. 73.

¹⁰⁹ JACKSON, J. Cognition and the global malaria eradication programme. *Parassitologia*, v. 40, p. 193, 1998.

¹¹⁰ International Development Advisory Board.

spreading US know-how to developing states. IDAB, in turn, created a sub-committee headed [...]. Cleaver argues that this sub-committee's report, which was approved by IDAB and the ICA¹¹¹, was one of the main pillars beneath the U.S. decision to pour millions into the WHO¹¹²,s MEP¹¹³,¹¹⁴.

Para Socrates Litsios, os otimistas do desenvolvimento acreditavam que era necessário aumentar a saúde humana na mesma proporção que crescesse a produção de alimentos.¹¹⁵ E o aumento da saúde humana se daria, primeiro lugar, com o controle de doenças como a malária. O período que se inicia após a Segunda Guerra Mundial foi marcado por um forte otimismo no cenário mundial. Apesar das terríveis experiências da guerra e da destruição da Europa, existia um forte otimismo relacionado ao desenvolvimento científico. No campo da saúde, o aperfeiçoamento tecnológico e científico das áreas da saúde possibilitou a criação de novos instrumentos de defesa e combate às doenças. Segundo Harrison, os avanços da medicina e das indústrias farmacêuticas garantiram um ambiente de crença e total confiança no progresso científico da biomedicina.¹¹⁶ A descoberta do DDT e sua utilização na época da guerra constituíram marco importante de transformação no combate à malária no mundo. A malária era considerada a doença econômica por excelência e foi, durante as décadas de 1950 e 1960, enfrentada com políticas de natureza desenvolvimentista.¹¹⁷

Na década de 1950, iniciou-se o processo de conversão dos programas de controle de malária em Campanha de Erradicação de Malária (CEM). A XIV Conferência Sanitária Pan-

¹¹¹ International Cooperation Development.

¹¹² World Health Organization.

¹¹³ Malaria Eradication Programme.

¹¹⁴ Ibid., p. 199.

¹¹⁵ LITSIOS, Socrates. Malaria control, the Cold War, and the post-war reorganization of international assistance. *Medical Anthropology*, v. 17, p. 259, 1997.

¹¹⁶ HARRISON, op. cit., p. 168.

¹¹⁷ PACKARD, Randall M; BROWN, Peter J. Rethinking health, development, and malaria: historicizing a cultural model in international health. *Medical Anthropology*, v. 17, p. 182, 1997.

Americana (1954) e a VIII Assembléia Mundial de Saúde (1955) debateram sobre o aumento da resistência dos vetores ao DDT, quando utilizado por um longo período. Este novo problema parece ter motivado esses dois encontros internacionais de saúde, que propuseram aos países-membros a erradicação da malária em um curto período. Segundo Packard, a meta era o fim da transmissão da malária eliminando o parasita da população hospedeira. As experiências do passado demonstravam o fracasso desse objetivo quando se utilizavam drogas profiláticas. A crença do contexto pós-Segunda Guerra Mundial era de que a malária poderia ser erradicada utilizando-se inseticidas residuais.¹¹⁸

Como assinala Packard, a estratégia já não era a mesma utilizada por Fred Soper no combate ao vetor *Anopheles gambiae* no Brasil no final dos anos de 1930 e na década de 1940 no Egito. Ou seja, não se propunha eliminar totalmente os vetores da malária. Essa mudança de estratégia pode estar relacionada, em parte, à tentativa sem êxito de erradicar o *Anopheles labranchiae* na Sardenha. P. J. Brown analisa o que ele denominou “o fracasso com sucesso” de um projeto da Fundação Rockefeller desenvolvido nos anos de 1946-1951, dirigido por Fred Soper na Sardenha, Itália. Inicialmente o projeto foi planejado para um período de dois anos, estimando um gasto de U\$ 2,7 milhões.¹¹⁹ Soper adotou uma estratégia parecida com a do programa de erradicação do *Anopheles gambiae* que ele comandou no nordeste brasileiro em 1942. A estratégia consistia na aniquilação total do *Anopheles labranchiae*. O projeto terminou depois de quatro anos sem êxito, tendo um gasto de U\$ 11,2 milhões. No entanto, as pressões populares e do governo norte-americano conduziram a uma mudança de estratégia. A erradicação não mais focalizada no vetor, e sim, no parasita da malária. A nova tática

¹¹⁸ PACKARD, op. cit., p. 217.

¹¹⁹ BROWN, P. J. Failure-as-success: multiple meanings of eradication in the Rockefeller Foundation Sardinia Project, 1946-1951. *Parassitologia*, v. 40, p. 117-130, 1998.

consistia no combate intenso aos anofelinos infectantes, erradicando o parasita na população. O objetivo passou a ser a interrupção da doença, com o fim dos hospedeiros no período de três anos. Segundo Brown, essa experiência na região da Sardenha foi extremamente importante para a OMS pensar em um programa de erradicação da malária em nível global. Para esse autor:

[...] In the framework of the World Health Organization and the agreement for a global malaria eradication program, the “failure” of the Sardinia project was seldom recognized or mentioned. The technical, economic, and logistical problems faced by ERLAAS¹²⁰ were very similar to the problems associated as a case of “failure-as-success”; an ideological transformation was made, not simply for local political expediency, but more importantly because of the predominance of the modernist cultural model of “progress through” that characterized international Public Health in the postwar era.¹²¹

Segundo Packard, a não erradicação da malária em nível global seria consequência da grande dificuldade de interromper a transmissão apenas em um determinado país, tendo em vista que países vizinhos poderiam permanecer infectados. O discurso que predominava na inauguração do Programa Global de Erradicação da Malária da OMS era que a malária era uma doença fonte do subdesenvolvimento.¹²² Para Packard, houve neste contexto um otimismo exagerado em relação à possibilidade da erradicação mundial da doença, não considerando os obstáculos técnicos, organizacionais e financeiros do programa. A relação entre malária e desenvolvimento orientou a construção do Programa de Erradicação da Malária da OMS. Packard, ao analisar essa relação, reafirma:

[...] the close association that existed between the ideas and practices of malaria eradication and vision of “third world development” that evolved in Europe and America during the postwar period. I suggest that many of the technical, organizational and financial problems that plagued eradication efforts flowed from this intense association between eradication and “development”.¹²³

¹²⁰ Ente Regionale per Lotta Anti-anofelica in Sardegna

¹²¹ Ibid., p. 129.

¹²² PACKARD, op. cit., p. 280.

¹²³ Ibid., p. 281.

Neste sentido, Packard aponta que a malária foi tratada mais como uma questão econômica do que como um problema de saúde pública. Isto é, a meta da erradicação mundial da malária foi construída como um problema de desenvolvimento econômico e político, e não como um tema de saúde pública internacional. Na ótica de Packard, os argumentos que sustentaram o programa global de erradicação da malária da OMS eram de fundo econômico. No primeiro encontro da Equipe de Representantes do Grupo de Consultores da Estratégia de Erradicação da Malária foram colocadas as seguintes questões: 1) no passado a malária foi um sério fator que afetava o desenvolvimento social e econômico; 2) no passado a erradicação da malária contribuiu para o desenvolvimento social e econômico; 3) no estágio presente dos países desenvolvidos, é a erradicação da malária importante fator de desenvolvimento social e econômico. Segundo Parckard, esses argumentos sobre os benefícios econômicos da erradicação e do controle da malária nunca foram demonstrados de forma concreta. Não existiam dados que comprovassem a existência de uma relação entre controle de malária e desenvolvimento econômico. Neste contexto, a associação entre controle ou erradicação da malária e conseqüente desenvolvimento econômico seria um discurso retórico.¹²⁴

Os argumentos sobre malária e desenvolvimento apontados por Packard conduziram os especialistas e políticos da época a questionar o real benefício da erradicação da doença. Na realidade, com o incremento do processo da política de combate à malária, os altos custos do programa de erradicação da doença em nível global não eram proporcionais aos benefícios que a campanha apresentava como avanço econômico. Não houve aumento significativo na produção de alimentos, nem um melhor aproveitamento das terras e da mão de obra. Esta

¹²⁴ Ibid., p. 285.

relação de custos *versus* benefícios, segundo Parckard, seria um dos fatores que comprometeram o sucesso da campanha de erradicação da malária no mundo. Nas palavras de Packard:

As both host and donor governments began to question the economic and political benefits of malaria eradication programs in the early 1960s, they began looking for other programs that would have a quicker and more visible impact on development. The US eliminated its contributions to WHO's special malaria eradication account between 1961 and 1963. This was six years before WHO declared eradication a long term desiratha rather than a short term goal and returned most programs to control strategies. Moreover, the United States Agency for International Development (USAID) which was by far the largest funder of malaria eradication programs worldwide, gradually cut back its support of bilateral malaria programs and shifted responsibilities to the United States Public Health Service during the 1960s. In its place, USAID began concentrating on family planning programs [...].¹²⁵

Kalinga Tudor Silva, no artigo “Public health for whose benefit? Multiple discourses on malaria in Sri Lanka”, afirma que o controle e a erradicação da malária eram uma agenda de múltiplos interesses. A malária não era apenas uma questão de saúde pública, e sim, um campo de disputas de grupos rivais que competiam por poder, autoridade e legitimidade, com visões substancialmente diferentes.¹²⁶ Segundo J. Jackson, o Programa de Erradicação da Malária foi considerado factível pelos malariologistas e políticos, mas vinha também atender os interesses econômicos e políticos dos Estados Unidos. Econômicos, na medida em que o crescimento do mercado e da indústria norte-americanos via-se ameaçado pela falta de matérias-primas e por uma nova recessão. Político, por causa da Guerra Fria e do avanço do comunismo como alternativa política e econômica para o Terceiro Mundo.¹²⁷ Os Estados Unidos foram o maior patrocinador da campanha mundial de erradicação da malária. Existiam também interesses das indústrias produtoras de DDT, interesses de grupos regionais dos países que aderiram ao programa de erradicação da OMS.

¹²⁵ Ibid., p. 286-287.

¹²⁶ SILVA, Kalinga Tudor. Public health for whose benefit? Multiple discourses on malaria in Sri Lanka. *Medical Anthropology*, v. 17, p. 195, 1997.

¹²⁷ JACKSON, op. cit., p. 215.

Jackson e Silva assinalaram essas diferenças de interesses. No entanto, esses dois autores reconheceram que houve uma concordância das posições, que possibilitou o desenvolvimento do programa mundial de erradicação da malária.¹²⁸ Segundo Jackson, ao analisar o fracasso da campanha de erradicação da malária da OMS, muitos autores focalizaram apenas as questões que tratam dos obstáculos organizacionais, tecnológicos e financeiros que impediram o triunfo da campanha. A principal questão seria exatamente tentar compreender o que fez com que Estados doadores e malariologistas atingissem um acordo para estabelecer um Programa de Erradicação da Malária no âmbito internacional.¹²⁹ A resistência dos vetores foi utilizada pelos malariologistas como argumento central para atrair a atenção e as políticas dos países desenvolvidos. Mas pelos estudos de Packard e Jackson, o ponto fundamental seria o contexto pós-Segunda Guerra Mundial e a conseqüente crença de que o desenvolvimento científico poderia solucionar os problemas mais graves da humanidade.¹³⁰

A associação entre malária e desenvolvimento ocorrido na década de 1950 possibilitou a criação mundial do programa de erradicação da doença. A necessidade de erradicar a malária foi defendida por especialistas como Fred Soper que acreditavam ser o momento mais propício para a concepção de uma campanha de saúde no âmbito global. E também era uma oportunidade para a recém-criada OMS legitimar seu papel como instituição responsável pela saúde pública internacional. A questão referente à resistência dos vetores da malária ao DDT era um argumento persuasivo, mas as afirmações que creditavam à malária a causa da pobreza das nações subdesenvolvidas eram incontestáveis.

¹²⁸ Ibid. Cf. SILVA, op. cit., p. 210-211.

¹²⁹ JACKSON, op. cit., p. 211.

¹³⁰ PACKARD, op. cit., p. 220. Cf. JACKSON, J. op. cit., p. 215.

1.6. A saúde pública na proposta de governo de JK

O médico sanitarista Mario Pinotti, diretor do Serviço Nacional de Malária, em 1955, escreveu a apresentação do Programa de Saúde Pública do então candidato Juscelino Kubitschek. Pinotti destacou a importância da administração estadual de JK em Minas Gerais. O sanitarista, quando esteve à frente das campanhas nacionais contra a malária, a doença de Chagas, a esquistossomose, a filariose e o escorpionismo, não encontrou dificuldades para firmar convênios intergovernamentais entre a União e o estado de Minas Gerais. Segundo Pinotti, o estado mineiro podia ser considerado um exemplo de uma boa administração, tendo à frente um homem sensível não apenas às necessidades do povo de Minas, mas também às do próprio Brasil. Pinotti, quando ocupou por dois meses o Ministério da Saúde no segundo governo Vargas, inaugurou com o governador Juscelino um importante hospital, o Hospital Regional de Januária, em uma iniciativa conjunta da Comissão do Vale do São Francisco e do Serviço Especial de Saúde Pública destinada a servir os habitantes da região do rio São Francisco.¹³¹

Nas primeiras linhas do Programa de Saúde Pública, na seção intitulada “Defesa do Homem I”, o médico e candidato à presidência Juscelino Kubitschek faz a associação clássica da

¹³¹ PROGRAMA DE SAÚDE PÚBLICA DO CANDIDATO JUSCELINO KUBITSCHEK DE 1955. São Paulo: L. Nicollini, 1955.

época entre saúde e desenvolvimento. Isto é, as doenças seriam em parte responsáveis pela pobreza e atraso das nações subdesenvolvidas. Juscelino reafirma que, após a Segunda Guerra Mundial, a saúde tornou-se não apenas uma questão nacional, mas também internacional, afligindo tanto os países mais pobres, como os mais ricos. Essa preocupação da saúde em nível global teria levado as Nações Unidas a criar em 1948 a Organização Mundial da Saúde (OMS). Juscelino deixa transparecer em seu programa uma enorme dose de otimismo em relação à solução dos problemas médico-sanitários, acreditando no aperfeiçoamento e desenvolvimento do campo da medicina depois da Segunda Guerra Mundial.¹³²

Segundo JK, a medicina dos anos 1950 havia classificado as principais doenças desse contexto em três grupos. No primeiro grupo estavam as chamadas doenças pestilências que, para Juscelino, já haviam sido superadas no passado pelas ações pioneiras de Rodrigues Alves e Oswaldo Cruz. O terceiro grupo de doenças correspondia às patologias degenerativas como o câncer e os males cardiovasculares, que teriam uma importância menor quando comparadas às doenças do segundo grupo. As doenças do segundo grupo ou as doenças de massa, como malária, tuberculose, lepra, verminose, boubá etc eram as principais doenças que comprometeriam o desenvolvimento dos países.¹³³ Apesar de pouco ou quase nada divulgado pela literatura que trata do governo JK, o então candidato Juscelino tinha um Programa de Metas exclusivo para a saúde pública. Considero a análise e o acompanhamento desse programa um ponto central dessa tese. Juscelino Kubitschek propunha, com este programa, resolver as principais questões de saúde pública no Brasil. Os problemas de saúde pública mais importantes seriam, na compreensão do candidato:

¹³² Ibid., p. 3.

¹³³ Ibid., p. 4. Cf. The retreat of the mass diseases. **IAJPH, Nations Health**, v. 48, n. 2, 1957, p. 232 et seq. (Scientific Exhibits).

a) a erradicação do tracoma que, no contexto, incapacitava para o trabalho um milhão de brasileiros e ameaçava de cegueira duzentos mil nas áreas rurais. Segundo Juscelino, o tracoma era uma doença grave que foi trazida por imigrantes europeus e asiáticos e se espalhou rapidamente pelo território nacional. As áreas mais atingidas pela doença eram os estados do Ceará, de São Paulo e do Rio Grande do Sul.¹³⁴

b) a eliminação da boubá. Esta doença seria responsável pela inutilização de quinhentos mil indivíduos no interior do Brasil. A mortalidade provocada pela moléstia era baixa, contudo representava um grande problema de saúde pública. Primeiro, tinha alta incidência em várias regiões. Segundo, a doença poderia incapacitar o indivíduo definitivamente.¹³⁵

c) Outra meta importante era a eliminação definitiva da malária. Segundo JK, o número de casos de malária seria de trezentos mil casos, representando resíduos da doença em certas regiões de difícil acesso como Norte, Nordeste e Sul do Brasil. Na década de 1940, a malária no país chegou a cifras alarmantes de oito milhões de casos. No entanto, a doença já estaria sobre controle nos anos 1950.¹³⁶

d) A eliminação do bócio endêmico seria uma das metas mais importante no campo da saúde do governo JK. O bócio era a terceira doença que mais incapacitava o brasileiro para o serviço

¹³⁴ PROGRAMA DE SAÚDE PÚBLICA DO CANDIDATO JUSCELINO KUBITSCHER DE 1955, op. cit. p. 27.

¹³⁵ Ibid., p. 24.

¹³⁶ Ibid., p. 16.

militar. O bócio estava associado à falta de ingestão de iodo necessário na alimentação diária, um hábito não comum na sociedade brasileira. O aumento da incidência da doença também era relacionado ao baixo padrão de vida de algumas áreas do Brasil.¹³⁷

e) Para JK, a doença mental representava um grave problema de saúde pública. O número de alienados estava aumentando consideravelmente devido à “complexidade emocional da vida moderna”. Neste sentido, seria imprescindível a ampliação da assistência aos doentes mentais. Haveria necessidade de aumentar o número de leitos em setenta mil, e o número de médicos psiquiatras deveria ser em torno de dois mil. Segundo Juscelino, a descentralização da assistência psiquiátrica seria fundamental, para não sobrecarregar os principais hospitais do país.¹³⁸

f) As ações de saúde pública deveriam atingir as faixas etárias mais elevadas da população; cuidar do envelhecimento das populações; aperfeiçoar os meios de diagnósticos e tratamento visando ao desaparecimento das doenças que precocemente matam indivíduos jovens; promover campanhas para evitar ou reduzir a diabete, o câncer, as doenças mentais, as doenças coronarianas, a traumatologia, acidentes de trabalho etc., além de instituir a pensão à velhice.¹³⁹

g) O controle da propagação da esquistossomose que atingia três milhões de brasileiros. Segundo JK, o homem infectado pela esquistossomose era um indivíduo quase inútil, não

¹³⁷ Ibid., p. 42.

¹³⁸ Ibid., p. 30.

¹³⁹ Ibid., p. 47.

podendo fazer parte da população ativa. O tratamento em massa da doença seria complexo e difícil. Não existia um medicamento que pudesse ser administrado via oral em toda a região infectada, sem assistência médica. A principal ação contra a esquistossomose era a eliminação do caramujo.¹⁴⁰

h) O combate e o controle das verminoses por meio, principalmente, do fornecimento de água potável para a população rural. A produção agrícola estava comprometida porque o trabalhador rural era a principal vítima das verminoses. Em algumas localidades, 100% da população, na faixa etária entre 7 e 14 anos, sofria com as verminoses. Para Juscelino, tal como para os sanitaristas da Primeira República, esta realidade era consequência das precárias condições de vida no interior, da ignorância, da falta de abastecimento de água e de esgotos. A principal ação de saúde pública deveria ser a implantação do sistema de água e esgoto, isto é, o saneamento básico e o desenvolvimento da educação sanitária resolveriam a questão.¹⁴¹

i) O tratamento e a prevenção da lepra pela utilização de sulfonas, de TB I e pela vacina BCG. As estimativas da época apresentavam um número elevado de indivíduos acometidos pela doença, em torno de 70 mil. A doença não estava apenas distribuída no interior do país, atingindo um número considerável nas capitais. Segundo JK, a lepra representava uma doença que caracterizaria a inferioridade de uma nação.¹⁴²

¹⁴⁰ Ibid., p. 23.

¹⁴¹ Ibid., p. 21.

¹⁴² Ibid., p. 14-15.

j) A erradicação da doença de Chagas, utilizando principalmente inseticidas de ações residuais, deveria resolver este problema de saúde pública. A doença de Chagas era mais uma doença que incapacitaria o trabalhador. No Brasil em 1955, de 600 municípios pesquisados, 162 apresentavam a doença, sendo que em 31.984 localidades inspecionadas pelas equipes de Pinotti, 18.279 localidades tinham os “barbeiros” transmissores.¹⁴³

l) A erradicação da leishmaniose cutânea e visceral deveria ser também outra meta importante de saúde pública do governo JK. A doença atingia em maior número a faixa etária adulta masculina entre 20 e 30 anos. A doença estava também relacionada à causa da baixa produção agrícola. O Serviço Nacional da Malária era responsável pelo combate aos mosquitos transmissores da leishmaniose nas suas duas formas.¹⁴⁴

m) Promover a assistência médico-sanitária mínima a cerca de setecentos municípios e a uma população de dez milhões, sem rede básica de saúde e sem assistência médica. O quadro dos profissionais de saúde do país era alarmante. Existiam vinte mil médicos clínicos concentrados nas capitais e nas cidades maiores, havendo uma carência, segundo Juscelino, de cinquenta mil. O número de quinhentos sanitaristas existentes na época também era preocupante e as estimativas deveriam ser de que dois mil e quinhentos seriam necessários. Na área da enfermagem, a defasagem de pessoal também era enorme: havia apenas duas mil e quinhentas enfermeiras de saúde pública, e a necessidade seria de dez mil. A enfermagem hospitalar, com dezesseis mil enfermeiras, não era suficiente, sendo necessárias em torno de

¹⁴³ Ibid., p. 17.

¹⁴⁴ Ibid., p. 18-19.

setenta e cinco mil. Para JK, o grande desafio seria reforçar o número de profissionais de saúde e distribuí-los no interior do Brasil.¹⁴⁵

n) O aparelhamento das maternidades e a melhoria da assistência às gestantes, tendo como objetivo a redução da mortalidade materna e o acesso à assistência pré-natal, visando a proteger a mãe e os recém-nascidos. JK propõe a redistribuição da rede de assistência materno-infantil a todas as localidades do país, principalmente às do interior.¹⁴⁶

o) O abastecimento de água e as redes de esgotos, em mil e quatrocentos municípios, deveria ser aperfeiçoado. O governo federal atuaria por meio dos órgãos especializados do Ministério da Saúde, como o SESP e o Serviço Nacional de Malária. Os recursos locais, os financiamentos e a colaboração de Programas de Desenvolvimento regionais, como o do Vale do São Francisco e o da Valorização do Vale Amazônico permitiriam ampliar a campanha de saneamento básico em todas as regiões do Brasil.¹⁴⁷

p) A promoção e a intensificação da campanha contra tuberculose por meio do tratamento domiciliar e ambulatorial próximo à residência do doente. Em 1950, a tuberculose estava em primeiro lugar como causa de mortalidade em seis capitais brasileiras – Belém, Vitória, Distrito Federal, Niterói, Porto Alegre e Belo Horizonte. A doença atingia principalmente a classe mais pobre da população. JK se compromete, no seu Programa de Saúde Pública, a dar

¹⁴⁵ Ibid., p. 38.

¹⁴⁶ Ibid., p. 35.

¹⁴⁷ Ibid., p. 11.

assistência medicamentosa gratuita aos doentes de tuberculose, vacinação preventiva pelo BCG, assistência material ou hospitalar e tratamento cirúrgico quando indicado.¹⁴⁸

q) A destinação de recursos e preparos técnicos para a produção da vacina Salk¹⁴⁹ para combater de forma apropriada a paralisia infantil.¹⁵⁰

r) JK defendia a instalação de uma fábrica pública ou privada de inseticidas, buscando interromper a importação deste produto. O Brasil era o maior consumidor de DDT do mundo e os custos da importação eram altos.¹⁵¹

s) A melhoria nas condições de trabalho do pessoal especializado da saúde pública era fundamental para a promoção da saúde da população brasileira. As medidas mais importantes seriam o aumento de salário dos profissionais, o aperfeiçoamento técnico, assim como a adoção de tempo integral para o serviço.¹⁵²

Esses eram os objetivos para a área de saúde pública que JK defendia e acreditava conseguir atingi-los no seu mandato presidencial, metas publicadas no Programa de Saúde Pública, em

¹⁴⁸ Ibid., p. 13.

¹⁴⁹ O cientista americano Jonas Edward Salk descobriu a primeira vacina contra a poliomielite em 1954. Salk, vacina injetável, com vírus inativado, produziu imunidade contra os três sorotipos do poliovírus e apresenta eficácia incomparável. Cf. CAMPOS, André; NASCIMENTO, Dilene Raimundo; MARANHÃO, Eduardo. A história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização. **História, Ciências e Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro; v. 10, 2003. SUPLEMENTO 2. Cf. CUETO, op. cit., p. 130.

¹⁵⁰ PROGRAMA DE SAÚDE PÚBLICA DO CANDIDATO JUSCELINO KUBITSCHKE DE 1955, op. cit., p. 55.

¹⁵¹ Ibid.

¹⁵² Ibid., p. 56.

1955, do candidato Juscelino Kubitschek. A elaboração desse programa de saúde contou com o apoio do futuro diretor do DNERu e Ministro da Saúde, doutor Mario Pinotti.

No segundo capítulo, analisarei e discutirei de forma detalhada as metas da saúde pública do governo JK. A principal intenção será apresentar o tema da saúde pública que foi pouco explorado na análise histórica do governo JK de 1956-1961. A maior parte da historiografia deste período trata das questões que envolvem a administração e os resultados concretos do Programa de Metas (Energia, Transporte, Indústria e Alimentação) de Juscelino.

A relação entre saúde e desenvolvimento foi bem debatida nos anos 1950, e a relação entre malária e desenvolvimento, em particular, produziu ações bem concretas no campo da saúde pública. A economia das nações subdesenvolvidas era condenada pelas doenças de massa. A baixa produtividade da classe trabalhadora era associada às doenças presentes nos países pobres. No entanto, os custos dessas enfermidades atingiam os países ricos, que viam suas relações comerciais restringidas pelas precárias condições sanitárias de grandes áreas do mundo. A malária era a doença que mais incapacitava a classe trabalhadora e comprometia a produção e as relações comerciais. Esses argumentos justificariam em parte a criação da campanha mundial de erradicação da malária em 1955. As políticas de saúde seguiriam um modelo único e vertical para todas as nações comprometidas com a proposta de erradicação. No entanto, segundo os teóricos da década de 1950, o desenvolvimento teria que ocorrer em todas as áreas importantes de uma nação. Industrialização, saúde e educação estariam interligadas e deveriam fazer parte de um processo racional de desenvolvimento.

Considerações Finais

O período posterior à Segunda Guerra Mundial foi orientado por um novo programa econômico internacional: o desenvolvimento. A divisão do mundo criada pelos governos dos países vencedores da Segunda Guerra Mundial foi reforçada pelos cientistas políticos, sociais e econômicos, e não significou o isolamento das três categorias de nações que passaram a existir nessa época.¹⁵³ O Primeiro, o Segundo e o Terceiro Mundos compartilhavam de uma interdependência internacional forçada pelas questões econômicas e sociais surgidas após o conflito mundial. Neste contexto histórico, o mercado no âmbito global era dependente das relações entre as nações mais prósperas e das relações com os países mais pobres. O crescimento econômico dos países desenvolvidos estava condicionado a um aproveitamento mais eficaz dos recursos oferecidos pelos países subdesenvolvidos.¹⁵⁴

No entanto, este melhor aproveitamento das matérias-primas das nações subdesenvolvidas esbarrava nas condições precárias de vida da população desses países. Um dos fatores mais preocupantes era a agenda de saúde pública dessas nações. As doenças que assolavam o

¹⁵³ HOBBSBAWN, Eric J. **Era dos extremos**: o breve século XX: 1914-1991. São Paulo: Companhia das Letras, 1995, p. 223 et. seq.

¹⁵⁴ ESCOBAR, op. cit., p. 56.

Terceiro Mundo prejudicavam os investimentos dos países capitalistas industriais representantes do Primeiro Mundo. Neste sentido, um programa de desenvolvimento para países subdesenvolvidos foi pensado. A doença era apenas um dos fatores que incapacitava o progresso das nações mais pobres. A malária foi, neste contexto, identificada como uma doença econômica, que causava enormes prejuízos por inabilitar a classe trabalhadora rural. Foi tratada por uma política de saúde pública orientada pela ordem econômica do desenvolvimento.

A década de 1950 foi marcada pelo contexto da Guerra Fria, sendo o mundo disputado pelos EUA, representante maior do capitalismo industrial, e pela URSS à frente do modelo socialista. As disputas bélicas e ideológicas conduziram as superpotências a formularem programas de desenvolvimento para as respectivas áreas de influência.¹⁵⁵ Em 1955, a OMS sugeriu a erradicação da malária em um âmbito global. Parte da literatura apresentada neste trabalho analisou a proposta de erradicação da OMS como fruto do contexto econômico, político e social do pós-Segunda Guerra Mundial. A relação entre malária e desenvolvimento pode ser considerada a síntese do pensamento dessa época. A agenda de saúde pública internacional foi condicionada pela ótica da política econômica do desenvolvimento.

No Brasil chega ao poder o médico Juscelino Kubitschek, prometendo desenvolver “50 anos em 5”. O foco de grande parte da historiografia que tratou deste contexto reduziu a análise da política nacional-desenvolvimentista de JK ao campo político e econômico. Pode-se constatar que existiu um espaço para políticas sociais no governo JK. Para o campo da saúde pública, seria um período extremamente fértil no contexto nacional e internacional. O que pretendo

¹⁵⁵ HOBSBAWN, op. cit., p. 224.

mostrar é este outro lado da política nacional-desenvolvimentista de JK. O segundo capítulo se encarregará de embasar essas minhas primeiras afirmativas.

Capítulo 2

2. Do Candidato ao Presidente: As Propostas e as Primeiras Ações de Saúde Pública de Juscelino Kubitschek

Neste capítulo, analiso com mais detalhes o Programa de Saúde Pública do candidato JK e sua política de saúde durante o seu mandato, em particular as primeiras medidas de seu governo. O médico Juscelino Kubitschek deixou o governo do estado de Minas Gerais em março de 1955, para se candidatar à presidência pelo PSD. Durante a campanha eleitoral, apresentou um programa de governo para a área da saúde pública com dezoito metas. O programa expunha a situação da saúde no país e indicava metas para a área a serem cumpridas durante seu governo. Em seus primeiros meses de mandato, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), que deveria ser o responsável pelo enfrentamento das principais doenças de massa que acometiam a população brasileira. No ano de 1958, com a criação do Grupo de Trabalho de Controle e Erradicação da Malária (GTEM), o governo de JK sinalizava positivamente, ainda que de forma tímida, sua inserção na campanha de erradicação da malária promovida pela OMS. Pretendo mostrar que a saúde, se era um tema que mereceu atenção do médico Kubitschek, não tinha uma meta explícita em seu plano de desenvolvimento e estava diluída nos principais campos prioritários de desenvolvimento do governo, isto é, saúde pública no governo JK era percebida como uma questão econômica.

O capítulo está dividido em três seções. Na primeira seção, apresento o Programa de Saúde Pública de JK e suas principais metas para a área da saúde, distribuídas em eixos interpretativos. Na segunda parte do capítulo, descrevo o processo de criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) em março de 1956, primeira ação concreta na esfera da saúde do governo JK. Na seção seguinte, analiso os resultados das metas de saúde a serem cumpridas entre os anos de 1956 a 1960. Utilizo como instrumentos principais de análise dois balanços: o balanço técnico apresentado nos Relatórios dos Grupos de Trabalho do DNERu em dezembro de 1960 e um balanço mais político e retrospectivo produzido na III Conferência Nacional de Saúde em dezembro de 1963, já no final do Governo João Goulart.

2.1. Programa de Saúde Pública do candidato Juscelino Kubitschek: interiorização, trabalho e saneamento para o desenvolvimento

Propus-me realizar uma grande campanha de desenvolvimento nacional, mas não haverá essa campanha sem saúde pública, sem a recuperação de tão numerosos brasileiros, vítimas da boubá, do bócio endêmico, da leishmaniose, da esquistossomose, do tracoma e, de tantas outras enfermidades que devoram, imobilizam, reduzem as forças de tantos patrícios nossos, impedindo-os de reagir pelo trabalho contra a miséria que infelizmente ainda tiraniza uma parcela tão grande do nosso povo.¹⁵⁶

¹⁵⁶ Cf. CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 13., 1956, Fortaleza. **Anais do...** Fortaleza, Ceará. 12 a 16 de agosto de 1956. Comunicado n. 10.

Durante a campanha eleitoral, o candidato Juscelino Kubitschek elaborou e apresentou um programa de metas específicas para a saúde pública com a colaboração do sanitarista Mario Pinotti. No governo de Juscelino, em Minas, haviam sido feitos vários acordos com o diretor do SNM, Pinotti, para combater a doença de Chagas, a esquistossomose e o escorpionismo na região.¹⁵⁷ O laço entre o governador e o sanitarista se intensificou desde então. Pinotti assinou o prefácio do Programa que apresentava pontualmente muitas das suas análises.¹⁵⁸ Nos primeiros meses de presidência de Juscelino, Pinotti assumiu o cargo de diretor do recém-criado Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu). Em quase todo o período de governo de JK, Pinotti teve uma atuação de destaque na agenda da saúde.¹⁵⁹

A principal preocupação do candidato era com as endemias rurais que comprometiam a produtividade da população brasileira e, portanto, a saúde estava fortemente associada à dimensão econômica, ecoando as idéias sobre essa relação na década de 1950, conforme apontado no capítulo 1. A saúde pública deveria resultar dos diversos programas de sua administração que visavam ao desenvolvimento econômico do país. Ou de modo inverso, o aumento da produção nacional conduziria a uma melhoria significativa na realidade sanitária. Porém, e esse é um qualificador importante, essa realidade poderia ser transformada pelas

¹⁵⁷ Pinotti quando esteve à frente, pela primeira vez, do Ministério da Saúde no governo de Getúlio Vargas em 1954 e participou da inauguração do Hospital Regional de Januária, no estado de Minas Gerais. PROGRAMA DE SAÚDE PÚBLICA DO CANDIDATO JUSCELINO KUBITSCHEK DE 1955. São Paulo: L. Nicollini, 1955, p. 2.

¹⁵⁸ PINOTTI, M. Importância atual do problema das endemias rurais no Brasil. **Anais da Faculdade Fluminense de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 4, p. 7 et seq., 1956. Cf. Id. A luta contra a esquistossomose e a ancilostomose. **Revista de Higiene e Saúde Pública**, Rio de Janeiro, DF: Sociedade Brasileira de Higiene, ano 13, n. 4, p. 49, 1956. Cf. Id. Discurso. CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 13., 1956, Fortaleza. **Anais do...** Fortaleza, Ceará. 12 a 16 de agosto de 1956. Comunicado n.10, p. 138, 1956.

¹⁵⁹ Diretor do Departamento Nacional de Saúde em 1956, presidente do Grupo de Trabalho de Controle e Erradicação da Malária em 1958 e ministro da Saúde no mesmo ano.

realizações da saúde pública.¹⁶⁰ Como vimos com a imagem do pêndulo proposta por John Farley, as compreensões das relações entre saúde e desenvolvimento não eram tão polarizadas quanto parecem em determinadas perspectivas.¹⁶¹

A saúde, como um problema de estrutura econômica, foi definida em discursos presidenciais depois de 1945. O relatório da Subcomissão de Saúde da Comissão Nacional de Bem-Estar¹⁶² foi apresentado na **Revista de Higiene e Saúde Pública** em 1954, com o título de “Saúde Pública e desenvolvimento econômico”.¹⁶³ O relatório citava o discurso de Getúlio Vargas em uma mensagem inaugural de seu governo dirigida ao Congresso Nacional em 15 de março de 1951, que reconhecia a agenda de saúde pública como uma questão de “estrutura econômica”. O documento também criticava duramente os programas de saúde existentes no Brasil, que não estavam ajustados às realidades. Muitos eram modelos importados do exterior que pouco tinham a ver com a estrutura nacional de saúde. Esses antecedentes ao governo de JK são importantes para avaliarmos o impacto da sua administração no campo da saúde pública. A saúde pública como uma questão econômica não era uma análise inaugurada no contexto nacional por JK. Mas sem dúvida ela foi aprofundada em seu governo.

Fato curioso a ser logo acentuado e que revela o desinteresse de nossas organizações sanitárias executivas em se afastarem da ineficiente rotina existente é que, apesar de transcorridos dois anos das palavras do Presidente da República – palavras que efetivamente deveriam significar a organização de um novo programa sanitário – pouco se evidencia, através do país, em matéria de planejamento de saúde pública no

¹⁶⁰ PROGRAMA DE SAÚDE PÚBLICA DO CANDIDATO JUSCELINO KUBITSCHEK DE 1955, op. cit.

¹⁶¹ FARLEY, John. **To Cast out the Disease**: a history of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951). New York: Oxford University Press, 2004.

¹⁶² Comissão Nacional do Bem-Estar Social criada por Getúlio Vargas em 1951, com o intuito de avaliar e apresentar sugestões para o desenvolvimento social. A Subcomissão cuidava da agenda de saúde pública e era formada pelos doutores Almir de Castro, coordenador, Mario Pinotti, Manoel Jose Ferreira, Tomaz R. Raposo de Almeida, Glauco Pereira, Sylvia Hasselmann e Mario Magalhães da Silveira (relator).

¹⁶³ CASTRO, A. de; PINOTTI, Mario; FERREIRA, Manuel José; ALMEIDA, Tomaz R. Raposo de; PEREIRA, Glauco; HASSELMANN, Sylvia; SILVEIRA, Mario Magalhães. Saúde pública e desenvolvimento econômico. Relatório da Subcomissão de Saúde da Comissão Nacional de Bem-Estar Social, **Revista de Higiene e Saúde Pública**, Rio de Janeiro, ano 13, n. 4, 1954.

sentido de um ajustamento à orientação que S. Excia. recomendou se imprimisse a tal trabalho.¹⁶⁴

O Relatório apresentava um panorama da saúde pública imediatamente anterior à administração JK, insistindo na ausência de planejamento nas instituições encarregadas de executar ações de saúde. Essa lacuna era explicada pela falta de dados estatísticos básicos como, por exemplo, informações sobre morbidade e mortalidade. Era, também, explicada pela reprodução de programas elaborados em contextos fora da realidade nacional, como os programas norte-americanos de saúde adotados em determinadas regiões do Brasil, programas, segundo o Relatório, que não consideravam as condições sanitárias existentes e que só poderiam ser aplicados em coletividades, cujo alto padrão de vida ajudou na superação dos problemas mais básicos de saúde. A estrutura da assistência médica do país seria mal compreendida por políticos e por alguns sanitaristas, que apontavam como solução a ampliação do quadro dos profissionais de saúde e o alargamento da rede hospitalar.

[...] Hoje estão os administradores sanitários aprendendo também a planejar com mais realismo, e outra não é a lição que lhes oferece a mensagem Presidencial de 1951 quando claramente conclui que a saúde pública é fundamentalmente um problema econômico e que os programas médico-sanitários devem sempre ser organizados, levando-se em conta esse fato essencial [...].

[...] O que parece, entretanto, evidente é a falta de planejamento adequado, realista e adaptação aos nossos problemas e estrutura social e econômica. Falta de planejamento, duplicação de programas e conseqüente dispersão de esforços e recursos, que vêm cada vez mais desagregando a possível unidade de uma ação conjunta e eficiente, dirigida dos problemas mais simples para os mais complexos [...].¹⁶⁵

Para Araújo, o relatório da Subcomissão de Saúde da Comissão Nacional de Bem-Estar Social, publicado em 1954, considerou o tema da saúde pública como uma questão subordinada ao processo de desenvolvimento econômico. A Subcomissão criticou também a

¹⁶⁴ Ibid., p. 54.

¹⁶⁵ Ibid., p. 62.

intenção de se procurar dar ao país uma "superestrutura médica que a infra-estrutura econômica não suportava", e que não correspondia à realidade social da época.¹⁶⁶

Pinotti fazia parte dessa Subcomissão responsável em avaliar a realidade sanitária do país. Acredito que esses estudos que precederam o Programa de Saúde Pública de JK foram considerados, na elaboração de sua política, dirigidos à área de saúde porque, segundo o relatório da Subcomissão, a saúde pública deveria ser planejada e desenvolvida a partir dos seguintes pontos:

- 1) Custo da assistência médica, inclusive hospitalar. Variação nas diversas zonas geoeconômicas e nos vários grupos populacionais.
- 2) Estudo das organizações estatais e paraestatais de saúde e assistência médica. Funções, orçamentos, aparelhamento material, pessoal técnico e auxiliar, e rendimento efetivo.
- 3) Levantamento dos serviços de saneamento, causas de morbidade e mortalidade em zonas urbanas e rurais do país. Água, esgoto, lixo.
- 4) Investigação sobre as principais causas de morbidade e mortalidade em zonas urbanas e rurais do país.
- 5) Natalidade e mortalidade infantil em zonas urbanas e rurais do país.
- 6) Morbidade e mortalidade infantil em zonas urbanas e rurais do país.
- 7) Levantamento dos recursos hospitalares existentes e dos planos em desenvolvimento. Estudo das reais necessidades em face das principais causas de morbidade e dos recursos

¹⁶⁶ ARAÚJO, José Duarte de. Saúde e desenvolvimento econômico: atualização de um tema. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 9, dez. 1975.

disponíveis.

8) O problema de pessoal técnico e auxiliar, em face dos problemas nacionais de saúde e dos níveis culturais da população.

9) Relação entre saúde e habitação. O critério de habitabilidade em função do meio. Mocambo da zona rural e a favela das grandes cidades.

10) As endemias rurais no território nacional.¹⁶⁷

O Programa de Saúde de JK seria uma tentativa de planejar os serviços de saúde baseada no mapeamento dos principais problemas sanitários que atingiam os brasileiros. As dezoito metas para a saúde pública eram em grande parte representadas pelas endemias que atingiam a população rural. Vários indícios indicam que Mário Pinotti foi o consultor de Kubitschek na produção de um quadro das principais doenças que acometiam a população brasileira. As principais doenças e problemas de saúde pública destacados no programa de JK podem ser vinculados a três eixos interpretativos: o processo de continuidade de interiorização do poder público, iniciada na Primeira República;¹⁶⁸ o saneamento que também tem suas origens nas primeiras décadas do século XX;¹⁶⁹ e o aumento da produção rural através da recuperação da saúde do trabalhador. Esses três eixos seriam revestidos na segunda metade da década de 1950 pela ideologia do desenvolvimento.

¹⁶⁷ CASTRO, op. cit., p. 63-64.

¹⁶⁸ LIMA, Nísia Trindade. **Um sertão chamado Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Revan/IUPERJ, 1999. Cf. HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento**. As bases da política de saúde pública no Brasil. 1. ed. São Paulo: Hucitec/ANPOCS, 1998. Cf. CASTRO SANTOS, Luiz Antônio. O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção nacional. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1985.

¹⁶⁹ CASTRO SANTOS, Luiz Antônio; FARIA, Lina Rodrigues de. **A reforma sanitária no Brasil: ecos da Primeira República**. Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2003. Cf. LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitário da Primeira República. In: MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura (Orgs.). **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz/CCBB, 1996. Cf. HOCHMAN, op. cit. Cf. COSTA, Nilson Rosário. **Lutas urbanas e controle sanitário**. Origens das políticas de saúde no Brasil. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1986. 2 v.

No mesmo ano de 1955, durante o governo Café Filho, o então Ministro da Saúde Aramis Athayde analisou a relação entre saúde e desenvolvimento socioeconômico. Segundo o ministro, os programas de saúde eram parte de um planejamento mais global, tendo em mira o desenvolvimento econômico: “[...] os programas de saúde pública devem ser sempre organizados como contrapartida de planos de ordem geral”.¹⁷⁰ Para Athayde, a saúde era uma questão de superestrutura e, como tal, dependia da infra-estrutura da sociedade à qual pertence. Isto é, para melhorar a saúde da população, tem-se que desenvolver, em primeiro lugar, a estrutura econômica. O ideal seria que os processos de aperfeiçoamento da saúde pública e o desenvolvimento econômico ocorressem ao mesmo tempo.

[...] são vários os sentidos desta afirmação: um deles é a afirmação de que há que se considerar as condições sociais concretas que possibilitam os programas sanitários e não se pautar por parâmetros alheios à nossa realidade (não adianta fazer leis que não podemos cumprir nem nos pautarmos por ideais que não temos condições financeiras de arcar e que não correspondem às reais necessidades da população – por exemplo: serviços de alta tecnologia de assistência médica, elevado número de médicos por paciente, e demais parâmetros dos países desenvolvidos); o outro sentido é o que afirma que somente com a mudança na estrutura econômica, ou seja, somente com o desenvolvimento econômico, se poderá melhorar as condições sanitárias da população, seja porque aumentará a renda necessária para os gastos com saúde, seja porque a mudança nos hábitos advindos desta elevação no padrão de vida reduzirá as possibilidades de emergência das doenças; outro sentido da afirmação de que a saúde depende da infra-estrutura é a “convicção de que as doenças de cada região, de um modo geral, são comandadas pelas condições econômicas”, ou seja, as condições econômicas e o padrão de vida determinam o aparecimento das doenças, como é o caso das doenças de massa.¹⁷¹

Neste sentido, para Athayde a saúde não é causa do desenvolvimento econômico e social, mas é conseqüência dele, ou melhor, é uma variável dependente dele. A saúde depende da infra-estrutura econômica de cada sociedade específica. Os programas de saúde criados nos países ricos não poderiam atender às demandas dos países mais pobres, tendo em vista que

¹⁷⁰ ATHAYDE, Aramis. **Conferências pronunciadas em 1955 pelo ministro Aramis Athayde**. Rio de Janeiro: Serviço de Documentação do Ministério da Saúde, 1957.

¹⁷¹ *Ibid.*, p. 60.

necessidades nacionais divergem entre as nações pobres e as nações ricas. Há uma inversão em alguns discursos de Juscelino, em que a saúde se transforma no instrumento principal do desenvolvimento econômico, em que o desenvolvimento sanitário abre as portas para o crescimento econômico.¹⁷² Para Myrdal, mais importante do que os gastos exclusivos com serviços de saúde seria o desenvolvimento econômico integrado de áreas estratégicas como indústria, habitação, alimentação, trabalho, o que possibilitaria uma reforma sanitária racional.¹⁷³ Winslow tinha uma visão contrária, acreditava que o investimento prioritário no campo da saúde poderia produzir o desenvolvimento econômico de uma nação.¹⁷⁴ Farley analisou a dinâmica das relações entre pobreza, saúde e desenvolvimento. Em determinados momentos, predominava a posição daqueles que acreditavam que o controle ou a erradicação das doenças transmissíveis seria um pré-requisito para o desenvolvimento econômico-social. Mas havia períodos em que prevalecia a crença dos defensores de que, embora o controle das doenças fosse necessário, o desenvolvimento socioeconômico era um pré-requisito para a melhoria da saúde. Essas duas correntes de pensamento também coexistiam.¹⁷⁵

Retornando ao médico candidato a presidente, o Brasil necessitaria de todos os braços capazes (sadios) para a construção de uma nação desenvolvida. Juscelino entendia as questões de saúde pública como um problema de ordem internacional. No entanto, em alguns países, as enfermidades comprometiam mais o desenvolvimento econômico e social e eram obstáculos que impediam a modernização do país. Juscelino circulava entre as duas correntes analisadas por Farley.

¹⁷² Cf. CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 13., 1956, Fortaleza. **Anais do...** Fortaleza, Ceará. 12 a 16 de agosto de 1956. Comunicado n. 10. op. cit., passim.

¹⁷³ MYRDAL, op. cit.

¹⁷⁴ WINSLOW, op. cit.

¹⁷⁵ FARLEY, op. cit.

Juscelino toma posse em 31 de janeiro de 1956, depois de um conturbado período na política brasileira.¹⁷⁶ A morte de Getúlio em agosto de 1954 marcou o fim de uma política específica iniciada na Segunda República.¹⁷⁷ JK implantou uma nova política que tinha como base o progresso do país por intermédio do desenvolvimento econômico. Esse desenvolvimento só seria possível com o aumento da produção nacional. O aumento dessa produção estaria atrelada à melhoria sanitária da população rural. Os trabalhadores rurais teriam que se beneficiar dos recursos materiais e humanos que se encontravam nos grandes centros urbanos. Neste sentido, o interior deveria ser ocupado pelo poder público e transformado pelo progresso científico. É nesse contexto que a construção da nova capital do país, Brasília, sintetizava as metas de JK.

Sanear os incapacitados pelas doenças de massa, reforçar a autoridade pública no interior e aumentar a produção da classe trabalhadora eram os eixos interpretativos que orientavam as metas estabelecidas por Juscelino no seu Programa. As doenças, ou melhor, as endemias rurais e sua importância no contexto nacional poderiam ser compreendidas por esses três eixos. A relação dos fatores que envolvem o combate às endemias rurais, a presença do poder público no interior e o aumento da produção da classe trabalhadora não eram exclusividades do governo de Juscelino. Esses fatores estiveram presentes em outros contextos da nossa

¹⁷⁶ Tanto a candidatura como a eleição de JK não foi consensual. Juscelino seria identificado como herdeiro de Getúlio pelos udenistas. Dentro do seu partido, foi acusado de “esquerdista” pelo grupo mais conservador. Outro ponto polêmico de sua candidatura seria a indicação de João Goulart como vice-presidente. Cf. FERREIRA, Jorge. Crises da República: 1954, 1955 e 1961. In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília de Almeida Neves. **O tempo da experiência democrática**: da democratização de 1945 ao golpe militar de 1964. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p. 316. (Brasil Republicano Volume III).

¹⁷⁷ O suicídio de Getúlio Vargas criou uma crise e modificou por completo o cenário político. Cf. MARTINS FILHO, João Roberto. Forças Armadas e política, 1945-1964: a ante-sala do golpe. In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília de Almeida Neves. **O tempo da experiência democrática**: da democratização de 1945 ao golpe militar de 1964. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p 118. (Brasil Republicano Volume III).

história, como nas primeiras décadas do século XX, período denominado de República Velha.¹⁷⁸ Mas o arranjo que eles tiveram dentro do contexto específico da Guerra Fria, da ideologia do desenvolvimento e da agenda sanitária internacional marca o governo JK.¹⁷⁹

2.1.1. Sanear o povo, sanear o interior para salvar a produção: trajetos para o desenvolvimento econômico

Uma doença que serve de exemplo para a compreensão dos três eixos citados acima é o tracoma.¹⁸⁰ Considerada no Programa de JK como responsável pela incapacitação de um milhão de trabalhadores brasileiros até meados da década de 1950, o tracoma ameaçava de cegueira duzentos mil brasileiros nas áreas rurais e estava presente nos estados do Ceará, de

¹⁷⁸ HOCHMAN, op. cit., passim. Cf. CASTRO SANTOS, op. cit., passim. Cf. CAMPOS, op. cit., passim.

¹⁷⁹ O mapeamento da real situação sanitária da população brasileira proporcionou aos velhos fatores (saneamento, interiorização e produção) uma dimensão interpretativa do contexto político, econômico e social na década de 1950. Os trabalhos de Mario Pinotti foram responsáveis em parte pela elaboração do mapeamento e dessa interpretação. Cf. PINOTTI, Mario. Primeira campanha antimalária na região do São Francisco. **Diário do Congresso Nacional**, Rio de Janeiro, 1947. Cf. PINOTTI, Mario. A importância atual do problema das endemias rurais do Brasil. **Anais da Faculdade Fluminense de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 4, 1956. Cf. PINOTTI, Mario. **Saúde e riqueza**. Discurso pronunciado em nome da Sociedade Brasileira de Higiene. Rio de Janeiro, 24 abr. 1958. Cf. PINOTTI, Mário. **Vida e morte do brasileiro**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1959.

¹⁸⁰ Tracoma é uma doença infecciosa da conjuntiva e da córnea produzindo fotofobia e lacrimejamento; causada pelo *chlamydozoon trachomatis* (pequena bactéria gran-negativa) caracterizada por “pannus” congestão, inflamação e hipertrofia foliculo papilar da conjuntiva. O tracoma está presente na África, Oriente Médio, sul da Ásia e América do Sul. Atinge principalmente populações de regiões áridas ou onde a poeira, a falta de higiene e a promiscuidade são fatores predisponentes. Contato direto, objetos contaminados com secreções oculares (lenços e toalhas) ou insetos podem contribuir para transmissão. O período de incubação é 5 a 12 dias. O início é insidioso ou súbito, e a evolução prolongada, podendo durar anos ou toda a vida, se não tratada. Nas fases mais avançadas, há alterações cicatriciais que podem produzir deformação das pálpebras, diminuição progressiva da acuidade visual e cegueira. O tracoma constitui a principal causa de cegueira evitável nos países em desenvolvimento. As medidas de controle incluem o saneamento básico, a educação sanitária, higiene pessoal, busca de tratamento coletivo dos casos. Cf. REY, Luís. Dicionário de Termos Técnicos de Medicina e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, S. A., 1999, p. 751.

São Paulo e do Rio Grande do Sul. Para Juscelino, a ausência de educação e higiene em algumas regiões contribuía expressivamente para o elevado número de contaminados pela doença. A questão geográfica também era apontada como outro fator importante, as terras roxas de São Paulo e do norte do Paraná agravariam as lesões provocadas pelo tracoma. Segundo o candidato, o tracoma era uma doença fácil de combater, já que os antibióticos de ação local, como as sulfas, eram considerados eficazes. Apenas uma minoria da população precisaria de cuidados especiais. Dois fatores são apontados como obstáculos ao estabelecimento de uma ação profilática eficiente: o caráter rural da doença que dificultava o acesso aos doentes e o tratamento incorreto por parte da população doente, que interrompia a medicação quando apresentava melhora no quadro clínico. A necessidade de retorno ao trabalho parecia ser a explicação para o abandono do tratamento.¹⁸¹

Assistência patrocinada pelo governo levando até as zonas rurais a medicação necessária foi a ação proposta no programa para a meta de se eliminar esta doença durante o mandato presidencial de JK. Essa assistência se daria por equipes de “medicadores” fixas ou móveis com grande mobilidade que assistiriam os doentes o mais próximo possível dos locais de trabalho ou das moradias, ocasionando, dessa forma, um tratamento mais eficaz e sem interromper as rotinas da população. Assim, os “medicadores” deveriam ir até os doentes, e não o contrário. A proposta de campanha a ser empreendida contra o tracoma era exemplar sob a perspectiva de recuperar a saúde do trabalhador e auxiliar no desenvolvimento nacional.¹⁸² No entanto, as ações empregadas contra as endemias rurais seriam executas por meio de modelos de campanhas verticais, que não consideravam as especificidades locais. Acreditava-se que apenas a aplicação rigorosa da técnica garantiria o sucesso.

¹⁸¹ PROGRAMA DE SAÚDE PÚBLICA DO CANDIDATO JUSCELINO KUBITSCHER DE 1955, op. cit. p. 27.

¹⁸² Ibid., p. 28.

O “caminho do desenvolvimento econômico” passaria também pela erradicação da bouba.¹⁸³ A bouba incapacitava quinhentos mil trabalhadores no interior do Brasil e, mesmo apresentando baixo índice de mortalidade, representava um grande problema de saúde pública por dois motivos: primeiro, devido a sua alta incidência em várias regiões e por ser altamente contagiosa. Segundo, a endemia poderia incapacitar o indivíduo definitivamente. As lesões nas palmas das mãos e nas plantas dos pés que causavam dores intensas comprometiam fortemente as atividades no mundo do trabalho. A bouba era endêmica na região amazônica, nas regiões do nordeste e no leste do território nacional.¹⁸⁴

Segundo JK, a bouba era um problema de fácil solução devido à simplicidade das medidas de prevenção e do tratamento. Assim, bastaria “aplicar uma injeção de um milhão de unidades de penicilina e o doente de bouba ficará curado”.¹⁸⁵ A estratégia seria aplicar penicilina em todos os doentes de bouba, seguindo o exemplo da campanha empreendida no Haiti pela Repartição Sanitária Pan-Americana.¹⁸⁶ A indústria brasileira, segundo os formuladores do Programa de Saúde Pública, já teria as condições necessárias para a produção de penicilina para atender à demanda. As equipes deveriam ser treinadas nos moldes das equipes da malária dirigidas por Pinotti no interior do país e levariam a medicação a qualquer localidade onde existissem

¹⁸³ Bouba é uma doença aguda ou crônica, causada por *Treponema Pertenuae*, cuja transmissão faz-se por contato direto não venéreo ou indireto. A lesão inicial, que aparece 3-5 dias após a inoculação, é uma pápula que depois se torna crostosa ou ulcerada. Segue-se um período precoce, caracterizado por lesões não destrutivas da pele (placas, eritema macular ou escamoso, lesões nodulares, hiperkeratose etc.), das mucosas (lesões maculopapulares) e dos ossos (osteíte, periostite, osteoperiostite, osteomielite e sinovite). Nas fases sintomáticas tardias, uma série de lesões, que vão desde placas escamosas, eritematosas ou hiperkeratóticas (frequentes nas mãos e pés) e nódulos cutâneos até lesões destrutivas, geralmente ulcerativas, podem desenvolver-se na pele e nos ossos. Cf. REY, *ibid.*, p. 102.

¹⁸⁴ PROGRAMA DE SAÚDE PÚBLICA DO CANDIDATO JUSCELINO KUBITSCHER DE 1955, *op. cit.*, p. 24.

¹⁸⁵ *Ibid.*, p. 25.

¹⁸⁶ CUETO, *op. cit.*

doentes.¹⁸⁷ A bouba seria uma espécie do “símbolo” do atraso brasileiro desde os tempos coloniais, perpetuado por outros governos pela omissão do poder público e pela ausência de terapêutica eficaz. Para JK, esse legado negativo do passado poderia ser agora encerrado.¹⁸⁸

Segundo o cientista e sanitarista Nery Guimarães,¹⁸⁹ o Brasil apresentava muitos contrastes em relação a sua estrutura sanitária. Esta foi responsável pela realização de importantes campanhas de saúde pública, campanhas complexas e modernas como, por exemplo, a campanha que erradicou o *Anopheles Gambiae* no Nordeste. Foi obtido o controle da febre amarela, da peste e da malária e muito se avançou na organização e nos investimentos contra a tuberculose. No entanto, não houve a mesma atenção para com a bouba. Segundo Guimarães, a bouba, de modo semelhante à ancilostomíase, consumia e incapacitava a população do interior, mas raramente causava óbitos.¹⁹⁰ Neste sentido, não era reconhecida como um problema grave de saúde pública pelos serviços de saúde. Assim como o tracoma, a bouba entrava na agenda por associação a sua presença no mundo rural e à incapacitação dos trabalhadores – obstáculos para a modernização.

A preocupação com as doenças de massa estava associada ao seu impacto negativo sobre o desenvolvimento nacional. A prevalência das endemias rurais era um indicador do subdesenvolvimento e denúncia do estado precário da estrutura da saúde pública. Na perspectiva de Nery Guimarães, na Europa, as endemias rurais eram denominadas de “doenças coloniais” e, em geral, discutidas pela ótica imperialista, isto é, as soluções

¹⁸⁷ PROGRAMA DE SAÚDE PÚBLICA DO CANDIDATO JUSCELINO KUBITSCHER DE 1955, op. cit., p. 25.

¹⁸⁸ Ibid., passim.

¹⁸⁹ GUIMARÃES, F. Nery. Normas e diretrizes para uma campanha contra a bouba. **Revista de Higiene e Saúde Pública**, Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Higiene, ano 12, n. 1/4 janeiro/dezembro 1953.

¹⁹⁰ Ibid., p. 35-36.

propostas eram baseadas em programas de profilaxia visando exclusivamente à exploração econômica imediata¹⁹¹ No entanto, os problemas sanitários das nações pobres eram problemas mais profundos e complexos, questões de caráter mais estrutural, não somente de saúde, mas também de moradia, alimentação, trabalho etc.¹⁹²

Entre as endemias rurais, a malária¹⁹³ era a que parecia menos preocupar o candidato. A erradicação da malária seria uma consequência natural dos programas de controle que operavam no país. Depois dos oito milhões de casos registrados na década de 1940, a malária estava reduzida a trezentos mil casos, representando resíduos da doença em certas regiões de difícil acesso. O resultado dessa queda no índice da doença seria creditado principalmente ao programa de controle desenvolvido pelo Serviço Nacional de Malária (SNM). Juscelino enaltecia o comando do sanitarista Mario Pinotti que esteve à frente do programa de controle do SNM e era o grande responsável por este extraordinário recuo da doença. A redução estimada em 97% significava, para o candidato à presidência em 1955, uma grande vitória da saúde pública brasileira, em que a malária não representava mais um grave problema de saúde ou econômico para o país. Para ele:

Os restos de malária existentes no Brasil podem ser facilmente eliminados com a aplicação intensiva, entre outros, de um método brasileiro – o sal cloroquinado. [...] A malária deixou realmente de ser o mais grave problema de saúde pública do Brasil! Mas, se for eleito, comprometo-me a erradicá-la completamente do país, de maneira que ao invés de passar para o sangue dos brasileiros, ela passe pura e simplesmente para seus livros de história.¹⁹⁴

¹⁹¹ Ibid., p. 44-45.

¹⁹² MYRDAL, op. cit.

¹⁹³ Doença causada por parasitos do gênero *Plasmodium* (família *Plasmodiidae*). A transmissão normal é feita por mosquitos, *Anopheles*, que inoculam os esporozoítas ao picar para sugar o sangue. Ocasionalmente pode ser transmitida congenitamente, por transfusão de sangue ou por seringas contaminadas (consumidores de drogas). O quadro clínico e a gravidade da infecção variam com as espécies de plasmódios e também com o estado imunológico do paciente. O mecanismo patogênico é complexo e marcado pela repetida destruição do grande número de hemácias, e no fim de cada ciclo esquizogônico. Cf. REY, op. cit., p. 479.

¹⁹⁴ PROGRAMA DE SAÚDE PÚBLICA DO CANDIDATO JUSCELINO KUBITSCHER DE 1955, op. cit., p. 16 et seq.

Como veremos no capítulo 4, a promessa e o cumprimento dessa meta decorreram de uma mudança radical nesse discurso. Em 1958, tanto JK como Pinotti mudaram de opinião em relação à malária. A doença passou a ser vista como o problema sanitário mais grave que a população brasileira enfrentava. A primeira ação política dessa mudança de parecer sobre a doença foi a criação de um Grupo de Trabalho de Controle e Erradicação da Malária. Notaremos também que essa mudança poderia ter sido motivada não apenas pela redescoberta da gravidade da doença, mas por outras necessidades, como a obtenção de recursos para alavancar o projeto de desenvolvimento do governo JK.

A eliminação do bócio¹⁹⁵ endêmico era outra meta prioritária na área da saúde do governo JK. O bócio era retratado no Programa como uma doença, produto da falta de ingestão de iodo necessário na alimentação diária, e era uma das doenças que mais incapacitava para o serviço militar. Era a imagem da pobreza brasileira manifestada pelo precário acesso à alimentação: quatro milhões de brasileiros teriam déficit de iodo em sua alimentação diária.¹⁹⁶

¹⁹⁵ O bócio seria todo aumento de volume da glândula tireóide, seja ele nodular ou difuso. Bócio difuso nodular – doença auto-imune da glândula tireóide caracterizada por hiperplasia glandular difusa tireotoxicose, oftalmopatia infiltrativa e, em alguns casos, dermatopatia infiltrativa [...]. As manifestações características incluem perda de peso, aumento do apetite (ainda que possa haver anorexia nos idosos e nos casos graves, nervosismo e perturbações emocionais, exoftalmia e outras alterações oculares, retração palpebral e lentidão palpebral). Bócio não-tóxico – aumento da glândula tireóide devido a multiplicação folicular, desacompanhada de hipertireodismo ou tireotoxicose. Conforme o tipo pode ser um bócio não-tóxico difuso ou um bócio não-tóxico nodular, a forma difusa tendendo a passar a nodular no decurso do tempo, e podendo formar um ou mais nódulos (bócio não-tóxico multinodular). A morfologia e metabolismo iódico dos folículos variam amplamente e não se correlacionam. Os folículos nodulares e extranodulares são indistinguíveis. A causa mais comum deste tipo de bócio é deficiência de iodo na dieta [...]. Cf. REY, op. cit., p. 101.

¹⁹⁶ PROGRAMA DE SAÚDE PÚBLICA DO CANDIDATO JUSCELINO KUBITSCHKE DE 1955, op. cit., p. 43.

O bócio estava mais presente no interior do país, no estado de Minas Gerais, em Goiás e também em áreas de São Paulo. A estratégia estabelecida por JK para eliminar o bócio era fazer cumprir com rigor a Lei nº 1.944/53, que estabelecia normas para a fabricação e comercialização do sal iodetado (um quilo para uma tonelada de sal de cozinha). Segundo JK:

Não se concebe que uma doença assim tão fácil de combater continue ameaçando o Brasil, simplesmente porque não se cumpre uma lei ou por simples e pura preguiça. Meu governo executará a lei que manda iodetar o sal de cozinha destinado ou consumido nas regiões bocígenas. Evitará assim que a multiplicação de loucos e débeis mentais, de **brasileiros inúteis ao trabalho** e à defesa do Brasil, como tristemente constataram os oficiais do Exército que em 1948 recebiam e examinavam os seus patrícios na idade de aprender o manejo de uma arma, tão indispensável para o Brasil como o manejo de um instrumento de trabalho.¹⁹⁷ (grifo nosso)

A preocupação de JK era não somente com a produção prejudicada pelas endemias que atingiam a população, mas também com um dos problemas centrais de todas as nações pós - Segunda Guerra: a questão da segurança nacional. Na década de 1950, no período inicial da Guerra Fria, a tensão provocada pela bipolarização do mundo em dois blocos provocou inevitavelmente nos países uma necessidade de desenvolvimento das forças armadas.¹⁹⁸ A importância de ter um exército forte para garantir a defesa territorial e, no caso da América Latina, a necessidade de ter um discurso bem afinado com os EUA, afastariam a ameaça comunista. Neste sentido, em alguns momentos a associação entre doenças e comunismo era estabelecida, em particular entre malária e comunismo.¹⁹⁹

¹⁹⁷ Ibid.

¹⁹⁸ HOBBSAWN, op. cit., p. 224.

¹⁹⁹ JACKSON, op. cit.

Para a esquistossomose,²⁰⁰ uma doença que atingia três milhões de brasileiros, nas regiões que iam do Maranhão ao norte do Paraná, incluindo os estados do Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia, Espírito Santo e Minas Gerais, o objetivo da futura administração federal era o seu controle. Na análise de Juscelino, a relação entre a esquistossomose e a produção era evidente. O homem portador da doença tornava-se um indivíduo incapaz para o trabalho, e o tratamento da população infestada seria complexo e difícil. Complexo na medida que não havia então medicamento que pudesse ser administrado por via oral capaz de garantir o tratamento nessas regiões sem assistência médica. Difícil, porque a principal ação contra a esquistossomose se limitava ao combate ao caramujo, para interromper o ciclo da transmissão da doença. O desafio é que a presença deste estava disseminada em rios e lagoas por todo o país. Segundo Juscelino, a missão, mesmo difícil, deveria ser cumprida, o controle e até a erradicação da esquistossomose não seria impossível. Como estratégia principal para a doença do caramujo, os serviços de saúde deveriam experimentar e aplicar os medicamentos mais novos e eficazes, e evitar a contaminação de áreas ainda não infestadas. O otimismo de JK frente às dificuldades de eliminação da esquistossomose vinha, mais uma vez, da experiência com a malária:

Mas não devemos desanimar diante das enormes dificuldades apresentadas pelo combate a essa endemia. Os governos são como os amigos – não devem esmorecer para não desmerecer. A malária foi durante muito tempo considerada um problema insolúvel. Mas foi praticamente erradicada do nosso país. Meu governo atacará, com todas as forças e recursos existentes, a esquistossomose, para proteger três milhões de brasileiros.²⁰¹

²⁰⁰ Infecção ou doença causada por diversos helmintos trematódeos do gênero *Schistosoma* que parasitam as veias do homem ou de outros vertebrados e produzem quadros clínicos diferentes segundo as espécies em causa. É contraída em coleções de água doce onde as larvas infectantes do parasito (cercárias) completaram seu desenvolvimento no interior dos moluscos gastrópodes dos gêneros *Biomphalaria*, *Bulinus* ou *Oncomelania* [...]. Cf. REY, op. cit., p. 292.

²⁰¹ PROGRAMA DE SAÚDE PÚBLICA DO CANDIDATO JUSCELINO KUBITSCHER DE 1955, op. cit., p. 24.

O exemplo do declínio da malária mostrava o desenvolvimento de alguns programas de controle que poderiam servir de modelo para outras endemias. Esse seria o principal argumento defendido por JK e sustentado pelo diretor do SNM. O interessante era que a malária perdia importância no cenário nacional, no período em que ocupava o principal espaço no contexto da saúde pública internacional. E seu declínio era tão destacado, e se era possível quase “eliminar” uma das mais antigas doenças de massa, Juscelino não via motivo para o que mesmo não acontecesse com outras endemias rurais. Veremos que a malária seria um exemplo, mas também teria outras funções no governo JK. O discurso de tranquilidade em relação à doença seria uma postura otimista e necessária para o novo projeto.²⁰²

As endemias rurais simbolizavam a imagem de uma nação atrasada, de uma nação que não havia conseguido resolver os problemas básicos de saúde. O peso das endemias rurais no Brasil era maior, porque o Brasil na década de 1950 era um país rural. As precárias moradias dos trabalhadores do interior no Brasil eram um dos principais fatores responsáveis pela manifestação da doença de Chagas,²⁰³ uma doença que atingia uma parcela da população ativa do país e comprometia a produção agrícola. Neste sentido, a doença de Chagas era mais uma das doenças que inutilizaria o trabalhador. No Brasil em 1955, de 600 municípios pesquisados, 162 tinham a doença, sendo que em 31.984 localidades inspecionadas pela equipe que trabalhava com Pinotti no SNM, 18.279 localidades tinham os “barbeiros” transmissores.

²⁰² Ibid., p. 17.

²⁰³ Doença que, na fase aguda, manifesta-se geralmente por febre, tumefação local (chacoma) ou edema bupalpebral unilateral, adenite regional (complexo oftalmoganglionar) podendo acompanhar-se de anemia tóxica, hepatomegalia, miocardite aguda e, eventualmente, meningite. O início costuma ser discreto ou assintomático, caracterizando uma fase indeterminada da doença, de duração muito variável [...]. Cf. REY, op. cit., p. 766.

As ações de controle da malária seriam novamente exemplificadas positivamente. O combate à doença de Chagas deveria seguir os passos tomados na campanha contra a malária. A principal meta estabelecida para enfrentar a doença de Chagas foi a cobertura total de uma área geográfica com um milhão de habitações com uma população média de quatro milhões. Neste sentido, os inseticidas de ação residual utilizados na luta contra a malária consistiriam também na arma mais eficaz contra a doença de Chagas. Existia um esforço por parte do grupo de sanitaristas para que a doença de Chagas ocupasse o espaço aparentemente deixado pela malária em relação gravidade endêmica,²⁰⁴ ou seja, para que a doença de Chagas fosse considerada como o problema mais grave de saúde pública.

O Programa de Saúde Pública do candidato Juscelino era um mapeamento geral da situação sanitária do Brasil. Apresentava os problemas e as soluções que, em alguns casos, segundo JK, seriam simples de resolver. Este documento tinha a assinatura implícita de Pinotti, mas era um documento mais político do que técnico. A complexidade das questões que envolviam as endemias como a doença de Chagas e até a própria malária não era aprofundada, mas sim atenuadas pelo discurso político de apelo popular. As metas seriam promessas de campanha. Veremos mais adiante, com os balanços, o grau de comprometimento do governo JK com a sua propaganda de saúde.

²⁰⁴ KROPF, op. cit.

A leishmaniose cutânea²⁰⁵ foi considerada, no Programa de Saúde Pública de JK, uma doença “profissional”, porque acometia a classe trabalhadora que atuava principalmente em atividades extrativistas, construção de estradas e em trabalhos semelhantes. A doença atingia um número maior de trabalhadores na faixa etária entre 20 e 30 anos, ocasionando baixa produtividade agrícola. O Serviço Nacional da Malária cuidaria dos mosquitos transmissores da leishmaniose nas suas duas formas: cutânea e visceral. A doença estava presente no Ceará, em Pernambuco, na Bahia, em São Paulo e no nordeste de Minas Gerais. Os três focos de maior incidência eram: primeiro, o que estava situado no oeste do estado de São Paulo com incidência de 30 mil casos; o segundo foco localizava-se no nordeste de Minas Gerais; e a terceira de área de gravidade compreendia do Nordeste até a capital da Bahia. Para JK, o programa de prevenção da leishmaniose obedeceria a duas direções:

[...] Assim sua profilaxia pode ser feita vantajosamente por duas formas: primeiro, com a assistência medicamentosa, deslocando-se sempre o médico à procura do doente. Segundo, com a proteção auxiliar das habitações sertanejas com inseticida de ação residual, visto que os mosquitos, embora vivendo nas matas, invadem freqüentemente os domicílios situados próximos.²⁰⁶

A erradicação da leishmaniose cutânea e visceral como meta seguiria também, em grande parte, os passos da campanha da malária, como ações de dedetizações com inseticida residual. A leishmaniose não tinha a mesma importância de outras endemias, mas preenchia todos os

²⁰⁵ As leishmanioses são doenças infecciosas, causadas por protozoários do gênero *Leishmania*, que podem afetar o homem e animais silvestres e domésticos, principalmente o cão. No Brasil, as leishmanioses apresentam-se como duas doenças distintas: a leishmaniose visceral, também conhecida por calazar, é causada pela *Leishmania (Leishmania) chagasi*, e a leishmaniose tegumentar, que pode ser causada por diferentes espécies, sendo as mais importantes, *Leishmania (Viannia) braziliensis*, *Leishmania (Viannia) guyanensis* e *Leishmania (Leishmania) amazonensis*. A transmissão ocorre pela picada de flebotomíneos, insetos vetores, popularmente conhecidos por “mosquito palha” ou “cangalhinha”, pelo tamanho reduzido, coloração clara e por pousarem com as asas abertas e eretas. Esses vetores pertencem ao gênero *Lutzomyia*, sendo a espécie *L. longipalpis* responsável pelo calazar, enquanto *L. intermédia*, *L. whitmani*, *L. flaviscutellata*, *L. reducta*, *L. olmeca nociva*, *L. anduzei*, *L. umbratilis* têm sido incriminadas na transmissão da leishmaniose tegumentar. Cf. REY, op. cit., p. 456.

²⁰⁶ PROGRAMA DE SAÚDE PÚBLICA DO CANDIDATO JUSCELINO KUBITSCHEK DE 1955, op. cit., p. 19.

requisitos de uma doença de massa que comprometia o desenvolvimento econômico de uma nação. Primeiro, ela era uma doença fruto da “ignorância cultural e pobreza material” de uma parcela significativa da população brasileira, que não usufruía uma estrutura básica sanitária. Segundo, a leishmaniose era uma doença do interior, de uma população que sofria com as endemias rurais, mas sofria muito mais com a “negligência do governo federal”. Terceiro, a presença dessa endemia comprometia a produção da classe trabalhadora. A leishmaniose até 1955 estaria sendo combatida por ações do SNM.

Esse era o retrato da leishmaniose apresentado no Programa JK. Doença fruto da pobreza, ausência de educação sanitária e poder público. Presente em todo território, mas era mais preocupante nos estados de São Paulo, Ceará e Minas Gerais, estado que foi governado pelo candidato Juscelino, que pouco poderia fazer, porque a saúde pública era de responsabilidade do governo federal. Esse modelo centralista das políticas de saúde seria reforçado na administração de JK, com a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), isto é, o Programa de Saúde não seria uma proposta inovadora para a agenda de saúde pública, e sim, o aprofundamento de um modelo vigente.

As verminoses seriam, na visão de Kubitschek, o mais um grave problema de saúde que acometia a população brasileira relacionado à questão econômica. Os tipos de verminoses não foram discriminados no Programa de Saúde, e eram vistos como as portas de entrada de outras doenças. Apesar do baixo índice de mortalidade, as verminoses reduziam a capacidade do trabalhador rural comprometendo a produção agrícola. O homem com verminose era “uma

sombra de homem, uma ficção de trabalhador”.²⁰⁷ Para Juscelino, seguindo as concepções na tradição dos sanitaristas da Primeira República, esta realidade seria conseqüência das precárias condições de vida no interior, da ignorância, da falta de abastecimento de água e de esgotos, isto é, mais uma vez a relação entre pobreza e saúde se faz presente no discurso de JK.

[...] A falta de serviços de abastecimento de água, por exemplo, obriga no interior a utilização de águas poluídas, infestadas de vermes e ovos ou larvas de vermes, que esperam apenas o momento de instalar-se nos debilitados organismos sertanejos. O esgoto na vida primitiva do sertanejo é quase sempre uma pequena corrente de água a céu aberto. Os perigos da contaminação multiplicam-se ao infinito – perigos diretos pelo contato com a água poluída, indireto por todos os outros meios, inclusive pelos insetos [...].²⁰⁸

As verminoses em 1955 estavam presentes em uma extensa área do território nacional e, em algumas localidades, 100% da população na faixa etária entre 7 e 14 anos sofria com as verminoses. Em outras áreas, cerca de 2/3 dos examinados estavam acometidos por verminoses, embora não com o mesmo índice de gravidade. O combate à e o controle das verminoses deveriam ser feitos principalmente pelo fornecimento de água potável à população rural. A principal ação de saúde pública deveria ser a implantação do sistema de água e esgoto, isto é, o saneamento básico e o desenvolvimento da educação sanitária resolveriam a questão.²⁰⁹

A lepra²¹⁰ era uma doença grave que atingia em torno de 70 mil brasileiros. Desse número, apenas 22.384 estavam hospitalizados nos 36 leprosários, colônias e sanatórios no país. A

²⁰⁷ Ibid., p. 21.

²⁰⁸ Ibid., p. 22.

²⁰⁹ Ibid.

²¹⁰ Doença que na fase adulta manifesta-se geralmente por febre, tumefação local (**chagoma**) ou edema bupalpebral unilateral, adenite regional, podendo-se acompanhar de anemia tóxica, hepatomegalia, miocardite

doença não estava apenas distribuída no interior do país, atingindo um número considerável nas capitais. Assim JK apresentou mais uma doença que pretendia combater no seu governo. Segundo Juscelino, a lepra era uma das doenças que simbolizava a inferioridade de uma nação.

Por ano eram registrados 5 mil novos casos, sendo 230 mil o número de indivíduos que corriam risco por estarem em contato diretos com os contaminados. A meta para essa doença era o tratamento e a prevenção por meio da utilização de sulfonas, de TB I e da vacina BCG. Além disso, a campanha previa a ampliação da assistência médica e hospitalar aos portadores de lepra.

Empenharemos todas as nossas energias no patriótico afã de apagar, definitivamente, a mancha negra da lepra – que nos humilha perante o conceito das nações de maior expressão, porque o Brasil é o único país civilizado que luta contra essa endemia. Graças às sulfonas e ao TB 1 como tratamento, poderemos curar os leprosos ou tornar inativa a doença, isto é, torná-la impossível de se transmitir a outros indivíduos, desde que o medicamento possa ser aplicado convenientemente a todos os doentes, independente dos recursos econômicos ou do local em que se encontram.

Meu governo pleiteará a honra de libertar o Brasil dessa doença, que nos coloca em situação de manifesta inferioridade perante as nações contemporâneas.²¹¹

A preocupação com a lepra ia além da questão de saúde pública, mas a própria imagem do país no cenário internacional era prejudicada, pois é uma doença associada à pobreza e à ausência de educação e saúde, uma doença historicamente antiga que revelava o grau de

aguda e, eventualmente, meningite. O início costuma ser discreto ou assintomático, caracterizando uma fase indeterminada na doença, de duração muito variável. Os casos evoluem para a fase crônica e podem apresentar: febre, poliadenia, anemia, palpitações e perda de peso, miocardite com alterações eletrocardiográficas (arritmias, bloqueios), cardiomegalia e insuficiência circulatória. No sistema digestório podem produzir-se perturbações do trânsito e dilatações (megaesôfago e megacólon etc.); também o sistema nervoso chega a ser afetado. As lesões desencadeadas pelo T. cruzi são de natureza inflamatória aguda ou crônica e parecem relacionadas com mecanismos de hipersensibilidades e auto-agressão [...]. Cf. REY, op. cit., p. 766.

²¹¹ PROGRAMA DE SAÚDE PÚBLICA DO CANDIDATO JUSCELINO KUBITSCHKE DE 1955, op. cit., p. 15.

atraso em que o Brasil se encontrava. As marcas da lepra visíveis eram constrangedoras e contrárias ao projeto de modernização proposto por JK.²¹²

A tuberculose²¹³ não era uma doença considerada tipicamente rural, apresentando altos índices de casos na população dos centros urbanos e no interior do país. Contudo, era uma doença fortemente presente na classe trabalhadora, um sério e antigo problema sanitário, ocasionado pela miséria. Segundo o Programa apresentado por JK, a tuberculose nos dez anos anteriores à campanha havia sofrido uma expressiva queda na taxa de mortalidade em quase todas as capitais brasileiras. Neste sentido, ações contra a doença deveriam continuar. A meta principal de Juscelino para a tuberculose seria a ampliação da campanha por meio da intensificação do tratamento domiciliar e ambulatorial próximo à residência do doente. Havia intenção também de promover a divulgação de informações sobre a doença.

²¹² Ibid. Cf. TRONCA, Italo A. **As máscaras do medo: lepra e aids**. São Paulo: Editora Unicamp, 2000. p. 102.

²¹³ Doença infecciosa e contagiosa determinada pelos agentes *Mycobacterium tuberculosis* ou *Mycobacterium bovis*, de evolução normalmente crônica e progressiva, acometendo em especial os pulmões. Os agentes infecciosos são *Mycobacterium tuberculosis* e *Mycobacterium bovis*, bacilos da família *Mycobacteriaceae*. A primeira espécie tem o homem como único reservatório, a segunda, o *Mycobacterium bovis*, que causa a tuberculose bovina, quando transmitida à espécie humana torna-se muito virulenta, principalmente em pessoas com imunodeficiência. Tem transmissão predominantemente por via aérea. O contágio pode ser direto, através de finas gotículas de secreção oronasal contendo os bacilos da tuberculose, que são eliminados pela pessoa contaminada durante a tosse, o espirro e a fala e ficam em suspensão no ar e são inaladas por pessoas suscetíveis à infecção. Estas gotículas, contendo as bactérias, chegam até os bronquíolos e os alvéolos, dando início ao processo infeccioso. A transmissão também pode ser feita por contato oral com os bacilos. A infecção por *Mycobacterium bovis* quando transmitida ao homem acontece, em geral, pela ingestão do leite de vaca contaminado. A tuberculose humana de origem bovina tornou-se rara em muitos países, devido à vacinação dos animais e à pasteurização do leite. Da infecção ao aparecimento da lesão primária decorrem cerca de 6 a 12 semanas. O risco da tuberculose pulmonar progressiva ou extrapulmonar é maior dentro de 1 a 2 anos após a infecção inicial, podendo persistir durante toda a vida sob a forma latente. A infecção inicial passa, em geral, despercebida na maioria dos casos; porém, pode evoluir para as diferentes formas de tuberculose, como a pulmonar ou mesmo extrapulmonar, causando lesões, principalmente, na meninge, cérebro, intestino, coração, ossos, traquéia e fígado. Conforme a gravidade das lesões, a sintomatologia é caracterizada por febre, tosse, expectoração, inapetência, emagrecimento, dores torácicas e hemoptises. Em outras localizações, estas manifestações são variáveis, em decorrência da área do corpo afetada. O diagnóstico é geralmente estabelecido pelos exames clínico, laboratorial e radiológico, pela pesquisa do agente infeccioso no escarro e em outros materiais biológicos. A prevenção e o controle são feitos com medidas de higiene geral e com a aplicação da vacina BCG. REY, op. cit., p. 825.

Em 1945, 315,5 era o número de mortos em 100 mil pessoas no Distrito Federal. Em 1950, essa taxa caiu para 193 e, em 1953, registravam-se apenas 92 mortes por tuberculose, entre 100 mil na Capital. Apesar de uma queda expressiva da taxa de mortalidade por tuberculose no Rio de Janeiro, esse fato não correspondia à realidade da doença no Brasil. O Distrito Federal alcançou esses indicadores positivos porque tinha mais recursos disponíveis. No entanto, na primeira metade da década 1950, a tuberculose ainda estava presente em algumas capitais brasileiras como Belém, Vitória, Niterói, Porto Alegre e Belo Horizonte, sendo a principal causa de mortalidade, inclusive no Distrito Federal.

A tuberculose era mais uma doença presente nas camadas mais pobres da população brasileira. Em seu Programa, Juscelino assumia o compromisso de fornecer assistência médica gratuita com a distribuição de remédios aos doentes de tuberculose, a vacinação preventiva pelo BCG, a assistência material ou hospitalar e o tratamento cirúrgico quando indicado.

Não tenho dúvidas que com o emprego dos quimioterápicos e antibióticos poderosos de que dispomos, esperanças dos especialistas, possa se vencer a etapa difícil de fazer chegar essa medicação ao alcance de todos os doentes. Mas o homem pobre, a família modesta, mesmo a família da classe média, não podem desviar dos seus orçamentos as quantias necessárias à aquisição de remédios, ainda caríssimos para as suas reduzidas posses.

Além disso, a enfermidade em qualquer membro da família, especialmente na fase mais produtiva da vida, a partir da adolescência, significa grave desfalque no orçamento doméstico, desfalque ainda mais grave e mais dramático e doloroso, quando o enfermo é justamente o chefe da família, a renda principal do pequeno orçamento do pobre.²¹⁴

²¹⁴ PROGRAMA DE SAÚDE PÚBLICA DO CANDIDATO JUSCELINO KUBITSCHER DE 1955, op. cit., p. 14.

O Programa de Saúde Pública de Juscelino era um documento de campanha para as eleições presidenciais de 1955. Mostrava as intenções, as metas e as promessas do candidato JK para o campo da saúde. Como informei antes, não era um documento técnico e teve a contribuição do sanitarista e político Mario Pinotti. As endemias eram apontadas como sérios obstáculos ao projeto de desenvolvimento econômico. O programa, mesmo abrindo espaços para ações assistenciais, preventivas e horizontais não proporcionava mudanças inovadoras significativas, e sim, reafirmava o modelo de política de saúde centralista e vertical em vigor no país. No programa a saúde pública seria apresentada como uma questão fundamental para o plano de desenvolvimento econômico do país. JK assumia então um dos lados da dinâmica analisados por Farley sobre a relação entre saúde e desenvolvimento.²¹⁵ Não existiu uma grande meta para a área da saúde. No entanto, pelo programa apresentado por Juscelino em 1955, o progresso econômico só aconteceria quando houvesse um avanço significativo nas condições sanitárias da população. Essa “crença” era compartilhada naquele momento por JK e seu principal assistente nessa área, Mario Pinotti.

2.1.2. O Programa de Saúde de JK para além das endemias rurais

O Programa de Saúde Pública proposto por JK tinha como prioridade as endemias rurais, apontava teoricamente para objetivos e ações de caráter mais horizontal, assistenciais e preventivos, não vinculados a doenças específicas, ainda que reforçassem também programas mais verticais. Por exemplo, a educação sanitária foi apresentada como o instrumento

²¹⁵ FARLEY, op. cit.

fundamental para alcançar as demais metas. O objetivo era despertar a consciência da população para os problemas de saúde, e convencê-la da importância do enfrentamento das endemias rurais em um contínuo trabalho de divulgação dos hábitos de higiene e ações de prevenção de algumas doenças. Em seu texto, JK relembra os nomes de ilustres sanitaristas como Oswaldo Cruz e Belisário Pena que encontraram resistências em suas empreitadas.²¹⁶ Neste sentido, a ação da pedagogia sanitária passava também pela educação pública e a “compreensão” da população da importância das ações que viriam a ser desenvolvidas.

Vimos de início que, para as tarefas sanitárias de médicos, de engenheiros, de enfermeiras, de nutricionistas, de psicologistas etc., teremos de instalar escolas e cursos dentro e fora do âmbito universitário. Para a educação sanitária do povo, entretanto, os centros já existem, pois ela se realiza onde quer que funcione uma escola pública, onde quer que esteja em trabalho um serviço, pequenino que seja, de medicina ou de higiene e – por que não dizê-lo? – onde quer que se leia um jornal bem orientado, que se escute uma palavra justa, que se viva no amor da grande pátria.²¹⁷

As endemias rurais atingiam os habitantes do campo, que representavam a maior parte da população brasileira. O Brasil na década de 1950 ainda era um país rural e agrícola. Essa população rural estava desprovida de direitos e muitas vezes abandonada pelo Estado. Os serviços de educação sanitária, além dos objetivos específicos de esclarecimento e divulgação de cuidados para prevenção de doenças, seriam responsáveis também pelo fortalecimento da autoridade pública. JK parecia ter na educação sanitária mais do que uma ação de saúde pública, e sim, um projeto de ampliação do poder governamental, que convocaria os habitantes do interior, uma vez conhecidos os modernos preceitos de higiene, a apoiar e a participar das políticas desenvolvidas pelo Estado. A educação sanitária seria uma das portas de penetração do Estado no interior do país.

²¹⁶ PROGRAMA DE SAÚDE PÚBLICA DO CANDIDATO JUSCELINO KUBITSCHEK DE 1955, op. cit. p. 38.

²¹⁷ Ibid., p. 39.

No entanto, as endemias eram o foco principal do programa, e as ações verticalizadas do modelo campanhista não consideravam a educação sanitária um procedimento importante. Os poucos recursos a ela destinados mostram o desinteresse do governo com essa ação profilática. Os balanços técnicos que veremos adiante mostraram os escassos recursos destinados à educação sanitária, uma educação uniforme e imposta a qualquer localidade do território. O objetivo principal da educação sanitária seria mais do que informar, seria preparar a população para aceitar as práticas impostas pelas campanhas nacionais de saúde.

As então chamadas doenças mentais também estavam nas metas de governo de JK. Elas representariam para o candidato um grave problema de saúde pública vinculado às mudanças na vida social. O aumento do número de alienados no Brasil se daria principalmente como resultado da modernização da sociedade brasileira. Essa leitura de JK apresentava uma novidade que aparecia em suas propostas: o governo teria que lidar com os velhos problemas – as endemias – mas agora enfrentar, também, os agravos da modernização em marcha.

Essa visão assistencial apresentada seria um dos pontos positivos do programa de JK. As doenças mentais, como outros problemas de saúde pública, estariam além das endemias rurais, isto é, as endemias seriam centrais, e outros temas de saúde, como educação sanitária, doenças mentais e assistência materno-infantil seriam temas periféricos da agenda de saúde. No programa todos os temas que são apresentados como metas não são hierarquizados, mas ações concretas, a partir de 1956, mostraram quais as verdadeiras prioridades do governo de Juscelino para a área da saúde: as endemias rurais.

Em relação às doenças mentais, o programa apresentou uma síntese da situação: em 1955, a realidade hospitalar que cuidava desses doentes era de 113 estabelecimentos com um total de 33.701 leitos. Haveria a necessidade da ampliação do número de leitos para 70 mil, e o número de médicos psiquiatras deveria estar em torno de 2 mil. A ampliação da assistência aos doentes via descentralização da assistência psiquiátrica seria fundamental, para dar conta do crescimento do número de doentes e não sobrecarregar os principais hospitais do país.²¹⁸

A política sanitária do meu governo, nesse particular, será, tanto quanto possível, a descentralização da assistência psiquiátrica, a fim de evitar o encaminhamento de doentes mentais de vários pontos do país às principais organizações hospitalares, saturando sua capacidade e impedindo, mesmo nos centros mais bem dotados, possa atingir-se padrão de assistência adequada.²¹⁹

A política para o tema das doenças mentais teria que ser assistencial e horizontal, uma proposta que na prática seria difícil de efetivar. As doenças mentais, dentro do programa de governo de JK, apresentadas como um tema novo da saúde pública, eram apenas uma intenção inovadora. Na realidade, elas acabariam fazendo parte de um modelo de saúde que predominava há décadas no contexto de políticas sanitárias no Brasil.

Uma outra proposta inovadora de 1955 no plano teórico é a inclusão do recorte geracional com o tema do envelhecimento e a extensão do sistema previdenciário ao trabalhador rural.²²⁰

JK propunha o reconhecimento dos trabalhadores rurais, que não tinham a proteção nem o auxílio do Estado quando adoeciam e/ou envelheciam e não podiam mais trabalhar. O tema do envelhecimento e a proteção aos jovens é mais um tema incluído na agenda de saúde e de proteção social, cujas ações deveriam ser de caráter mais transversal e horizontal. Neste

²¹⁸ Ibid., p. 30-31.

²¹⁹ Ibid., p. 32.

²²⁰ Ibid., p. 47.

sentido, o Estado deveria desenvolver meios de diagnósticos e tratamento, tendo em vista a prevenção de doenças que precocemente matam indivíduos jovens e o tratamento da população mais velha. São propostas campanhas para evitar ou reduzir a diabetes, o câncer, as doenças mentais, as doenças coronarianas, a traumatologia, os acidentes de trabalho, entre outras. Ainda que o Brasil fosse um país de população jovem e rural, entram na agenda os cuidados com o envelhecimento, principalmente dos trabalhadores do campo, e a preocupação com as novas doenças crônico-degenerativas, mais presentes nos centros urbanos.

Entre outras providências a serem adotadas, deve instituir-se a pensão da velhice. Mas essa pensão não deve ser uma esmola, fixa, inalterável e insuficiente. Não deve humilhar, ser recebida com dificuldade e decepção. Deve ser ato que permita ao velho sentir-se independente, auto-suficiente, pleno de seus privilégios e capaz de fazer valer sua personalidade e experiência [...].

[...] Outro aspecto da assistência social está nos limites da aposentadoria no Brasil. Nossa aposentadoria situa-se num limite que é uma verdadeira chantagem administrativa social. Colocamos nossa aposentadoria numa etapa de tal ordem que apenas alguns felizardos a alcançam. Num país em que nossos melhores homens morrem por volta dos 60 anos, estabelecemos aposentaria por idade e compulsória, aos 70 anos. Para quê? Para enterrá-los? Quantos se beneficiam desse nosso dispositivo legal? [...]

[...] A mesma coisa pode e será estudada para o Brasil, não em benefício apenas desses técnicos, mas de todos os trabalhadores urbanos e rurais, servidores públicos. Se os votos dos brasileiros levarem-me ao governo, instituirei segura e eficaz assistência ao velho, através da pensão da velhice e menores prazos para aposentadoria, cujo processo burocrático deverá ser menos complicado e mais rápido.²²¹

O recorte por grupos e por gerações assinalado acima estava também na questão da maternidade e na proteção da infância. Essa ação de governo poderia ser vista como uma extensão do sistema de assistência médica. O objetivo era a redução da mortalidade materno-infantil e o acesso à assistência pré-natal, visando a proteger as mães e os recém-nascidos. Para isso, segundo JK, haveria a necessidade de redistribuir a rede de assistência materno-infantil a todas as localidades do território nacional, principalmente no interior. A mortalidade infantil deveria ser combatida até que as taxas de natalidade a superassem. A proteção da

²²¹ Ibid., p. 50.

infância, considerada como base da prosperidade do país, não era uma novidade, mas aparece reforçada e reformada no discurso de JK, ao associá-la com o necessário aumento da população, base para o desenvolvimento.²²²

No dia em que os nascimentos forem de fato registrados, constituindo eles o termo primeiro da razão, em que o segundo termo é a morte das crianças, no primeiro ano de vida, e que se define como sendo a mortalidade infantil, iremos verificar que aquela pecha antiga de que no Brasil mais se morre do que se nasce, não tem hoje motivo de ser. [...]

[...] Precisamos todos de compreender a lição dos povos mais adiantados, entre os quais se firma cada vez mais o princípio de que a escola deve aos alunos, antes de tudo, saúde e, só depois, educação e ensino. [...]

[...] Atingida a adolescência e para que se desenvolva sadiamente, competirá ao Estado agir por todos os meios que as leis lhe facultem, seja diretamente, seja estimulando a iniciativa particular. Alcançado este último objetivo, teremos contribuído para dotar o Brasil de gente mais forte, mais capaz de assegurar a missão histórica, que a Providência lhe destinou.²²³

Neste sentido, uma política pró-natalista apareceu também no Programa de Saúde Pública de JK para o povoamento do território brasileiro, principalmente de seu interior. O crescimento da população significaria o crescimento da classe trabalhadora que contribuiria com o progresso econômico do Brasil. Assim, Juscelino definia a importância dessa meta ser cumprida, para o Brasil alcançar o *status* de nação desenvolvida como um povo sadio e ativo.

A disponibilidade de água potável representava o grande problema de saneamento básico. O abastecimento de água e as redes de esgotos foram colocados como uma das metas a serem cumpridas pelo governo JK. O número de cidades que precisavam ser atingidas por essa meta era de mil e quatrocentos municípios. O SESP e o SNM foram as principais instituições parceiras do governo federal, que contou com o apoio também dos recursos locais,

²²² Ibid., p. 34.

²²³ Ibid., p. 35.

financiamentos e a colaboração de programas de desenvolvimento regionais, como o do Vale do São Francisco e o da Valorização do Vale Amazônico. A parceria entre as instituições do Ministério da Saúde possibilitaria a extensão da campanha de saneamento básico em todas as regiões do Brasil.²²⁴ A situação apontada no Programa era a seguinte:

[...] Em 1940, apenas 445 cidades brasileiras possuíam abastecimento de água, sendo de 74 o número delas que possuía estações de tratamento. Mas já em 1946, as cidades abastecidas eram 676, incluindo o Distrito Federal, o que denota razoável índice de crescimento. E vale acentuar que, entre os Estados melhor servidos, Minas possuía 88 por cento de suas cidades dotadas desse benefício.

Em 1950, 763 cidades possuíam abastecimento de água domiciliar, o que representa, em relação a 1946, um aumento de 87 cidades equipadas com esse serviço, nos quatro anos que medeiam aquelas destas, isto é, cerca de vinte e dois serviços por ano.

Embora o problema de abastecimento de água nas cidades do interior se tenha tornado, praticamente, plataforma política de muito governo municipal, há necessidade de um apoio mais decisivo do Governo Central para facilitar recursos e planos a cerca de 1.000 cidades de certa importância, que ainda não possuem, em funcionamento, aquele fator de bem-estar e progresso.²²⁵

Juscelino defendia também como meta a construção de uma fábrica pública ou privada para produzir inseticida de ação residual para o consumo interno. O objetivo era a auto-suficiência desse produto, então importado. O Brasil era considerado um dos maiores consumidores de DDT do mundo e pagava caro pela importação do produto. A produção de inseticidas não seria uma questão apenas relacionada à saúde pública. A agricultura sofria com pragas agrícolas que causavam enormes prejuízos. A instalação de uma fábrica de inseticidas seria prioritária para interromper os enormes estragos causados à agricultura. Neste caso, segundo o retrato apresentado no Programa, a produção nacional sofreria duplamente com mão de obra doente e agricultura atrasada.²²⁶ O DDT era fruto de desenvolvimento no campo das ciências médicas apresentado no término da Segunda Guerra, um instrumento disseminado em larga escala pós-1945. As campanhas contra a malária no Brasil e no mundo tinham no DDT sua

²²⁴ Ibid., p. 11.

²²⁵ Ibid.

²²⁶ Ibid., p. 55.

arma principal de combate. O Brasil, como um dos principais consumidores do DDT, creditava grande parte do sucesso da campanha de controle da malária à eficácia do inseticida residual. Esse modelo de saúde que era baseado na utilização de um produto da ciência indiscriminadamente seria reforçado no Programa de Saúde de JK.

A assistência médico-sanitária seria mais uma meta destacada no Programa de Saúde Pública de JK. Os números que apareciam no Programa apontavam que aproximadamente setecentos municípios com uma população de dez milhões não tinham rede básica de saúde nem assistência médica. O quadro profissional de saúde do país também sofria uma enorme carência. As pesquisas da época contabilizaram vinte mil médicos clínicos estabelecidos nas capitais e nas cidades maiores. A demanda, segundo Juscelino, seria de cinquenta mil profissionais na área da medicina. Outro dado preocupante seria o limitado número de sanitaristas, por volta de quinhentos. Haveria necessidade de pelo menos dois mil e quinhentos. A enfermagem também sofria com a falta de pessoal. As duas mil e quinhentas enfermeiras de saúde pública não eram suficientes, precisaria no mínimo de dez mil. A enfermagem hospitalar contava com dezesseis mil profissionais, sendo o ideal o número de setenta e cinco mil. Para Juscelino, o desafio maior não seria aumentar o número de profissionais de saúde, e sim distribuí-los no interior do Brasil.

[...] Dez milhões de brasileiros praticamente jamais viram um médico, jamais conheceram uma enfermeira, jamais entraram num ambulatório. Deslocam-se, muitas vezes, dezenas, centenas de quilômetros em busca de um distante farmacêutico, em cuja alma solidária devem pungir os tristes espetáculos desses desamparos desumanos. Pode um governo fingir ignorar essa coisa terrível – dez milhões de brasileiros sem a menor assistência médica?²²⁷

²²⁷ Ibid., p. 37.

Neste contexto, para Juscelino era imprescindível investir no trabalho do pessoal especializado da saúde pública. Esse trabalho deveria ser valorizado porque seria fundamental para a promoção da saúde da população brasileira. As medidas mais importantes seriam o aumento de salário dos profissionais, o aperfeiçoamento técnico, assim como a adoção de tempo integral para o serviço. O número de brasileiros sem assistência médica era significativo para a época. A maior parte da população estava no campo (ver tabela 2 em anexo), e era no campo que os problemas de saúde pública estavam mais presentes. Por outro lado, o governo federal tinha pouca inserção nesse espaço rural. Juscelino incluía, como um dos objetivos de governo, promover o desenvolvimento do interior do país. Neste caso, a saúde pública poderia ser uma grande aliada da empreitada política, econômica e social do governo de JK. O exemplo maior seria a campanha para a erradicação da malária que conseguiu mobilizar recursos internacionais significativos que poderiam agenciar outros objetivos do governo, além dos fixados pela saúde pública.

Em suma, as metas e as propostas como foram mostradas no Programa de Saúde do candidato Juscelino poderiam ser vistas como um complemento importante do Plano de Metas que tinha como objetivo promover o desenvolvimento econômico do país. Essas metas publicadas no Programa orientariam as políticas para a área da saúde no seu período de governo, de 1956 a 1961. Apesar do panorama amplo e das propostas “inovadoras” para a área da saúde pública discutidas no programa, Juscelino estava, como havia assinalado anteriormente, comprometido com uma política de saúde hierárquica e verticalizada. JK era homem em sintonia com o progresso científico ocorrido no pós-Segunda Guerra, progresso este caracterizado pelo modelo de saúde que tinha na sua base a aplicação uniforme da técnica e dos produtos da ciência médica. No terceiro mês de mandato como presidente, JK reafirmou

essa visão com a criação de uma instituição nesse modelo. No entanto, para chegar em 1956, Juscelino teria que superar o ano de 1955. O ano de apresentação do seu Programa de Saúde Pública seria o mais difícil do ponto de vista da política interna. Suas metas e propostas não “sensibilizavam” ainda todas as classes. A candidatura de JK como presidente e João Goulart como vice não era uma unanimidade nem dentro de seu partido. Os meses que antecederam a posse de Juscelino são marcados pela crise política iniciada em agosto do ano anterior com o suicídio de Vargas. Kubitschek, o candidato médico, venceu as eleições em outubro de 1955 não de forma consensual. Correntes contrárias contestavam a legalidade do processo eleitoral e preparavam um golpe para impedir a posse. A chegada ao poder de Juscelino seria garantida pela intervenção de um grupo de militares liderados pelo legalista general Lott.²²⁸ Da apresentação do seu Programa de Saúde em 1955 até março de 1956, quando JK executou a primeira ação concreta no campo da saúde, com a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais, tivemos um tempo marcado por instabilidade política e social. Essa instituição seria o maior investimento da administração de Juscelino no campo da saúde pública. Representaria também o que de real das propostas e metas do seu programa vingaria: as campanhas nacionais de saúde.

2.2. Departamento Nacional de Endemias Rurais: o lugar de combater as doenças de massa

²²⁸ MARTINS FILHO, op. cit. Cf. FERREIRA, op. cit.

O primeiro ano de governo de Juscelino mostrava indícios do cumprimento das metas estabelecidas no seu Programa de Saúde Pública. A saúde não fazia parte do Programa de Metas²²⁹ de JK, mas ela estaria implicitamente em todo o projeto de desenvolvimento do governo. Esta posição seria assumida em alguns discursos de Juscelino, quando ele afirma que não haveria progresso econômico enquanto as doenças de massa acometiam as classes trabalhadoras.²³⁰ As questões de saúde pública nesse contexto seriam interpretadas por ótica muito mais econômica do que social. As endemias rurais eram um problema antigo considerado grave o qual marcou outros governos antes de JK.²³¹ No entanto, na Constituição Federal de 1946, em seu artigo 5, item XIII, as endemias rurais eram destacadas como um dos grandes males que atingia o território nacional e que deveriam ser combatidas pelo Estado. O governo federal teria a responsabilidade de “organizar a defesa permanente contra os defeitos da seca, das endemias rurais e das inundações”.

A primeira ação concreta do governo de Kubitschek em cumprimento à legislação federal de 1946 foi a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu). O Departamento foi criado pela Lei 2.743, de 6 de março de 1956, sendo subordinado diretamente ao Ministério da Saúde. O DNERu teria como finalidade principal organizar e executar os serviços de investigação e promover o combate às chamadas endemias rurais, como a malária, a leishmaniose, a doença de Chagas, a peste, a brucelose, a febre amarela, a esquistossomose, a ancilostomose, a filariose, a hidatidose, o bócio endêmico, a boubia e o tracoma. Esta relação de endemias inclui diversas doenças transmissíveis e uma não transmissível, que é o bócio

²²⁹ As cinco grandes metas seriam: Energia, Transporte, Alimentação, Indústria de Base e Educação. Cf. LAFER, Celso. **JK e o Programa de Metas (1956-1961)**: processo de planejamento e sistema político no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002.

²³⁰ Cf. CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 13., 1956, Fortaleza. **Anais do...** Fortaleza, Ceará. 12 a 16 de agosto de 1956. Comunicado n. 10. op. cit., p. 130.

²³¹ TRINDADE; HOCHMAN, op. cit.

endêmico. As ações contra as endemias rurais não seriam restritas apenas à zona rural, mas também aconteceriam nos grandes centros urbanos.²³²

O DNERu poderia, sem perda da ação direta no cumprimento de seus objetivos, exercer ação supletiva, por meio de convênios, auxiliando, técnica e financeiramente, as repartições estaduais, territoriais, municipais, autárquicas e instituições particulares que cooperassem nas campanhas por ele dirigidas, fiscalizando em tais casos a aplicação dos recursos repassados. Neste contexto, o Departamento seria um parceiro forte dos governos estaduais e municipais na aplicação das políticas de saúde de combate às endemias rurais. Mas essa parceria não representaria transformações na estrutura centralizadora e vertical da instituição que controlava seus parceiros estaduais e municipais.

O decreto que criou o DNERu também estabelecia as competências das unidades e criava cargos permanentes no Ministério da Saúde. Mario Pinotti, diretor até então do Serviço Nacional da Malaria, assumiu o cargo de diretor da nova instituição de saúde pública. Pinotti assumia uma posição de destaque no governo de JK na área da saúde que seria coroada em 1958 com a chegada ao primeiro escalão do governo. O DNERu se tornou a principal e mais importante instituição de saúde na segunda metade da década de 1950. A estrutura inicial e os diretores que ocuparam os principais órgãos do DNERu foram: a) Diretoria-Geral, Mario Pinotti; b) Divisão de Profilaxia, Luiz Ferreira Tavares Lessa; c) Divisão de Cooperação e Divulgação, Carlos Martins de Almeida; d) Instituto Nacional de Endemias Rurais, Manoel José Ferreira; e) Serviço de Produtos Profiláticos, brigadeiro Genardo Majella Bijos; f) Serviço de Administração, Antonio Franco de Oliveira. O Departamento contava ainda com a

²³² REVISTA BRASILEIRA DE MALARIOLOGIA E DOENÇAS TROPICAIS, v. 8, n. 2, abr. 1956, p. 409.

assistência de vinte e cinco circunscrições correspondendo ao Distrito Federal e a cada um dos estados e territórios, com sede nas respectivas capitais conforme houvesse necessidades regionais. O DNERu teria uma sede central, localizada no Rio de Janeiro, e centros de pesquisas distribuídos pelo território nacional. Nomes como os dos médicos Celso Arcoverde de Freitas, Aristides Celso Limaverde, Lúcio Vasconcelos Costa, Olympio da Silva Pinto, Theodoro Figueira de Almeida ocuparam cargos de assistentes técnicos. De igual importância eram os coordenadores de campanha, destaque para Fernando Bustamante que dirigia as ações contra a malária.²³³

Doenças que tinham serviços nacionais específicos como a tuberculose, a lepra, bem como a sífilis e demais doenças venéreas, as febres tifóide e paratifóide, a amebíase, as shigelloses, a difteria, a coqueluche, a varíola, as meningites não fizeram parte do campo de ação do DNERu, assim como outras endemias transmissíveis, cujo combate era executado por órgãos locais de saúde pertencentes a estados, territórios, municípios, Distrito Federal, autarquias e instituições particulares. O combate a tais endemias, portanto, era realizado com a assistência técnica e financeira do Ministério da Saúde. Para Moraes, as doenças chamadas de endemias rurais não seriam classificadas por um critério conceitual, mas sim, por uma ordem técnico-administrativo. Nas palavras de Moraes:

A classificação de algumas doenças como “endemias rurais” obedece a um critério técnico-administrativo e não conceitual, como assinalou Scorzelli Júnior, uma vez que determinadas endemias conceituadas como “rurais” grassam evidentemente em meio urbano como a malária, filariose, doença de Chagas, esquistossomose, febre amarela e peste, desde que nas cidades existiam condições ambientais que permitiam o desenvolvimento dos vetores e hospedeiros dos agentes etiológicos dessas doenças. Por outro lado, tem-se registrado, no meio rural, ocorrência de febre tifóide, amebíase, hepatites, tuberculose, hanseníase, sífilis e demais doenças venéreas, meningites e

²³³ Ibid., p. 412-413.

outras doenças transmissíveis, excluídas do âmbito de ação do Departamento Nacional de Endemias Rurais.²³⁴

Segundo Moraes, a lei que criou o DNERu tinha como principal objetivo reunir na esfera federal endemias que exigiam uma ação interestadual para executá-la, sob a forma de campanhas, cabendo aos estados a tarefa de suplementá-la, sem se afastar da União. O DNERu seria a reunião dos Serviços Nacionais de Malária, Febre Amarela e Peste, além de várias campanhas da Divisão de Organização Sanitária, que antes integravam o Departamento Nacional de Saúde. A estrutura do DNERu seria composta por órgãos que teriam útil atuação em atividades que fogem ao convencional na administração direta. O Serviço de Produtos Profiláticos é um bom exemplo desse tipo de órgão, sendo responsável pela fabricação do inseticida conhecido com BHC, produto eficaz utilizado contra os triatomíneos (barbeiros), transmissores da doença de Chagas, e também pela fabricação da pasta de DDT, formulação que foi usada em grande escala nas circunscrições do DNERu em suas campanhas.²³⁵

Outro órgão criado com o DNERu, para substituir e ampliar o extinto Instituto de Malariologia do SNM, foi o Instituto Nacional de Endemias Rurais (INERu), inaugurado no dia 15 de setembro de 1956, em Belo Horizonte, por JK. No INERu, foram ministrados cursos de parasitologia, microbiologia, imunologia, educação sanitária, saneamento básico e inseticidas, além da realização de estudos sobre a febre amarela, peste, verminose, boubá, esquistossomose, filariose, tracoma, bócio endêmico, brucelose, leishmaniose e doença de Chagas. Em 1966, o INERu passou a se chamar Instituto de Pesquisas René Rachou em homenagem ao destacado pesquisador integrante da equipe de Mario Pinotti, falecido em

²³⁴ MORAES, Hélbio Fernandes. A luta contra a malária no Brasil. **SUCAM sua origem, sua história**, v. 1, 2. ed., Brasília, 1990. p. 423-424.

²³⁵ Ibid.

1962 quando realizava, em El Salvador, convocado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), importantes pesquisas sobre a resistência dos anofelinos aos inseticidas.²³⁶

Segundo Ribeiro, a criação do DNERu ocorre em consonância com as metas de desenvolvimento e produtividade. Isto se dá pela centralização nas “campanhas sanitárias rotinizadas”, diferenciando-as das “campanhas de emergência”. As primeiras são consideradas a representação da “medicina de massa” no Brasil, visando à manutenção das condições mínimas de produção e atuando nos “pontos críticos das vias principais de transporte”.²³⁷

A questão da saúde pública, no período JK, seria um problema superestrutural, e a base fundamental para as melhorias estaria no desenvolvimento econômico. Neste sentido, o problema da saúde, neste período, atrela-se a uma centralização técnico-burocrática e a um aparente aumento das campanhas de endemias rurais, o que fez com que após a criação do DNERu fosse dado maior enfoque à educação sanitária, tendo como objetivo atingir a população do interior.²³⁸ Como assinala antes, o objetivo principal da educação sanitária não seria a informação, mas a aceitação das campanhas propostas nas áreas rurais, isto é, preparar a população do interior para receber a ciência médica com todos os instrumentos técnicos que sustentavam as campanhas nacionais de saúde.

²³⁶ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento RR/PI/RJ 04.05.00/02.01.04, Fundo René Rachou.

²³⁷ RIBEIRO, Ana Clara Torres. **Os anos 50 - desenvolvimentismo e saúde**. Campanhas sanitárias e sua institucionalização - um estudo histórico de saúde pública no Brasil, p. 30, 1975. Mimeografado.

²³⁸ Id.

A criação do DNERu representou um “novo” formato na centralização dos serviços de saúde, e teve grande impacto sobre a estrutura do antigo Departamento Nacional de Saúde (DNS), consolidando a institucionalização do chamado “modelo campanhista”.²³⁹ Em 1967, os trabalhos do DNERu se intensificaram, e algumas mudanças foram percebidas como: aumento do trabalho com cobertura total nas áreas de cada endemia; promoção de inquéritos nas áreas desconhecidas; adoção de métodos de vigilância e/ou manutenção nas áreas em que já havia tido êxito nas campanhas profiláticas e, por último, organização de uma infraestrutura sanitária para, além de outros motivos, detectar o reaparecimento de endemias que já estivessem na fase de manutenção e vigilância.²⁴⁰ O DNERu foi extinto em 1970, com a criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - SUCAM.

Em termos concretos, o DNERu foi a maior ação do governo JK na área da saúde pública. A instituição não se constituía como nenhuma novidade dentro da política de saúde, ela reforçava a estrutura administrativa existente. Veremos no capítulo 4 como essa estrutura compromete o funcionamento da campanha de erradicação da malária no país. O DNERu seria a continuidade de um modelo vigente rearranjando os serviços de saúde existentes. A instituição seria também a resposta mais importante no sentido de cumprimento das metas estabelecidas no programa de 1955. Ou seja, as endemias rurais, em detrimento dos outros temas de saúde tratados no documento do candidato JK, seriam escolhidas e privilegiadas na sua administração.

²³⁹ BRAGA, José Carlos de Sousa; PAULA, Sérgio Góes de. **Saúde e Previdência**. Estudos de política social. CEBES/HUCITEC: São Paulo, 1981.

²⁴⁰ ENDEMIAS RURAIS: MÉTODOS DE TRABALHO ADOTADOS PELO DNERu. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Endemias Rurais, 1968.

2.3. Relatórios dos Grupos de Trabalho do Departamento Nacional de Endemias Rurais: balanço do plano de metas da saúde pública do governo JK – endemias rurais em foco sob olhar técnico

Considero os Relatórios dos Grupos de Trabalho do DNERu, apresentados em 1962, a primeira avaliação do Programa de Saúde Pública de JK. Uma avaliação técnica das metas e propostas de saúde estabelecidas por Kubitschek em 1955. Os Grupos de Trabalho foram reunidos em dezembro de 1960 no Rio de Janeiro, ou seja, no final do governo. Os resultados e a situação das endemias rurais depois de cinco anos de administração de Juscelino estão publicados nesses relatórios, um balanço técnico sobre a situação da saúde pública brasileira.

Analisando as endemias rurais eleitas como metas por Juscelino no programa, temos primeiramente o tracoma. A campanha nacional contra a doença conseguiu, depois de quase cinco anos, reduzir índices em algumas localidades no território nacional. O controle de focos nos municípios de Januária (MG), Roca Sales (RS) e Ubajara (CE) seria confirmado. Porém, a campanha não atingiu o mesmo estágio de controle em outras regiões brasileiras. Entre os diversos fatores negativos apontados nos Relatórios, os de ordem administrativa seriam os mais preocupantes. Esses fatores negativos comprometeram as campanhas e programas de quase todas as endemias rurais. Entre elas, destaque para a campanha de erradicação da malária engessada pela estrutura administrativa do DNERu. O relatório apontou a

interferência das circunscrições do DNERu, que gozavam de autonomia frente à direção central, e utilizaram os recursos destinados à campanha do tracoma em outros programas.²⁴¹

As conclusões do Grupo de Trabalho de Tracoma reconheciam que, apesar dos resultados positivos, a doença ainda figurava como um grave problema de saúde no Brasil e em outros países subdesenvolvidos. O tracoma estava presente em 425 municípios brasileiros com elevada incidência na zona rural. A relação da doença com o baixo nível de vida da população, resultantes da pobreza e ignorância, apresentada por JK em seu programa, ainda permanecia.²⁴² O quadro apresentado nos relatórios sobre a doença era contrário ao documento oficial do governo que discutia os progressos alcançados pelo Programa de Saúde de Juscelino. Nesse documento, o tracoma era uma endemia controlada em 1959 quando se efetivou o tratamento e a cobertura a meio milhão de casos.²⁴³

O Grupo de Trabalho aponta que o desenvolvimento de algumas áreas rurais deveria ser condicionado por um programa de controle e profilaxia contra o tracoma.²⁴⁴ A propagação e a perpetuação da doença representavam obstáculo concreto contra o progresso de algumas localidades. Apesar de esforços empreendidos no governo JK, o tracoma não estava sob controle, não podendo fazer parte ainda das ações integradas dos serviços de saúde pública,

²⁴¹ BRASIL. Ministério da Saúde/DNERu. **Relatórios dos Grupos de Trabalho: 1960**. Combate a endemias rurais no Brasil. Rio de Janeiro, 1962, p. 151-152.

²⁴² Ibid., p. 152.

²⁴³ Um relatório político sobre o progresso da administração de Juscelino na área social. Cf. RESENHA DO GOVERNO DO PRESIDENTE JUSCELINO KUBITSCHEK (1956-1961). TOMO IV: **Trabalho e bem-estar social, educação e cultura, saúde pública**. Rio de Janeiro. Presidência da República. Serviço de Documentação, 1960, p. 287.

²⁴⁴ BRASIL. Ministério da Saúde/DNERu. **Relatórios dos Grupos de Trabalho: 1960**. Combate a endemias rurais no Brasil. Rio de Janeiro, 1962. op. cit., p. 153.

isto é, existia a necessidade, em 1960, de uma campanha ou programa específico para cuidar do tracoma. A erradicação do tracoma só aconteceria quando a população rural tivesse acesso à infra-estrutura econômica que lhe garantisse poder aquisitivo para preservar sua saúde com melhores padrões de alimentação, habitação e assistência médica. São estes, de volta, os fatores integrados à saúde assinalados por Myrdal como condicionadores de um bem sucedido programa sanitário.²⁴⁵

Nos Relatórios em 1960, as regiões infectadas de boubas no país abrangiam uma área de cerca de 2.800.000 km², com uma população estimada em dez milhões de habitantes, distribuindo-se em quatorze estados e três territórios do país. A campanha iniciada em 1956 tinha como objetivo eliminar a boubas como problema de saúde em cinco anos, ou seja, erradicá-la, por meio do tratamento em massa com penicilina. Previa também a instalação de um sistema de vigilância para evitar o reaparecimento da doença em áreas tratadas e a divulgação de informações para a população por meio de um programa de educação sanitária. Neste caso, os próprios guardas sanitários seriam responsáveis pela distribuição do material de propaganda sanitária e também forneceriam orientações de higiene necessárias.²⁴⁶

A Campanha Nacional de Erradicação da Boubas estava dividida em três etapas: a) tratamento em massa: TMI e Reinspeções; b) avaliação; c) vigilância. No tratamento em massa inicial (TMI) e nas Reinspeções (RR) executadas pelas “Unidades Volantes”, deviam ser examinados pelo menos 90% das populações das áreas infectadas. Nas Reinspeções (RR),

²⁴⁵ MYRDAL, op. cit.

²⁴⁶ BRASIL. Ministério da Saúde/DNERu. **Relatórios dos Grupos de Trabalho: 1960**. Combate a endemias rurais no Brasil. Rio de Janeiro, 1962, op. cit., p. 31.

entretanto, poderiam ser desprezadas as localidades completamente negativas no TMI. Durante o TMI e as RR, “Unidades de Inquérito” (uma em cada estado), compostas de um médico e de cinco guardas especialmente treinados, faziam a investigação nas zonas limítrofes das áreas reconhecidamente infectadas para a delimitação das “manchas boubáticas”. As zonas verificadas infectadas eram imediatamente incorporadas à campanha, para tratamento.²⁴⁷

Na fase de avaliação, os inquéritos epidemiológicos seriam os principais instrumentos da campanha. Esses inquéritos feitos por “Unidades de Avaliação” (um em cada estado) seriam processados em diferentes áreas dos estados tratados. A próxima fase seria de vigilância, após comprovada a erradicação da boubá de um estado. Neste caso, seriam mantidos serviços de vigilância para evitar a recontaminação das áreas tratadas. Essa tarefa seria desempenhada pelos postos e pelos guardas itinerantes das circunscrições do DNERu.²⁴⁸

Não havia dados exatos sobre a realidade da boubá no país. Foi feita uma estimativa de 600 mil casos, distribuídos em 450 municípios, com uma população de, aproximadamente, 10 milhões de habitantes. Para o exame dessa população, de casa em casa, estimou-se o cadastro de mais de dois milhões de habitações. O TMI aconteceu entre setembro de 1956 e agosto de 1960, e atingiu a região amazônica, restando dois estados, incluídos no Plano (Mato Grosso e Goiás), ainda fora da Campanha.²⁴⁹ Os resultados alcançados até agosto de 1960 foram:

²⁴⁷ Ibid.

²⁴⁸ Ibid., p. 32.

²⁴⁹ Ibid., p. 33.

Número de estados trabalhados.....	14 (+ 3 Territórios)
Número de municípios.....	424
Número de casas cadastradas.....	2.107.343
Número de pessoas examinadas.....	7.993.570
Número de pessoas medicadas.....	1.056.513
Número de pessoas medicadas como doentes.....	562.739*
Número de pessoas medicadas como contactos.....	483.774
* Menos 57.273 = 515.466	
% de casos de bouba, inclusive casos latentes.....	7,2

Em resumo, a situação da Campanha de Erradicação da Bouba em 1960 se encontrava atrasada em sua execução. Três causas principais seriam responsáveis pelo atraso das ações da campanha: a) irregularidade na remessa de recursos e material; b) falta de entusiasmo e, até mesmo, manifestações de resistência por parte dos guardas, às vezes em atraso de pagamento; c) dificuldade decorrente da própria natureza regional das novas áreas trabalhadas, principalmente a Amazônia, na qual a baixa demografia, longas distâncias e a precariedade de acesso e comunicações fizeram cair verticalmente a produção das “Unidades Volantes”.

Segundo os Relatórios, os atrasos não comprometeram as metas programadas. A meta principal era a erradicação da bouba no país, em cinco anos. Para o Grupo de Trabalho da Bouba, seria possível, no ano 1961, baixar a endemia para os níveis residuais, existentes no

Nordeste e em Minas Gerais, onde ocorriam mais de 60% dos casos estimados no território nacional.²⁵⁰ A erradicação da boubá estava condicionada à melhoria da qualidade de vida de populações rurais. Em 1955, Juscelino defendia a eliminação das endemias rurais como uma das formas principais de progresso social.²⁵¹ Neste contexto, houve um impasse, o desenvolvimento dos programas contra as doenças de massa teria um limite. Esse limite estava atrelado ao desenvolvimento de outros fatores de ordem socioeconômico. A saúde como uma questão econômica se limitara, na administração de JK, às ações de natureza técnica, ações baseadas na utilização indiscriminada de instrumentos produzidos pela ciência médica a partir do período pós-Segunda Guerra Mundial. Produtos como o DDT e a penicilina reforçaram as práticas de controle das doenças presentes há tempos nos serviços de saúde no Brasil.

A malária e seu programa de controle em 1960 não tinham alcançado os resultados planejados. Na realidade não apresentavam mudanças significativas no quadro da doença. As causas principais estavam associadas não só à questão financeira e administrativa, mas também à inadequada estrutura administrativa dos órgãos responsáveis pela execução do programa. Essas razões poderiam explicar igualmente o atraso do plano de erradicação da malária no Brasil quando comparado aos dos demais países da América do Sul.²⁵²

Segundo os Relatórios, a Campanha de Erradicação da Malária do DNERu, órgão instituído pelo Decreto n.º 43.174, de dezembro de 1958, não possuía uma legislação específica que

²⁵⁰ Ibid., p. 35.

²⁵¹ PROGRAMA DE SAÚDE PÚBLICA DO CANDIDATO JUSCELINO KUBITSCHEK, op. cit., p. 24-25.

²⁵² BRASIL. Ministério da Saúde/DNERu. **Relatórios dos Grupos de Trabalho: 1960.** Combate a endemias rurais no Brasil. Rio de Janeiro, 1962, op. cit., p. 137.

garantissem a responsabilidade de erradicar a malária de todo o território nacional. A campanha seria prejudicada por um programa paralelo de controle da doença.

A coexistência de uma campanha de erradicação e de um programa de controle é necessária, durante alguns anos, em face da impossibilidade administrativa da primeira cobrir, desde o início e simultaneamente, toda a extensão do território nacional. Mas por outro lado, a dualidade administrativa na execução dos dois programas não tem justificativa ponderável, constituindo mesmo um inconveniente. É precária a presente situação do programa de controle executado pelas Circunscrições do DNERu, apesar da redução considerável, quando não espetacular, da incidência de malária, conseguida nos últimos 13 anos pelo Serviço Nacional de Malária, e, posteriormente, pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais.²⁵³

No capítulo, 4 analiso como o Grupo de Trabalho de Controle e Erradicação da Malária operou ações contra a malária a partir de 1958. Isto é, como o governo atendeu em parte às recomendações da OMS sem abandonar os métodos de controle considerados bem sucedidos. Os Relatórios apontam que essa dualidade de programas prejudicou a meta maior que seria a erradicação da malária no país. Os principais malariologistas brasileiros e também o presidente acreditavam que a erradicação estaria naturalmente no caminho dos programas de controle. O Grupo de Trabalho de Controle e Erradicação da Malária criado em 1958 apenas formalizou no papel o compromisso do governo brasileiro com a proposta e as recomendações da XIV Conferência Sanitária Pan-Americana (1954) e a VIII Assembléia Mundial de Saúde (1955) de erradicar a malária no mundo. As ações de combate à malária que predominaram foram práticas de controle. O programa de controle era considerado um sucesso até 1958 pelos sanitaristas brasileiros, e continuou a preponderar em relação aos métodos de erradicação. Em 1960, a Campanha de Erradicação da Malária não existia legalmente, apenas cinco anos mais tarde seria criada uma legislação específica.

²⁵³ Ibid., p. 139.

Em 1959, a coordenação da campanha contra o bócio endêmico solicitou mais recursos para as suas atividades de inquéritos epidemiológicos e pesquisas. A intenção seria melhorar o conhecimento sobre a fisiopatologia da tireóide, pesquisar a propósito do teor de iodo nas águas de abastecimento, nos alimentos mais freqüentemente consumidos e no solo de onde são obtidos. Haveria necessidade também de realizar pesquisas para avaliar o comportamento do iodato de potássio no cozimento dos alimentos nos diversos tipos de vasilhame habitualmente usados pela população. Os sanitaristas da campanha tinham o intento de promover medidas que possibilitavam a iodação de todo o sal destinado à indústria de aplicação e abastecimento de iodato de potássio à indústria salineira. A coordenação da campanha também considerava importante o controle sistemático do teor de iodo em todo o sal destinado ao consumo alimentar e divulgações de informações sobre os benefícios do método.²⁵⁴

Essas pesquisas e inquéritos não foram realizados devido à falta de verbas. Essas atividades foram repetidas no plano de aplicação do ano de 1960, com resultados insatisfatórios, pelo mesmo motivo pelo qual foram também incluídas na proposta orçamentária para 1961. Por essa razão, não foi possível efetuar os inquéritos para verificar, nas diversas áreas acometidas por bócio, os resultados da profilaxia com o sal iodado.²⁵⁵

As pesquisas no estado do Rio de Janeiro, no Rio Grande do Sul e no estado da Guanabara constatarem uma redução de 25% na prevalência após 30 meses de iodação. A medida profilática foi considerada satisfatória. Depoimentos da população reforçaram o papel

²⁵⁴ Ibid. p. 25.

²⁵⁵ Ibid.

importante que sal iodado ocupava como medida profilática contra o bócio. Professores e fazendeiros relatavam as mudanças significativas entre seus alunos e rebanhos a partir da utilização do sal com iodo.²⁵⁶

Os Relatórios de 1960 apontam que, apesar da falta de recursos financeiros para realizar planos de inquéritos e pesquisas, os trabalhos realizados pela coordenação da Campanha contra o Bócio Endêmico foram bem-sucedidos. As atividades de controle e vigilância foram extremamente importantes para a padronização do sal iodado em diversas localidades do país. Os resultados das ações de profilaxia apontaram evidências de queda na prevalência da doença. O sal iodado contou com uma legislação específica²⁵⁷ que foi fundamental para a efetivação do método. O mesmo não ocorreu com o sal cloroquinado, utilizado contra a malária.

A campanha contra a esquistossomose foi considerada insatisfatória pelos Relatórios de 1960. A ineficácia dos métodos utilizados foi apontada como responsável pelos resultados negativos da campanha. A distribuição do orçamento seria a principal causa desse fracasso. Metade dos recursos foi destinada para os serviços de abastecimento de água e uma significativa porcentagem para pesquisas e educação sanitária. Para a aquisição de drogas moluscidas foram direcionados 2% do orçamento da campanha. O ponto positivo da campanha foi a posição de vanguarda no tocante às pesquisas aplicadas na luta contra a esquistossomose que atraiu a atenção de profissionais de outros países.²⁵⁸

²⁵⁶ Ibid.

²⁵⁷ Lei n. 1944, de 14 de agosto de 1953 e Decreto n. 39.814, de 17 de agosto de 1956.

²⁵⁸ Um grande número de estagiários de outros países procurava o Brasil para receber treinamento em relação à doença. Os sanitaristas brasileiros participaram de muitos debates na OMS. Cf. BRASIL. Ministério da

A situação da campanha depois do período de otimismo, resultado das respostas positivas dos moluscicidas (1953-1954), foi o retorno à orientação que lhe era dada pela Divisão de Organização Sanitária do DNERu, reabrindo os Postos de Medicação e incentivando-se as pesquisas. A principal diferença da campanha em 1960 foi a ênfase outorgada à educação sanitária. Os Relatórios apresentaram sugestões sobre como a campanha deveria proceder. Essas sugestões tinham por base a experiência já adquirida durante vários anos de combate e de problemas da profilaxia da esquistossomose no Brasil. A divulgação das políticas de saúde destinadas a tratar a doença em outras áreas do mundo também influenciou as novas ações contra a esquistossomose. O Grupo de Trabalho sugeria a transformação e a criação de um Plano de Trabalho mais eficaz.²⁵⁹

Segundo os Relatórios, a campanha contra a esquistossomose encontrava muitas dificuldades. Os fatores de ordem socioeconômica dificultavam a modificação dos hábitos de higiene por parte das populações afetadas e sadias. Outros fatores como os ligados às condições propícias à manutenção do ciclo biológico do parasita, também de difícil remoção, prejudicavam e causavam desperdícios de recursos humanos e financeiros. A extensão da endemia também era preocupante, a esquistossomose estava presente em grande parte do território nacional.²⁶⁰ O mais importante é que esse Relatório corrobora, no final de 1960, com a posição de que a prevalência das doenças de massa estava estreitamente relacionada à pobreza de grande parte da população do interior. No final do governo de JK não pôde ser

Saúde/DNERu. **Relatórios dos Grupos de Trabalho: 1960.** Combate a endemias rurais no Brasil. Rio de Janeiro, 1962, op. cit., p. 79-80.

²⁵⁹ Ibid., p. 93.

²⁶⁰ Ibid.

observada, de forma geral, uma melhora significativa na qualidade de vida dos habitantes da zona rural que continuavam acometidos pelas endemias e pela pobreza.

Em dezembro de 1960, o diretor-geral do DNERu convocou um Grupo de Trabalho para avaliar a campanha que vinha sendo executada pelo Departamento contra a doença de Chagas. Além da avaliação, o Grupo de Trabalho deveria apresentar propostas a serem seguidas para a evolução da luta contra a doença. O Grupo era formado por membros pertencentes ao DNERu como também por profissionais de fora da instituição.²⁶¹

Os Relatórios apontaram um aumento real de casas dedetizadas. A situação da luta contra a doença de Chagas, depois de cinco anos da promessa de campanha de JK, que estabelecia uma meta específica para a doença, era em grande parte positiva. No entanto, a intensidade com que foram desenvolvidos os trabalhos de controle variou muito nas diferentes áreas dos diversos estados, dificultando a realização de uma avaliação mais precisa dos resultados. Em 1960, a doença de Chagas ainda era um problema de saúde no país. O progresso da campanha estaria muito relacionado às ações de profilaxia, que eram basicamente o expurgo das casas (ver em anexo tabela 1).²⁶²

A meta estabelecida no Programa de Saúde Pública de Juscelino em 1955 que era de um milhão de casas dedetizadas já havia sido superada em 1958. Contudo, segundo os Relatórios, os dados apresentados, apesar de evidenciar o aumento de casas expurgadas no transcorrer da campanha, algumas ocorrências atrapalharam a verificação dos resultados

²⁶¹ Ibid., p. 49.

²⁶² Ibid., p. 50.

obtidos. O estudo incompleto impossibilitava conhecer a real situação da doença de Chagas. As informações sobre a doença não eram precisas, dificultando os trabalhos e a avaliação dos resultados. Por conseguinte, as ações não mantiveram uma regularidade, tendo áreas cobertas com intervalos variáveis.²⁶³

Essas ocorrências dificultaram a produção de um conhecimento mais preciso sobre os resultados conseguidos. Entretanto, um exame das informações disponíveis e a experiência dos membros do Grupo, por meio da observação pessoal em algumas áreas endêmicas, sugerem que resultados positivos foram obtidos, demonstrado, principalmente, pela grande diminuição da população de triatomíneos nas zonas mais trabalhadas.²⁶⁴

Os Relatórios também mostraram que o trabalho realizado pelo DNERu no setor da profilaxia da doença de Chagas evidenciaram algumas deficiências que podem ser sintetizadas em três fatores: 1) planejamento precário; 2) execução do trabalho planejado inacabado; 3) ausência de normas para a avaliação dos resultados obtidos. O Grupo de Trabalho criado para avaliar a Campanha da doença Chagas concluiu que as falhas apontadas, embora fundamentalmente devidas a recursos insuficientes, em parte, podem ser atribuídas ao fato de que os trabalhos nem sempre foram executados atendendo a normas de ordem técnica. Isto é, um modelo vertical e unificado de saúde orientado por uma técnica que deveria ser aplicada em qualquer região independente das especificidades locais. Atrelado a

²⁶³ Ibid.

²⁶⁴ Ibid.

todos esses fatores negativos, soma-se o palco de enfrentamento dessa endemia, o interior do país, onde a ausência de poder público ainda prevalecia.²⁶⁵

O panorama oficial apresentado pelo governo JK no final de 1960 era mais otimista. Os trabalhos de pesquisas foram realizados com precisão. A campanha contra endemia foi apoiada por um serviço ativo de educação sanitária. A união do governo federal, prefeituras, fazendeiros e agricultores tinham mudado o cenário em algumas regiões do Brasil que sofriam com a doença de Chagas.²⁶⁶ Neste contexto, o documento oficial fazia uma propaganda positiva do governo de Juscelino na área da saúde, contrastando em parte com os Relatórios realizados no final de 1960. Esse cenário positivo era improvável por causa da estrutura montada e o papel destacado que o DNERu ocupou na política de saúde de Juscelino. As ações estavam presas à administração centralizadora da instituição. As parcerias eram até previstas na legislação do Departamento, mas seriam realizadas de forma hierárquica e controladora.

O Grupo de Trabalho de leishmaniose se reuniu em 1960 para discutir a situação da doença. Diferentemente de 1955, os Relatórios apontavam a leishmaniose visceral como um grave problema de saúde pública. A profilaxia da doença estava concentrada em três objetivos fundamentais: primeiro, a descoberta e o tratamento dos casos humanos; segundo, a descoberta e a eliminação dos casos caninos; e terceiro, a luta contra o vetor pela dedetização das localidades contaminadas, usando inseticidas de ação residual nos domicílios. Esses trabalhos resultaram no extermínio de 77.572 cães e na dedetização variável de 15.042 a

²⁶⁵ Ibid.

²⁶⁶ RESENHA DO GOVERNO DO PRESIDENTE JUSCELINO KUBITSCHER (1956-1961), op. cit., p. 278-279.

60.411 casas entre 1954 e 1960. A leishmaniose tegumentar não sofreu a mesma ação profilática da versão visceral, o tratamento foi restringido a cuidar dos contaminados.²⁶⁷ A principal recomendação do Grupo de Trabalho foi a divulgação de maiores informações sobre a leishmaniose para a população e para a classe médica local sobre reservatórios do parasita em casos humanos, caninos e outros, bem como os sintomas, tratamento e profilaxia.²⁶⁸

Em suma, cinco anos após a divulgação da meta de saúde para combater a leishmaniose, a doença em 1960 atingia gravemente a população brasileira. Os Relatórios apontavam um progresso tímido em relação à eliminação dessa endemia. Contrária à avaliação dos Relatórios estaria novamente a Resenha do governo do presidente Juscelino Kubitschek. O documento oficial que fazia um balanço final e positivo da atuação do governo JK na área da saúde pública apresentava a leishmaniose como mais uma endemia rural que havia diminuído sua inserção na população do interior. O documento relata os progressos ano a ano do combate à endemia.²⁶⁹

As verminoses foram tratadas de forma discriminada nos Relatórios de 1960. Ancilostomose, hidatidose e filariose são os tipos de verminoses que tiveram um grupo de trabalho responsável cada uma. A campanha da ancilostomose tinha como objetivo central atingir todo o território nacional, em extensão, à base da terapêutica em massa pelo emprego do

²⁶⁷ BRASIL. Ministério da Saúde/DNERu. **Relatórios dos Grupos de Trabalho: 1960**. Combate a endemias rurais no Brasil. Rio de Janeiro, 1962, op. cit., p. 130.

²⁶⁸ Ibid., p. 131.

²⁶⁹ RESENHA DO GOVERNO DO PRESIDENTE JUSCELINO KUBITSCHKE (1956-1961), op. cit., p. 276.

Tetracloroetileno, dado em dose única – de acordo com instruções distribuídas, em posologia baseada na idade dos pacientes.²⁷⁰

A execução da campanha ficou sob as responsabilidades de organizações leigas locais, as Unidades de Distribuição Anti-maláricos (UDAS) e outros órgãos interessados na solução do problema em suas áreas respectivas, como os Serviços de Saúde estaduais e municipais. Não existiam dados precisos sobre os números de profissionais, órgãos e localidades que participaram da campanha. As informações existentes estavam relacionadas ao volume de remédios distribuídos, mas não ao da aplicação.²⁷¹

No entanto, apesar de não existirem dados confiáveis sobre a campanha, foram constatados, pelos responsáveis dos postos de tratamento, resultados favoráveis com aplicação de ancilostomicida. A associação a outros medicamentos anti-helmínticos, comprimidos de sulfato ferroso e compostos vitamínicos, visando principalmente à ascarirose, também apresentou efeitos positivos. Outra importante medida decorrente da divulgação do Serviço de Educação Sanitária foi a construção de latrinas.²⁷²

A campanha contra a ancilostomose como parte da meta de JK contra as verminoses teve como principais obstáculos: a) a ausência de entendimento interno apropriado entre os setores do próprio DNERu, dos departamentos do Ministério da Saúde e de outras

²⁷⁰ BRASIL. Ministério da Saúde/DNERu. **Relatórios dos Grupos de Trabalho: 1960**. Combate a endemias rurais no Brasil. Rio de Janeiro, 1962, op. cit., p. 11.

²⁷¹ Ibid.

²⁷² Ibid., p. 12.

instituições, tendo em vista o desenvolvimento das condições de vida das populações atingidas pela ancilostomose; b) o atraso e o desvio de verbas para outras ações de saúde acarretando no não cumprimento dos planos de trabalho; c) a falta de controle administrativo do DNERu ocasionando falhas por parte dos profissionais envolvidos na execução da campanha.²⁷³

A campanha contra a hitatidose encontrava três obstáculos básicos em 1960. Primeiro, ausência de assistência administrativa. Segundo, falta de preparo de pessoal. Terceiro, omissão de assistência efetiva por parte dos executores. A campanha estava em grande parte comprometida por causa desses obstáculos.²⁷⁴ Neste sentido, a meta de combate às verminoses defendida em 1955 por Juscelino não teve o êxito anunciado, apesar de a campanha contra filariose apresentar alguns resultados positivos.

A campanha contra a filariose foi beneficiada pelas campanhas da malária e da febre amarela em muitas cidades, contribuindo para baixar o índice da espécie de mosquito “Culex”, com repercussão no índice de microfilaremia. No entanto, podemos argumentar que, em outras cidades como Recife e Belém, por exemplo, foram realizadas campanhas semelhantes e, no entanto, o índice de microfilaremia conservou-se alto nestas cidades. O combate ao “Culex” não tinha sido feito em todas as localidades onde havia transmissão da filariose bancroftiana, devido às enormes dificuldades que se apresentavam para a execução.²⁷⁵

²⁷³ Ibid.

²⁷⁴ Ibid., p. 113.

²⁷⁵ Ibid.

As verminoses constituíam-se como o mais grave problema de saúde pública. O mais grave no sentido de que a profilaxia ou tratamento dependia exclusivamente do grau de entendimento da população, isto é, as verminoses eram uma doença por excelência da ausência não somente de saúde, mas principalmente de educação.

Os Relatórios de 1960 fizeram um balanço do programa de educação sanitária iniciado em 1955. O trabalho experimental no estado da Paraíba foi planejado e realizado como parte do programa de combate à esquistossomose, do antigo Serviço Nacional de Malária. Após cinco anos, o programa atingiu numerosas localidades das áreas sob a responsabilidade do DNERu. A partir de 1956, com a criação do DNERu, o trabalho educativo iniciou em Alagoas e no Ceará, tendo como meta principal o controle da esquistossomose. A área do trabalho de educação sanitária foi ampliada junto com os seus objetivos específicos, que incluíam o controle das várias endemias que ocorriam em uma mesma área geográfica.²⁷⁶

Para os membros do Grupo de Trabalho criado para analisar a questão da educação sanitária, a situação em 1960 não era boa. A Seção de Educação Sanitária do DNERu, que ocupava uma posição privilegiada na organização da instituição, ligada diretamente à diretoria-geral, não teve muita representação de fato. Os objetivos principais dessa seção eram contribuir no planejamento dos programas de trabalho por meio do conhecimento do papel desempenhado pelos diferentes fatores humanos na configuração dos problemas de saúde pública, e

²⁷⁶ Ibid., p. 55.

selecionar os métodos adequados para lidar com esses fatores. Segundo os Relatórios, muito pouco desses objetivos foram cumpridos.²⁷⁷

A participação da Seção era restrita ao desenvolvimento de apenas alguns programas, não participando do planejamento das campanhas. Os recursos da Seção de Educação Sanitária eram os das próprias campanhas. As verbas da Campanha de Esquistossomose, do Tracoma, da doença de Chagas e da Filariose financiaram precariamente ações de educação sanitária. O Programa de Erradicação da Malária, embora insuficientemente, teria sido a única campanha que reservou de forma planejada os recursos para práticas educativas. Neste sentido, segundo os Relatórios de 1960:

O desnível entre a posição adequada que mereceu a Seção de Educação Sanitária e o papel que lhe é conferido decorre, em grande parte, da própria estrutura e funcionamento do Departamento Nacional de Endemias Rurais, que ainda padece do isolamento tradicional de suas campanhas específicas.

Por outro lado, tratando-se de um método de trabalho, decorrente de uma perspectiva própria dos problemas de Saúde Pública e que só recentemente foi introduzido em nossas campanhas, a Educação Sanitária vem conquistando, gradualmente, a aceitação e o apoio dos responsáveis por programas.²⁷⁸

A meta planejada por JK para a educação sanitária não teve êxito como planejado. A Educação Sanitária foi vista como mais um instrumento auxiliar das campanhas, do que como o meio principal de se combater as endemias. Sendo um instrumento auxiliar, dependia de sobras de recursos ou investimentos reduzidos no desenvolvimento dos programas educativos. Uma grande contradição, porque as maiores endemias rurais tinham como causa central a chamada “ignorância popular” acarretada pela pobreza. Nos discursos e no Programa de Saúde Pública, Juscelino defendia a educação sanitária como a ação principal para enfrentar

²⁷⁷ Ibid., p. 58.

²⁷⁸ Ibid.

as denominadas doenças de massa. No entanto, seu governo não conseguiu cumprir com a meta, porque tanto a educação sanitária como a saúde foram tratadas, primeiro, como uma questão econômica, e não como uma questão social. E como questão econômica, as ações educativas viriam depois das terapêuticas de características técnicas, se restassem recursos. O modelo de política de saúde do programa de JK reforçava as ações verticais e centralizadoras. Neste sentido a educação seria hierarquizada, servindo como instrumento de conformação dos métodos que seriam aplicados, isto é, por meio da educação sanitária, poder-se-iam minimizar as resistências da população às ações empregadas.

Os Relatórios são documentos que avaliam tecnicamente as metas para a saúde estabelecidas por JK em 1955. As doenças avaliadas estavam a partir de 1956 sob a competência do DNERu. Juscelino apresentou um quadro mais amplo e superficial das questões que faziam parte da esfera da saúde. Esse quadro não abrangia somente as endemias rurais, mas temas que foram interpretados pelas chaves do saneamento, interiorização e produção. Os problemas de saúde eram problemas econômicos. Desenvolvimento era sanear as populações abandonadas do interior do território nacional, impulsionando a produção. A avaliação de Juscelino era uma avaliação política da situação sanitária da população brasileira. Suas metas, propostas e promessas são conduzidas por essa interpretação. Podemos concluir que, pelo balanço técnico no final da década de 1950, o saldo da saúde foi negativo. As metas de saúde pública programadas por Juscelino em 1955 não foram cumpridas. Os Relatórios do DNERu apresentados em dezembro 1960 tiveram como contraponto o documento oficial produzido pelo governo, pela administração de Kubitschek, apresentando os progressos no campo da saúde. Outro ponto interessante é que o principal personagem e responsável pela saúde pública do governo de JK já havia deixado o cenário político. A ausência de Pinotti no

final do mandato poderia ter produzido beneficemente essa avaliação destoada do discurso oficial do governo em relação à saúde pública. A promessa feita por Juscelino de recuperação da saúde da população rural não foi cumprida. A relativa estabilidade política e econômica do governo JK não foi percebida pela maior parte da população brasileira que estava na zona rural. Segundo Moreira, no final da administração de Juscelino, tínhamos como principal classe beneficiada da política de desenvolvimento econômico entre 1956-1961 a classe da oligarquia rural brasileira, ampliada e modernizada.²⁷⁹ A promessa de apagar a imagem do brasileiro do interior como homem triste, doente e inválido não foi cumprida.²⁸⁰ Nas palavras de Moreira:

JK deixou de cumprir as promessas de desenvolvimento social que, via de regra, estavam associadas à idéia de aceleração da prosperidade econômica. Não conseguiu elevar o nível de vida da população sertaneja, nem tampouco foi bem-sucedido em duas outras promessas empenhadas. Os desníveis de desenvolvimento regional não foram superados. Tal problema era sobretudo visível nas diferenças que separavam Nordeste e Sudeste e na destoante qualidade de vida da população do “interior” (campo) quando comparada à do “litoral” (cidade), sem acesso à terra, à saúde, à educação, ao saneamento básico, aos plenos direitos políticos e à proteção da legislação social e trabalhista. Também não foi superado o tão criticado “subdesenvolvimento” nacional. O país, desse modo, a despeito de toda aceleração e crescimento da economia, não ingressou no bloco dos “países desenvolvidos”, permanecendo nos limites da história de pobreza e desigualdades sociais que até então caracterizam (e ainda caracterizam) a trajetória nacional.²⁸¹

Na próxima seção, continuo a avaliação do mandato de JK e o cumprimento de suas metas relacionadas às políticas sanitárias. Os Anais da III Conferência Nacional de Saúde de 1963 apresentam um panorama significativo sobre a questão. Apesar de constituir um contexto posterior ao governo de Juscelino, os dados apresentados fazem referência à situação sanitária da década 1950. Neste sentido, podemos avaliar os resultados alcançados pelas metas de saúde do governo JK com um olhar político.

²⁷⁹ MOREIRA, op. cit., p. 190

²⁸⁰ Id. **Brasília: a construção da nacionalidade**. Um meio para muitos fins. Vitória: Edufes, 1998, p. 32.

²⁸¹ Id., op. cit., p. 191.

2.4. A III Conferência Nacional de Saúde: o balanço político do plano de metas da saúde pública do governo JK – a situação sanitária da população brasileira

A III Conferência Nacional de Saúde aconteceu na cidade do Rio de Janeiro entre os dias 9 a 15 de novembro de 1963.²⁸² Os dois objetivos básicos da conferência foram: a) examinar minuciosamente a situação sanitária nacional; b) admitir novos programas de saúde condicionados às necessidades e às possibilidades da população brasileira. A intenção seria ainda “alavancar” o desenvolvimento econômico do país. Os dois principais temas eram a municipalização da saúde e a constituição de um plano nacional de saúde. A escolha pela utilização dos Anais da III Conferência Nacional de Saúde de 1963 foi justificada pelo detalhado panorama apresentado nesse encontro de saúde pública que faz referências à década de 1950. Considero importante esse balanço político da situação sanitária brasileira no início da década de 1960. Diferentemente do teor técnico dos Relatórios do DNERu três anos antes, as avaliações apresentadas foram marcadas pelo novo contexto político²⁸³ em que ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde.

²⁸² A Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de Saúde era composta por Arnaldo Beiró de Miranda, Mario Magalhães da Silveira, Celso Arcoverde de Freitas, Nilson dos Santos de Freitas Guimarães e Woodrow Pimentel Pantoja.

²⁸³ O sucessor de JK permaneceu poucos meses no cargo de presidente. Jânio Quadros renunciou em 1961 iniciando um novo contexto político que teria como conseqüência final os acontecimentos de 1964. FERREIRA, Jorge. Crises da República: 1954, 1955 e 1961. In: FERREIRA Jorge; DELGADO, Lucilia de Almeida Neves. **O tempo da experiência democrática:** da democratização de 1945 ao golpe militar de 1964. Brasil Republicano Volume III. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p. 326.

A renúncia do presidente Jânio Quadros em 1961 e os obstáculos criados para impedir a posse do vice-presidente João Goulart deram início a uma nova crise política na história do período republicano brasileiro. João Goulart conseguiu assumir a presidência, mas sofreria uma forte oposição durante todo o seu governo, culminando com o golpe de 1964. Goulart não havia tido tempo para preparar um programa de governo, suas ações estavam limitadas também pelo pacto que garantiu a sua posse em 1961, isto é, a “coalizão democrática” criada para assegurar o processo de legalidade política não era consensual em relação ao nome de João Goulart. A solução criada foi a implantação de um sistema parlamentarista para limitar os poderes de Goulart. Os opositores de Goulart o acusavam de ser simpatizante da corrente comunista.²⁸⁴

A III Conferência Nacional de Saúde ocorreu no início do agravamento da crise política do governo de Goulart. Segundo Ferreira, a situação se tornou mais difícil a partir das “medidas nacionalistas e de ampliação de benefícios sociais” tomadas pelo presidente, contrárias às “diretrizes conservadoras” do ministro da Fazenda Carvalho Pinto. As manobras políticas de Goulart desagradavam tanto a base aliada de esquerda como também os opositores conservadores. O isolamento político do presidente era acompanhado pela acentuação da crise econômica e social, em parte, herança do governo JK.

Assim, em inícios de dezembro, Goulart restabeleceu o diálogo com Brizola e nomeou o almirante Cândido Aragão, militar ligado ao grupo do ex-governador do Rio Grande do Sul, para o comando do Corpo de Fuzileiros Navais, mesmo à custa da grande insatisfação que tomou a oficialidade da Marinha. Ao mesmo tempo, estendeu os benefícios da Previdência Social aos trabalhadores rurais; determinou a obrigatoriedade de que as empresas, com mais de 100 empregados, oferecessem o ensino elementar gratuito aos funcionários; enviou mensagem ao Congresso concedendo 13º salário ao funcionalismo público, além de instituir a escala móvel de seus vencimentos. E mais: determinou a revisão das concessões de exploração das

²⁸⁴ FERREIRA, Jorge. O governo Goulart e o golpe civil-militar de 1964. In: FERREIRA Jorge; DELGADO, Lucília de Almeida Neves. **O tempo da experiência democrática: da democratização de 1945 ao golpe militar de 1964.** Brasil Republicano Volume III. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p. 345 et. seq.

jazidas minerais e cancelou aquelas que não foram exploradas, contrariando, assim, os interesses da São João Del Rei Mining Co. de propriedade da Hanna Co.²⁸⁵

Essas medidas eram reivindicações antigas da base aliada de esquerda, que ficou frustrada novamente quando Nei Galvão, diretor do Banco do Brasil, foi nomeado por Goulart para o ministério da Fazenda.²⁸⁶ A crise se processava nas esferas política, econômica e social. Em 1963, a situação sanitária da população brasileira apresentada na conferência, de um modo geral, era preocupante. A predominância das doenças transmissíveis, presentes em uma extensa área territorial, assumindo um caráter endêmico, era denunciada como um descaso das autoridades públicas com a população rural. Os fatores como baixo índice de educação associado à pobreza agravavam seriamente a situação. As chamadas doenças de massa que compreendiam a tuberculose, malária, lepra, esquistossomose, doença de Chagas, ancilostomose, tracoma, calazar, boubá, filariose, doenças carências, diarreias infecciosas estavam presentes em todo território nacional. O Brasil havia apenas superado as doenças pestilências, com algumas exceções como a varíola, a peste e febre amarela (silvestre). As doenças degenerativas como o câncer e as cardiopatias passavam a contar também no quadro da saúde pública nacional.²⁸⁷

A permanente relação entre saúde e desenvolvimento estava também presente nos discursos da III Conferência Nacional de Saúde. No entanto, esses discursos se aproximavam de um pensamento socialista. Temas como a distribuição igualitária da riqueza, reforma agrária e planificação da economia norteavam os debates na conferência. A saúde foi defendida por

²⁸⁵ Ibid., p. 376.

²⁸⁶ O nome indicado pela esquerda seria o de Leonel Brizola. Ibid., p. 377.

²⁸⁷ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 3., 1963, Brasília: DF **Anais da 3ª...** Niterói Fundação Municipal de Saúde, 1992. p. 66. (promovida pelo Ministério da Saúde).

sanitaristas e políticos como o principal bem social de um povo. A saúde pública da população seria o princípio básico e orientador das novas propostas ou programas. A ausência de saúde era entendida como manutenção da miséria da população. Esse cenário mudaria quando mais indivíduos tivessem acesso aos serviços de saúde. As indicações apresentadas na conferência não eram inéditas, elas estiveram presentes em conjunturas políticas e sociais anteriores. O que era realmente novo no âmbito da saúde pública era a inclinação desse segmento do governo a um projeto de desenvolvimento social de esquerda permitida pela conjuntura histórica de 1963. Neste sentido, a discussão em torno da saúde e da pobreza da população do interior que ainda sofria com as endemias rurais foi direcionada para a questão agrária. Um tema caro abordado indiretamente na conferência:

A reforma do sistema agrário do país, com o imediato aumento da área de cultivo destinada à produção de subsistências para o consumo interno. A planificação de desenvolvimento da economia nacional no sentido de, elevando a renda de todos os brasileiros em todas as regiões do país, eliminar a pobreza e, com ela, a fome e a subnutrição que ainda flagelam grupos populacionais [...].

[...] Devem ser concentrados esforços no sentido de sairmos da condição de país subdesenvolvido, de modo a que o homem brasileiro, notadamente o das áreas rurais, possa melhorar consideravelmente as suas condições de vida. Para tal fim, são apontados os caminhos da eliminação dos latifúndios, com subdivisão das terras mal aproveitadas, larga concessão de créditos agrícolas que permitirá a mecanização da lavoura e o incremento da adubação. Concomitantemente, deverá ser incentivado o desenvolvimento industrial que absorverá o excesso da mão-de-obra agrícola e promoverá o aumento de produção dos bens de consumo, inclusive dos produtos agrícolas com a conseqüente elevação do nível de vida de todas as classes de baixo padrão atual.²⁸⁸

A reforma agrária foi um dos temas mais polêmicos que Goulart tentou, sem sucesso, implantar em um programa com base legal.²⁸⁹ Em relação exclusivamente à saúde pública, a

²⁸⁸ Ibid., p. 44-45.

²⁸⁹ Em março de 1963, Goulart encaminhou ao Congresso uma ementa constitucional com o objetivo de modificar os artigos 146 e 147 da Constituição – sobre pagamentos imediatos sobre desapropriação de terras e desapropriação por interesse social. Cf. FERREIRA, op. cit., p. 367. Cf. MONTENEGRO, Antônio Torres. Ligas camponesas e sindicatos rurais em tempo de revolução. In: FERREIRA Jorge; DELGADO, Lucilia de

proposta principal da III Conferência foi a promoção da municipalização dos serviços de saúde, isto é, o rompimento com o modelo de política de saúde até então vigente inaugurado na primeira edição das Conferências Nacionais de Saúde (CNS).²⁹⁰ Segundo Hochman, a CNS foi uma obra do ministro da Educação e Saúde de Getúlio Vargas, Gustavo Capanema. A CNS inaugurou um modelo de organização da saúde pública no Brasil com programas e instituições organizados verticalmente por linhas de atuação e de amplitude nacional.²⁹¹

As endemias rurais escolhidas e privilegiadas nas ações do governo de JK, permaneciam como um problema de saúde pública nos anos iniciais da década de 1960. O tracoma ainda constava como doença presente em 479 municípios do Nordeste. O tracoma atingia um milhão de casos em 1962. No entanto, a força da doença em relação a sua gravidade diminuía. O número de casos registrados com cegueira associada à doença estava em decadência. Entre os anos de 1956 e 1962 receberam tratamento 1.546.729 de indivíduos portadores de tracoma conjuntivites e mais 558.513 de conjuntivites simples.²⁹²

No início do governo de Juscelino, a boubã registrava uma prevalência entre 5% e 7% em determinadas áreas de quatorze estados e três territórios da federação. Esse número havia diminuído progressivamente segundo dados apresentados na III CNS. Parte do sucesso da campanha contra a boubã foi creditado à utilização de penicilina em dose única. Esse método seria eficaz independente das melhoras nas condições de higiene da população. A campanha de tratamento em massa no nordeste brasileiro e no nordeste de Minas Gerais – área onde se encontravam os maiores focos de boubã, com cerca de 60% da prevalência total do país, e um

Almeida Neves. **O tempo da experiência democrática**: da democratização de 1945 ao golpe militar de 1964. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira 2003. p. 268. (Brasil Republicano Volume III).

²⁹⁰ A primeira Conferência Nacional de Saúde aconteceu na cidade do Rio de Janeiro em 10 de novembro de 1941. Cf. HOCHMAN, 2000, op. cit. p. 174.

²⁹¹ Ibid., p. 191.

²⁹² CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, op. cit. p. 95.

número de 600 mil casos notificados – resultou em uma significativa redução de casos. A doença atingiu níveis residuais, por volta de 0,8%. A campanha contra a bouba na região amazônica continuou com ações de reinspeções nas áreas que receberam tratamento em massa inicial. Entre 1956 e 1962, foram examinadas 9.538.333 pessoas e tratados 641.786 doentes de bouba. Em uma pesquisa para avaliar o real progresso da campanha no estado da Paraíba, não foi encontrado caso algum de bouba em amostra de 14.480 habitantes de uma área que tinha elevados números de casos.²⁹³

Veremos adiante que a criação do Grupo de Trabalho de Controle e Erradicação da Malária em 1958 não produziu os progressos almejados. Estudos no final da década de 1950 acusavam a existência da doença em uma área de 7.339.739 km², isto é, em 90% de nossa área geográfica havia a presença da malária (ver tabela 4 em anexo). Segundo o balanço realizado e apresentado na III CNS, a campanha de erradicação iniciou no Nordeste em 1959. A ação principal contra a doença foram as operações de dedetizações que cobriram naquele ano 144.259 prédios. No ano seguinte, esse número atingia 610.156 domicílios, aumentando para 774.980 em 1961. O “Método Pinotti” também havia sido reconhecido na conferência como um instrumento complementar às dedetizações e, em situações específicas, o principal método contra a malária. Em 1963, a campanha não contava ainda com uma legislação específica, e as práticas de erradicação eram combinadas com métodos de controle.²⁹⁴

O maior avanço contra o bócio endêmico registrado nesse encontro de saúde foi a assinatura do Decreto n° 39.814, de 17 de agosto de 1956, que legislava sobre o uso do sal iodado. O decreto tornava obrigatório, a todas as indústrias salineiras, a iodação do sal produzido para o

²⁹³ Ibid., p. 101.

²⁹⁴ Ibid., p. 67 et seq.

consumo humano. As taxas de incidência do bócio endêmico diminuíram, podendo ser comprovadas por inquérito de avaliação. Essas avaliações ocorreram nos estados de São Paulo e Guanabara, que registraram o índice de 4,11% de casos. Antes da iodação do sal, o índice era de 21,5%.²⁹⁵

Os dados apresentados na III CNS apontavam que entre 4 e 6 milhões de brasileiros estavam infectados pela esquistossomose. A doença ocupava ainda 1/3 do território nacional, sendo em algumas localidades a prevalência de 90% de doentes. Neste contexto, a doença era considerada grave pelo alto número de infectados, mas também, pela precariedade do tratamento disponível. O motivo principal era a ausência de drogas eficazes que pudessem sustentar as campanhas contra a endemia. Outra questão que não apresentou mudanças em relação a 1955 foi o nível cultural e higiênico das populações atingidas pela esquistossomose. A ausência de um serviço de educação sanitária eficaz ainda continuaria contribuindo para o agravamento da situação.²⁹⁶

A doença de Chagas atingiu três milhões de pessoas no Brasil na década de 1960. Segundo os relatórios divulgados na conferência, os recursos aplicados para a imunização eram escassos comprometendo seriamente a terapêutica. As ações dirigidas à doença de Chagas estavam limitadas às medidas profiláticas de controle do transmissor. A questão habitacional era um fator agravante da situação. As moradias precárias da população do interior contribuía para a disseminação da endemia. Os inquéritos entomológicos (ver tabela 5 em anexo) indicavam o avanço da doença que atingia 492 municípios.²⁹⁷

²⁹⁵ Ibid., p. 106.

²⁹⁶ Ibid., p. 89.

²⁹⁷ Ibid., p. 92-93.

A leishmaniose visceral ou calazar estava presente em doze estados brasileiros. A região do Nordeste apresentava índices maiores dessa endemia. Por exemplo, no Ceará havia uma taxa alarmante de 84% do total de casos registrados de 1953 a 1962. A leishmaniose na Bahia também era grave, afetando uma enorme extensão do estado. As informações sobre leishmaniose tegumentar eram escassas e pouco se conhecia da área atingida pela doença, diferente da leishmaniose cutâneo-mucosa que estava distribuída precisamente por todo o território nacional.²⁹⁸

Ancilostomose, filariose e hidatidose são as principais verminoses que faziam parte da preocupação dos sanitaristas brasileiros. Em 1955, como descrevi, era também uma das preocupações do candidato à presidência Juscelino Kubitschek. Presentes em uma extensa área territorial, atingiam preferencialmente a população rural. A ancilostomose era, das três espécies de verminoses, a que tinha o maior alcance na sua distribuição. Dos cinquenta milhões de portadores de verminoses, vinte cinco milhões de parasitas eram da classe dos ancilostomídeos (ver tabela 8 em anexo).²⁹⁹ Havia menor incidência de filariose no país, sendo como focos principais Belém e Recife, com os números de cinquenta mil e oitenta mil portadores respectivamente. Os resultados alcançados pela campanha apontaram uma queda significativa na incidência da doença: em Belém a taxa caiu de 10,8% (em 1948) para 3,3% (em 1962) e em Recife, de 6,9% (em 1955) para 2,8% (em 1962).³⁰⁰ A hidatidose tinha sua área de incidência restrita às localidades de atividades pecuaristas na região sul. No período de 1956 a 1962 foram realizados 180.460 exames que apresentaram 1.953 resultados positivos, ou seja, 1,1% de positividade.³⁰¹

²⁹⁸ Ibid., p. 99-100.

²⁹⁹ Ibid., p. 97.

³⁰⁰ Ibid., p. 101.

³⁰¹ Ibid., p. 108.

A lepra, no que dizia respeito às graves repercussões sociais e econômicas, foi considerada uma das endemias mais proeminentes apontadas por JK, em 1955. A realidade da doença, depois da administração de Juscelino, não havia mudado muito. A campanha contra a lepra não alcançou progressos significativos. A doença em 1962 atingia 100.123 indivíduos, podendo ser maior o número de casos, porque o preconceito em relação à enfermidade limitava os registros. Neste sentido, os sanitaristas acreditavam que o número de doentes poderia ser de 156.000. O Brasil, com a prevalência de 1,3 casos por 1.000, era considerado uma das áreas mais endêmicas do mundo. A região norte era a mais afetada pela lepra (ver tabela 9 em anexo). A Amazônia, com sua geografia específica, constituía um grande obstáculo para as campanhas de saúde pública.³⁰²

A tuberculose, apesar de ter tido um declínio a partir da década de 1940, apresentava no início dos anos 1960 praticamente os mesmos índices de 1951. A mortalidade tinha uma taxa de 80 por 100 mil habitantes, muito alta se comparada a outros países (ver tabela 10 em anexo). Segundo análise apresentada nos Anais da III CNS, a situação da tuberculose no Brasil tinha indícios de que iria piorar por causa do aumento da pobreza da população brasileira. Essa situação foi apontada na III CNS como consequência de um planejamento errado que orientava a política de desenvolvimento nacional, na segunda metade da década de 1950, e intensificou um processo inflacionário. “A miséria aumentou em proporções similares à manifestação da doença”.³⁰³ As críticas eram dirigidas indiretamente ao projeto de desenvolvimento econômico, colocado em prática por JK, a partir de 1956, e que teria agravado o endividamento interno e externo.³⁰⁴

³⁰² Ibid., p. 84.

³⁰³ Ibid., p. 72.

³⁰⁴ FERREIRA, op. cit., p. 348.

Segundo avaliações feitas na conferência em 1963, a política de saúde pública direcionada a resolver o problema do saneamento básico não avançou muito desde 1955. E no início da década de 1960 era uma das questões primárias de saúde não resolvidas. Apenas 49% dos municípios possuíam serviços de abastecimento de água, beneficiando em média 55% da população urbana. Era de 33% o percentual dos municípios brasileiros que possuíam rede de esgotos. O Centro-Oeste estava em uma posição crítica, com apenas 19,6% dos municípios com rede de água. O Norte e Nordeste, com 21,1% e 38,3%, também estavam em uma situação difícil. Em melhores condições estavam as regiões sul e sudeste, com 58,4% e 68,8%. A situação dos municípios brasileiros era preocupante, os níveis de saneamento e higiene reforçavam a imagem de subdesenvolvimento do país.³⁰⁵

A III CNS fez um balanço influenciado pela conjuntura política vivida em 1963. A situação da saúde pública brasileira foi analisada principalmente pelos dados referentes à década de 1950. O estado sanitário negativo em que se encontrava a população nos anos 1960 foi creditado aos programas de desenvolvimento econômico equivocados, colocados em prática anteriormente, e ao modelo de saúde adotado a partir da I CNS em 1941. O plano de desenvolvimento nacional de JK foi criticado e responsabilizado pelo aumento da pobreza da população. As metas para a saúde de JK, pela ótica da III CNS, não foram bem sucedidas. Os problemas básicos saúde, principalmente os relacionados às endemias rurais, apresentados por Juscelino em 1955, permaneciam presentes no país. Os trabalhadores do interior continuavam a sofrer com a ausência dos serviços primários de saúde. Na análise feita pelos participantes da conferência, esses trabalhadores continuavam incapazes e abandonados pelo Estado.

³⁰⁵ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, op. cit. p. 139. Cf. MOREIRA, op. cit., p. 190-191.

Considerações Finais

O Programa de Saúde Pública de Juscelino Kubitschek de 1955 pode ser considerado um dos documentos de maior relevância da década de 1950 na área da saúde pública. Nele, JK estabeleceu metas, mais precisamente 18 metas de saúde pública, que seu governo pretendia cumprir. Juscelino contava com o apoio do reconhecido sanitarista da época Mario Pinotti. A preocupação com a saúde pública estava relacionada ao programa de desenvolvimento nacional. JK acreditava que a saúde pública era uma questão de ordem econômica. As principais endemias que acometiam a população brasileira seriam para ele, em alguns momentos, responsáveis pelo subdesenvolvimento do país.

O programa de metas para a saúde ajudou a edificar a instituição mais importante de saúde pública da segunda metade da década de 1950: o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), órgão do Ministério da Saúde criado especificamente para combater as doenças de massa, ou doenças geradas pela pobreza material e intelectual no interior do país. O DNERu foi a primeira ação do governo de JK para o desenvolvimento sanitário da população brasileira. Em 1958, Juscelino e Pinotti mudariam seus discursos anteriores relativos à malária e iniciariam uma campanha contra a malária, a doença mais “grave” do Brasil.

O Grupo de Trabalho de Controle e Erradicação da Malária, o GTEM, criado em 1958, marcaria a entrada do Brasil na campanha contra a malária promovida pela OMS. No entanto, o GTEM não representaria a total adesão do governo brasileiro às recomendações internacionais de saúde. No capítulo 4 dessa tese será analisada a representação do GTEM no governo JK.

Após cinco anos de governo, podemos constatar em duas documentações distintas, os reais resultados do Programa de Saúde Pública de JK. Para os Relatórios do DNERu e para as avaliações realizadas na III CNS, as metas preconizadas por JK em sua maior parte não tiveram o êxito. No entanto, os resultados obtidos na área da saúde do governo de Juscelino não podem ser totalmente desprezados. O Programa de Saúde Pública de JK era um projeto ambicioso e abordava temas teoricamente inovadores. Além das 18 metas defendidas por Juscelino, o documento relatava a situação sanitária da população brasileira de forma ampla. Essa situação seria associada ao projeto maior de desenvolvimento nacional. Nessa visão, as endemias rurais constituiriam obstáculos para o progresso econômico da nação. Esse pensamento orientou as ações defendidas por JK que reconhecia as doenças de massa como um problema econômico. Resolver as questões de saúde pública seria impulsionar o projeto de desenvolvimento nacional através do saneamento, interiorização e aumento da produção.

Capítulo 3

3. A Luta contra a Malária como Política e Missão: Mario Pinotti e o Sal Cloroquinado

Neste capítulo analiso a criação de um método brasileiro de combate à malária, denominado “Método Pinotti”, a mistura de sal de cozinha com cloroquina.³⁰⁶ Nas primeiras experiências do início da década de 1950, o método foi planejado para ser utilizado como uma ação profilática e terapêutica nos programas de controle da malária no país. Com a intensificação dos debates e das pesquisas que tinham a malária como tema central nos 1950, o “Método Pinotti” teve uma significativa repercussão no cenário internacional da saúde pública. A partir de 1955, com o lançamento da campanha mundial de erradicação da malária da OMS, o sal cloroquinado, idealizado como um método de controle, passou a ser visto no contexto internacional como um instrumento possível de combate à malária, a ser utilizado de modo complementar nos programas de erradicação.

O capítulo está dividido em quatro seções. Na primeira seção, apresento o itinerário do sanitarista e político Mario Pinotti. Apresento a dupla carreira desse importante personagem da história da saúde pública brasileira, que nos anos de 1950 foi um dos nomes mais reconhecidos nacionalmente e internacionalmente no combate à malária. Na segunda seção, destaco a importância da descoberta do DDT, nos anos da Segunda Guerra Mundial e os efeitos positivos da sua utilização em massa a partir de 1945. A utilização intensa dos

³⁰⁶ A cloroquina era a droga mais utilizada na terapêutica da malária após a Segunda Guerra. SLATER, Leo B. Malaria chemotherapy and the ‘kaleidoscopic’ organization of biomedical research during World War II. *AMBIX*, v. 51, n. 2, July 2004.

inseticidas de ação residual no pós-Guerra foi acompanhada de otimismo e resultados concretos, alcançados nos final da década de 1940. No entanto, no início dos anos 1950, os malariologistas começaram a se preocupar com a possibilidade de a sua principal arma até então, a mais poderosa contra a malária, perdesse sua eficácia. A resistência dos vetores da malária ao DDT passou a ser o problema central a ser enfrentado. A alternativa seria transformar os programas de longo prazo de controle de malária em programas de curto prazo de erradicação. Na terceira seção do capítulo, analiso como o sal cloroquinado surgiu como alternativa e complemento ao DDT, isto é, onde não fosse possível o emprego do inseticida, o “Método Pinotti” poderia ser efetivado. Na quarta parte do capítulo, descrevo a repercussão que o sal cloroquinado teve no meio internacional de saúde pública por intermédio de debates em congressos e trocas de correspondências entre os especialistas da OMS e os malariologistas brasileiros que participavam das pesquisas sobre o novo método. Neste sentido, o capítulo tem o objetivo de apresentar parte da história da descoberta de um método brasileiro de combate à malária: as pesquisas que sustentaram o método de sal cloroquinado, a repercussão que teve nacionalmente e internacionalmente, a sua aceitação e posterior rejeição.

3.1. A trajetória do sanitarista e político Mario Pinotti: do Serviço Nacional de Malária ao Ministério da Saúde (1942-1960)

Mario Pinotti nasceu na cidade de Brotas, no estado de São Paulo, em 21 de janeiro de 1894. Completou em 1914 o curso de farmácia pela Faculdade de Ouro Preto. Em 1918, diplomou-

se médico na Faculdade Nacional de Medicina do Rio de Janeiro.³⁰⁷ No ano seguinte ocupou o cargo público de químico auxiliar do Serviço de Fiscalização do Leite, no Rio de Janeiro, e depois de médico auxiliar do Serviço de Profilaxia, na posição de chefe do posto. Entre 1920 e 1923 foi inspetor sanitário na Capital, ocupando o cargo de prefeito em Nova Iguaçu em 1922, e em São Gonçalo um ano depois. Nos anos de 1924 e 1925, Pinotti estudou na Escola de Malária, em Netuno na Itália, com uma bolsa de estudos da Fundação Rockefeller. Em 1928 assumiu o cargo de chefe do Serviço e Profilaxia Rural no estado do Rio de Janeiro e, em 1930, foi nomeado inspetor dos Serviços de Profilaxia da Campanha Contra Febre Amarela, iniciando sua participação no primeiro governo de Getulio Vargas.³⁰⁸

Em 1932 foi designado chefe do II e IV Distrito Rural na Capital. Neste mesmo período, trabalhou em Minas Gerais e São Paulo. No ano de 1934 exerceu também a chefia do III e IX Distrito e, em 1935, assumiu o cargo de chefe da Seção de Pesquisas dos Serviços e Estudos sobre o “Culex” e do Controle e Estudos dos Larvicidas do Escritório Central. No ano seguinte, tomou posse do cargo de diretor-assistente do Serviço de Febre Amarela. Em 1936 muda de categoria ocupando o cargo de médico sanitaria classe “K” da Inspeção de Fiscalização de Gêneros Alimentícios. No ano de 1937, já no período do Estado Novo, deixa o Serviço de Febre Amarela e ocupa o cargo em comissão de diretor dos Serviços Especiais do Departamento Nacional de Saúde.³⁰⁹

³⁰⁷ HOCHMAN, Gilberto. Mario Pinotti. In: BYNUM, W. F.; BYNUM Helen. **Dictionary of Medical Biography**, v. 4, M – R, Westport, Connecticut, London: Greenwood Press, 2007. p. 1013.

³⁰⁸ MORAES, Hêlbio Fernandes. A luta contra a malária no Brasil. In: _____. **SUCAM sua origem, sua história**. v. 1, 2. ed., Brasília: Ver Curiosidades, 1990. p. 259.

³⁰⁹ *Ibid.*, p. 260.

Em 26 de agosto de 1942, assumiu a direção do Serviço Nacional de Malária (SNM). Pinotti foi representante do governo brasileiro no IV Congresso Internacional de Medicina Tropical, realizado em Washington, nos EUA em 1948. No mesmo ano, criou a Revista Brasileira de Malariologia. Mario Pinotti idealizou e participou da criação do Instituto de Malariologia, espaço do SNM destinado à pesquisa e ensino especializado. O Instituto contava com os setores de Parasitologia, Entomologia, Engenharia Sanitária, Inseticidas, Patologia e Terapêutica. Nos anos de 1952 e 1953, Pinotti foi presidente da Sociedade Brasileira de Higiene, sendo responsável pela criação de uma sede própria para a instituição.³¹⁰

Pinotti foi ministro da Saúde pela primeira vez por alguns meses em 1954, no segundo governo de Getúlio Vargas. Quatro anos depois voltaria ao Ministério da Saúde na administração de JK. Pinotti participou ativamente do governo de Juscelino. Além de ajudar a confeccionar o Programa de Saúde Pública de JK, assumiu o cargo de diretor do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) em 1956 e também de presidente do Grupo de Trabalho de Controle e Erradicação Malária (GTEM) em 1958.³¹¹

A vida de sanitarista de Mario Pinotti sempre esteve atrelada à vida política efetivamente. Durante quatorze anos esteve à frente de um dos principais serviços nacionais de saúde. Não fez parte da campanha contra o *Anopheles Gambiae* no Nordeste, mas ajudou a construir e a consolidar uma tradição de malariologista no país, isto é, sanitaristas que tinham a malária como questão principal. As campanhas de controle da malária que Mario Pinotti dirigiu

³¹⁰ Ibid.

³¹¹ Ibid., p. 262.

tiveram dois principais resultados: primeiro, a redução drástica da malária;³¹² segundo, o reconhecimento na década de 1950 da importância do trabalho de Pinotti, tornando-o o principal personagem da saúde pública da época.³¹³ Em 1952, Mario Pinotti e colaboradores como Rostan Soares desenvolveram um novo método de combate à malária: o sal cloroquinado. O sal de cozinha misturado à cloroquina, técnica esta denominada de “Método Pinotti”. Na quarta seção deste capítulo, veremos com mais detalhes a repercussão e os debates que gerou esta nova arma de combate à malária.

Pinotti, em um depoimento prestado à Comissão Especial do Plano de Aproveitamento da Bacia do São Francisco em 1946, fez um importante balanço dessa região que era atingida fortemente pela malária. Esse depoimento foi publicado com o título “Primeira campanha antimalárica na região do São Francisco baseada na administração de dose única de antimaláricos e na aplicação domiciliária de inseticida de ação tóxica residual”. Pinotti apresentou a esta comissão os dados do trabalho desenvolvido pelo SNM na região desde 1943 e, com extrema habilidade pautada não somente no conhecimento técnico de sanitarista, mas principalmente em um discurso político e carismático, procurou convencer da necessidade de investimentos na região. A pretensão principal do diretor do SNM era a obtenção de verbas para desenvolver um programa de assistência medicamentosa em larga escala, isto é, a aplicação de DDT semestralmente em todas as residências. As obras de drenagem, o combate à forma larvária do vetor e a utilização de drogas como quinina e metoquinina também consistiam em ações de combate à malária. No entanto, o DDT seria a mais nova e eficaz arma no enfrentamento da doença. No mapa da região apresentado por Pinotti, os custos das operações eram delineados. Nas palavras do sanitarista político:

³¹² PROGRAMA DE SAÚDE PÚBLICA DO CANDIDATO JUSCELINO KUBITSCHER DE 1955, op. cit., p. 16.

³¹³ HOCHMAN, op. cit. p. 1013.

[...] Já agora, face das altas razões patrióticas, que ditam aos nossos dirigentes uma melhor atenção aos problemas de Saúde Pública em nosso País – pode esta Diretoria ter a grata certeza de apresentar, como perfeitamente exequível, o plano de assistência era elaborado para as vastas e ubérrimas regiões do Vale do São Francisco, - facilitando às nossas populações rurais assistência medicamentosa eficiente e gratuita; ao tempo que promove a proteção definitiva, utilizando, em grande escala, a aplicação do DDT como medida provisória de combate ao mosquito transmissor, em sua fase alada, - enquanto se realizam obras de engenharia sanitária, visando à redução total das condições locais que propiciam a permanência da malária, sob forma endêmica, nesses territórios. [...]

[...] Surpreendido com vosso convite – para depoimento verbal imediato – não hesitei ante ao vosso chamado, certo de que, para o fiel desempenho da minha tarefa, me bastaria apresentar-vos a própria documentação dos programas de trabalhos, que o Serviço ao meu cargo já tem podido realizar, e está em vias de ampliar, consideravelmente, na região do São Francisco.

[...][Assim, pois, concluída a minha tarefa, só me resta agradecer-vos a oportunidade de submeter à vossa apreciação os dados de nossas atividades e o esboço de nossas futuras realizações, naquele histórico cenário, onde, outrora, os Missionários preludiaram a maior façanha da nossa História: - a epopéia dos Bandeirantes, através do Meridiano de Tordesilhas [...].³¹⁴

É evidente a comparação entre o papel desempenhado pelos sanitaristas no século XX e os bandeirantes no período colonial, na fala do diretor do SNM. Segundo Pinotti, os sanitaristas teriam uma missão a cumprir no interior do país.³¹⁵ As endemias rurais ocupariam o principal espaço na agenda de saúde pública do Brasil, na maior parte do século XX. Elas seriam um dos obstáculos ao desenvolvimento, que apenas poderia ser removido pelo papel desempenhado pelos sanitaristas nas áreas afetadas pelas doenças de massa. Esse argumento seria central para justificar as políticas de saúde verticais nas regiões afastadas dos grandes centros urbanos. Esse argumento serviu também para justificar solicitações de aumento de verbas nesse campo. Saúde e desenvolvimento deveriam caminhar lado a lado.

³¹⁴ PINOTTI, Mario. Primeira campanha antimalárica na região do São Francisco baseada na administração de dose única de antimaláricos e na aplicação domiciliária de inseticida de ação tóxica residual. **Diário do Congresso Nacional**, Rio de Janeiro, 7 de julho de 1947, p. 23-24.

³¹⁵ Ibid.

Pinotti analisou a situação da saúde pública no país e apresentou-a em uma conferência intitulada “Importância atual do problema das endemias rurais no Brasil”. Esse estudo foi pronunciado na abertura do Curso de Atualização de Conhecimento sobre Endemias Rurais em 1956. Neste período, Pinotti ocupou o cargo de diretor do recém-criado Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) que foi basicamente a fusão dos três principais serviços nacionais de saúde e suas respectivas campanhas: Serviço Nacional da Malária; Serviço Nacional da Febre Amarela e Serviço Nacional da Peste. O DNERu era responsável por 13 endemias rurais. Para Pinotti, o controle da doença da malária era um bom exemplo da atuação em conjunto dos sanitaristas preparados tecnicamente e dos políticos interessados no desenvolvimento do país. Segundo ele, dos oito milhões de casos anuais de malária, houve uma redução na ordem de 97% em dez anos de campanha.³¹⁶

Para o diretor do DNERu em 1956, faltava pouco para a erradicação definitiva da malária. A febre amarela do tipo urbana havia sido “varrida” do território nacional. A atenção para esta doença estava direcionada para os casos na forma silvestre, no entanto, não deveria ser uma preocupação significativa porque existia a vacina. A peste também não era considerada mais uma grande ameaça à saúde dos trabalhadores rurais. O sucesso da terapêutica dessa doença no país levou a Oficina Sanitária Pan-Americana a considerar a possibilidade de enviar técnicos ao Brasil para aprender e sanar dúvidas sobre o controle da peste.

Segundo Pinotti, a doença de Chagas com seus altos índices de casos era considerada uma grave doença, que preocupava os sanitaristas. No entanto, essa preocupação estava

³¹⁶ PINOTTI, M. Importância atual do problema das endemias rurais no Brasil. **Anais da Faculdade Fluminense de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 4, 1956, p. 1.

relacionada à lesão mais grave observada dessa doença, aquela que afetava o miocárdio. Outra enfermidade grave destacada na conferência administrada por Mario Pinotti foi a esquistossomose com três milhões de casos registrados, representando o mais sério problema de saúde pública. Os casos de filariose também eram alarmantes, mas estavam restritos a dois estados: Pará e Pernambuco. Pinotti também fez referências às endemias rurais como bócio, tracoma, ancilostomose etc. Algumas doenças, apontadas pelo diretor do DNERu em 1956, apareceram no ano anterior, no Programa de Saúde de JK com a mesma ênfase.

Procurei em linhas gerais ventilar alguma coisa de todas essas endemias ou das principais, que realmente estão sendo objeto de preocupação do momento e do órgão que dirigimos e que foi criado para controlá-las, para combatê-las, e, sobretudo erradicá-las. Estou convencido de que precisamos formar no Brasil uma mentalidade sanitária que não existe ou está muito incipiente. Devemos fazer sentir aos jovens que tanto vale empregar seu tempo, e entusiasmo na solução de doenças denominadas de massa, que realmente beneficiam as comunidades, quanto às doenças de clínica de consultório. Perdoe-me a irreverência, mas esse trabalho embora muito rendoso por certo, é individualista, é trabalho de medicina individual. Devemos conduzir parte da nossa mocidade, que se forma nas nossas faculdades médicas, dada a gravidade de solução dos nossos problemas, para medicina coletiva, para medicina de massa, para medicina que venha solucionar realmente esses graves problemas de saúde que o Brasil tanto neste momento necessita resolver. [...] Sou um velho mata-mosquito e de quando em vez até confundido por médico; mas ainda consigo manter entusiasmo pelos nossos programas de saúde pública, e sinto a verdadeira tristeza quando vejo rapazes competentes e entusiastas que só pensam num lugar no Rio ou então na cidade grande. Temos no Brasil 22.000 médicos e desses apenas uns escassos 4 ou 5 mil trabalham no interior do país. O resto vive em cidades. A coisa é de tal ordem que no Brasil cerca de 10 milhões nunca viram um médico. Esta gente menos com concurso de uma curiosa, vive com a colaboração do boticário e morre sem assistência médica. Essa coisa dolorosa se espalha pelo Brasil inteiro, a tal ponto que sugerimos ao Sr. Juscelino Kubitschek uma coisa que poderia ser ótima ao Brasil: o estudante de medicina teria de fazer, mal acabado o curso médico, o serviço militar, passando no interior, no mínimo um ano.³¹⁷

O sanitarista Mario Pinotti depois de apresentar o panorama das endemias rurais no país aos alunos do Curso de Atualização de Conhecimento sobre Endemias Rurais, da Faculdade Fluminense do Rio de Janeiro, tenta motivar, neste momento, não políticos, mas médicos recém-formados, da necessidade de profissionais para atuar no interior do Brasil. Devido à

³¹⁷ Ibid., 1956, p. 7-8.

importância das denominadas doenças de massa no território nacional, especificamente nas áreas rurais, o sanitarista seria o principal agente de desenvolvimento dessas regiões. Para Pinotti, a medicina coletiva seria transformadora do cenário de pobreza e doença das áreas brasileiras afastadas do litoral.³¹⁸

Neste contexto, a malária era encarada pelo diretor do DNERu e pelo presidente JK como uma doença quase superada. A grande ameaça naquele momento eram as verminoses, representando um verdadeiro obstáculo ao desenvolvimento econômico da área rural. Em uma conferência realizada no Congresso de Gastroenterologia, na cidade de Campos, no Rio de Janeiro, em julho de 1956, Pinotti estimava que vinte e quatro milhões de brasileiros sofressem com as verminoses. No seu trabalho “A luta contra a esquistossomose e a ancilostomose”, o malariologista defende que qualquer investimento do governo seria compensado pela recuperação da capacidade produtiva dessa população. Em seu discurso, Pinotti cita Oswaldo Cruz como o primeiro a reconhecer que a chave de todos os nossos problemas econômicos, sociais e políticos era questão de saúde pública. Mario Pinotti e também Juscelino compartilhavam naquele momento desse pensamento do início do século XX.³¹⁹

Mario Pinotti fez o discurso de encerramento do XIII Congresso Brasileiro de Higiene realizado em agosto de 1956 na cidade de Fortaleza. O evento, que contava também com a presença do presidente Juscelino Kubitschek, o então diretor do recém-criado DNERu, Pinotti,

³¹⁸ Ibid., p. 7.

³¹⁹ PINOTTI, Mario. A luta contra a esquistossomose e a ancilostomose. **Revista de Higiene e Saúde Pública**, Rio de Janeiro, DF: Sociedade Brasileira de Higiene, ano 13, n. 4, p. 49, 1956.

divulgou novamente as principais metas de saúde pública do governo JK. Em um discurso pautado, segundo ele, não de otimismo, mas de realismo, Pinotti acreditava no cumprimento de todas as metas nos cinco anos de governo de Juscelino. O Programa de Saúde teve início com a criação do DNERu, e tinha à frente, pela primeira vez na história política do Brasil, um médico presidente. Essa característica profissional de Juscelino seria o diferencial, segundo Pinotti, da política de saúde que seria implantada nesse governo.

Foi dentro dessa visão realista, fundada nos fatos e nas possibilidades materiais e humanas do país, não em teorias brilhantes, mas superadas e improdutivas, com alguns espíritos, amorosos das tradições, ainda se enlevam, foi dentro desse critério realista, positivo, que o presidente JK traçou as grandes metas de saúde pública do seu governo. A primeira vista, podem parecer ambiciosos ou simplesmente demagógicos os objetivos governamentais. No entanto, são perfeitamente realizáveis, dentro de espaço de tempo relativamente curto e dentro dos recursos exclusivamente brasileiros.³²⁰

No entanto, na apresentação do Programa de Saúde Pública, JK fez um discurso pautado no otimismo sanitário pós-Segunda Guerra, que representava a crença nos novos recursos profiláticos e terapêuticos (inseticidas, antibióticos e antimaláricos),³²¹ recursos esses que motivaram os governos, as agências de cooperação e organizações internacionais a criar e implementar programas de saúde visando ao controle e, em alguns casos, à erradicação de doenças.

Para Pinotti, o programa de saúde seria a etapa inicial da política de desenvolvimento nacional. Os outros campos privilegiados no Plano de Metas estariam interligados incondicionalmente às ações de saúde pública. O saneamento do território brasileiro produziria a força humana

³²⁰ PINOTTI, Mario. Discurso. CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 13., 1956, Fortaleza. **Anais do...** Fortaleza, Ceará. 12 a 16 de agosto de 1956. Comunicado n. 10. op. cit., p.138.

³²¹ Cf. CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 13., 1956, Fortaleza. **Anais do...** Fortaleza, Ceará. 12 a 16 de agosto de 1956. Comunicado n. 10. op. cit., p.130.

necessária para impulsionar a modernização da nação. O diretor do DNERu alertava que não bastava apenas livrar os brasileiros das doenças de massa, e sim, proporcionar o progresso humano com novas frentes de trabalho.

Por isso não basta sanear o Brasil, proteger a saúde do seu homem. Não basta apenas repovoá-lo amanhã de homens saudáveis. O homem saudável, em plena posse de suas energias físicas, mas sem ter onde pacífica e produtivamente aplicá-la, talvez se torne incômodo. Cumpre proporcionar a esses verdadeiramente novos brasileiros, mas saudáveis, livres de doenças aniquiladoras e humilhantes, meios adequados de trabalho e de riqueza, através da industrialização de tantas ricas regiões brasileiras graças aos planos de energia e de transporte que estão nas preocupações e na ação constante do Presidente Juscelino Kubitshek. Então a obra do sanitarista se completa com a obra do engenheiro, dando ao brasileiro, recuperado dos seus males e sofrimentos, as armas modernas das riquezas, simbolizadas, para o Brasil, nas grandes centrais elétricas e nas grandes estradas, que são como horizontes novos que se abrem.

322

Mario Pinotti, em uma conferência pronunciada na Associação Médica do Rio de Janeiro em 24 de abril 1958, fez novamente associação entre saúde e desenvolvimento,³²³ evento que homenageava Juscelino Kubitshek, e tinha Pinotti representante e orador da Sociedade Brasileira de Higiene. O malariologista compartilhava do mesmo pensamento do presidente JK: a baixa produção dos países subdesenvolvidos estava associada ao alto índice de doenças de massa nas populações das nações mais pobres. Essas doenças, pelos graves problemas que ocasionavam não apenas socialmente, mas também economicamente, foram enfrentadas com políticas orientadas pela ideologia desenvolvimentista, isto é, o desenvolvimento econômico produziria o aumento da saúde da população. Neste sentido, Pinotti acreditava que o panorama das doenças que acometiam os trabalhadores se transformaria.³²⁴ As doenças de

³²² PINOTTI, op. cit., p. 149-150.

³²³ PINOTTI, Mario. **Saúde e Riqueza**. Discurso pronunciado em nome da Sociedade Brasileira de Higiene. Rio de Janeiro, 24 de abril de 1958.

³²⁴ Nesse momento, operava-se novamente a dinâmica da relação entre saúde e desenvolvimento. Em alguns discursos de JK e Pinotti era defendido o investimento na área da saúde pública como capaz de promover o desenvolvimento econômico. Em outros, o progresso econômico conduziria a uma melhora significativa nas condições sanitárias da população. Cf. FARLEY, op. cit.

massa, que tanto atingiam a população ativa do país, deixariam de existir e, em seu lugar, doenças que se manifestavam na velhice deveriam prevalecer.

Atualmente, são as doenças de massa as responsáveis pela alta mortalidade, pela curta “esperança de vida”, pela produtividade baixa dos povos economicamente subdesenvolvidos, cujas fronteiras humanas assim estão abertas a todos os males e sofrimentos. Um observador leigo e desavisado, sabendo que na Suécia, nos Estados Unidos, na Suíça e na Inglaterra morrem cerca de 60% de câncer e doenças cardiovasculares, enquanto que no Egito, no Ceilão, na Guatemala e na Colômbia morrem pelas mesmas doenças apenas 10%, poderia concluir que nestes últimos países as condições são melhores em relação àquelas mesmas doenças. No entanto, os leigos esclarecidos sabem que essas doenças ocorrem justamente na maturidade e na velhice, estatisticamente insignificantes nos países subdesenvolvidos, nos quais os que amadurecem são em pequeno número e raros os que realmente ficam velhos. Dolorosamente, nos países pouco desenvolvidos, são poucos os que vivem bastante para morrer de câncer ou de coração. [...] A grande maioria morre de perturbações gástricas, antes do primeiro ano de vida, ou morre por dezenas de outras causas antes dos quarenta, quando se começa a saborear a vida; embora essa evidência tenha suas sombras, a verdade é que a bioestatística nos dá a medida do grau de riqueza e civilização de um país, por seus elevados índices de mortalidade pelas doenças degenerativas.³²⁵

Mario Pinotti reforça, no seu livro **Vida e morte do brasileiro: saúde e doença no Brasil de 1959**, suas análises anteriores sobre a situação sanitária do país, demonstrando principalmente que os índices de saúde e doença de um povo estão diretamente relacionados ao grau de desenvolvimento da nação.³²⁶ Segundo Pinotti, que era o ministro da Saúde da época, a economia tinha grande influência no desaparecimento ou no surgimento quantitativo de doenças. Neste sentido, Pinotti acreditava que o aumento de poder econômico conduzia a um acréscimo no nível de saúde da população. Índícios desse desenvolvimento seriam o aumento da expectativa de vida do país. Outro indício de desenvolvimento e melhoria das condições sanitárias seria o surgimento e o aumento das doenças chamadas degenerativas como as do coração e o câncer, doenças que atingiam principalmente pessoas de faixa etária mais

³²⁵ PINOTTI, op. cit., p. 12-13.

³²⁶ PINOTTI, Mário. **Vida e morte do brasileiro**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1959.

avançada. Para Pinotti, os tipos de doenças seriam indicadores do grau de desenvolvimento de um país.

Em face do quadro mundial o Brasil nada constitui de estranho no que se relaciona à nosologia. Possuímos as doenças que correspondem ao nosso grau de desenvolvimento econômico e às condições ecológicas favorecedoras da proliferação de certos vetores animados. Nítidas mudanças de situação já se afirmam e outras se iniciam. Mas a verdade é que nosso panorama geral de saúde só se modificará substancialmente, evoluindo no sentido da etapa superior de civilização e de nosologia a que outros países já atingiram, na medida em que saibamos e possamos orientar nossa economia e nossa técnica com a necessária firmeza e discernimento.³²⁷

Pinotti discutiu sobre os índices de mortalidade e natalidade, a denominada bioestatística. O ministro da Saúde lamentava a ausência de dados bioestatísticos que analisassem a verdadeira realidade brasileira. Pinotti acreditava que a falta dessas informações não mostrava o desenvolvimento alcançado no país. Para ele, existiam indícios em 1959, de que as taxas de mortalidade decaíam enquanto as taxas de natalidade aumentavam. Segundo Pinotti, a expectativa de vida do brasileiro havia melhorado. Este seria um fator importante para analisar o período de contribuição produtiva do homem, isto é, entre os 15 e 60 anos o ser humano estaria apto para o mundo do trabalho. A questão da alimentação também foi abordada por Pinotti como um fator crucial na terapêutica de algumas doenças e no sucesso de políticas de saúde pública. Segundo Pinotti, “[...] alimentação estaria na base de todos os problemas de saúde”.³²⁸ O tema da alimentação foi uma das agendas mais importante três anos antes, no XIII Congresso Brasileiro de Higiene. Nessa ocasião, foi sugerida a criação de um Código Nacional de Alimentação.³²⁹ Temas como cuidados pré-natais, higiene infantil, saneamento básico, educação sanitária, doenças de massa e políticas de saúde fizeram parte novamente do estudo de Mario Pinotti.

³²⁷ Ibid., 1959, p. 9.

³²⁸ Ibid., p. 39.

³²⁹ SIQUEIRA, Rubens. **Relação entre a alimentação e as endemias**. 1956. Trabalho apresentado ao 13º Congresso Brasileiro de Higiene. Fortaleza, Ceará. 12 a 16 de agosto de 1956. Comunicado n. 10, 1956.

Um doente de malária poderia representar, no passado, a perda de 90 dias de trabalho. Considerando-se a estimativa de 8 milhões de doentes, que há anos anteriores possuíamos, 720 milhões de dias de trabalho eram, anualmente, perdidos no Brasil, antes que tivéssemos obtido a vitória contra essa doença. Isto, entretanto, seria uma figura muito singela, pois um dia de trabalho em São Paulo não teria sido o mesmo que na Amazônia, um dia de trabalho em uma fazenda de café não teria sido o mesmo que na criação de gado bovino.

Essas considerações levam-nos a compreender como, na prática, pensamos muito mais subjetivamente do que objetivamente, quando cogitamos nas relações da saúde para com a economia.

No entanto, não podemos deixar de admitir a evidência de que o estado de saúde influi sobre a produtividade individual e coletiva de uma nação.

E no florescimento de uma região, seja qual for a presença de outros fatores fundamentais, não podemos deixar de dar um crédito à proteção e à recuperação da saúde.³³⁰

A relação entre saúde e produção é evidenciada nesse contexto. O governo JK priorizava a modernização do país por meio do cumprimento de metas pré-estabelecidas. A saúde não aparecia explicitamente entre os trinta objetivos específicos dos cinco setores: energia, transporte, alimentação, indústria de base e educação. A saúde pública não era uma das cinco grandes metas. No entanto, nos discursos de JK e Pinotti, a questão foi tratada como condição básica para o sucesso do programa de desenvolvimento nacional. Isto é, assim como JK, Pinotti acreditava que a questão sanitária do país poderia ser um forte obstáculo ao desenvolvimento nacional. Juscelino afirmava que não existiria desenvolvimento nacional se a população brasileira não fosse saneada.³³¹

A saúde pública seria um setor central no governo JK, implicitamente colocada nos setores de energia, transporte, alimentação, indústria de base e educação. O aumento da saúde da

³³⁰ PINOTTI, op. cit., p. 139-140.

³³¹ Cf. CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 13., 1956, Fortaleza. **Anais do...** Fortaleza, Ceará. 12 a 16 de agosto de 1956. Comunicado n. 10. op. cit., p. 130-131.

população estava estreitamente condicionado ao desenvolvimento desses setores. Não havia necessidade de ter uma meta específica para o campo da saúde, ela estava em toda parte. O aumento da produção seria fixado pela superação das doenças que inutilizavam os trabalhadores. Neste sentido, para o ministro da Saúde em 1959, a relação entre saúde e desenvolvimento foi e continuaria sendo válida para a construção de políticas públicas de saúde que, neste caso, seriam mais uma questão econômica do que social.

Pinotti saiu do governo JK em agosto 1960. O principal motivo seriam as relações que Mario Pinotti mantinha com Ademar de Barros, relações essas que fez Pinotti, à frente do Ministério da Saúde, colocar dificuldades nas solicitações feitas por Jânio Quadros, então governador de São Paulo e adversário de Barros. O presidente Kubitschek tomou posição contrária à prescrita pelo seu ministro da Saúde e assinou diversos contratos do Departamento Nacional de Endemias Rurais com o governador paulista, futuro candidato à presidente da República. Neste contexto, Pinotti acabou por incompatibilizar-se com essa política, sendo afastado do ministério em 1960.³³²

Para Maurício Medeiros, ministro da Saúde a quem Pinotti sucedeu, Ademar de Barros seria o responsável pelo afastamento de Pinotti e pela perda de representação do Partido Social Progressista (PSP) no governo. Barros era líder do PSP e vinha liderando uma campanha contra JK e ao candidato do PSD à sua sucessão presidencial, o general Henrique Teixeira Lott. Juscelino reagiu afastando Pinotti do governo e instaurando um inquérito para apurar irregularidades no Ministério da Saúde, cujos resultados tornaram-se públicos durante a

³³² DICIONÁRIO HISTÓRICO BIOGRÁFICO BRASILEIRO PÓS-1930. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001. Disponível em: <http://www.cpdoc.fgv.br/nav_jk/htm/biografias/Mario_Pinotti.asp>. Acesso em: 10 jul. 2008.

presidência de Jânio Quadros. A investigação realizada na gestão de Pinotti no DNERu acusou irregularidades, o que fez Pinotti retirar-se da vida pública. Alguns anos depois o inquérito foi arquivado por falta de provas. Mario Pinotti morreu no dia 3 março 1972, longe no cenário político e sanitário.³³³

3. 2. A descoberta da ação residual do DDT: do otimismo à preocupação

O diclorodifenil tricloroetano (DDT), após o término da Segunda Guerra Mundial, foi apresentado pelos cientistas como a arma mais eficaz de combate à malária. O DDT foi originalmente sintetizado em 1854, mas sua eficácia foi descoberta pelo cientista suíço Paul Muller que ganhou o prêmio Nobel em 1948. Durante a guerra, a empresa suíça Geigy, subsidiária da Bayer, companhia alemã, desenvolveu o inseticida de ação residual que foi utilizado inicialmente para controlar uma epidemia de tifo. O DDT foi utilizado no período da guerra e seu uso se tornou uma prática constante em larga escala com o fim do conflito. Os

³³³ Ibid.

malariologistas ficaram satisfeitos com os resultados alcançados com uso do DDT, cujo emprego reduziu bastante o número de casos de malária.³³⁴

However, DDT also soon began to be used to eliminate the Anopheles mosquito. During an immediately after World War II, the staffs of the Office of Malaria Control in War Areas of the U.S. Army and the United Nations Relief and Rehabilitation Administration (which was created by the Allies, with headquarters in Washington) began to glorify DDT and became convinced that epidemic disease control was possible without significant public health improvements. In the wake of the war, a series of DDT-based malaria projects were successfully carried out in several smaller countries and islands such as Corsica and Greece, as well as in disease-ridden regions of such larger nations and territories as Italy, Venezuela, and British Guiana.³³⁵

A utilização do DDT nos domicílios tornou-se um sucesso imediato em muitos países. No entanto, o DDT teve maior impacto nos países onde as condições sanitárias eram mais desenvolvidas,³³⁶ isto é, em países ou regiões em que não havia nichos ecológicos alternativos para que os mosquitos pudessem desenvolver a cadeia de transmissão. Nesses espaços, o DDT foi a arma mais eficaz contra a malária, interrompendo definitivamente a transmissão da doença. Em muitas áreas do mundo a malária foi erradicada.

Os resultados positivos do DDT levaram as autoridades de saúde pública internacional a acreditar que a erradicação da malária estava perto. A interrupção da transmissão da malária foi notada primeiramente na Venezuela em 1945. A Itália, que durante décadas sofreu com a

³³⁴ CUETO, Marcos. **Cold War, deadly fevers: malaria eradication in México, 1955-1975**. Washington, DC: Woodrow Wilson Center Press; Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

³³⁵ Ibid., 2007, p. 4.

³³⁶ CAMARGO, Erney Plessmann. A malária encenada no grande teatro social. **Revista do Instituto de Estudos Avançados da USP**, v. 9, n. 24, p. 15, 1995.

malária, conseguiu erradicá-la em 1946. Os Estados Unidos, a Guiana Inglesa e o Ceilão, em 1947, e alguns países da Europa erradicaram a malária em poucos anos.³³⁷

O ano de 1947 marcou o início da utilização em larga escala do DDT no Brasil.³³⁸ A primeira grande campanha ocorreu no estado do Rio de Janeiro e incluía 1821 localidades em 30 municípios. A campanha, que cobriu praticamente todos os estados de norte a sul atingindo também a capital federal, serviu de modelo de ação para combater a malária no resto do país, uma ação de saúde inédita na América do Sul.

O DDT foi considerado, por muitos especialistas em malária, uma arma revolucionária no combate à doença. Ele reunia qualidades que não haviam sido apresentadas em nenhuma outra droga antimalárica: alta toxicidade para os mosquitos da malária, baixa toxidez para o aplicador, ação prolongada com estabilidade química satisfatória e baixo custo.³³⁹

Fernando Bustamante construiu um panorama histórico dos métodos de combate à malária. Bustamante divide essa história em três períodos. O primeiro inicia-se na antiguidade e vai até a demonstração do mecanismo de transmissão da doença, feita por Ross em 1897, e que se seguiu ao descobrimento do seu agente causador, por Laveran, em 1880. O segundo período tem como marcos delimitadores a descoberta de Ross e a introdução do DDT na profilaxia da

³³⁷ FARID, M. A. História da malária e o custo da doença. **I Curso de Erradicação da malária para pessoal de nível profissional**. Rio de Janeiro: Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública, p. 5, 1966.

³³⁸ HOCHMAN, Gilberto. From autonomy to partial alignment: national malaria programs in the time of global eradication, Brazil, 1941-61. **CBMH/BCHM**, v. 25, n. 1, 2008. p. 169.

³³⁹ PAULINI, Ernest. Considerações sobre o emprego de inseticidas em campanhas contra a malária. **Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais**, Rio de Janeiro: Divisão de Cooperação e Divulgação – DNERu/ Ministério da Saúde, v. 14, n. 1/2, p. 116, 1962.

malária, ao fim da Segunda Grande Guerra. O terceiro período, denominado por Bustamante como *período atual*, inicia após o surgimento do inseticida de ação residual.³⁴⁰

Para ele esse terceiro período da história da malária começou com a descoberta do inseticida 2, 2-bis (p- clorofenil) -1, 1, 1-tricloroetano, ou dicloro-difenil-tricloroetano (DDT). O DDT foi sintetizado por Zeidler em 1874, na Alemanha, mas suas propriedades foram encontradas em 1936-1937, por Paul Muller, na Suíça, e seu emprego contra os transmissores da malária foi iniciado a partir de 1943, durante a Segunda Grande Guerra. Nas palavras de Bustamante:

A importância do DDT como inseticida decorre principalmente de sua prolongada ação tóxica residual, quando aplicado sobre as superfícies em que os insetos repousam, ação esta que pode perdurar por vários meses. Durante esse período, todo anofelino que penetrar na habitação entrará em contato com inseticida e morrerá, antes ou depois de se infectar, mas, de qualquer maneira, antes de se tornar infectante para o homem, se todas as casas da área estiverem protegidas com o inseticida. Esta constitui, em resumo, a base epidemiológica do controle da malária com DDT. É, assim, um inseticida de espaço, de ação tóxica imediata. Essa propriedade do DDT revolucionou completamente a profilaxia da malária, pois veio permitir, pela primeira vez, o controle da doença no meio rural, economicamente, de modo que, com apenas um de uso do DDT, se haviam conseguido resultados muito mais positivos, do que todos os outros recursos profiláticos reunidos forneceram durante o quase meio século que se seguiu à descoberta de Ross.³⁴¹

O DDT invadiu as residências rapidamente entre os anos de 1946 e 1950 em áreas da Europa, das Américas e da Ásia, que substituíram os métodos tradicionais de combate à malária. Na Conferência Regional de Malária para os Países da Europa e do Leste do Mediterrâneo, organizada pela OMS em Atenas, em 1956, foi comprovado que os quatro milhões de casos de malária ocorridos anualmente antes do aparecimento do DDT no sul da Europa, da Espanha à Bulgária, ao fim da Segunda Grande Guerra, foram reduzidos para dez mil casos

³⁴⁰ BUSTAMANTE, Fernando. Estado atual do problema da malária. **Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais**, Rio de Janeiro: Divisão de Cooperação e Divulgação – DNERu/ Ministério da Saúde, v. 10, n. 1, 1958.

³⁴¹ *Ibid.*, 1958, p. 83.

por ano, na mesma região. Nos países do leste do Mediterrâneo, os programas de controle da malária com inseticidas residuais tiveram uma redução dos casos de malária de quarenta milhões, em 1949, para quatorze milhões.³⁴²

A descoberta dos inseticidas de ação residual foi o maior evento no campo da malariologia, desde a descoberta de Ross. Outras drogas haviam surgido, como a cloroquina, a amodiaquina, o proguanil, a pirimetamina e a primaquina após o aparecimento do DDT, mas nenhuma comparável ao poder de eficácia do inseticida. Contudo, as drogas tinham objetivos diferentes do inseticida de ação residual. Quando o DDT começou a ser utilizado em larga escala, em diversas partes do mundo, os especialistas em malária, em geral, visavam apenas a conseguir o controle da malária, eliminando-a como um dos mais sérios problemas de saúde que até então vinha desafiando a sua capacidade.³⁴³

Para René Rachou, este cenário que priorizava as ações de controle começou a mudar quando a utilização dos inseticidas de efeito residual ocorreu em larga escala após 1945, produzindo resultados extraordinários,³⁴⁴ resultados esses que superavam em muito outros métodos convencionais de combate à malária. Os malariologistas estavam otimistas em relação à erradicação da doença em grandes áreas do planeta em um curto espaço de tempo, o que não ocorreu de imediato, porque os programas de controle permaneceram prioritários, e a erradicação só aconteceria como consequência do prolongamento desses programas.

³⁴² Ibid.

³⁴³ Ibid., p. 84.

³⁴⁴ RACHOU, René. O “Método Pinotti” nas atuais campanhas de combate à malária. **Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais**, Divisão de Cooperação e Divulgação – DNERu/ Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 330, 1960.

[...] Assim, mesmo depois de se dispor dos inseticidas de ação residual, os programas de combate à malária continuaram a ser, geral e essencialmente, programas de controle da plasmódio e não propriamente programas de erradicação, embora este pudesse ocorrer como consequência daqueles e como, de fato, ocorreu em certas regiões.³⁴⁵

Pinotti observou dois fatores distintos, resultados da ação de combate à malária após cinco anos de utilização do DDT. Primeiro, em áreas onde o DDT foi utilizado em grande escala com rigor, a redução da malária chegou a casos zero, não sendo registrados casos da doença por mais três anos nessas regiões. Segundo fator não concretizado, mas possível de acontecer, seria a resistência que os mosquitos poderiam adquirir com a utilização por longo período do DDT. Ou seja, durante certo tempo de uso do DDT sem um planejamento eficaz e consciente, o inseticida perderia sua eficácia diante dos vetores.³⁴⁶

O desenvolvimento de resistência a inseticidas em algumas espécies vetores e sua possível ampliação para outros transmissores chamaram a atenção dos especialistas em malária. Neste sentido, a malária não seria um problema resolvido, e a prorrogação dos programas de controle poderia agravar a situação, já que a arma mais eficiente, o DDT, poderia perder seu poder de combate. Os programas de controle de longo prazo deveriam ser substituídos por programas de erradicação de curto prazo.³⁴⁷

³⁴⁵ Id. Atual estratégia da luta contra a malária. **Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais**, Rio de Janeiro: Divisão de Cooperação e Divulgação – DNERu/ Ministério da Saúde, n. 4, p. 3, 1956.

³⁴⁶ Pesquisa produzida por Mario Pinotti intitulada **O sal de cozinha como veículo de medicamentos antimaláricos em método brasileiro de profilaxia do impaludismo, sua importância na erradicação da doença**, em 1957.

³⁴⁷ RACHOU, op. cit., p. 5.

Para Archie D. Hess, a resistência a inseticidas seria a aptidão de uma população de insetos de resistir ao inseticida em maior nível que a população normal e de transmitir esse caráter a outra geração.³⁴⁸ Hess afirma que existem três tipos gerais de resistência:

- a) a fisiológica, em que a resistência ocorreria como consequência da neutralização do inseticida dentro do organismo do inseto por processos bioquímicos;
- b) a morfológica, que seria consequência de estruturas morfológicas que impediriam a penetração do inseticida no organismo do inseto; e
- c) a de comportamento, em que a resistência aconteceria por conta da mudança dos hábitos do inseto que evitaria contato com o inseticida.

Segundo Hess, essa questão sobre a resistência aos inseticidas era um tema antigo. John B. Smith teria observado resistência ao querosene usado como inseticida em 1887.

[...] Since 1914, when Melander asked his now famous question “Can insects become resistant to sprays”, at least a dozen agricultural species have developed varying degrees of resistance to insecticides. The problem of insecticide resistance did not, however, become of general concern to medical entomologists until sometime after DDT had come into widespread use.³⁴⁹

Segundo René Rachou, em relação aos insetos de interesse médico, em geral, e aos anofelinos, em particular, os tipos de resistência a serem praticamente considerados são a fisiológica e a de comportamento. Nas pesquisas realizadas em populações que adquiriram

³⁴⁸ HESS, Archie D. The significance of insecticide resistance in vector control programs. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 1, n. 3, 1952.

³⁴⁹ Ibid., p. 371.

“inseticidas-resistência” não foram observadas modificações estruturais que explicassem a aquisição da resistência morfológica.³⁵⁰

A resistência de anofelinos aos inseticidas, segundo os dados colhidos até o momento, desenvolve-se muito mais lentamente que a de outros insetos domésticos, o que não deixa de constituir um pequeno alívio aos temores dos malariologistas. Enquanto moscas, mosquitos do gênero *Culex*, e outros insetos que vivem no interior das casas ficam resistentes ao inseticida após uma, duas ou três dedetizações domiciliárias e, em períodos variáveis, inferiores mesmo a um ano, os anofelinos necessitam de maior número de aplicações do inseticida e de um mínimo, admite-se, de seis, sete ou oito anos. A explicação desse maior prazo para o estabelecimento da inseticida-resistência dos anofelinos ainda não foi dada. Poderia ser explicado, como nos lembrou Moura Lima (1955), pelo fato de machos e fêmeas de anofelinos freqüentarem os domicílios, subtraindo-se, pois, os machos à exposição do inseticida?³⁵¹

Neste sentido, os principais especialistas em malária da época iniciaram uma campanha para promover a transformação dos programas de controle em programas de erradicação na década de 1950. Os estudos sobre a resistência dos vetores ao DDT seria a pauta central da XIV Conferência Sanitária Pan-Americana em 1954 em Santiago, no Chile, e a VIII Assembléia Mundial de Saúde em 1955, realizada no México. Desses encontros internacionais de saúde resultaram as propostas e as recomendações dirigidas aos países-membros para a conversão dos programas de controle em programas de erradicação. O DDT deveria ser a principal arma dessa empreitada, contudo, a área de malária no mundo seria enorme e em regiões heterogêneas.³⁵² No caso do Brasil, essas regiões heterogêneas se apresentariam como um grande obstáculo não somente ao programa de erradicação, como também ao de controle. Os malariologistas brasileiros procuraram um método alternativo para combater a malária em áreas onde a utilização do DDT era impraticável. O sal cloroquinado foi apresentado como

³⁵⁰ RACHOU, op. cit. p. 6.

³⁵¹ Ibid., p. 7.

³⁵² PACKARD, op. cit., p. 219 et seq. Cf. nota 102.

método complementar das dedetizações de inseticidas de efeito residual, e deveria ser utilizado principalmente na região amazônica.

3. 3. Cobertura total: aonde o DDT não chega, o sal cloroquinado alcança

Segundo Rostan Soares, em cinco anos de uso generalizado do DDT, com dedetizações domiciliares no combate às espécies de anofelinos vetores da malária no país, foi possível ao Serviço Nacional de Malária obter uma redução de 95% a 97% da doença em toda a área malarígena.³⁵³ Mas o DDT não foi a única arma no combate à malária pós-Segunda Guerra. A cloroquina, difosfato de cloroquina, um dos seus sais, comercialmente conhecido como

³⁵³ No seu estudo de 1955, “Objetivos da pesquisa sobre o sal cloroquinado e o programa adotado nas observações com doentes de malária hospitalizados”, Soares reconhece os resultados da utilização intensa do DDT nos cinco anos após sua descoberta. A introdução desse trabalho seria a preparação do terreno para colocar em discussão o novo método pesquisado. O sal cloroquinado surgia como complemento à principal ação de combate à malária, o DDT. Cf. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação – Documento RS/PI/RJ 19460829, Fundo Rostan Soares.

“Aralen”, mostrou-se superior a outras drogas em uso, possibilitando obter a cura de inúmeras infecções da espécie humana.³⁵⁴

Estudos históricos mais recentes confirmam a importância da utilização de outros instrumentos além do DDT testado no período da guerra para enfrentar a malária. A quimioterapia da malária teve um avanço significativo nesse período. Os programas desenvolvidos conduziram à descoberta da cloroquina com uma poderosa substância, que poderia ser utilizada contra a doença. A quinina, considerada uma droga “natural” pelos malariologistas da época da Segunda Guerra, começou a ser empregada em 1939. O ano de 1945 foi considerado como o período mais importante para o desenvolvimento de novas drogas.³⁵⁵

Para Rostan Soares, o SNM foi o grande responsável pelo desenvolvimento do extenso programa de combate à malária realizado na segunda metade da década de 1940. De um lado, foi possível interromper a transmissão intradomiciliária, pelo uso DDT em grande escala. Por outro, permitiu extinguir a fonte de infecção pelo emprego da cloroquina em dose única de 1 quilo nos mais diversos postos de medicação chamados UDAS. Esses postos estavam espalhados por todo o território nacional e foi possível ao SNM obter os chamados “índices de conforto” da doença em toda a região malarígena do país.³⁵⁶ Esse contexto induziu muitos sanitaristas a acreditarem que a malária não representaria mais o principal problema de saúde pública no Brasil. Neste sentido, em 1947 o DDT e a cloroquina eram considerados os

³⁵⁴ BUSTAMENTE, op. cit., p. 84.

³⁵⁵ SLATER, Leo B. Malária chemotherapy and the ‘kaleidoscopic’ organisation of biomedical research during World War II. *AMBIX*, v. 51, n. 2, p. 107 et. seq., July 2004.

³⁵⁶ SOARES, Rostan. Sal cloroquinado, novo método de profilaxia da malária. Cf. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação – Documento RS/PI/RJ 19460829, Fundo Rostan Soares.

melhores instrumentos de controle da malária. As bases técnica e organizacional de combate à malária no território brasileiro seguiram esse modelo implantado pelo SNM.³⁵⁷

Segundo Pinotti, as razões para encontrar um novo método de combate à malária seriam: a) devido ao comportamento dos mosquitos ou vetores extradomiciliares, a transmissão aconteceria fora das residências; b) as moradias de alguns habitantes que não teriam paredes; c) o comportamento nômade de algumas populações; d) grande extensão territorial; e) falhas nas ações de borrifamento (dedetizações) de DDT. O então diretor do SNM estrutura um plano singular de enfrentamento da malária no país, plano esse que ficaria fincado não só nas organizações e instituições de saúde, mas principalmente na mente dos sanitaristas brasileiros.

358

A escolha pelo sal cloroquinado foi orientada pelas pesquisas baseadas nas experiências da utilização da cloroquina como supressivo em doses semanais e únicas. A ação supressiva da cloroquina foi testada em outros locais por pesquisadores estrangeiros: Godsmith (1946), em Assan; Boucet (1948), no Congo Belga e no Panamá, com efeitos positivos; Boldt e Goldvine (1949) comprovaram a profilaxia semanal; Barbarian (1948), na Síria; Saffth, Pacleer, Kierlaud e MaCreight conseguiram excelentes resultados em diversas áreas do mundo.³⁵⁹

³⁵⁷ HOCHMAN, op. cit., p. 170.

³⁵⁸ Pinotti, em 1957, avaliando o sal de cozinha como veículo de medicamentos antimaláricos e acreditando na descoberta de um método brasileiro de profilaxia da doença, registrou em algumas publicações os avanços de suas pesquisas. Cf. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação – Documento RS/PI/RJ 19460829, Fundo Rostan Soares.

³⁵⁹ PINOTTI, Mario. O sal de cozinha como veículo de medicamentos antimaláricos: um método brasileiro de profilaxia do impaludismo. Sua importância na erradicação da doença. 1957. Cf. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação – Documento RS/PI/RJ 19460829, Fundo Rostan Soares.

Os primeiros testes realizados por Pinotti e Soares revelaram a viabilidade do uso da cloroquina misturada ao sal de cozinha, na alimentação diária. Os testes foram realizados abrangendo dois aspectos gerais: os testes físicos e químicos, para comprovar a resistência da mistura à degradação, à longa armazenagem, à seção com os alimentos e à ação de grandes variações do pH; e experiências do produto. O método foi nomeado “Sal Cloroquinado”, antimalárico utilizado em doses que possibilitassem o emprego econômico e em longos períodos. Os testes físicos e químicos demonstraram que o sal cloroquinado resiste por longo período à armazenagem e às condições de cozimento, em meio de pH 4-7, por 3 a 4 horas sem que haja alterações do medicamento, o que evidenciou estabilidade química suficiente para ser empregado no sal de cozinha, utilizado na alimentação diária. Além desses dois aspectos, realizaram-se pesquisas para testar a dose cumulativa, os fenômenos secundários que porventura a mistura viesse a produzir, a eliminação e a dose útil de medicamento, o paladar, o modo de distribuição e os diversos problemas que surgiram no decurso das pesquisas.³⁶⁰

As pesquisas realizadas em doentes hospitalizados iniciaram em 1952 nos hospitais Neuro-Sífilis e Pedro II do Serviço Nacional de Doentes Mentais, e Evandro Chagas, do Instituto Oswaldo Cruz. Essas primeiras experiências utilizando a dose de 0,045g/base trataram 68 doentes, sendo 35 tratamentos terapêuticos e 33 ações preventivas. Depois foram feitos testes utilizando a dose diária de 0,030g/base em 31 doentes, sendo 23 ações terapêuticas e 8 ações de profilaxia. As pesquisas continuaram reduzindo a dose diária para 0,020g/base em 44 doentes, sendo 23 ações terapêuticas e 21 ações de profilaxia. Com o objetivo de avaliar a dose mínima (limite) do efeito da cloroquina como antimalárico, foi testada também a dose 0,010 g/base em dois doentes. Além dessas doses realizadas por período de tempo curto, uma

³⁶⁰ Ibid., 1957, p. 7.

ou duas semanas no máximo, ocorreram pesquisas também em pacientes que receberam a dose diária 0,045 g/base do difosfato de cloroquina por dois anos com o objetivo de testar (observar) a intoxicação. O resultado foi negativo. Foi averiguada a possibilidade do aparecimento de resistência ao parasita a doses fracionadas da medicação. Essa resistência não ocorreu.³⁶¹

Com o objetivo de usar o sal cloroquinado no controle da malária, Pinotti realizou experiências no tratamento de doentes por dois a três meses de medicação.³⁶² O trabalho de campo e a distribuição do sal cloroquinado foram realizados da seguinte forma, durante a fase de testes e experiências em áreas acometidas por malária: a) distribuição do sal cloroquinado aos comerciantes residentes nas áreas atingidas pela malária, onde a utilização do DDT não fosse possível, trocando todo o sal em estoque; b) distribuição da nova droga antimalárica aos moradores das regiões amazônicas; c) alerta e pedido aos atacadistas fornecedores para colaborarem e não fornecerem sal comum quando fizessem a substituição do sal comum por sal cloroquinado. Nenhum outro medicamento antimalárico foi utilizado nesse período de experiência. Para Pinotti, outra fase importante da pesquisa foram as visitas às residências e também a distribuição direta do sal cloroquinado, o que possibilitou um maior controle das ações. Cada casa tinha uma ficha de consumo de sal cloroquinado. A presença da cloroquina era testada periodicamente, por meio de 1 a 2 gramas de sal (colher de chá) em um tubo de ensaio com 5 ml de água limpa. Depois que a solução era agitada para dissolver o sal, adicionavam-se 3 a 5 gotas de iodo (10 gramas de iodo metálico e 20 gramas de iodo de

³⁶¹ Ibid., p. 8.

³⁶² A experiência bem sucedida do sal iodado para combater o bócio e a lei de obrigatoriedade de 1953 foram princípios seguidos pelos idealizadores do sal cloroquinado. Cf. HOCHMAN, op. cit., p. 170.

potássio para 1 litro de água). Na presença de cloroquina, essa solução desenvolveria uma coloração marrom escura; sem cloroquina, a cor seria amarela claro.³⁶³

Segundo Pinotti, a concentração da droga no sal antimalárico preparado de acordo com os resultados das pesquisas era de 0,33% de difosfato de cloroquina, ou seja, 0,2% de base de cloroquina. Os estudos apontaram também que o consumo médio humano de sal, nas regiões leste e sul do país, era de 15 gramas diários por pessoa, o que permitiria a ingestão de 30 miligramas de base de cloroquina, por dia, para cada uma. No norte do país, o consumo médio de sal era maior, aproximadamente, de 22 gramas diários, por pessoa. Para Pinotti, a concentração ideal de droga no sal seria 0,23% de difosfato de cloroquina, ou seja, 0,14% de base de cloroquina.³⁶⁴

Pinotti também sugeria a utilização da base de cloroquina no lugar do difosfato de cloroquina, o que tornaria o antimalárico mais barato. Este método deveria ser aplicado em localidades que tivessem em média 10 mil habitantes. Para abastecer de sal cloroquinado regiões com populações com mais de 20 mil habitantes, seria necessário o emprego de um misturador mecânico. A opção pela utilização da base de cloroquina misturada ao sal de cozinha promoveu um debate internacional através de pesquisas registradas nas correspondências trocadas entre Emilio Pampana, diretor da Divisão de Erradicação da malária da OMS, Karl Koenig – conselheiro-químico da Bayer, e Mario Pinotti, diretor do Departamento Nacional de Endemias Rurais. Trato de forma mais detalhada essa polêmica na próxima seção.³⁶⁵

³⁶³ Ver anexos sobre a preparação do sal cloroquinado no final do capítulo.

³⁶⁴ PINOTTI, op. cit., p. 22.

³⁶⁵ Id., 1957, p. 24.

Os estudos sobre o sal cloroquinado foram a preocupação de mais de uma dezena de malariologistas na década de 1950.³⁶⁶ A produção intensa reforçou os argumentos em defesa da utilização do novo método. O “Método Pinotti” entrou em discussão no cenário internacional de combate à malária, e especialistas ligados às instituições de saúde pública solicitavam esclarecimentos e detalhes das pesquisas.

3. 4. A repercussão do “método Pinotti” no contexto internacional de saúde pública

Em 1952, dois anos depois de iniciadas as pesquisas com o sal cloroquinado, as provas químicas de laboratório e as observações em doentes hospitalizados demonstraram a eficácia do uso do método. No ano seguinte, foi publicada uma nota prévia sobre o assunto, depois que as provas de campo confirmaram os resultados preliminares obtidos em condições experimentais. Pinotti dirigia as pesquisas do Instituto de Malariologia do SNM.³⁶⁷ Neste contexto, a malária decaía expressivamente no território nacional por causa da intensa utilização do inseticida. O DDT era o instrumento mais eficaz contra a malária. Os programas de controle que adotaram as dedetizações como principal ação de combate à doença alcançaram resultados impressionantes nos primeiros anos pós-Segunda Guerra. A redução da

³⁶⁶ Ver quadro 1 nos anexos.

³⁶⁷ Rostan Soares e Mario Pinotti publicaram os primeiros resultados das pesquisas em 1953. O trabalho intitulado “Um novo método de profilaxia da malária. Associação de uma droga antimalárica ao sal de cozinha usado na alimentação diária” descreve como deveria funcionar o novo método, as áreas cobertas por ele e suas justificativas de uso. Cf. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação – Documento RS/PI/RJ 19460829, Fundo Rostan Soares.

malária em várias regiões do mundo e no Brasil foi creditado ao DDT.³⁶⁸ No entanto, esse cenário otimista começaria a ser questionado no final da primeira metade da década de 1950. Os especialistas em malária no mundo estavam preocupados com a resistência que os vetores poderiam adquirir com a utilização dos inseticidas por longo período. Outra questão importante para alguns malariologistas era como enfrentar a doença em regiões em que a aplicação dos inseticidas era inviável por questões geográficas ou culturais.³⁶⁹

Entre os dias 19 e 25 de outubro de 1952, foi realizado na cidade Belo Horizonte no estado de Minas Gerais, o X Congresso Brasileiro de Higiene. Neste evento, o renomado malariologista venezuelano Arnaldo Gabaldon fez muitas referências otimistas ao novo método de combate à malária. Para Gabaldon, a contribuição dos sanitaristas brasileiros, em especial a de Mario Pinotti, era imprescindível para a luta contra a doença. O sal cloroquinado estaria presente nas áreas onde não fosse possível a utilização DDT.

Neste contexto, os primeiros reconhecimentos do método do sal cloroquinado foram dados pelo doutor Carlos Alberto Alvarado, malariologista argentino, professor de Higiene da Universidade de Tucuman, chefe do COMEP (Coordination Office for Malaria Eradication Programmes), da Repartição Sanitária Pan-Americana, e por Gabaldon, na época, assessor da Divisão de Malária de seu país, membro do “Panel of Experts on Malaria”, da OMS. Ambos conheceram o método antes de qualquer publicação, quando vieram ao Brasil em 1952, para participarem do X Congresso Brasileiro de Higiene e ficaram entusiasmados com a nova arma

³⁶⁸ HOCHMAN, op. cit., p. 169. 2008.

³⁶⁹ Gabaldon, em sua comunicação no X Congresso Brasileiro de Higiene em 1952, fala dessas preocupações entre os malariologistas. Ver CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 10., 1952, Belo Horizonte. **Anais do...** Belo Horizonte, Minas Gerais: Oficinas Gráficas da Livraria do Globo S. A. 19 a 25 de outubro de 1951.

contra a malária. Manifestaram nas suas comunicações otimismo com o novo método em experiência no Brasil. Nas palavras de Alvarado:

Pero aqui outra vez el gênio del hombre encuentra la solución. Y para aumentar la divida del mundo con el Brasil, es otra vez brasileiro el que tiene la idea genial de como resolver el problema. Mario Pinotti que estas pequenas dosis de cloroquina puden mezclarse con la sal, el cloruro de sódio que todos debemos consumir. Nace las puebas quimicas, farmacológicas y clínicas y encuentra que la estabilidad es completa; que, la tolerancia e la droga es perfecta, y los primeiros resultados de esta intuición magnifica indican su incuestionable eficácia. Estaria así descubierto el procedimiento para dominar la malaria donde fallaram los maravillosos insecticidas de acción residual.³⁷⁰

O sanitaria argentino faz referência à tradição criada no Brasil no campo de combate à malária. Segundo Alvarado, o mundo teria uma dívida com essa tradição. O otimismo era sensível nas palavras do chefe do COMEP, esse novo método era visto como o golpe definitivo contra a doença. Alvarado já pensava na erradicação do plasmódio, apontando também o sal cloroquinado como saída para áreas onde DDT falhou. Em outra ocasião, o venezuelano Arnaldo Gabaldon escreveu para o diretor do SNM, Mario Pinotti, reforçando o apoio ao método brasileiro. Gabaldon estaria interessado em confirmar a utilidade do método, que para ele seria uma grande contribuição na luta contra a malária.

[...] Estoy muy preocupado con el problema de la carencia de pueblos buenos para probar la eficacia de la sal cloroquinada. Es necesario hacer todos los esfuerzos posibles para probar de manera indiscutible y abundante la eficacia de esa droga [...] Continuo creyendo que Usted ha hecho una gran contribución a la lucha antimalarica con la introducción de la sal cloroquinado. Estamos proyectando emplear este método en el segundo semestre del presente año en amplia nuestra [...].³⁷¹

³⁷⁰ ALVARADO, Carlos Alberto. Conferência. **Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais**, Rio de Janeiro: Divisão de Cooperação e Divulgação – DNERu/ Ministério da Saúde, v. 4, n. 4, p. 304, 1952.

³⁷¹ Carta de Gabaldon enviada a Mario Pinotti em 6 de março de 1953. Cf. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação – Documento RE/PI/RJ 9002040/3, Fundo Rostan Soares.

Gabaldon se mostra interessado em provar definitivamente a eficácia do método. O malariologista venezuelano tem a preocupação de expandir o trabalho de campo das pesquisas com sal cloroquiando. Neste sentido, haveria a necessidade de ter povos que se enquadrassem no perfil proposto pelo método. Isto é, populações que vivessem em regiões de difícil acesso, com moradias precárias, que impedissem a utilização do DDT. A Venezuela, país de Gabaldon, já havia erradicado a malária nos anos 1940. Esta experiência da erradicação era a que estava presente na mente desse especialista em malária do OMS. Desde o início, o método Pinotti era considerado pelos primeiros analistas internacionais como uma prática de combate à malária que poderia ser direcionada para a erradicação. A questão da erradicação associada ao método Pinotti não seria apresentada de imediato no território nacional. Para os malariologistas brasileiros o sal cloroquinado deveria ser utilizado em complemento ao DDT, com o objetivo de controlar a doença. Gabaldon, comentando a comunicação realizada por Mario Pinotti e sua equipe sobre o sal cloroquinado, apresentada em sessão plenária do V Congresso Internacional de Medicina Tropical e Malária, reunido em Istambul, de 28 de agosto a 4 de setembro de 1953, faz as seguintes considerações:

With reference to the use of chloroquin mixed with common cooking salt, I want to congratulate Dr. Pinotti for having introduced a method which, I believe, makes possible for the first time the application of drugs for malaria control in civilian life.

Experience of most countries have shown that it was possible to control malaria with some of the new drugs, but the cost of distribution and supervision makes prohibitive the use of such drugs. Dr. Pinotti's method solves the problem of light cost and therefore I hope it will be used at length as a complementary action where necessary in the nationwide campaigns which have as their objective the eradication of the disease.³⁷²

“Alcança repercussão mundial o método brasileiro de combate à malária” foi manchete do jornal **A Notícia**, de 3 setembro de 1953. O anúncio da repercussão internacional da

³⁷² INTERNATIONAL CONGRESS ON TROPICAL MEDICINE AND MALARIA, 5., 1953. **Proceeding of the...** Communications, v. 2, 1953,p. 250.Cf. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação – Documento RS/PI/RJ 19460829, Fundo Rostan Soares.

descoberta de um novo método são indícios importantes do espaço que o tema ocupou na década de 1950. O subtítulo evidenciava a proporção da descoberta, que dizia “Nasceu a idéia das asperezas da luta anti-palúdica na região amazônica – Comunicação aos mais adiantados centros de pesquisas do mundo – Aplausos do Congresso Internacional de Doenças Tropicais ora reunidos em Istambul”. O método do sal cloroquinado foi tratado como um novo método simples, no entanto, “revolucionário”. O método estaria em pauta de discussão dos centros norte-americanos de pesquisa.³⁷³

Segundo o jornal **A Notícia**, do dia 2 de dezembro de 1953, a população brasileira não tinha conhecimento do grande feito dos cientistas nacionais. A importância da descoberta dos sanitaristas do SNM da nova arma para enfrentar a malária não era mensurável. Na matéria do jornal, o sal cloroquinado seria mais do que uma descoberta de “salvação nacional”, seria uma resposta para os cientistas, particularmente norte-americanos, que não viam a possibilidade de transformação da realidade da população brasileira. Isto é, os brasileiros estariam condenados pela malária. Um desses cientistas norte-americanos, na ocasião da epidemia de malária no Nordeste, fez o prognóstico de que, em trinta anos, a população brasileira seria composta por um povo totalmente flagelado. Outro cientista americano, em um congresso realizado em Cuba, fez uma dura oposição à tese de Mario Pinotti que defendia, na ocasião, que seria possível a erradicação da malária no Brasil. Pinotti não estava defendendo programa algum de erradicação, e sim, vendo, nos progressos alcançados no Brasil pelas ações comandadas pelo SNM, a possibilidade de erradicar a malária. Essas ações seriam de controle contínuo e conduziriam “naturalmente” à eliminação da doença.

³⁷³ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação – Documento RS/PI/RJ 19460829, Fundo Rostan Soares. Jornal **A Notícia** de 3 setembro de 1953.

Neste contexto, mais do que um novo método de combate à malária, o sal cloroquinado parecia coroar uma tradição constituída no país, de sanitaristas especializados em malária. O sal cloroquinado foi apresentado em **A Notícia** como o símbolo da “brilhante capacidade” dos cientistas brasileiros. A malária aparecia como uma doença grave que estava sendo vencida pelo esforço, inteligência e competência dos malariologistas do SNM. Mario Pinotti, como diretor e líder dessa instituição, foi um personagem central do contexto científico e político dessa época.

A malária deixou de ser um problema [...]. Os fatos vieram confirmar o ponto de vista sustentado pela medicina brasileira através do Dr. Mario Pinotti. Quando se deu início à grande batalha contra a malária eram registrados cerca de oito milhões de casos por ano, nas regiões afetadas. Hoje as estatísticas rigorosamente elaboradas pelo SNM acusam um índice de apenas 143 mil casos em todo território nacional. Só no Distrito Federal tínhamos cerca de 14 mil casos e hoje, depois de intensas pesquisas, foi possível localizar 3 casos. **Isso quer dizer, simplesmente, que a malária deixou de existir no Brasil como problema.** Uma área de 6.620.974 quilômetros quadrados foi e está sendo constantemente cuidada pelo SNM, que passou assim do combate direto à endemia, à fase de prevenção.³⁷⁴ (grifo nosso)

Gabaldon acreditava também que o método do sal cloroquinado seria viável pelo seu custo. Um instrumento eficaz e mais barato possibilitaria o controle inicial da doença, conduzindo ao objetivo final que seria a erradicação. O malariologista venezuelano, como vimos, foi também um dos primeiros a reconhecer e a divulgar a importância do trabalho de Mario Pinotti. A divulgação das pesquisas do diretor do SNM e de sua equipe no contexto internacional da saúde pública serviu para o fortalecimento de um grupo de malariologistas nacionais. Na quinta sessão do “Expert Committee on Malaria”,³⁷⁵ da Organização Mundial de Saúde, reunido em Istambul, de 7 a 12 setembro de 1953, foi apresentada mais uma

³⁷⁴ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação – Documento RS/PI/RJ 19460829, Fundo Rostan Soares. Jornal **A Notícia** de 2 dezembro de 1953, s/n.

³⁷⁵ O Comitê era constituído pelos seguintes membros: Dr. M. K. Afridi, do Paquistão; Sir Gordon Covell, da Inglaterra; Dr. Mario Pinotti, do Brasil; Dr. S. Rajendram, do Ceilão; Dr. Paul F. Russell, da Fundação Rockefeller; Dr. M. A. Vaucel, da França; Dr. I. H. Vincke, do Congo Belga. Consultores: Prof. G. A. Livadas, da Grécia e Prof. G. Mac Donald, da Inglaterra. Secretários: Dr. E. J. Pampana e Dr. M. A. Farid, da OMS.

comunicação sobre o método do sal cloroquinado, que despertou grande interesse do comitê. O capítulo 3 do relatório do comitê tratava do papel que as novas drogas sintéticas poderiam desempenhar no controle da malária.

Where a community is living under conditions which totally preclude the application of antimosquito measures, the use of antimalarial drugs may be the only practicable method of controlling the disease. An ingenious method of distribution by singling the drug with table salt has been used in an area where the latter commodity is seares [sic] and is issued under government control.³⁷⁶

Na Conferência Internacional de Malária para as Regiões Européias e Leste do Mediterrâneo, promovida pela Organização Mundial de Saúde, em Atenas, em junho de 1954, o Dr. Fernando Machado de Bustamante³⁷⁷, delegado-observador do Brasil da conferência, chamou a atenção do plenário para a importância do método do sal cloroquinado em campanhas de controle da malária. O novo método seria apropriado, nas circunstâncias não raras em que os inseticidas não pudessem ser usados, como nas localidades com dificuldades de acesso em regiões de baixa densidade demográfica onde a aplicação domiciliária de inseticidas seria uma medida muito dispendiosa.

Após quatro anos, em 1958, Dr. E. J. Pampana³⁷⁸ confirmaria formalmente o interesse da OMS no desenvolvimento do sal cloroquinado. Veremos adiante que Pampana já havia estabelecido alguns contatos com Mario Pinotti pedindo mais esclarecimentos sobre o método. A importância do método exigia um resultado definitivo e comprobatório da sua eficácia. Pampana solicitou ao Instituto Nacional de Saúde, do Serviço de Saúde Pública dos

³⁷⁶ PINOTTI, op. cit, p. 54. Cf. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação – Documento RE/PI/RJ 9002040/3, Fundo Rostan Soares.

³⁷⁷ Comunicação oral apresentada por Bustamante na Conferência Internacional de Malária para as Regiões Européias e Leste do Mediterrâneo em 1954, p. 55. Cf. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação – Documento RE/PI/RJ 9002040/3, Fundo Rostan Soares.

³⁷⁸ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação – Documento RE/PI/RJ 9002040/3, Fundo Rostan Soares. Carta de Emilio Pampana enviada para Mario Pinotti em 8 de março de 1957.

Estados Unidos, a realização de investigações que comprovassem os resultados obtidos pelos malariologistas brasileiros. Tais investigações foram confiadas ao Dr. Robert Coatey, conhecido pesquisador americano e uma das maiores autoridades mundiais em drogas antimaláricas. O Dr. Coatey, que realizou seu trabalho em voluntários de prisões americanas, confirmou integralmente os resultados de Pinotti com o sal cloroquinado, mostrando, ainda, que resultados semelhantes podiam ser obtidos com a associação do sal ao medicamento Daraprim. Coatey não havia publicado os resultados de suas pesquisas quando enviou uma correspondência aos responsáveis pelas pesquisas do sal cloroquinado no Brasil, Mario Pinotti e Rostan Soares. Nas palavras de Coatey:

About a year ago at the request of the WHO we inaugurated experimental studies in prisoner volunteers to test the suppressive efficacy of chloroquine and pyrimethamine when added to common salt and against sporozoite-induced Chesson strain of vivax malaria. [...]

[...] In carrying out the actual test, the volunteers were subjected to the drug-salt diet for 10 and 13 days respectively after before the first biting (infection) episode and for 19 and 18 days respectively after the last biting (infection) episode approximately one week apart. Each of the test subjects and the control or controls for a particular episode was bitten by 10 heavily infected mosquitoes as proved by post-prandial dissection. The controls received no drug and entered the test area of the hospital only for the purpose of receiving infective bites. Relevant data and the results of the test are given in the table below.³⁷⁹

As primeiras pesquisas que ocorreram nos EUA com o sal cloroquinado foram feitas em voluntários presos. No Brasil foram realizadas em pacientes hospitalizados, no início das experiências. Somente em uma segunda fase da pesquisa é que os trabalhos de campo se concentraram nos habitantes de áreas malarígenas³⁸⁰. A localidade de Engenheiro Dolabela,

³⁷⁹ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação – Documento RS/PI/RJ 19460829, Fundo Rostan Soares. Carta de Robert Coatey enviada a Rostan Soares em 29 de maio de 1957.

³⁸⁰ No jornal **A Notícia** de 2 de dezembro de 1953 que anunciava as novas descobertas dos cientistas brasileiros, anunciava o sal cloroquinado como um método revolucionário. No entanto, a população que já consumia o sal não saberia da modificação do produto. Segundo a reportagem, o sal cloroquinado não apresentava gosto, cheiro ou sabor diferente do sal cozinha comum. Cf. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação – Documento RS/PI/RJ 19460829, Fundo Rostan Soares.

em Minas Gerais, foi escolhida como laboratório dessa fase. Na terceira fase da pesquisa, o sal cloroquinado devia ser testado, principalmente, em áreas de difícil acesso onde a aplicação do DDT era inviável. Na carta dirigida a Fernando Bustamante, em 17 de fevereiro de 1956, Gabaldon relata que o método do sal cloroquinado desenvolvido por Mario Pinotti teria uma agenda especial de discussão na VI Sessão do Comitê de Especialistas sobre Malária que aconteceria na Grécia, de 29 a 31 de junho do mesmo ano. Outro ponto abordado por Gabaldon foi a indicação de Pinotti para o prêmio Darling. Nas palavras do malariologista da OMS:

En la VI Sesión Del Comité de Expertos sobre Malária que se reunirá en Atenas del 21 al 29 de Junio de 1956 hay dos puntos que son de interés para el Brasil, como Usted podra ver en la Agenda Provisional de dicha Sesión que seguramente ha llegado al Servicio Nacional de Malaria.

El primer punto es el titulado “Medidas contra los parásitos malarios: drogas, Método de Pinotti, Sal de cocina medicamentosa”. Yo estoy invitado para asistir a dicha Sesión y me gustaría presentar a consideración del Comité un Informe detallado de todo lo que Ustedes hayan conseguido en este campo Yo le ruego que me haga el favor de hacer preparar dicho informe en forma que pueda servir de texto para ser incluido en el Informe que presentará el Comité.

El otro problema, que de modo confidencial le comunico, es que como respuesta a la consulta sobre candidatos al Premio Darling que hiciera el Director General de la Organización Mundial de la Salud a los miembros del Panel de Malaria yo propuse a nuestro Mario Pinotti como candidato. Creo que la presentación de la bibliografía referente a Sal Cloroquinada más el informe a que hice referencia anteriormente sean elementos útiles para respaldar la candidatura que presente. Yo le agradecería me hiciera preparar también dicha bibliografía, y si es posible me enviara separatas de las publicaciones respectivas, las cuales llevaría yo a Ginebra (...) ³⁸¹

Gabaldon coloca-se como o defensor e divulgador do método Pinotti, em um esforço para incluir o método em uma agenda de discussão, em que o DDT era soberano no combate à malária. O sal cloroquinado foi pensado como um método complementar ao DDT, com o objetivo de erradicar a malária. Enquanto o discurso de ordem no contexto internacional era a

³⁸¹ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação – Documento RE/PI/RJ 9002040/3, Fundo Rostan Soares. Carta de Arnaldo Gabaldon enviada a Fernando Bustamante em 17 de fevereiro de 1956.

erradicação da malária, no Brasil, o método Pinotti estava colocado como a mais nova ação de controle da doença. O nome Pinotti começou a assumir cada vez mais uma posição de destaque no campo da saúde pública internacional. Neste momento, em 1956, como diretor do DNERu, Pinotti contava com admiradores importantes. Gabaldon iniciou uma campanha em nome de Mario Pinotti para que o reconhecimento do método do sal cloroquinado coroasse também o trabalho do malariologista brasileiro. Nessa VI reunião do “Expert Committee on Malaria”³⁸² da OMS, em Atenas, o assunto do sal cloroquinado figurou na agenda dos trabalhos sob o título de “Método Pinotti”. O Comitê discutiu os aspectos relacionados ao emprego de drogas antimaláricas em campanhas de erradicação da doença e preparou um relatório se referindo ao método do sal cloroquinado e sua utilização.³⁸³

The Committee took note of Pinotti’s method of mass administration of chloroquine mixed with table salt, which might be of value in some circumstances, and was interested to learn that WHO is sponsoring a series of controlled experiments to test the efficacy of this for of administration of drugs.³⁸⁴

O Comitê de Peritos em Malária da OMS tratou também do assunto sobre o sal cloroquinado em publicações³⁸⁵, nas quais divulgou os resultados dos trabalhos de Pinotti e Rostan Soares. Na II Reunião do “Advisory Committe on Malaria” da Repartição Sanitária Pan-Americana, em Maracay, Venezuela, de 26 a 29 de dezembro de 1956, Bustamante apresentou os resultados preliminares do emprego do sal cloroquinado na área de Engenheiro Dolabela, Minas Gerais. O doutor Fred L. Soper, diretor-geral da Repartição Sanitária Pan-Americana, ficou impressionado com os dados apresentados por Bustamante e declarou que esse havia

³⁸² Este Comitê era constituído pelos seguintes membros: Dr. M. K. Afridi, Paquistão; S. J. Bruce Chawtt, Nigéria; A. Gabaldon, Venezuela; L. F. Gunaratina, Ceilão; K. C. Liang, China; L. Livadas, Grécia; G. Mac Donald, Inglaterra; L. Raffaele, Itália e J. Singh, Índia. Consultores: Sir Gordon Covell, Inglaterra; M. E. Farinaud, França e P. E. Russell, Fundação Rockefeller, U.S.A.

³⁸³ O Comitê não conhecia os resultados das experiências de Coatney que foram feitas a pedido da OMS.

³⁸⁴ PINOTTI, op. cit., p. 58. Cf. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento RE/PI/RJ 9002040/3, Fundo Rostan Soares.

³⁸⁵ Malaria Inform 1, WHO e Malaria Inform 15, WHO.

sido um dos mais importantes fatos levados àquela reunião. Alguns pontos abordados por Bustamante:

A 1ª reunião de Chefes de Serviços Nacionais de Malária de Países Sul-Americanos, onde o nosso método profilático foi de novo reconhecido como arma valiosa nos programas de erradicação da malária, aprovou uma resolução baseada nos seguintes termos:

Que se mantenha o nome de “Método Pinotti” para a mistura de sal de cozinha com cloroquina, daraprim ou outra qualquer droga antimalárica.

Em vários países da América do Sul já se cogita do emprego do sal cloroquinado. O Dr. Fausto Fernandez, responsável pela campanha contra a malária no Peru, consultou-nos recentemente, sobre a aceitação do método pelo público, pois, desejoso de empregá-lo na região amazônica de seu país, manifestava temor de que o sal cloroquinado contivesse sabor amargo capaz de comprometer a sua boa aceitação. Mostramos-lhe o não fundamento de suas reservas e convidamo-lo a inspecionar as áreas em que estávamos usando o sal com cloroquina e verificar pessoalmente a sua perfeita aceitabilidade e a simplicidade de seu emprego na prática.³⁸⁶

Arnaldo Gabaldon anunciou, em 1956, que iria fazer uso do método do sal cloroquinado no sul da Venezuela, onde acreditava que o DDT havia falhado na erradicação da doença devido, provavelmente, à transmissão extradomiciliária da malária pelo *Anopheles darlingi*, o vetor da referida região. Pampana, em carta, comunica a Mario Pinotti os resultados das experiências feitas com o sal cloroquinado e afirma que “[...] já é tempo de utilizar o método no campo”. Pampana mostra-se preocupado porque a Wyeth International havia patenteado o sal cloroquinado ou pirimetaminizado, podendo o produto, comercialmente preparado, encarecer o tratamento. As informações sobre a ação da empresa Wyeth³⁸⁷ é restrita, Pampana não forneceu mais detalhes sobre essa negociação. Neste sentido, o método seria aplicado em

³⁸⁶ Trabalho de Fernando Bustamante intitulado “Resistência do comportamento do *Anopheles darlingi*” apresentado na I Reunião de Chefes de Serviços Nacionais de Malária dos países da Bacia da Prata, em Cochabamba, Bolívia, de 3 a 9 de fevereiro de 1957. Cf. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento RE/PI/RJ 9002040/3, Fundo Rostan Soares.

³⁸⁷ A Wyeth é uma indústria farmacêutica norte-americana que instalou uma filial no Brasil em 19 de outubro de 1949 através de uma associação da matriz, na Filadélfia, com o Instituto Medicamento Fontoura. Nesse contexto, a Wyeth International era a principal fornecedora de penicilina para o instituto. Essa parceria, em 1954, seria responsável pela criação da primeira fábrica de penicilina da América do Sul, em São Bernardo do Campo, no ABC paulista. Com a tecnologia do centro de pesquisas da Filadélfia, as Indústrias Farmacêuticas Fontoura – Wyeth se transformou líder na produção e comercialização de antibióticos. Disponível em: <<http://www.wyeth.com.br/br/historia.htm>>. Acesso em: 10 jul. 2008.

áreas onde haveria pouco numerário disponível para ser despendido em saúde pública. Portanto, parece que quanto mais baixo o custo de preparo, maior seria a possibilidade de se adotar o método. Nas palavras de Pampana:

I hoped to be able to send you a copy of the report of Dr. Coatney, who experimented with your method of chloroquinined salt on volunteers infected with the Chesson vivax strains: but the report seems to suffer from some delay, and I wasted to tell you, if you do not yet know it, that Dr. Coatney's results confirm, as we foresaw, the results of yourself and your co-workers.

We now feel that the time has come to utilize the method in the field.

Could you kindly give us any information on the technique that you and your co-workers used to mix the chloroquinined salt with more details than those that can be found at page 250 of the second volume (Communications) of the Procedures of the Fifth International Congress on Tropical Medicine and Malaria? On any machines that should be utilized for this mixing, and conditions of temperatures and humidity, if any information that might communicate to some African countries and territories where the medicated salt could well be the solution for interrupting malaria transmission.³⁸⁸

A repercussão do método do sal cloroquinado no cenário internacional de saúde pública foi significativa. A discussão em torno da eficácia do método aconteceu em diversos encontros internacionais de saúde, em que a agenda da malária passou a ser a mais importante na década de 1950. Na segunda metade dos anos 1950, com o lançamento mundial da campanha de erradicação da malária pela OMS, o sal cloroquinado surgiu como um complemento e alternativa do DDT. Dois princípios básicos sustentavam essas características. Primeiro, a discussão em torno da resistência dos vetores ao inseticida, que incentivou, em princípio, a OMS a recomendar aos países-membros a conversão dos seus programas de controle de malária em programas de erradicação. Segundo, a questão das áreas malarígenas situadas em localidades de difícil acesso, que eram ocupadas por populações de hábitos seminômades e viviam em moradias alternativas. Nesse ambiente, a utilização do DDT era impraticável.

³⁸⁸ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação – Documento RE/PI/RJ 9002040/3, Fundo Rostan Soares. Carta de Emilio J. Pampana enviada para Robert Coatney em 8 de março de 1957.

Assim sendo, o método idealizado por Pinotti era apresentado como uma alternativa viável, capaz de ocupar um espaço expressivo na luta contra a malária.

Em 7 de outubro de 1954, Pinotti recebeu uma correspondência do Dr. C. W. F. Winckel, malariologista consultor do Hospital Mental de Amsterdã na década de 1950, tendo como assunto principal uma reportagem publicada no jornal **American Medical Association**, que apresentava o método do sal cloroquinado como uma contribuição importante no controle da malária.³⁸⁹ Winckel tomou conhecimento das primeiras experiências e pedia mais informações ao diretor do Serviço Nacional de Malária. A publicação dessa reportagem aconteceu no momento em que os especialistas de malária da OMS no mundo se reuniam para traçar novas rotas de combate à doença. Assim como o DDT, o sal cloroquinado no início da sua utilização foi planejado para ser empregado como um método de controle. Quando começa a campanha de erradicação global da malária da OMS em 1955, e as dificuldades da empreitada ficam explícitas, novas ações de enfrentamento da doença ganham espaço. É neste cenário que o “Método Pinotti” encontrou um ambiente não de consenso, mas de debates e repercussões importantes.

Como uma contribuição para o controle da malária residual em tão difíceis situações, Dr. Mario Pinotti, diretor da Divisão de Malária, sugeriu o uso da cloroquina misturada ao sal de mesa. O método foi usado em diversos distritos em 1953, com resultados animadores, caindo o índice parasitológico a 0,3, 0,1 e até 0% em contraste com as cifras de 6 a 25% nos mesmos distritos antes do uso generalizado do sal cloroquinado, ou em áreas similares onde na mesma época, o método não fora adotado.³⁹⁰

³⁸⁹ AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, v. 156, n. 1, 4 de setembro de 1954, p. 65.

³⁹⁰ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação – Documento RE/PI/RJ 9002040/3, Fundo Rostan Soares. Carta de W. F. Winckel enviada para Mario Pinotti em 7 de outubro de 1954.

A questão sobre a utilização da base de cloroquina misturada ao sal de cozinha gerou uma discussão no contexto internacional. As correspondências trocadas entre Emilio Pampana, diretor da Divisão de Erradicação da Malária da OMS, o Dr. Karl Koenig, conselheiro-químico da Bayer, e Mario Pinotti, diretor do DNERu registram parte da polêmica criada em torno do método do sal cloroquinado. Pampana, um dos principais idealizadores da campanha de erradicação global da malária da OMS, escreveu para Pinotti em 13 de maio de 1957 pedindo informações detalhadas do método de sal cloroquinado. Nas palavras de Pampana:

Faz muito tempo que lhe escrevi. Eu tinha a esperança de poder enviar-lhe uma cópia do relatório do Dr. Coatney, que efetuou uma experiência com seu método de sal cloroquinado, em voluntários infeccionados com “Chesson vivax”; entretanto o relatório parece ter sofrido algum atraso e eu desejava informar-lhe, caso ainda não tenha sido informado, que os resultados obtidos pelo Dr. Coatney confirmam, conforme prevíamos, os resultados obtidos por V. S. e seus auxiliares.

Agora sentimos que chegou a ocasião de utilizar o método no campo. Sabemos que a Wyeth International patenteou o sal cloroquinado ou pirimetaminizado, porém receio que um produto comercialmente preparado viria aumentar em demasia o custo da mistura. É óbvio que este método seria aplicado em áreas onde haveria pouco numerário disponível para ser despendido em saúde pública e, portanto, parece que quanto mais baixo o custo de preparado, maior seria a possibilidade para se adotar o método.

Seria possível dar-nos quaisquer dados sobre a técnica que V. S. e seus auxiliares empregaram na mistura do sal cloroquinado, com mais detalhes encontrados à página 250 do segundo volume (Communications) dos Procedimentos do Quinto Congresso sobre Medicina Tropical e Malária? Ou sobre quaisquer máquinas que devem ser utilizadas para esta mistura e condições de temperaturas e umidade a serem observadas, se essas existem, durante o processo? Em síntese ficaríamos gratos por qualquer informação que pudesse nos fornecer a alguns países Africanos e territórios, onde o sal medicinal pudesse bem ser a solução para a interrupção da transmissão de malária [...].

391

Emilio Pampana, nessa correspondência, mostra maior interesse pelo novo método, a partir das confirmações das experiências desenvolvidas pelo Dr. Karl Koenig. No entanto, no ano de 1957, o método Pinotti, como toda política de enfrentamento da malária no Brasil, era orientado por programas de controle. Lembro que a campanha mundial da OMS para a

³⁹¹ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação – Documento RE/PI/RJ 9002040/3, Fundo Rostan Soares. Carta de E. J. Pampana enviada para Mario Pinotti em 13 maio de 1957.

erradicação da malária não foi adotada na prática no país. O sal cloroquinado já vinha sendo utilizado como experiência desde o início dos anos 1950. A sua prática visava ao controle. Com certeza, Pampana visualizava, no novo método, sua utilização nos programas de erradicação onde o DDT encontrava dificuldades de atuar. Pampana mostra-se novamente preocupado com a possibilidade de que o método fosse patenteado pela empresa Wyeth International. O método de sal cloroquinado passava ser considerado por Pampana como um complemento ao DDT ou uma alternativa em regiões onde a aplicação do inseticida era inviável. É válido lembrar que a África foi excluída na campanha liderada pela OMS por causa da impraticabilidade da utilização do DDT.³⁹² Em 10 de outubro de 1957, Koenig escreveu para Pampana pedindo mais informações sobre o método Pinotti.

[...] V. S. talvez se recorde da nossa conversação e correspondência a respeito do “Método Pinotti”, da mistura de cloroquina com o sal de cozinha.

Meu amigo, Prof. Kikuth, de Dusseldorf, recentemente discutiu o assunto novamente comigo, tomando por base informações sobre Malária da OMS, que recebe com regularidade de seu escritório. O número em questão é: Mal/Inform/27 de 14 de agosto de 1957.

O referido amigo mostrou-me o boletim, e à página 6 n° 2 há um parágrafo no sentido de que na preparação do sal cloroquinado, difosfato de cloroquina pode ser substituído com vantagem pela cloroquina básica, pois que a droga deve ser mais barata em forma de base do que em forma de fosfato.

De acordo com os meus conhecimentos dos processos de fabricação, a preparação de cloroquina básica é consideravelmente mais onerosa que a de fosfato de cloroquina. Há ainda a acrescentar um outro ponto que na minha opinião é importante, ou seja, que a cloroquina básica é positivamente inferior com respeito à absorção através do trato digestivo, do que os sais solúveis de cloroquina, como o fosfato de cloroquina. Ademais, a cloroquina básica é, até um certo ponto, sensível à luz. A superfície de cloroquina básica, que é um pó fino, adquire com facilidade uma coloração de cor marrom ao ser exposta à luz. Há ainda, que a cloroquina básica é praticamente insolúvel em água e o processo discriminado na Mal/Infor/27 pág. 4 “Preparation of the solution”, torna-se impossível com cloroquina básica.

Não será como Pinotti chegou às conclusões fornecidas na Mal/Inform/27 à pág. 6. Entretanto, até que outras informações do Pinotti possam ser obtidas, é preciso haver

³⁹² CUETO, op. cit.

cautela ao recomendar o uso de cloroquina básica na preparação de sal cloroquinado. [...].³⁹³

Nessa carta, Koenig manifesta suas ressalvas em relação ao método Pinotti. De forma cautelosa aponta para Pampana as possíveis falhas do método. Koenig não estava convencido dos resultados apresentados por Pinotti no 27º **Informativo da Malária** da OMS. Questionava também como o malariologista brasileiro chegou a tal resultado. Solicitava que fossem fornecidas maiores informações sobre o método para que pudesse ser totalmente aceito. Neste sentido, visando a atender as solicitações Koenig, Emilio Pampana escreve novamente para Mario Pinotti, em 19 de outubro de 1957, pedindo mais informações sobre o sal cloroquinado:

[...] Conforme é de seu conhecimento reproduzimos as referidas instruções no idioma inglês e francês em nossa série de Mal/Inform (nº 27) a qual circula por todas os membros ligados à Malária, da OMS. Acabo de receber uma carta do Dr. K. Koenig, a quem V. S. provavelmente conhece e que é um dos conselheiros médicos em químico terapêutica da Bayer e estou enviando anexo, uma cópia de sua carta de 10 de outubro de 1957, para sua informação. Estou certo que apreciará as observações do Dr. Koenig, porém gostaria imensamente de saber se o autor do memorandum que V. S. gentilmente me enviou pudesse nos remeter maiores detalhes sobre as possíveis desvantagens pelo Dr. Koenig à mistura da base de cloroquina e sal.³⁹⁴

Pampana aumentou seu interesse pelo método escrevendo pela segunda vez para Pinotti pedindo esclarecimentos que convencessem a comunidade internacional da eficácia do método. Mario Pinotti, que estava no segundo ano da direção do DNERu, não respondeu imediatamente a essas interrogações, parecia distante desse debate que ocorria entre os especialistas em malária da OMS. Em 1957, a malária no Brasil não é a doença que mais

³⁹³ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação – Documento RE/PI/RJ 9002040/3, Fundo Rostan Soares. Carta de Karl Koenig enviada para Emilio J. Pampana em 10 de outubro de 1957.

³⁹⁴ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação – Documento RE/PI/RJ 9002040/3, Fundo Rostan Soares. Carta de E. J. Pampana enviada para Mario Pinotti em 18 de maio de 1957.

preocupava as autoridades da saúde pública. Apenas no ano seguinte ela ganharia o *status* de importância dado pelos malariologistas internacionais. Isto é, assim como foi pronunciada no Programa de Saúde Pública de JK em 1955, a malária não era a doença mais grave que acometia a população. Ela estava sob controle. A utilização do método do sal cloroquinado era restrita à região amazônica. Neste contexto, o diretor do DNERu não compartilhava desse mesmo clima emergencial promovido pelos sanitaristas da OMS. Em 14 de novembro de 1957, finalmente Mario Pinotti respondeu à carta de Pampana. Em defesa do método Pinotti apresentou uma lista de publicações baseadas nas pesquisas realizadas por ele e sua equipe, que confirmavam o valor positivo do método. Nas palavras do sanitarista brasileiro:

[...] Em resposta às considerações tecidas pelo Karl Koenig, conselheiro médico em química terapêutica da Bayer, sobre as restrições que faz quanto à substituição do difosfato de cloroquina pela cloroquina base, na mistura do “Sal Cloroquinado”, que havíamos aconselhado com o intuito de tornar este método mais econômico, merecem todo o nosso acatamento, embora já estejamos verificando os detalhes apontados por esse técnico, para um juízo mais seguro sobre o assunto.

Contudo, queremos ressaltar aqui, que todas as nossas pesquisas realizadas com o método do sal cloroquinado na profilaxia da malária foram efetuadas empregando-se sempre o difosfato de cloroquina (Aralen) como agente terapêutico. Essa preferência foi um resultante da larga experiência que já possuíamos com esse medicamento nas campanhas que havíamos realizado. Aliás, esse detalhe já fora por nós abordado em diversas publicações. [...].³⁹⁵

Depois de listar os principais trabalhos sobre o método do sal cloroquinado, Pinotti esclarece que toda a experiência de suas pesquisas havia sido orientada em torno do difosfato de cloroquina misturado ao sal cloroquinado. A substituição desse tipo de sal pela cloroquina sugerida por Pinotti visava a baratear o produto, para torná-lo mais acessível como medida cotidiana da profilaxia antimalárica. Segundo Pinotti, as investigações de sua equipe ainda não tinham terminado e, neste caso, não poderia fornecer detalhadamente os resultados de

³⁹⁵ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento RE/PI/RJ 9002040/3, Fundo Rostan Soares. Carta de Mario Pinotti enviada para E. J. Pampana em 14 de novembro de 1957.

suas pesquisas. Examinando a fala do malariologista brasileiro e conhecendo a conjuntura nacional no campo da saúde pública, é possível verificar o caráter distinto dessa correspondência marcada pela personalidade do diretor do DNERu. Primeiro, Pinotti age de forma distante em relação à campanha de erradicação promovida pela OMS, demorando a fornecer detalhes sobre o método. Isso se deve, em parte, à forma como essa campanha repercutiu entre os malariologistas brasileiros nos seus três primeiros anos. Ou seja, a campanha mundial de erradicação da malária não foi considerada importante no cenário nacional. A malária não representava um risco para a população, graças ao eficiente programa de controle executado pelo SNM. Segundo, Pinotti agia também solidário com a causa internacional, demonstrando a extensão das pesquisas sobre o sal cloroquinado, indicando a possibilidade de o método ser utilizado para a erradicação da malária. Mais uma vez, temos atuação do sanitarista e político Mario Pinotti.

Em 1958, Pinotti consolidava sua carreira política com a chegada ao Ministério da Saúde. No ano seguinte, a Organização Pan-Americana de Saúde reconhece o sal cloroquinado como importante instrumento de combate à malária na região amazônica, instrumento esse que poderia alavancar a campanha de erradicação da malária no Brasil. No entanto, no ano de 1960 o método, como seu idealizador, começou a sofrer críticas e rejeições. Pinotti foi afastado da vida pública nesse ano, acusado de irregularidades na sua administração. O método Pinotti foi criticado em relação a sua verdadeira eficácia.³⁹⁶

The Brazilian method, however, was eventually challenged due to the political decline of its creator after 1960. Contemporary critics of the method, as well as those who commented on the politics of malaria control subsequently, argued that the Pinotti method faced the following difficulties in reaching results: not all the salt ingested in areas where the method needed to be applied was chloroquinated; some of the target populations consumed little salt, thus requiring a greater amount of chloroquine; the

³⁹⁶ HOCHMAN, op. cit., p. 182-183. 2008.

chloroquine diphosphate to be added to cooking salt was highly soluble in water, which caused ground salt to absorb much water in humid areas and therefore, decrease the salt concentration in mixture; nursing women and breastfed babies did not eat the salt; younger children ate little salt and the chloroquinated salt although free, was sometimes rejected due to taste. Some studies suggest that parasite resistance to chloroquine was caused by uncontrolled salt distribution. According to these criticisms, both the chloroquinated salt method and DDT method – although responses on some level to local conditions – failed because they did not take into account the consequences of intervention into the culture and practices of the target populations.

³⁹⁷

O método do sal cloroquinado não poderia funcionar com o sucesso esperado porque o modelo de política de saúde que o apoiava era o mesmo que orientou a campanha do DDT contra a malária. Isto é, políticas verticalizadas que não consideravam as especificidades regionais e culturais das áreas malarígenas. O método Pinotti foi criado para atingir localidades que o DDT não alcançasse, localidades essas muito singulares em relação aos grandes centros urbanos. No contexto nacional é evidente que a queda do político Mario Pinotti feriu o sanitarista e sua criação. Assim terminam quase dez anos de discussões sobre a invenção brasileira para controlar sempre e erradicar algumas vezes a malária. O método Pinotti simbolizava a singularidade dos especialistas brasileiros em malária. O sal cloroquinado havia sido inventado para atender a uma demanda específica, mas pouco dessa especificidade foi de fato considerada.

Considerações Finais

No Brasil, a área privilegiada para a utilização do sal cloroquinado foi a região amazônica. Pelos resultados obtidos, tanto em doentes hospitalizados, como no campo, foi averiguado que, em três áreas do país em que a malária ocorria por espécies de anofelinos vetores, o sal cloroquinado poderia ser usado como meio eficiente no combate à malária residual. O novo método de profilaxia antimalárica preencheria todos os requisitos necessários e atenderia às necessidades de certas regiões do território nacional como solução, por exemplo, do problema do saneamento da Bacia Amazônica.

As primeiras conclusões das experiências elaboradas por Mario Pinotti e Rostan Soares, levaram-nos a afirmar que a mistura de sal cloroquinado sempre se manteve eficaz no combate ao plasmódio da malária, tanto em doentes hospitalizados, como em populações de zonas malarígenas, vivendo em condições naturais de vida e alimentação. Por outro lado, a sua aplicação prolongada não redundou no aparecimento de sinais de toxidez por acúmulo de medicamentos. Nos casos de recaída após curto prazo de tratamento, renovada a medicação, a doença desaparecia em poucos dias, sem que ocorressem casos de resistência do plasmódio à cloroquina. Desse modo, acreditavam que o sal cloroquinado preenchia todas as condições necessárias para ser classificado como uma mistura antimalárica e o único modo para o combate à malária, onde o DDT não podia ser utilizado por limitações físicas e demográficas.

O novo método de tratamento da malária produzido pelos malariologistas brasileiros despertou interesses concretos na comunidade internacional de saúde pública. A questão da

eficácia seria central nos debates ocorridos nos encontros internacionais de saúde. O método do sal cloroquinado era apresentado como um complemento à ação do DDT. As correspondências trocadas entre os pesquisadores brasileiros que trabalhavam com o método e os especialistas em malária da OMS evidenciaram uma tensão em relação ao esclarecimento total do procedimento. Mario Pinotti à frente das pesquisas demonstrava confiança constante em relação ao método, acreditando que ele seria a arma definitiva ou um “golpe final” aplicado na luta contra a malária. Esse “golpe imediato” era entendido pelos malariologistas da OMS como uma ação que visava à erradicação e deveria ser processado o mais rápido possível. No cenário nacional, os sanitaristas brasileiros incluíram o método Pinotti como mais um instrumento de controle da malária. Neste contexto, o progresso alcançado com o uso do DDT na primeira metade de década de 1950 e o surgimento do sal cloroquinado justificavam parte do otimismo dos malariologistas e, no caso brasileiro, a crença em 1956 de que a malária seria uma questão de saúde pública quase superada no Brasil.

Mario Pinotti, político e sanitarista, termina em 1960 sua dupla carreira iniciada em 1918. A saída da vida pública coincidentemente marca o início da recusa do método de combate à malária idealizado por ele: o método do sal cloroquinado. Marca o início, também, de uma década de transformações na campanha contra a malária, e culminaria em 1969 sem sucesso, com o término da campanha mundial da OMS de erradicação. No próximo capítulo, será discutida parte da tímida adesão inicial do Brasil ao Programa Mundial de Erradicação da Malária. O Grupo de Controle e Erradicação da Malária, criado em 1958, será nosso objeto de estudo. A malária como uma valiosa “moeda de negociação” no contexto internacional.

Capítulo 4

4. A Agenda Internacional de Saúde e o Governo JK: a História do Grupo de Trabalho de Controle e Erradicação da Malária no Brasil (1958-1961)

Neste capítulo, descrevo a organização do Grupo de Trabalho de Controle e Erradicação da Malária (GTEM). A criação do GTEM pelo governo JK foi a primeira sinalização positiva na direção das diretrizes da OMS desde 1955, isto é, a transformação dos programas nacionais de controle em programas de erradicação. O objetivo deste capítulo é expor o processo de conversão do programa de controle da malária existente no Brasil em campanha de erradicação. As questões que permeiam o capítulo são: como e quando os programas erradicação da malária foram adotados efetivamente no contexto brasileiro? Por que os programas de erradicação da malária permaneceram associados às ações de controle? Neste sentido, foi fundamental compreender o cenário da saúde pública no país e no contexto internacional.

A XIV Conferência Sanitária Pan-Americana (1954) e a VIII Assembléia Mundial de Saúde (1955) propuseram aos países-membros a erradicação da malária em prazo curto, o que significava o fim da transmissão e dos casos infectantes.³⁹⁸ A preocupação desses dois encontros internacionais foi motivada, em princípio, pelo aumento da resistência dos vetores ao DDT, quando utilizado por um tempo longo.

O capítulo está dividido em três partes. Primeiro, analiso a questão da saúde pública no contexto internacional vinculada à proposta da OMS de erradicação da malária em 1955. Na segunda parte, descrevo o processo de organização de um Grupo de Trabalho de Controle e Erradicação da Malária no governo JK, em 1958. Na terceira, apresento os avanços e problemas da política de saúde do governo JK em direção à criação de um Programa de Erradicação da Malária nos moldes preconizados pela OMS.

4.1. A proposta de erradicação da malária em escala global

A descoberta das propriedades residuais do DDT durante a Segunda Guerra Mundial e sua utilização em massa após o término do conflito gerou um ambiente favorável e otimista em relação à erradicação de doenças transmissíveis por insetos como a malária. As discussões da

³⁹⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do Plano Nacional de Erradicação da Malária**: operações para quinquênio 1967-1971, p. 3, 1966.

comunidade de especialistas em malária ocorreram com mais freqüência nos anos 1950, produzindo ecos nas Conferências Sanitárias Pan-Americanas, nos Encontros Regionais do Comitê de Especialistas em Malária e nas Assembléias Mundiais de Saúde. Segundo J. Jackson, a construção da necessidade de um programa de erradicação da malária em uma esfera global foi idealizada nas reuniões dessa comunidade.³⁹⁹

Em 1950, a XIII Conferência Sanitária Pan-Americana concluía que: “da adoção de novas técnicas na luta antimalárica e do esforço dos países-membros e territórios, pode-se obter a erradicação total da malária”. A Repartição Sanitária Pan-Americana foi pioneira na convicção da possibilidade de erradicação da malária. Desse modo, incentivou os programas existentes, promovendo intercâmbio e fornecendo assistência técnica e, em muitos casos, assistência econômica, com a finalidade de obter a erradicação da malária na região das Américas.⁴⁰⁰ Grande parte do entusiasmo da Repartição Sanitária Pan-Americana (depois de 1958, Organização Pan-Americana da Saúde) vem do fato de que seu diretor entre 1947 e 1959 foi justamente Fred L. Soper, que trabalhou mais de uma década no Brasil e comandou a campanha que erradicou o *Anopheles gambiae* no Nordeste brasileiro e, a partir dessa experiência, foi um dos elaboradores da doutrina da erradicação.⁴⁰¹

Na XIV Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em 1954 na cidade Santiago no Chile, foi recomendada para os países a conversão dos programas de controle em campanhas

³⁹⁹ JACKSON, J. Cognition and the global malaria eradication programme. **Parassitologia**, v. 40, p. 193-216, 1998, passim.

⁴⁰⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do Plano Nacional de Erradicação da Malária**: operações para quinquênio 1967-1971, op. cit., p. 2.

⁴⁰¹ CUETO, Marcos. **Cold War, deadly fevers**: malaria eradication in México, 1955-1975. Washington, DC: Woodrow Wilson Center Press; Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007. Cf. CUETO, Marcos. **El valor de la salud**: historia de la Organización Panamericana de la salud. Washington, DC: OPS, 2004.

de erradicação. Em 1955, na VIII Assembléia Mundial de Saúde, na cidade do México, foi aprovada uma resolução na qual se recomendava que os países-membros buscassem a erradicação da malária antes que as espécies vetoras adquirissem resistência aos inseticidas. A OMS tomou a iniciativa fornecendo auxílio técnico e incentivo aos programas nacionais.⁴⁰²

Neste sentido, a XIV Conferência Sanitária Pan-Americana (1954) e a VIII Assembléia Mundial de Saúde (1955) fortaleceram o debate sobre o aumento da resistência dos vetores ao DDT, quando utilizado por um longo período. O argumento da resistência criaria a necessidade de erradicação da malária.⁴⁰³ Esses dois encontros internacionais de saúde podem ser considerados marcos da erradicação da malária em nível global. A proposta principal surgida a partir destes acontecimentos foi a recomendação de que os países-membros da OMS transformassem seus programas de controle da malária em programas de erradicação o mais breve possível.⁴⁰⁴ O início (a intenção) do processo de conversão dos programas de controle de malária existentes no Brasil em Campanha de Erradicação de Malária (CEM) só ocorreria no final da década de 1950.⁴⁰⁵

A compreensão do conceito de erradicação foi imprescindível para o desenvolvimento de programas que objetivavam acabar com a malária. Segundo Rita B. Barata, o conceito de erradicação da doença foi proposto no IV Congresso Internacional de Medicina Tropical e

⁴⁰² Ibid. p. 3.

⁴⁰³ PACKARD, Randall M. No other logical choice: malaria eradication and the politics of international health in the post-war era. **Parassitologia**, v. 40, 1998, p. 217. Cf. JACKSON, J. op. cit., p. 196.

⁴⁰⁴ René Rachou apresentou um quadro (ver anexo quadro 2) detalhado sobre a diferença entre o Programa de Controle e Programa de Erradicação. Cf. RACHOU, René. Atual estratégia da luta contra a malária. **Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais**. Rio de Janeiro: Divisão de Cooperação e Divulgação – DNERu/ Ministério da Saúde, n. 4, p. 8-9, 1956 .

⁴⁰⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do Plano Nacional de Erradicação da Malária: operações para quinquênio 1967-1971**, op. cit., p. 3.

Malária em 1948.⁴⁰⁶ Este conceito seria resultado da experiência adquirida nos programas de controle na Grécia, na Venezuela e nos Estados Unidos. A tentativa de erradicar a *A. labranchiae* na região da Sardenha não teve êxito. O programa mudou de estratégia não sendo mais centrada no vetor, e sim, no parasita da malária. A nova tática consistia no combate intenso aos anofelinos infectantes, erradicando o parasita na população.⁴⁰⁷ A distinção entre controle e erradicação foi estabelecida pelo Comitê de Peritos em Malária da OMS em 1955. Segundo o Comitê, nas ações de controle o objetivo era reduzir a transmissão a um grau suportável, enquanto na erradicação, almejava-se o extermínio da doença.⁴⁰⁸

O Sexto Informe do Comitê de Malária da Organização Mundial de Saúde (1956) estabeleceu as diretrizes que deveriam orientar a transformação dos programas de controle em programas de erradicação. As campanhas de erradicação deveriam obedecer às seguintes orientações: eliminação total e persistente da transmissão em todos os locais onde ela ocorresse; operações exclusivas cujos custos são vistos como investimento e não como gastos permanentes; diagnóstico e classificação de todos os casos e avaliação epidemiológica e administrativa periódica.

Segundo Emilio Pampana, diretor da Divisão de Erradicação da Malária da OMS, em 1956, o programa de erradicação da malária obedeceria a quatro fases consecutivas: a fase

⁴⁰⁶ BARATA, Rita Barradas. **Malária e seu controle**. São Paulo: Editora Hucitec, p. 64, 1998.

⁴⁰⁷ Ibid. Cf. BROWN, P. J. Failure-as-success: multiple meanings of eradication in the Rockefeller Foundation Sardinia Project, 1946-1951. **Parassitologia**, 40, p. 117-130, 1998.

⁴⁰⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do Plano Nacional de Erradicação da Malária**: operações para quinquênio 1967-1971, op. cit., p. 2.

preparatória; a fase de ataque; a fase de consolidação e a fase de manutenção. A fase preparatória seguiria três etapas: a pesquisa pré-erradicação; o planejamento e as operações preliminares. A etapa de pesquisa e preparação do plano de operações são os primeiros passos para a elaboração do programa. E a fase preparatória propriamente dita inicia depois do plano concluído, obedecendo a uma legislação específica adotada pelos governos. A fase preparatória dura em média um ano e consistia em: a) reconhecimento geográfico da região atingida pela malária no país; b) conclusão do estudo entomológico e epidemiológico desta região; c) organização de um serviço nacional de erradicação da malária, recrutamento de pessoal treinado, aquisição de equipamentos e estabelecimento de laboratórios, oficinas e centros de pesquisas; d) organização de uma educação sanitária para o público sobre a erradicação da malária; e) realização de um plano piloto de cobertura total por borrifamento de DDT.⁴⁰⁹

A fase de ataque inicia quando a fase preparatória termina, orientada por dois objetivos principais: operações de ataque e operações de avaliação. As operações de ataque seriam propriamente os programas de erradicação com o borrifamento de inseticida residual em todas as residências na área malárica até interromper a transmissão. A duração mínima da fase de ataque seria de três anos, podendo se estender até sete anos. Em alguns casos excepcionais, as operações de ataque poderiam consistir em métodos antilarvários com ou sem borrifamento domiciliar e intensa profilaxia com o uso de medicamentos. As operações de avaliação representariam as pesquisas *malariométricas* realizadas nos casos e locais positivos, isto é, as pesquisas realizadas em indivíduos e áreas com malária. Segundo Pampana, estas operações

⁴⁰⁹ PAMPANA, Emilio. **Erradicación de la malaria**. México: Editorial Limusa – Wiley, S. A., 1966, p. 303 et seq.

de avaliação seriam de responsabilidade dos serviços nacionais de erradicação da malária de cada país.⁴¹⁰

A erradicação da malária planejada pela OMS estabeleceu dois critérios que todos os países deveriam seguir para interromper as operações de borrifamento de DDT: primeiro, as operações de vigilância deveriam cobrir uma área grande e contínua, mostrando a interrupção de transmissão completa desta área; segundo, não poderiam existir casos de malária infantil. No entanto, haveria uma tolerância para casos autóctones recentes. Em 1964, o Comitê de Especialistas em Malária da OMS adotou o seguinte critério: para interromper o borrifamento de inseticida residual nos domicílios, deveria ser observado se, no período de doze meses, o número de casos não ultrapassava 0,1 % entre 1 mil habitantes.⁴¹¹

A fase de consolidação iniciaria depois que houvesse uma cobertura total com inseticida residual na área afetada por malária, pondo fim à fase de ataque. Segundo o Sexto Informe do Comitê de Malária da OMS (1956), esta fase terminaria depois de três anos de vigilância ativa ter demonstrado a ausência de um novo caso autóctone. Neste caso, a erradicação da malária teria sido alcançada. Em 1959, a OMS reelaborou os critérios para a erradicação da malária: a) a não existência de transmissão; b) o fim da endemicidade residual; c) a não utilização de medidas de controle de vetores e nem cobertura de quimioterapia de rotina durante três anos consecutivos.⁴¹²

⁴¹⁰ Ibid. p. 304.

⁴¹¹ Ibid. p. 306.

⁴¹² Ibid., p. 307.

Apesar de o Oitavo Informe (1958) ter elaborado novos critérios para estabelecer a erradicação da malária, o requisito principal permaneceu inalterado: a ausência de casos autóctones durante três anos. A fase de manutenção inicia-se depois de confirmada a erradicação da malária. Esta fase consistia em uma rigorosa vigilância epidemiológica contra a reintrodução da doença. A estratégia da campanha mundial de erradicação proposta pela OMS era a uniformização das ações adotadas nos diversos países, criando neste sentido um modelo único a ser seguido. Para Barata,

A estratégia de campanha pressupõe a construção de um objeto unitário, comum a todos os países, reduzindo a sua máxima simplicidade pela supressão de toda e qualquer particularidade. A malária, portanto, já não é vista como problema local de saúde, dependente de inúmeros fatores que em cada localidade desenham uma certa configuração. Malária agora é igual a um resultado parasitológico positivo decorrente da exposição intradomiciliar a um anofelino (não importam mais suas características peculiares de espécie) que resultou em infecção autolimitada (que se esgota naturalmente em dois ou três anos). Não importam mais, do ponto de vista prático, as diferentes espécies de plasmódio com suas peculiaridades fisiopatológicas, clínicas, imunológicas etc. Não importam, tampouco, os inúmeros aspectos ligados à bionomia e ao comportamento de cada uma das espécies de anofelinos e vetores. Não importam, finalmente, as inúmeras circunstâncias segundo os homens se tornam expostos à infecção nem as condições concretas em que constroem sua existência e produzem suas doenças.⁴¹³

A campanha de erradicação da malária preconizada pela OMS representaria um modelo de saúde pública. Esse modelo seria orientado por uma política verticalizada, isto é, as ações para erradicar a malária deveriam ser as mesmas em qualquer parte do mundo. A técnica e o conhecimento científico garantiriam o sucesso da campanha. A preocupante resistência que os vetores alcançaram em relação ao DDT foi um dos principais argumentos para a elaboração de uma campanha de erradicação global. No caso da campanha da erradicação da malária, o DDT seria o problema e a solução. Problema pela perda de eficácia e solução porque seria o instrumento principal para a eliminação da doença. A eleição da malária como a doença mais

⁴¹³ Cf. Barata, op. cit., p. 66.

grave que atingia a população mundial na década de 1950 não teria de imediato o mesmo impacto nos países-membros da OMS. O Brasil seria um desses países em que a malária estaria presente, mas parecia não incomodar mais.

4.2. O Grupo de Trabalho de Controle e a erradicação da malária

No Brasil parece não ter ocorrido uma adesão imediata ao plano de erradicação mundial da malária elaborado pela OMS. A análise histórica da luta contra a malária no país pode sugerir que a construção de uma certa tradição nacional de controle da doença serviu também para a criação de uma resistência política e científica a este plano. Paradoxalmente esta tradição de controle da malária apóia-se em um caso bem sucedido de erradicação do vetor *Anopheles gambiae*. Para o Comitê de Peritos de Malária da OMS de 1955, os programas de erradicação tinham como principal objetivo a extinção da doença, enquanto os programas de controle visavam a reduzir a transmissão. O governo brasileiro aceitou o plano de erradicação proposto pela OMS em 1955. No entanto, a Campanha de Erradicação da Malária foi oficializada somente em 1965 com uma legislação específica. A Lei nº 4.709/65 altera a Lei nº 2.743 de 1956 e cria a Campanha de Erradicação da Malária (CEM) substituindo também os Decretos-Lei 43.174/58, 14.494/58 e 50.925/61.⁴¹⁴

⁴¹⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do Plano Nacional de Erradicação da Malária**: operações para quinquênio 1967-1971, op. cit., p. 4.

A legislação antes de 1965 parece ter servido para a preparação ou a conversão dos programas de controle e combate à malária existentes no país em planos de erradicação, o que é estranho porque tanto a OMS como as agências internacionais de financiamento tinham um discurso afinado em relação ao assunto. Isto é, elas só ajudariam programas de erradicação.⁴¹⁵ A fase preparatória preconizada seria de um ano e os países deveriam se organizar criando uma legislação específica para a campanha e efetivar a transformação imediata das suas ações de controle em programas de erradicação.

No entanto, o governo brasileiro, na prática, não foi um seguidor leal dessas recomendações que, em alguns casos, foram denominadas de “exigências” da OMS e do governo americano. A segunda metade da década de 1950 seria um momento propício no contexto internacional para negociações. A América Latina era composta por países subdesenvolvidos que seguiam o modelo de desenvolvimento capitalista liderado pelos EUA. Esse modelo não alterava a ordem vigente. Os países latino-americanos agroexportadores, fornecedores de matérias-primas para os EUA sofriam com precárias condições sanitárias da população e a desigualdade social.⁴¹⁶ A insatisfação dessas nações começou a preocupar o governo norte-americano que promovia a manutenção da hegemonia na região, principalmente com financiamento de programas de cunho mais social do que econômico, na tentativa de afastar o modelo socialista soviético.⁴¹⁷ O governo de Juscelino tentava concretizar suas metas, mas em 1958 encontrava enormes dificuldades para obter investimentos. Neste contexto, Vizentini diz

⁴¹⁵ REPORT ON THE SPECIAL MALARIA FUND OF PASO. X Meeting Pan-American Sanitary Organization and IX Meeting World Health Organization. Washington, DC, September, 1957, p. 7.

⁴¹⁶ HOBBSAWN, Eric J. **Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991**. São Paulo: Companhia das Letras, p. 350-351, 1995.

⁴¹⁷ Cf. CAMPOS, André Luiz Vieira de. **Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 199 et seq., 2006.

que Kubitschek adotou a barganha nacionalista frente aos EUA.⁴¹⁸ JK aproveitaria do cenário criado pelo momento da Guerra Fria, para negociar acordos bilaterais com o governo norte-americano. A questão da segurança continental torna-se um tema iniciador de diálogo com Washington.

[...] Em 1957, Washington formula a Doutrina Eisenhower, destinada a enfrentar o nacionalismo e o esquerdismo no Terceiro Mundo. Embora tal política houvesse sido criada em função da guerra de 1956 e da radicalização política do Oriente Médio, sua aplicação foi generalizada, existindo cooperação com a CIA.⁴¹⁹

Segundo Vizontini, o período compreendido entre o suicídio de Vargas, em agosto 1954, até a constituição da Operação Pan-Americana (OPA), em 1958 pode, ser caracterizado como uma espécie de “hiato dentro do conjunto da política externa da fase populista”. Após 1958, houve o retorno a uma política que procurou uma posição mais autônoma perante os EUA e a tentativa de estabelecer acordos de cooperação bilateral.⁴²⁰ Em relação à saúde pública, esses acordos foram aproveitados pelo governo brasileiro que obteve consideráveis recursos (ver tabela 13) para a manutenção dos programas de controle da malária, mesmo não sendo os recomendados ou exigidos.⁴²¹ No entanto, os recursos das agências internacionais não eram suficientes, a questão financeira sempre era apontada como um problema para a efetivação do programa de erradicação. A questão estrutural da campanha seria responsável pela manutenção dos programas de controle. Nos relatórios da campanha de erradicação em 1961, o DNERu seria apontado como a instituição que engessava e manipulava os recursos.

⁴¹⁸ Cf. VIZENTINI, Paulo Fagundes. Juscelino Kubitschek: do retrocesso à barganha. In: _____. **Relações exteriores do Brasil (1945-1964): o nacionalismo e a política externa independente**. Petrópolis: Editora Vozes, p. 89, 2004.

⁴¹⁹ Ibid., p. 96-95.

⁴²⁰ Ibid.

⁴²¹ Em 1961, foi criado um plano de emergência para resolver os problemas surgidos no início da campanha em 1958. A manutenção de atividades de controle seria um desses problemas. Cf. BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do Plano Nacional de Erradicação da Malária: operações para quinquênio 1967-1971**, op. cit., p. 37.

Todavia, a Campanha, estruturada dentro de um Departamento, não dispo de flexibilidade à manipulação de recursos, estava sem condições para conduzir o programa elaborado. O agravamento da carência financeira foi repercutindo negativamente sobre o órgão, cujas atividades de “controle” desceram a tal nível que os índices maláricos começaram por se tornar alarmantes. Houve, então, de carrear recursos para incrementação do rociamento nessas áreas de “controle”, sendo que, em 1959, o número desses rociamentos quase que se equilibraram entre as áreas de erradicação e “controle”. Tais ocorrências debilitariam a ação da Campanha, cuja competente direção não conseguiu alcançar as suas metas através dos fatores fundamentais de um plano de erradicação: continuidade, intensidade e periodicidade.⁴²²

Em 1953, o Ministério da Saúde foi desmembrado do Ministério da Educação, e três anos depois, como vimos, foi criado o DNERu. A missão básica do DNERu seria organizar e executar os serviços de investigação e promover o combate às doenças de massa ou endemias rurais, doenças que acometiam a população do interior do país, onde as condições sanitárias eram precárias. A partir de 1958, o DNERu “dirigiria”⁴²³ também o Grupo de Trabalho de Erradicação e Controle da Malária.⁴²⁴

Ao analisar o Programa de Saúde Pública de Juscelino Kubitschek, podemos identificar a malária como um problema considerado quase superado pelas ações de controle datadas desde 1941. Ou seja, na área de saúde pública, o documento nos informa que a malária não era o maior problema sanitário da população brasileira. A malária, como uma questão de ordem não prioritária no campo da saúde pública brasileira, reflete parte da postura adotada pelo governo: alinhada ao discurso internacional, mas em descompasso com as recomendações da OMS. A primeira sinalização da política de saúde do governo para a erradicação da malária foi a criação do Grupo de Trabalho de Erradicação e Controle da Malária em 1958.

⁴²² Ibid., p. 35.

⁴²³ Mario Pinotti era diretor do DNERu e seria responsável pela campanha de controle da malária. Pinotti era também presidente do GTEM encarregado de implantar o programa de erradicação.

⁴²⁴ Ibid., p. 4

O Decreto Lei nº 43.174 de 4 de fevereiro de 1958, instituiu um Grupo de Trabalho encarregado das atividades de planejamento e execução da erradicação da doença no Brasil. O denominado GTEM foi criado dentro do DNERu e era composto pelos seguintes membros: diretor-geral do DNERu; coordenador da Campanha Contra a Malária do DNERu e o representante brasileiro do Ponto IV no Brasil. O Grupo de Trabalho era presidido pelo diretor-geral do DNERu. No mesmo ano, uma modificação na legislação determinou que o Grupo de Trabalho passasse a ser comandado pelo Ministro da Saúde (ver organograma I em anexo). O governo brasileiro firmou convênios de cooperação com a Repartição Sanitária Pan-Americana e com a Agência de Cooperação Internacional do governo americano (ICA)⁴²⁵

Segundo o ministro da Saúde da época, Mauricio Medeiros, o GTEM foi constituído para “atender” à exigência da Organização Mundial de Saúde e para “acatar” a vontade do governo norte-americano. A Repartição Sanitária Pan-Americana e o Ponto IV estavam empenhados em assistir o Brasil na questão da erradicação da malária. Neste sentido, essas duas instituições de auxílio exigiam que a ajuda fosse repassada a um órgão especializado e exclusivamente dedicado à erradicação da malária. É nestes entrecruzamentos de interesses e estruturas nacionais que o GTEM foi criado. Nas palavras de Medeiros:

Declaro instalado o Grupo de Trabalho, que se criou no Departamento Nacional de Endemias Rurais, para satisfazer à **exigência** da Organização Mundial de Saúde e para **atender ao desejo** do Governo americano que estavam dispostos, a primeira por intermédio da Repartição Sanitária Pan-Americana e o segundo pelo Ponto IV, a auxiliar o Brasil no problema da erradicação da malária. Em ambos havia a vontade de que esse auxílio fosse dado a um órgão especializado e consagrado exclusivamente ao problema da erradicação da malária.⁴²⁶ (grifo nosso)

⁴²⁵ REVISTA BRASILEIRA DE MALARIOLOGIA E DOENÇAS TROPICAIS, **Noticiário**, Rio de Janeiro, Divisão de Cooperação e Divulgação – DNERu/ Ministério da Saúde, v. 10, n. 2, p. 213, 1958.

⁴²⁶ *Ibid.*, p. 214.

Medeiros, cumprimentando os membros do Grupo de Trabalho, declarou seu desejo pela execução do programa nos prazos determinados. O ministro da Saúde assumiu o compromisso com a campanha da OMS sem discutir as especificidades culturais e geográficas do território brasileiro. Acreditava que, seguindo as diretrizes da agência internacional de saúde e da ICA, o Brasil alcançaria a erradicação da malária. O discurso de Medeiros é de total adesão ao que ele chamou de exigência da OMS, mas o governo brasileiro, na prática, assumiu outra posição.⁴²⁷

A área malárica do Brasil correspondia a 7.747.398 km², grande parte do território nacional, sendo o GTEM responsável pela elaboração de um plano de trabalho que previa a execução do programa de controle e de erradicação por etapas, de acordo com áreas geográficas pré-selecionadas. As áreas definidas para serem cobertas por ações de erradicação eram bastante restritas em 1958. O programa de controle prevaleceu em grande parte do território nacional. O objetivo defendido por Pinotti para a manutenção das políticas de controle da malária era programar progressivamente a Campanha de Erradicação, sem comprometer os resultados considerados positivos já obtidos, isto é, não interromper as ações de controle até o que o programa de erradicação tivesse atingido toda a área malárica no país.

⁴²⁷ A. Horwitz, diretor da Oficina Sanitária Pan-americana, avaliando a erradicação da malária em 1960, aponta que [...] dificuldades de caráter administrativo e financeiro dificultaram o desenvolvimento das campanhas do Brasil, Panamá, Paraguai e República Dominicana. HORWITZ, A. Erradicação da malária. In: **Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais**, Rio de Janeiro: Divisão de Cooperação e Divulgação – DNERu/ Ministério da Saúde, v. 15, n. 1, p. 191, 1960. Antônio Menezes, chefe da Divisão Administrativa da CEM, em 1966 na abertura do “Curso de erradicação de malária para pessoal de nível profissional”, fez um discurso citando as palavras do diretor-geral da OMS em 1960, Macolino Candau que dizia que [...] os governos estavam pouco dispostos a conceder autoridade administrativa e financeira aos seus programas de malária [...]. Cf. MENEZES, Antônio Henrique. Administração – Campanha de Erradicação da Malária: organização e estrutura. In: **Relatório do primeiro Curso de Erradicação da Malária para pessoal de nível profissional no Brasil**. DNERu – Ministério da Saúde - Brasília, 1968, p. 1.

O GTEM iniciou suas atividades no Nordeste, utilizando como principal ação de combate o DDT. Para a região amazônica o sal cloroquinado foi o método escolhido.⁴²⁸ A promessa de que o programa de controle seria mantido por pouco tempo não foi cumprida. A fase inicial da campanha de erradicação durou mais tempo do que o planejado. Em defesa dessa posição existia o discurso da “falta” de recursos para proceder conforme a OMS prescrevia. Neste contexto, os malariologistas brasileiros, em especial Pinotti, estavam tranquilos em relação à representação da malária no Brasil. A malária passou a ser uma ameaça para Pinotti e JK após 1958. Na prática não representava um problema grave de saúde pública.

Como vimos, o DNERu foi criado nos primeiros meses do governo de Juscelino Kubitschek, incorporando os Serviços Nacionais de Saúde criados em 1941. Esta nova instituição tinha como prioridade as doenças que afetavam o mundo rural e seus habitantes. A escolha da malária como a principal doença que ameaçava a humanidade, a “criação da necessidade” de erradicá-la não foi suficiente para construir o mesmo sentimento de gravidade no contexto brasileiro. O DNERu era um movimento justamente na direção contrária das recomendações a um departamento que seria responsável por várias endemias rurais.

Seguindo a análise desenvolvida no segundo capítulo, para JK, as ações de combate à malária no país representariam exemplos bem sucedidos de controle para outras endemias rurais. Segundo JK, em 1946 existiam oito milhões de doentes com malária. A malária estava

⁴²⁸ CAMPANHA DE ERRADICAÇÃO DA MALÁRIA (CEM). 1964. Poços de Caldas, Minas Gerais. **IV Reunião de Diretores de Serviço de Erradicação da Malária da América do Sul**. Junho, 1964. Relatório da Campanha de Controle e Erradicação da Malária e Relatório do Serviço de Erradicação da Malária e Profilaxia da Doença de Chagas (SEMPDC) do Estado de São Paulo. Ministério da Saúde, 1964. p. 1.

presente desde a região do Amazonas até o Rio Grande do Sul. Vinte seis milhões de brasileiros viviam em regiões endêmicas.⁴²⁹ No entanto, Kubitschek afirmava que com as ações de borrifamento de inseticidas e do tratamento dos doentes com drogas antimaláricas, a doença atingira níveis baixos de incidência. E o número de infectados diminuía, alcançando a cifra de duzentos mil. Nas palavras de Juscelino:

[...] Essa redução espetacular, que se conseguiu em tão pouco tempo, foi na proporção de 97%. A malária foi praticamente expulsa do Brasil, conquistamos uma grande vitória. Mas, para isso, não bastaram os recursos da técnica e da ciência. Foi e será sempre necessário que, ao lado dos recursos modernos da técnica e da ciência, exista uma equipe competente e devotada de especialistas, organizada e comandada por homens como Mario Pinotti.⁴³⁰

Durante seu governo em Minas Gerais (1951-1955), Kubitschek assinou convênios com o Serviço Nacional de Malária, para o controle da malária e do mal de Chagas, resultando em ações sanitárias associadas às suas prioridades de eletrificação, industrialização e construção de rodovias para a modernização do estado. Para JK, a experiência da política de controle de malária forneceu três lições básicas para servir de modelo para futuras políticas de saúde no Brasil. A primeira lição era que os recursos técnicos e financeiros para empreender ações eficazes de saúde deveriam ser significativos e estarem disponíveis. Segunda lição, o gerenciamento dos recursos e empreendimentos deveriam ser conduzidos por profissionais capazes e que estivessem fora do ambiente político. A terceira lição era que a capacidade dos profissionais brasileiros no campo da saúde pública seria exemplar, superando obstáculos e dificuldades de todas as ordens.⁴³¹ Como indicamos, JK percebia o exemplo das ações de controle da malária como modelo de política de saúde. Para ele, o programa de controle da

⁴²⁹ Esses dados têm origem no livro de João de Barros Barreto, 1940, a partir de inferências do caso da Índia. Cf. BARROS BARRETO, João. **Malária Doutrina e Prática**. Rio de Janeiro: Ed. A Noite, 1940.

⁴³⁰ Cf. PROGRAMA DE SAÚDE PÚBLICA DO CANDIDATO JUSCELINO KUBITSCHKE DE 1955. Serviço de Produtos Profiláticos – DNERu – Ministério da Saúde, Brasília, p. 16, 1966.

⁴³¹ Ibid.

malária havia superado enormes obstáculos tanto de recursos como territoriais. O programa obteve sucesso, tendo praticamente erradicado a doença.⁴³²

No dia 11 de março de 1958, foi realizada a sessão de instalação do Grupo de Trabalho criado para erradicar a malária no Brasil. O GTEM contou com os principais personagens vinculados às endemias rurais: professor Mauricio Medeiros, ministro da Saúde; Mario Pinotti, presidente do Grupo de Trabalho; Fernando Bustamante, coordenador da Campanha de Erradicação da Malária; Guilherme de Aragão, representante brasileiro do Ponto IV no Brasil; E. Ross Jenney, representante do International Cooperation Administration (ICA); Kenneth O. Courtney, representante da Repartição Sanitária Pan-Americana; Antônio Franco de Oliveira, secretário do Grupo de Trabalho.⁴³³

Nesta mesma sessão de instalação do Grupo de Trabalho, Mario Pinotti fez um discurso norteado pela crença na erradicação da malária. Nele Pinotti assumiu uma posição bastante diferente em relação ao seu prefácio do Programa de Saúde do Governo de Juscelino Kubitschek em 1955. Ou seja, como disse anteriormente, na ocasião do início do governo de Juscelino, Pinotti e o presidente não identificavam a malária como uma questão de saúde pública tão grave. A malária era vista como um exemplo bem-sucedido de política de saúde pública baseada no controle da doença. Um problema sanitário quase superado. Pinotti fez um balanço do programa de controle da malária desenvolvido principalmente pelo SNM, nos anos 1940, e pelo DNERu, a partir de 1956. Segundo Pinotti, com a descoberta do DDT e sua utilização em massa pós-Segunda Guerra Mundial, conseguiu-se uma cobertura quase

⁴³² Ibid., p. 24.

⁴³³ Cf. REVISTA BRASILEIRA DE MALARIOLOGIA E DOENÇAS TROPICAIS, *Noticiário*, op. cit., p. 213.

completa de todo o território nacional. O Distrito Federal, por exemplo, não registrava caso autóctone algum desde 1951. O mesmo ocorria em 114 municípios nos quais a malária havia sido erradicada. Para Mario Pinotti, o sucesso do programa de controle brasileiro seria a estrutura e organização de um serviço bem orientado de aplicação domiciliar de DDT.⁴³⁴

No entanto, em 1958, na solenidade de criação do Grupo de Trabalho, como presidente do GTEM, Mario Pinotti mostrava-se bastante preocupado com a situação da malária no país, em 1958. Pinotti realizou um discurso apontando a necessidade de proclamar ações rápidas contra a doença. As armas apontadas por Pinotti na luta pela erradicação eram o DDT e o sal cloroquinado. O DDT, como ação direta contra o mosquito. O sal cloroquinado, contra o parasito no sangue. O prazo estipulado para a erradicação da doença era de cinco anos, de acordo com as recomendações da OMS. No entanto, Pinotti afirmou que a meta só poderia ser cumprida se houvesse auxílio do governo norte-americano, representado pelo Ponto IV. Pelo prognóstico do presidente do GTEM, sem auxílio, o Brasil só alcançaria a erradicação da malária no prazo mínimo de sete anos.⁴³⁵

[...] Agora, o que quero salientar é o seguinte: mesmo com o programa de controle, houve realmente um grande investimento de capital pela recuperação econômica de vastas áreas do país, antes completamente abandonadas. Basta dizer que em 1940, com uma população de 40 milhões de habitantes, a nossa estimativa era de 8 milhões de casos de malária no Brasil, enquanto agora, em 1957, com uma população de 62 milhões de habitantes, contamos apenas com 250 mil casos de malária. Evidentemente, isso propiciou uma grande recuperação econômica do território nacional. [...] Nós, Sr. Ministro, já estamos em condições de enfrentar o programa de erradicação da malária. Primeiro, porque o Governo, graças ao interesse sempre prestimoso de V. Excia., nos permitiu maiores dotações orçamentárias e, segundo, porque há a cooperação do Governo americano, representada pelo Ponto IV, o qual nós dará uma **ajuda expressiva** nessa campanha de erradicação e, por fim, a Repartição Sanitária Pan-americana, que sempre está presente nesses trabalhos de caráter internacional.⁴³⁶ (grifo nosso)

⁴³⁴ Cf. PROGRAMA DE SAÚDE PÚBLICA DO CANDIDATO JUSCELINO KUBITSCHER DE 1955, op. cit., passim.

⁴³⁵ REVISTA BRASILEIRA DE MALARIOLOGIA E DOENÇAS TROPICAIS, **Noticiário**, op. cit., p. 216.

⁴³⁶ Ibid.

Dada sua trajetória, Pinotti foi escolhido presidente do Grupo de Trabalho. O reconhecimento de seu trabalho de sanitário e a direção exercida frente ao SNM e ao DNERu fazia dele quase uma unanimidade, nome inclusive dado ao método do sal cloroquinado que se pretendia ser a contribuição brasileira à malariologia mundial. Neste contexto, o discurso de Mario Pinotti, informando a gravidade da malária no Brasil em 1958, pretendia transmitir confiança e seriedade à proposta apresentada pelo governo brasileiro para a erradicação da malária. O pedido de auxílio financeiro para a campanha feito por Pinotti seria atendido, em parte, por causa do reconhecimento do trabalho do sanitário brasileiro. Ele representava a principal autoridade de malária no Brasil. Não seria estranho o compromisso de Pinotti com a campanha de erradicação, se ele acreditasse que a malária representava um grave problema de saúde pública nacional.⁴³⁷

Para o coordenador da campanha de erradicação do Grupo de Trabalho, Fernando Bustamante, a campanha de erradicação da malária no território nacional não seria uma empreitada fácil. A região amazônica constituía um dos problemas que o programa de erradicação no Brasil iria enfrentar. As condições epidemiológicas da região, relacionadas à biologia do vetor mais comum, o *Anopheles darlingi*, seriam os obstáculos iniciais. Os tipos de habitações, o modo de vida da população, os problemas administrativos, consequência da extensão do território e da baixa densidade demográfica, representariam também sérias ameaças à campanha. Nesta conjuntura, Bustamante era um dos defensores da utilização do

⁴³⁷ PROGRAMA DE SAÚDE PÚBLICA DO CANDIDATO JUSCELINO KUBITSCHEK DE 1995, op. cit., passim.

sal cloroquinado. Os motivos que deveriam ser indicados para a utilização do sal cloroquinado eram:

1) a eficácia do método está subjacente demonstrado em várias regiões do país, inclusive na região amazônica;

2) praticamente todo o sal de cozinha consumido na Amazônia Geográfica (estados e territórios federais de Rondônia, Acre, Rio Branco e Amapá), entra pela foz do Rio Amazonas, a sua parte sendo distribuída por grandes importadores de Belém e Manaus; e

3) há certas facilidades para o controle do movimento do sal e para a sua mistura com o medicamento. A maior parte do produto é importada com sal grosso a granel e triturada ou moída em grandes armazéns de Belém ou Manaus, antes de ensacada para a venda no interior. A instalação de unidades de mistura do medicamento com o sal, antes do ensacamento deste, nos armazéns referidos, constituirá a providência básica com a qual se tratará maior parte do sal que entra na região. Embora certos problemas relacionados ao emprego do método Pinotti possam impedir a proteção inicial de todos os habitantes, estamos convencidos de que este método constitui o melhor recurso profilático atualmente disponível para tentar-se a erradicação da malária na Amazônia brasileira. Na pior das hipóteses, o sal antimalárico exercerá inicialmente o controle da transmissão na maior parte da área, de modo mais efetivo e mais econômico do que os inseticidas. Observações e estudos mais detalhados, a serem feitos no decorrer do programa, indicar-nos-ão as providências recomendáveis para solucionar

problemas eventuais relacionados à existência de grupamentos indígenas que não consomem sal na alimentação e outros de mesmo caráter.⁴³⁸

Para Bustamante, o custo referente do sal cloroquinado seria relativamente alto porque de 30 a 40% do sal consumido não se destinavam a preparo de alimentos, mas à salga de peixes, de carnes, de couros, alimentação de gato etc. Neste sentido, o sal para alimento teria um aumento na faixa de 30 a 40%. No entanto, o método de combate à malária com o sal cloroquinado seria mais barato do que os programas baseados em ações de borrifamento de inseticidas. Bustamante levantou também questões relativas aos hábitos de consumo de sal da população da região amazônica. Exemplos de alguns obstáculos ao método do sal cloroquinado são: carne salgada com sal grosso que não servia para a utilização do medicamento e aumento da utilização do sal refinado em embalagens pequenas. Segundo Bustamante, a questão do sal refinado não seria um problema muito grave, já que a população que consumia este produto era moradora das grandes cidades. A proibição da salga de carne com sal grosso poderia contribuir também para melhorar a eficácia do método.⁴³⁹

O coordenador da campanha apresentou a malária e sua evolução histórica até 1958 abordando os seguintes temas: 1) a evolução histórica dos métodos de combate à malária; 2) os inseticidas de ação residual no combate, no controle e na erradicação da malária, fundamento epidemiológico da erradicação da malária com inseticidas; 3) o problema da malária refratária aos inseticidas e sua solução, o papel das modernas drogas antimaláricas na erradicação da doença, o método do sal medicamentoso ou “Método Pinotti” e sua

⁴³⁸ Cf. BUSTAMANTE, Fernando Machado. Considerações sobre certos problemas especiais relacionados com a erradicação da malária no Brasil. **Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais**, Rio de Janeiro: Divisão de Cooperação e Divulgação – DNERu/ Ministério da Saúde, v. 11, n. 1, p. 15-16, 1959.

⁴³⁹ Ibid.

importância prática. Segundo Bustamante, a idéia de erradicação surgiu de um artigo intitulado “Mudança de estratégia na luta contra a malária” de 1954, escrito por E. J. Pampana, o então chefe da Seção de Malária da Organização Mundial de Saúde. O programa mundial de erradicação da malária previa a conversão dos programas nacionais de controle em programas de erradicação. Esta conversão era de custos elevados, e muitos países adeptos das propostas da OMS não dispunham de recursos, representando um enorme obstáculo à erradicação da malária no mundo. Bustamante resumiu a situação do Brasil da seguinte forma:

No Brasil estamos, presentemente, em fase de transição. Nosso país, que tinha o maior programa de controle da malária das Américas e um dos maiores do mundo, com o qual reduziu enormemente a incidência da malária na maioria de suas áreas endêmicas, prepara-se agora para transformar o seu programa de controle em programa de erradicação, estando o Departamento Nacional de Endemias Rurais elaborando, para isso, um detalhado plano de erradicação da malária, enquanto aguarda maiores recursos financeiros do governo e possível auxílio material do ICA.

⁴⁴⁰

Bustamante, em um discurso afinado com Mario Pinotti, iria colocar como princípio básico para a conversão dos programas de controle em erradicação o aumento do orçamento para a campanha, isto é, o plano de erradicação seria mais dispendioso e só ocorreria se houvesse auxílio financeiro das agências internacionais. A erradicação seria possível, mas custaria mais do que alguns países poderiam arcar. A estrutura institucional seria muito importante para o funcionamento da campanha de erradicação, assim como a experiência dos malariologistas brasileiros que poderia garantir o sucesso da campanha. No entanto, segundo Bustamante, existia uma resistência de políticos e profissionais da malária em relação aos programas de erradicação. Nas palavras do coordenador da campanha brasileira:

⁴⁴⁰ Id., Estado atual do problema da malária. **Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais**, Rio de Janeiro: Divisão de Cooperação e Divulgação – DNERu/ Ministério da Saúde, v. 10, n. 1, p. 93, 1958.

Parecia, em resumo, mais cômodo, a muitos malariologistas e administradores, continuar indefinidamente com os programas de controle, com orçamentos fixos anuais, do que pleitear maiores dotações para tentar a erradicação; a grande redução da malária, mesmo à custa da repetição das dedetizações, por tempo indefinido, era considerado um resultado satisfatório.⁴⁴¹

A manutenção dos programas de controle era defendida, neste caso, por ser considerada uma experiência bem sucedida. O Brasil já estaria no caminho da erradicação da malária. Adotar o programa de erradicação geraria gastos que o governo não tinha como arcar. Na análise de Bustamante, são destacados o programa de controle da malária que já existia no Brasil e suas ações que produziram o declínio da doença no país. Esse programa foi responsável pela criação de uma estrutura que “poderia” ser útil na implantação do plano de erradicação. O que podemos concluir é que o programa de controle em alguns momentos foi visto positivamente, representando uma boa estrutura capaz de impulsionar a campanha de erradicação. Por ser considerado um sucesso no Brasil e gerar menos gastos, a defesa pela manutenção desse tipo programa seria enorme na prática. Na teoria, os discursos estavam sintonizados com as propostas da OMS.

Segundo o coordenador do GTEM, a concepção de controle era utilizada em malariologia e em saúde pública, para determinar a aplicação de medidas que tinham o intuito de reduzir a incidência da doença, sem que esta redução provocasse necessariamente a erradicação. No Brasil o combate à malária baseava-se principalmente na aplicação de medidas contra os criadouros dos anofelinos vetores, dessa forma, o controle da malária significava o controle das espécies vetores.⁴⁴²

⁴⁴¹ Ibid., p. 91.

⁴⁴² Ibid., p. 93.

Dessa forma, a redução da doença implicava basicamente na redução da densidade dos vetores. Havia casos em que o controle da malária ocorreria com a aplicação de inseticidas sem que houvesse redução da densidade de vetores. O controle da malária com a aplicação de inseticidas poderia ser feito também com os de ação residual como o DDT. As drogas antimaláricas também seriam utilizadas nas ações de controle. Bustamante apresenta os principais remédios contra a malária desenvolvidos após a Segunda Guerra Mundial. Segundo o coordenador do GTEM, a quinina reinou por quase três séculos, sendo as drogas profiláticas como a cloroquinina (Aralen, Resoquina, Nivaquina B), a amodiaquina (Camoquim), proguanil (Paludrina), a perimetamina (Duraprin), a primaquina as mais eficazes.⁴⁴³

O terreno para a erradicação da malária no Brasil estava preparado, tinha os especialistas, a experiência, um novo método, mas faltavam recursos para iniciar a campanha. Com esse intuito foi criado o GTEM, órgão responsável para gerenciar a campanha. O GTEM foi também uma “imposição” das agências financiadoras da campanha de erradicação da OMS. Isto é, a International Cooperation Administration, que era o Ponto IV, condicionava o auxílio à campanha à criação de uma instituição dinâmica e com certa autonomia. Nas palavras de Guilherme de Aragão:

Quando, em Washington, debati o assunto, fui ciente de que haveria duas preliminares: 1^a a instituição de um órgão dinâmico que mantivesse a unidade de chefia de administração; 2^a que esse órgão pudesse entrosar-se com o International Cooperation Administration, ou seja, o Ponto IV. Pois bem, graças aos nossos esforços, à cooperação e ao apoio que nesse sentido nos prestou o ministro da Saúde, estamos aqui nesta primeira etapa. O Grupo de Trabalho está constituído. Resta, agora, fazê-lo funcionar dentro dos princípios de unidade de comando e de continuidade administrativa, este último alterando o erro inverso da descontinuidade administrativa

⁴⁴³ Ibid., p. 84-85.

que tem trazido entre nós os maiores males, pelo inadimplemento das realizações nacionais.⁴⁴⁴

Como assinala Aragão, a criação do GTEM era a primeira etapa do comprometimento do governo brasileiro com a campanha mundial de erradicação, a primeira condição para a obtenção de recursos para a instalação de um programa de erradicação nacional. Ao considerar o planejamento dos especialistas da OMS, o Grupo de Trabalho teria um ano para criar uma legislação específica para a erradicação e a conversão dos programas de controle, o que não ocorreu. A alegação constante foi sempre a falta de recursos. A imposição da OMS e do governo norte-americano não foi absoluta. No caso brasileiro, ocorreu uma negociação não explícita, o que permitiu a manutenção de práticas de controle da malária por um bom período. Contudo, para Rachou havia causas que dificultariam o funcionamento das campanhas de erradicação.⁴⁴⁵

[...] temos a considerar os hábitos de certas espécies de anofelinos. Embora a endofilia seja quase uma constante no comportamento das espécies vetoras, há vetores com acentuada exofilia, picando o homem fora das casas e mantendo uma transmissão extradomiciliária. [...] apresentam-se certos hábitos da população humana a ser protegida. Certas populações, como as dos garimpeiros, balateiros, seringueiros etc., pela própria natureza de seu trabalho, levam uma vida nômade, mudando constantemente de pouso e sem moradia fixa; não têm casas para serem desinsetizadas e que assim os projetam da transmissão da malária. [...] a considerar ainda, em certas regiões, os tipos das casas. Casas sem paredes ou com poucas paredes, oferecendo nenhuma ou pouca superfície para aplicação do inseticida. [...] certas regiões de rarefeita densidade demográfica, de grandes superfícies e de deficientíssimos meios de comunicação, dificultando e, algumas vezes, impedindo mesmo a periodicidade das desinsetizações domiciliárias.⁴⁴⁶

Rachou estava justificando a utilização do Método Pinotti como instrumento alternativo de combate à malária, mas ao mesmo tempo apontando as falhas da doutrina da erradicação que

⁴⁴⁴ Cf. REVISTA BRASILEIRA DE MALARIOLOGIA E DOENÇAS TROPICAIS, *Noticiário*, op. cit., p. 215.

⁴⁴⁵ Cf. RACHOU, René G. O Método Pinotti nas atuais campanhas de combate à malária. **Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais**, Rio de Janeiro: Divisão de Cooperação e Divulgação – DNERu/ Ministério da Saúde, v. 12, n. 2, p. 333, 1960.

⁴⁴⁶ *Ibid.*, p. 333-334.

seriam a base da campanha mundial. Essas falhas impossibilitavam de proceder como a OMS planejou e recomendava. A manutenção de práticas de controle seriam justificadas, mas não aprovadas pelas agências promotoras da campanha. Essas dificuldades apresentadas no contexto nacional serviram para a negociação e a obtenção de auxílio. Os recursos deveriam superar esses obstáculos e reafirmar o compromisso com a campanha de erradicação.⁴⁴⁷

Em 1958 esse compromisso seria muito mais uma promessa do que uma ação de fato. Os discursos de Pinotti e JK em 1955, que confirmavam a doença como uma questão de saúde pública resolvida, fortalecia os procedimentos de controle.⁴⁴⁸ No entanto, a adesão à proposta da OMS poderia ser, para o governo de JK, uma forma de compensar áreas que estavam descobertas por causa da canalização de recursos para o cumprimento do Plano de Metas, pela construção de Brasília e pela crise financeira de meados de seu mandato.⁴⁴⁹

O planejamento da transformação do programa de controle em erradicação da malária seria apenas um atendimento formal às recomendações da OMS elaboradas em 1955. A Organização previa a criação de órgãos (instituições) autônomos e descentralizados administrativamente para planejar e executar a campanha de erradicação. O GTEM era o órgão criado para cumprir esse papel. Mas o DNERu por intermédio de Pinotti controlou as ações do Grupo. Bustamante também se refere ao tema da malária em discurso como uma questão grave em 1958. A malária seria apresentada, nesse contexto, como o problema mais sério de saúde pública, que atingia aproximadamente entre 200 a 250 milhões de pessoas

⁴⁴⁷ Ibid., p. 332. Cf. BUSTAMANTE, op. cit., p. 98.

⁴⁴⁸ PROGRAMA DE SAÚDE PÚBLICA DO CANDIDATO JUSCELINO KUBITSCHEK DE 1955. Serviço de Produtos Profiláticos – DNERu – Ministério da Saúde, Brasília, 1966, passim.

⁴⁴⁹ VIZENTINI, op. cit., p. 100.

infectadas em todo o mundo. A área de maior ocorrência era o continente africano que não tinha acesso às mais avançadas técnicas profiláticas. No entanto, o coordenador do GTEM acreditava firmemente que a estrutura e a tradição nacional de controle da doença garantiriam o sucesso de um possível programa de erradicação no Brasil. Segundo Bustamante, a erradicação da malária seria mais um problema financeiro e administrativo do que técnico.⁴⁵⁰ O ministro da Saúde, Maurício Medeiros, na ocasião da instalação do GTEM, afirmou que a malária no país estava sob controle e passaria para a fase de erradicação sem problemas. Segundo o ministro, o programa de erradicação da malária foi planejado inicialmente para ocorrer em um prazo de cinco anos, podendo ser prorrogado para seis ou sete anos. Isto é, a erradicação da malária no Brasil ocorreria no prazo máximo de sete anos. Para Medeiros:

[...] O interesse americano está em que não é possível pensar-se na erradicação de uma doença transmitida por insetos se esse trabalho não for coordenado entre várias nações do continente. Desde que o governo americano e a Organização Mundial de Saúde se acham preocupados na erradicação da malária no mundo e, conseqüentemente, no continente sul-americano, era indispensável a colaboração do Brasil que, julgo, no momento presente, era dos poucos países que ainda não tinha aderido nem entrado no plano internacional [...].⁴⁵¹

Segundo Aragão, que era representante do Ponto IV (International Cooperation Administration) no Brasil, a instalação do GTEM seria o coroamento da campanha nacional de controle da malária comandada por Mario Pinotti. Para Aragão o GTEM representaria uma outra fase desta campanha que teria o intuito de ser internacional. Isto é, o GTEM se entrosaria ao plano global de erradicação proposto pela OMS. Neste contexto, Aragão acreditava que, além do entrosamento da campanha de controle da malária com o GTEM, deveria existir uma continuidade administrativa.⁴⁵²

⁴⁵⁰ BUSTAMANTE, op. cit., p. 98.

⁴⁵¹ REVISTA BRASILEIRA DE MALARIOLOGIA E DOENÇAS TROPICAIS, **Noticiário**, op. cit., p. 214.

⁴⁵² Ibid., p. 215.

O período que iniciou com as propostas da erradicação da malária pela XIV Conferência Sanitária Pan-americana (1954) e a VIII Assembléia Mundial de Saúde (1955) coincide com a apresentação do Programa de Saúde Pública em 1955, do candidato Juscelino Kubitschek. Como demonstrei, no início do governo JK, a malária não ocuparia um espaço de maior relevância em detrimento de outras endemias rurais. Apenas em 1958 realizam-se ações em direção às propostas pela OMS. A criação do GTEM, subordinado inicialmente ao DNERu, seria um tímido passo em direção à proposta da OMS. O governo JK termina em 1961 sem ter ainda cumprido a fase inicial do Programa de Erradicação da Malária que previa a criação de uma legislação específica.

Em 1961, o GTEM sofreu a primeira reformulação. É criado um plano emergencial para corrigir as falhas do planejamento de 1958.⁴⁵³ Nesse momento, nem Mario Pinotti nem JK seriam mais governo. Pinotti, afastado no ano anterior do Ministério da Saúde,⁴⁵⁴ deixou a vida pública e também suas atividades como malariologista. O método do sal cloroquinado começaria a ser questionado no contexto nacional.⁴⁵⁵ O DNERu foi responsabilizado em parte pela situação crítica em que se encontrava a campanha. A estrutura administrativa do DNERu centralizando os recursos e as ações impossibilitava o funcionamento do GTEM.⁴⁵⁶ Após três anos de sua instalação, durante o governo Jânio Quadros, o GTEM sofre uma modificação por conta do Decreto-lei nº 50.925 de 7 de julho de 1961, que estabelece que o Grupo de Trabalho

⁴⁵³ BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do Plano Nacional de Erradicação da Malária**: operações para quinquênio 1967-1971, op. cit., p. 36.

⁴⁵⁴ DICIONÁRIO HISTÓRICO BIOGRÁFICO BRASILEIRO PÓS 1930. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001. Cf. Disponível em: <http://www.cpdoc.fgv.br/nav_jk/htm/biografias/Mario_Pinotti.asp>. Acesso em: 10 jul. 2008.

⁴⁵⁵ HOCHMAN, Gilberto. From autonomy to partial alignment: national malaria programs in the time of global eradication, Brazil, 1941-61. **CBMH/BCHM**, v. 25, n. 1 p. 182-183, 2008.

⁴⁵⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do Plano Nacional de Erradicação da Malária**: operações para quinquênio 1967-1971, op. cit., p. 35.

passaria a ter o encargo de planejar e executar os trabalhos de controle e de erradicação da malária no território nacional. Isto é, as chefias dos trabalhos de controle e erradicação foram unificadas.

Resultante desse entendimento, publicou o governo novo Decreto reunificando a Campanha e concedendo-lhe mais autonomia. A antiga chefia executiva foi substituída por uma superintendência; procurou-se suprir, com novos recursos, graves deficiências de pessoal, de inseticida e equipamentos indispensáveis; novas frentes de trabalho foram abertas.

O “Plano de Emergência” foi estabelecido pelo prazo de 2 anos, findos os quais as atividades de controle estariam ultrapassadas pelo programa de erradicação.⁴⁵⁷

A equipe que criou o GTEM em 1958 foi alterada, principalmente a chefia executiva transformada em superintendência. O plano emergencial de 1961 marca o fim da atuação de um grupo que coordenava os programas de controle da malária por mais de uma década. Pinotti desde de 1942 esteve à frente das ações contra a doença através do SNM e do DNERu independentemente do governo. O GTEM foi até o início da década de 1960 um braço do DNERu associado à campanha de controle da malária promovida pela instituição. Nos primeiros três anos esteve sempre subordinado à direção de Mario Pinotti, tanto no Departamento como também no Ministério da Saúde.

O programa após 1961 foi denominado de Campanha de Controle e Erradicação da Malária (CEM) e seria executado de acordo com um novo plano elaborado pelo Grupo de Trabalho de Erradicação da Malária. Esse novo plano previa maior autonomia da campanha e a diminuição gradual das atividades de controle. A execução da CEM ocorreria em duas etapas. A primeira, de caráter emergencial, devia executar a fusão da fase preparatória com a fase de ataque que incidia no reconhecimento geográfico, na passagem progressiva de ciclo para

⁴⁵⁷ Ibid., p. 36.

ciclo, buscando atingir toda área malárica do país.⁴⁵⁸ A segunda etapa correspondia ao momento de cobertura integral (erradicação). Esse novo Grupo de Trabalho era composto por: o ministro da Saúde; o diretor-geral do DNERu; o diretor-geral do DNS; o superintendente da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública; o superintendente da CEM; o representante do governo brasileiro junto ao Ponto IV.⁴⁵⁹ O diferencial desse GTEM em relação ao de 1958 era a influência menor do DNERu na campanha. Isto é, havia ações de controle, mas diminuía, sendo os recursos mais direcionados para a campanha de erradicação.

A partir de 1961, foi a CEM estruturada, unificando-se a chefia dos trabalhos de controle e erradicação em uma só direção. A sua execução foi projetada para ser realizada em duas fases: a) de emergência (fusão da fase preparatória e de ataque) com a cobertura parcial e progressiva de toda a área que se encontrava em controle; b) de cobertura integral (erradicação).⁴⁶⁰

Em 1960, o Brasil ainda não havia convertido seu programa de controle em campanha de erradicação. Dados das OPAS apontavam que apenas em algumas localidades do Nordeste a conversão havia sido iniciada. O método Pinotti era largamente utilizado na região amazônica e era apresentado nos relatórios internacionais como uma ação de combate à malária (ver mapa 1 e 2 em anexo). No entanto, a partir de dezembro de 1961 o sal cloroquinado deixou de ser utilizado e a Amazônia retornou ao estágio preparatório da campanha. O questionamento em relação ao método teria ocorrido inicialmente no contexto nacional, após a saída do seu idealizador. Um ano depois as críticas no cenário internacional ressurgem apontando diversas falhas.

⁴⁵⁸ O ciclo correspondia ao período de seis meses de borrifamento de DDT. Cf. CAMPANHA DE ERRADICAÇÃO DA MALÁRIA. 1964. Relatório da Campanha de Controle e Erradicação da Malária e Relatório do Serviço de Erradicação da Malária e Profilaxia da Doença de Chagas (SEMPDC) do Estado de São Paulo: **IV Reunião de Diretores de Serviço de Erradicação da Malária da América do Sul**. Poços de Caldas, Minas Gerais, junho de 1964 / Ministério da Saúde, p. 4, 1964.

⁴⁵⁹ CAMPANHA DE ERRADICAÇÃO DA MALÁRIA. 1965. Relatório da Campanha de Erradicação da Malária e Relatório do Serviço de Erradicação da Malária e Profilaxia da Doença de Chagas (SEMPDC) do Estado de São Paulo: **V Reunião de Diretores de Serviço de Erradicação da Malária da América do Sul**. Buenos Aires, Argentina, 6 a 11 de dezembro de 1965 / Ministério da Saúde, p. 1-2, 1965.

⁴⁶⁰ *Ibid.*, p. 1.

Chloroquinized Salt Programs These are a special form of mass drug administration, not often usable. The Amazon Valley chloroquinized salt program was terminated in December 1961. An evaluation of this program was undertaken in the field during the last 4 months of that year and the data subjected to analysis during 1962. It is clear that several factors contributed to its failure, a high percentage of "leaching" of chloroquine resulted after the salt was delivered, and possibly there was some chemical deterioration caused by impurities in the salt. It has since been proved that in several areas, a significant proportion of cases of *P. falciparum* either fail to clear up, or else relapse very soon after taking 1,500 mg. of chloroquine base, and some after 2,500 mg. or more. It is believed that under these conditions, chloroquinized salt is doomed to fail. In British Guiana, malaria had been eradicated from the coastal area for more than 10 years, the results of 3 years of house spraying with DDT, but this measure was not considered feasible among the Indians of the interior. In January 1961, the government began adding 0,4% chloroquine to all salt destined for the interior. The results were excellent in 2 districts and very poor in a third one. In 3 months after the start of the program, among 28,000 persons, cases dropped from about 500 a year (mixed *falciparum* and *vivax*) to 0, and have remained there for the 2 years since that time. But in a third district, the Lethem sector of the Rupununi District, among 4,000 persons, cases dropped to 1 or 2 per month in the first year, but rose to 236 during the second year, all but one due to *P. falciparum*. This sector was close to the Brazilian border, and received much non-medicated salt from Brazil, as well as importation of chloroquine-tolerant strains of *P. falciparum*. Chloroquine tolerant strains have been found in this sector, but the situation is being brought under control by house spraying.⁴⁶¹

O superintendente da Campanha de Controle e Erradicação da Malária, nomeado pelo ministro da Saúde era um técnico de reconhecida competência pertencente ou não ao quadro do Ministério da Saúde. O superintendente tinha como função principal realizar a CEM em todo o país, equiparando-se as mesmas funções e poderes atinentes ao diretor-geral do DNERu, no que diz respeito à malária, tendo a competência de movimentar verbas orçamentárias, de créditos especiais e de créditos extraordinários. Neste contexto, constatamos o crescimento da campanha na esfera política e econômica. Na esfera política, a CEM iguala-se ao DNERu, ao qual havido sido subordinada. Na esfera econômica em 1961, os recursos do Ministério da Saúde destinados à CEM eram cerca de vinte vezes maiores, se comparados aos do ano de 1958 e, aproximadamente, quatro vezes maiores do que os recursos oriundos da USAID e da OPAS/OMS (ver tabela 13 em anexo). A estrutura principal da CEM

⁴⁶¹ XI Report on the status of malaria eradication in the Americas. XIV Meeting Pan American Sanitary Organization and XV Meeting World Health Organization. Washington, DC, September, p. 38-39, 1963.

incluía a superintendência formada pela Auditoria Técnica e Administrativa; pela Assessoria Técnica Internacional e das Seções de Epidemiologia; pelas Operações de Inseticida, Divulgação Sanitária e Formação de Pessoal; pela Administração, Transportes e Abastecimento.⁴⁶²

A tabela 11 (em anexo) apresenta um panorama de como a Campanha de Controle e Erradicação da Malária havia sido colocada em prática entre os anos de 1958 e 1960. As regiões privilegiadas neste período foram as áreas de fronteira do Brasil com outros países e territórios limítrofes. O método principal de ação foi a cobertura dessas regiões com inseticida. Em fase de manutenção (vigilância epidemiológica) em 1960 encontravam-se áreas situadas em várias localidades do país, como nos estados que formam a região nordeste, no sul de Minas Gerais, oeste do Paraguai, Santa Catarina, Guanabara e litoral norte do Rio Grande do Sul.⁴⁶³

Os três anos de comprometimento do governo JK com a campanha da OMS de erradicação foram marcados mais por discursos e promessas do que por ações concretas em direção à eliminação da malária. A criação do GTEM em 1958 mobilizou um grupo de especialistas em malária liderados por Mario Pinotti com larga experiência no controle da doença. O recém-criado DNERu, órgão centralizador das campanhas nacionais contra as endemias rurais, utilizou sua estrutura administrativa para dirigir as ações do GTEM. O Departamento gerenciava os recursos e privilegiava as práticas de controle contrariando a vontade da OMS e das agências internacionais de assistência patrocinadas pelo governo norte-americano, uma

⁴⁶² CAMPANHA DE ERRADICAÇÃO DA MALÁRIA. Relatório da Campanha de Erradicação da Malária, op. cit., p. 2.

⁴⁶³ Ibid., p. 2-3.

manobra sustentada em parte pelos próprios resultados positivos dos programas de controle, que conferiram a Pinotti o reconhecimento de autoridade nacional maior no campo da malária. O sanitarista político idealizador do sal cloroquinado conseguiu estender a fase inicial da campanha por três anos, sempre responsabilizando a ausência de recursos. O afastamento de Pinotti do Ministério da Saúde em 1960 e, em consequência, do DNERu e do GTEM, conduziram inevitáveis mudanças administrativas no rumo da campanha.

4.3. A Campanha de Erradicação da Malária depois de 1961

Em 1965, no contexto do governo militar, a Campanha de Erradicação da Malária foi finalmente oficializada pela criação de uma legislação específica como orientava a OMS. O Grupo de Trabalho e a Campanha de Controle e Erradicação da Malária foram extintos. Para auxiliar o Ministério da Saúde, foi criado um Conselho Consultivo de Erradicação da Malária que deveria tratar dos assuntos técnico-administrativos e operacionais do programa de combate à malária no país. Este conselho era presidido pelo ministro da Saúde e tinha assessoria dos diretores do DNERu e do DNS, e contava também com os representantes do Ministério da Fazenda e dos ministros Extraordinários para o Planejamento e Coordenação

Econômica e para Coordenação dos Organismos Regionais do Superintende da CEM e de representantes dos organismos internacionais.⁴⁶⁴

A Lei nº 4.709, de 28 de junho de 1965 tinha como finalidade principal fornecer os instrumentos jurídico-administrativos ao Ministério da Saúde para efetivo combate à malária visando a flexibilizar o Programa Nacional de Erradicação da Malária. Entre as várias disposições encontradas na lei, destaque para: a) subordinação direta ao Ministério da Saúde; b) autonomia para poder contratar e remunerar pessoal especialista temporário nas mesmas condições do funcionário público civil; c) tipo de dotação orçamentária (global) e a forma de seu desembolso; d) isenção de taxas incidentes nas importações de material e equipamento. Segundo Armando Augusto Saraiva Filho, assessor jurídico da CEM, a legislação da campanha era inovadora e descentralizadora surpreende para o contexto político no qual ela foi criada. Nas palavras de Saraiva Filho:

[...] Em 12 de novembro de 1965, pelo Decreto nº 57.244, o Sr. Presidente da República aprovava o Regimento previsto na citada Lei o qual estabelece, a par de outras determinações, a estrutura administrativa do órgão, na qual podemos ver o interesse inovador da descentralização das decisões, no sentido do fortalecimento das Coordenações Regionais, que a seu nível, poderão resolver os problemas de solução imediata, evitando o acúmulo de decisões a serem tomadas a nível central. A par destas características, o Regimento da CEM cria também um Grupo de Planejamento (artigo 42) com a finalidade não só de elaborar, como também de assessorar o Superintendente, em tudo que se relaciona com os planos técnicos e administrativos necessários para alcance das metas programadas.⁴⁶⁵

O governo brasileiro firmou acordos e convênios com entidades internacionais para afiançar o funcionamento do programa de erradicação da malária. Os dois principais patrocinadores que

⁴⁶⁴ O organograma II em anexo mostra a nova estrutura administrativa após a oficialização da campanha em 1965. Cf. BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do Plano Nacional de Erradicação da Malária**: operações para quinquênio 1967-1971, op. cit., p. 4 et seq.

⁴⁶⁵ Ibid., p. 3.

participaram da implantação da CEM no Brasil foram a Agency for International Development (AID), do governo norte-americano, que representava a continuidade da ICA e do Ponto IV, depois denominada Aliança para o Progresso; e a Organização Mundial de Saúde, representada pelo seu escritório regional, a Repartição Pan-Americana da Saúde (RPAS), subsidiária da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). O governo norte-americano repassou para a CEM viaturas, equipamentos, motores para barcos, inseticida, solventes, microscópios, reagentes químicos etc. O auxílio dos EUA representava cerca de US\$ 13.252.390,00 ou 26% do orçamento total da CEM, entre os períodos de 1958 a 1964. As tabelas 12 e 13 (em anexo) exibem as despesas referentes aos anos correntes à implantação do programa brasileiro de erradicação da malária. O acordo foi renovado após 1964 por mais um ano, quando a AID forneceria os mesmos materiais no valor de US\$ 6,500 mil como empréstimo.⁴⁶⁶

Em suma, a evolução do programa brasileiro de erradicação da malária, segundo os relatórios da CEM, obedeceu a três etapas: Plano de Erradicação (1958) com a elaboração do GTEM, sua reformulação em 1961, com a criação do Plano de Emergência e, finalmente, o Plano Nacional de Erradicação da Malária (1965) que transformou as ações de controle em ações de erradicação. Em 1958 houve o primeiro esforço de transformar as medidas de controle em ações eficazes de erradicação. A fase preparatória do plano foi planejada no final de 1957. Em 1961 estimava-se a cobertura de 3.534.515 casas terminando a fase de ataque. A erradicação seria alcançada em 1967, segundo relatórios da CEM. Na realidade, o planejado não ocorreu devido:

Tantos problemas embaraçaram o plano traçado em 1958, que a necessidade de reexaminá-lo começou por se tornar imperativa. Tal reexame conduziu ao chamado Plano de Emergência, onde nas borrficações de áreas sob “controle” foi introduzida a inovação de se proceder ao reconhecimento geográfico simultâneo, além de outras medidas peculiares à fase preparatória. Seria a melhor maneira, talvez mesmo a única,

⁴⁶⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do Plano Nacional de Erradicação da Malária**: operações para quinquênio 1967-1971. 1966, op. cit., p. 37-38

de se conter a endemia em níveis aceitáveis nessas áreas não beneficiadas por trabalhos de erradicação.⁴⁶⁷

Em 1969 a XXII Assembléia Mundial da Saúde sugeriu a classificação das áreas maláricas em áreas de erradicação a curto e longo prazo. A OMS acreditava ainda que a erradicação seria possível mesmo em um prazo maior. Na década de 1970 verificou que essa crença era insustentável por razões epidemiológicas, entomológicas, econômicas e sociais que impediam a erradicação a longo prazo. O quadro 3 em anexo apresenta detalhes da evolução histórica da campanha através das resoluções da OPAS e encontros de especialistas em malária da OMS. No Brasil, a Campanha de Erradicação da Malária e o Departamento Nacional de Endemias Rurais foram extintos em 1970, ano da criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM). A CEM não obteve êxito total no território nacional, no entanto, a transmissão da malária foi interrompida nas regiões do Nordeste, Sudeste, Centro-Oeste e Sul.⁴⁶⁸

⁴⁶⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do Plano Nacional de Erradicação da Malária**: operações para quinquênio 1967-1971, op. cit., p. 36.

⁴⁶⁸ LOIOLA, Carlos Catão Prates; SILVA, C. J. Mangabeira da; TAUIL, Pedro Luiz. Controle da malária no Brasil: 1965 a 2001. **Revista Panamericana Salud Publica / Pan-American Journal Public Health**, v. 11, n. 4, p. 235-236, 2002.

Considerações Finais

Pode-se constatar que as indicações e diretrizes da política verticalizada da OMS, relativas ao plano internacional de erradicação da malária sofreram adaptações por conta das particularidades que cada país apresentava. A interpretação sugerida é que, no Brasil, o planejamento e a uniformidade propostos pela OMS foram modificados por uma realidade social específica, contextos políticos em transformação e uma tradição de saúde pública e malariologia bastante consolidada. A análise histórica da Campanha de Erradicação da Malária no Brasil revela os encontros e desencontros da política de saúde brasileira com as orientações das agências internacionais e multilaterais.

A análise inicial sobre a Campanha de Erradicação da Malária (CEM) desenvolvida no Brasil mostra que o esforço de conversão dos programas de controle em planos nacionais de erradicação ocupou mais tempo do que a própria campanha em si. Ou seja, a chamada fase preparatória da CEM durou cerca de sete anos (1958-1965), quando o recomendado pela OMS seria de apenas de um ano. As ações de erradicação iniciaram em 1958 com a criação do GTEM, mas os Decretos-lei não representariam uma legislação específica sobre a campanha, o que ocorreu somente em 1965. As recomendações da OMS previam neste período preparatório a formulação legal da CEM. As ações de erradicação antes de 1965 foram combinadas com ações de controle.

Ao longo da década de 1940 no Brasil foi edificada uma estrutura de controle da malária. O Serviço Nacional da Malária e o Serviço Especial de Saúde Pública contribuíram decisivamente para a montagem dessa estrutura que, nos anos 1950, seria transformada com muito custo. Neste sentido, podemos constatar uma política de saúde experiente no combate à malária no Brasil. Os programas de controle da malária atingiram resultados positivos, o que levou o próprio presidente Juscelino Kubitschek a não considerar a malária como ameaça mais grave à saúde dos trabalhadores. Nas documentações da época e nos discursos de JK e seus assessores em 1956, a malária seria uma questão de saúde pública quase superada. O sucesso de algumas campanhas e dos chamados serviços nacionais de saúde refletiu no aperfeiçoamento da política de saúde pública nos anos 1950. O desmembramento do Ministério da Educação e Saúde em 1953, a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais em 1956 e a elaboração do GTEM em 1958 são exemplos significativos das transformações da saúde pública no contexto nacional.

A Campanha de Erradicação da Malária em nível global não teve êxito. A malária não foi erradicada no mundo, apenas alguns países obtiveram sucesso. As causas e os motivos que compuseram este “fracasso” não são conhecidos totalmente. Uma das causas possíveis pelo desinteresse pela erradicação por parte dos países mais ricos é que eles resolveram seus problemas relacionados à malária. Essas nações eram as principais financiadoras da campanha mundial. A minha análise é delimitada pelo período que correspondeu ao governo de JK, um período pequeno, mas extremamente importante vinculado a antecedentes otimistas e a precedentes decisivos. Da criação do Ministério da Saúde em 1953 até a oficialização da Campanha de Erradicação da Malária em 1965, temos o governo de Juscelino com o Programa de Saúde Pública, o DNERu e o GTEM. Temos também o reconhecimento do

trabalho dos malariologistas brasileiros no cenário internacional, em particular o trabalho de Mario Pinotti e seu método de combate à malária. O Método Pinotti foi utilizado e reconhecido pela OPAS como ação de erradicação na região amazônica. No final de 1961, o programa do sal cloroquinado foi desativado na região, por coincidência Pinotti não fazia mais parte da campanha e do governo. A campanha de erradicação da malária, como foi preconizada pela OMS, só ocorreu de fato no Brasil em 1965. Na década de 1970, a Organização reconheceu o fracasso da CEM no mundo e declarou que a erradicação seria impossível por causa de razões epidemiológicas, entomológicas, econômicas e sociais.

Conclusão

A relação entre saúde e desenvolvimento foi um dos temas centrais discutidos no contexto internacional na década de 1950. Essa relação possuía uma dinâmica, que podia em alguns momentos eleger as endemias rurais como as vilãs das nações pobres. Podia também creditar a inferioridade de riqueza dos países subdesenvolvidos à ausência de educação, de produção, de indústria, de energia, de tecnologia etc. Desenvolvimento econômico *versus* desenvolvimento sanitário. É nesse período que as associações entre as chamadas doenças de massa e desenvolvimento se intensificaram. O exemplo mais incisivo dessa época era relação entre malária e desenvolvimento. A malária foi a doença com maior circulação nessa relação.

A associação entre malária e desenvolvimento sucedida na década de 1950 permitiu a criação mundial do programa de erradicação da doença. O imperativo de erradicar a malária foi

defendido por especialistas como Fred Soper que confiava ser a ocasião ideal para a concepção de uma campanha de saúde no âmbito global. A OMS teria a oportunidade de fortalecer sua legitimidade como principal agência de saúde pública internacional. A malária seria uma doença econômica responsabilizada em alguns contextos pelo subdesenvolvimento das nações.

No Brasil o médico Juscelino Kubitschek assumiu a presidência prometendo desenvolver “50 anos em 5”. A administração de JK foi objeto de estudo de uma extensa historiografia preocupada em analisar sua política nacional-desenvolvimentista, somente no âmbito político e econômico. Um dos objetivos básicos desse trabalho foi mostrar o espaço que a saúde pública ocupou no governo JK. A saúde era uma questão social, mas foi tratada pela ótica do econômico nesse governo. O Programa de Saúde Pública do candidato Juscelino Kubitschek de 1955 pode ser considerado um dos documentos políticos de maior relevância da década de 1950 na área da saúde pública. JK estabeleceu 18 metas de saúde, que seu governo pretendia cumprir. O Programa apresentava temas inovadores, sugerindo ações de saúde mais horizontais, mas não rompia com o modelo de política de saúde verticalizado e centralizador. O principal parceiro de JK nesta empreitada foi Mario Pinotti, o personagem mais importante no campo da saúde pública nacional no período.

Pinotti atuou não somente no campo da saúde pública, mas também no espaço político. Diretor do SNM, do DNERu e ministro da Saúde em dois momentos nos anos 1950, Pinotti foi responsável pela criação de um método nacional de controle da malária: o método do sal cloroquinado. O método de profilaxia antimalárica atendeu às necessidades de certas regiões do território nacional como solução, por exemplo, do problema do saneamento da Bacia

Amazônica. Desse modo, acreditou-se que o sal cloroquinado poderia ser utilizado onde o DDT não tinha eficácia por limitações físicas e demográficas. Depois de um intenso debate no contexto internacional, o sal cloroquinado foi reconhecido pela OMS como um método de erradicação da malária.

Para JK, a saúde pública era uma questão econômica. As endemias rurais seriam responsáveis em parte pelo subdesenvolvimento do país. Elas comprometeriam a produção. O programa de metas para a saúde ajudou a edificar a instituição mais importante de saúde pública da segunda metade da década de 1950: o Departamento Nacional de Endemias Rurais, órgão do Ministério da Saúde criado especificamente para combater as doenças de massa, ou doenças geradas pela pobreza material e intelectual. O DNERu foi a primeira indicação séria do governo de JK para o desenvolvimento sanitário da população brasileira. Em 1958, Juscelino e Pinotti alteraram seus discursos anteriores relativos à malária e se comprometeram com a campanha de erradicação promovida pela OMS. Nessa conjuntura, a malária era a doença mais “grave” do Brasil.

O Grupo de Trabalho de Controle e Erradicação da Malária, o GTEM, criado em 1958, marcaria a entrada do Brasil na campanha de erradicação da malária agenciada pela OMS. No entanto, o GTEM não representaria a total adesão do governo brasileiro às recomendações internacionais de saúde. A instalação da Campanha de Erradicação da Malária (CEM) no país durou sete anos. A conversão dos programas de controle em planos nacionais de erradicação ocorreu entre os anos de 1958 a 1965. A malária foi utilizada como uma valiosa moeda de negociação no contexto internacional. Os recursos repassados pelas agências internacionais como a USAID amenizaram os custos da política de saúde pública do governo JK.

O governo de Juscelino pode ser considerado também um período importante na história da saúde pública brasileira. A principal intenção desse estudo foi verificar fatos que corroboram com essa afirmação. Um período pequeno, mas com uma dinâmica própria que relacionava desenvolvimento e saúde. O Programa de Saúde Pública, o DNERu e o GTEM são exemplos desse movimento que encontraram nos problemas de saúde pública os “principais obstáculos” para o desenvolvimento econômico nacional. A habilidade política de Juscelino e de Pinotti permitiu a combinação de ações paralelas tanto no âmbito político e econômico, como na área da saúde. Um exemplo significativo, além da administração paralela de JK, foi a dupla campanha da malária – de controle e de erradicação dirigida por Pinotti. Em suma, o discurso afinado e as ações conjugadas até 1960 desses dois personagens caracterizaram a história da saúde pública neste período.

BIBLIOGRAFIA:

FONTES PRIMÁRIAS:

Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento RR/PI/RJ 04.05.00/02.01.04, Fundo René Rachou.

Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento RS/PI/RJ 19460829, Fundo Rostan Soares. Jornal **A Notícia** de 3 de setembro de 1953.

Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento RS/PI/RJ 19460829, Fundo Rostan Soares. Jornal **A Notícia** de 2 de dezembro de 1953, s/n.

Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento RE/PI/RJ 9002040/3, Fundo Rostan Soares. Carta de W. F. Winckel enviada para Mario Pinotti em 7 de outubro de 1954.

Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento RE/PI/RJ 9002040/3, Fundo Rostan Soares. Carta de Arnaldo Gabaldon enviada a Fernando Bustamante em 17 de fevereiro de 1956.

Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento RE/PI/RJ 9002040/3, Fundo Rostan Soares. Carta de Emilio Pampana enviada para Mario Pinotti em 8 de março de 1957.

Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento RE/PI/RJ 9002040/3, Fundo Rostan Soares. Carta de Emilio J. Pampana enviada para Robert Coatney em 8 de março de 1957.

Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento RE/PI/RJ 9002040/3, Fundo Rostan Soares. Carta de E. J. Pampana enviada para Mario Pinotti em 13 de maio de 1957.

Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento RE/PI/RJ 9002040/3, Fundo Rostan Soares. Carta de E. J. Pampana enviada para Mario Pinotti em 18 de maio de 1957.

Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento RS/PI/RJ 19460829, Fundo Rostan Soares. Carta de Robert Coatey enviada a Rostan Soares em 29 de maio de 1957.

Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento RE/PI/RJ 9002040/3, Fundo Rostan Soares. Carta de Karl Koenig enviada para Emilio J. Pampana em 10 de outubro de 1957.

Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento RE/PI/RJ 9002040/3, Fundo Rostan Soares. Carta de Mario Pinotti enviada para E. J. Pampana em 14 de novembro de 1957.

ALVARADO, Carlos Alberto. Conferência. **Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais**, Rio de Janeiro: Divisão de Cooperação e Divulgação – DNERu/ Ministério da Saúde, v. 4, n. 4, p. 304, 1952.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, v. 156, n. 1, 4 de setembro de 1954.

ATHAYDE, Aramis. **Conferências pronunciadas em 1955 pelo ministro Aramis Athayde**. Rio de Janeiro: Serviço de Documentação do Ministério da Saúde, 1957.

BARROS BARRETO, João. **Malária Doutrina e Prática**. Rio de Janeiro: Ed. A Noite, 1940.

BERNER, Max Herbert. A Campanha de Erradicação da Malária na organização e administração sanitária. Formação e treinamento técnico e auxiliar (1963 a 1968). **Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais**, Rio de Janeiro: Divisão de Cooperação e Divulgação – DNERu/ Ministério da Saúde, v. 21, n. 3, p. 655-667, 1960.

BORGES JR., Luiz de Souza. Aspectos da erradicação da malária nos Sétimos Congressos Internacionais de Medicina Tropical e Malária. **Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais**, Rio de Janeiro: Divisão de Cooperação e Divulgação – DNERu/ Ministério da Saúde, v. 16, n. 3, p. 379-386, 1964.

BRASIL. Ministério da Saúde/DNERu. **Relatórios dos Grupos de Trabalho: 1960.** Combate a endemias rurais no Brasil. Rio de Janeiro, 1962.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do Plano Nacional de Erradicação da Malária 1966:** operações para quinquênio 1967-1971.

BRASIL. Ministério da Saúde/DNERu. **Endemias Rurais: métodos de trabalho adotados pelo DNERu.** Rio de Janeiro, 1968.

BRASIL. Ministério da Saúde/DNERu. Campanha de Erradicação da Malária: organização e estrutura. **Relatório do primeiro Curso de Erradicação da Malária para pessoal de nível profissional no Brasil.** Brasília, 1968.

BUSTAMANTE, Fernando Machado. Considerações sobre certos problemas especiais relacionados com a erradicação da malária no Brasil. **Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais**, Rio de Janeiro: Divisão de Cooperação e Divulgação – DNERu/ Ministério da Saúde, v. 11, n. 1, p. 9-17, 1959.

_____. Estado atual do problema da malária. **Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais**, Rio de Janeiro: Divisão de Cooperação e Divulgação – DNERu/ Ministério da Saúde, v. 10, n. 1, p. 79-99, 1958.

CAMPANHA DE ERRADICAÇÃO DA MALÁRIA (CEM). 1964. Poços de Caldas, Minas Gerais. **IV Reunião de Diretores de Serviço de Erradicação da Malária da América do Sul.** Junho, 1964. Relatório da Campanha de Controle e Erradicação da Malária e Relatório do Serviço de Erradicação da Malária e Profilaxia da doença de Chagas (SEMPDC) do estado de São Paulo. Ministério da Saúde, 1964.

CAMPANHA DE ERRADICAÇÃO DA MALÁRIA (CEM). 1965. Buenos Aires, Argentina. **V Reunião de Diretores de Serviço de Erradicação da Malária da América do Sul.** 6 a 11 de dezembro de 1965. Relatório da Campanha de Erradicação da Malária e Relatório do Serviço de Erradicação da Malária e Profilaxia da doença de Chagas (SEMPDC) do estado de São Paulo. Ministério da Saúde, 1965.

CAMPANHA DE ERRADICAÇÃO DA MALÁRIA (CEM). 1966. Maracay, Venezuela. **VI Reunião de Diretores de Serviço de Erradicação da Malária da América do Sul.** 23 nov. a 3 dez. 1966. Relatório da Campanha de Erradicação da Malária e Relatório do Serviço de Erradicação da Malária e Profilaxia da doença de Chagas (SEMPDC) do estado de São Paulo. Ministério da Saúde, 1966.

CASTRO, A. de; PINOTTI, Mario; FERREIRA, Manuel José; ALMEIDA, Tomaz R. Raposo de; PEREIRA, Glauco; HASSELMANN, Sylvia; SILVEIRA, Mario Magalhães. Saúde pública e desenvolvimento econômico. Relatório da Subcomissão de Saúde da Comissão Nacional de Bem-Estar Social. **Revista de Higiene e Saúde Pública**, Rio de Janeiro, ano 13, n. 4, p. 53-64, 1954.

Combate a Endemias Rurais no Brasil. Relatórios dos Grupos de Trabalho reunidos em 1960 na cidade do Rio de Janeiro. DNERu/Ministério da Saúde, 1962.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 3., 1963, Brasília: DF. **Anais da 3ª...** Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992. 246 p.

CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 9., 1951, Porto Alegre. **Anais do...** Porto Alegre, Rio Grande do Sul: Oficina Gráficas da Livraria do Globo S. A. 4 a 11 de novembro de 1951.

CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 10., 1951, Belo Horizonte. **Anais do...** Belo Horizonte, Minas Gerais: Oficina Gráficas da Livraria do Globo S. A. 19 a 25 de outubro de 1952.

CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 11., 1953, Curitiba. **Anais do...** Curitiba, Paraná: Oficina Gráficas da Livraria do Globo S. A. 15 a 21 de novembro de 1953.

CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 12., 1955, Belém. **Anais do...** Belém, Pará: Oficina Gráficas da Livraria do Globo S. A. 9 a 15 de janeiro de 1955.

CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 13., 1956, Fortaleza. **Anais do...** Fortaleza, Ceará, 12 a 16 de agosto de 1956.

HESS, Archie D. The significance of insecticide resistance in vector control programs. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 1, n. 3, p. 371-388, 1952.

HORWITZ, A. Erradicação da malária. **Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais**, Rio de Janeiro: Divisão de Cooperação e Divulgação – DNERu/ Ministério da Saúde, v. 15, n. 1, p.191-194, 1963.

MENEZES, Antônio Henrique. Administração – Campanha de Erradicação da Malária: organização e estrutura. In: **Relatório do primeiro Curso de Erradicação da Malária para pessoal de nível profissional no Brasil**. DNERu – Ministério da Saúde, Brasília, 1968.

INTERNATIONAL CONGRESS ON TROPICAL MEDICINE AND MALARIA, 5., 1953.
Proceeding of the... Communications, v. 2, 1953.

MYRDAL, Gunnar. Economics aspects of health. **WHO Cronicle**, v. 6, n. 204, 1952.

PAULINI, Ernest. Considerações sobre o emprego de inseticidas em campanhas contra a malária. **Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais**, Rio de Janeiro: Divisão de Cooperação e Divulgação – DNERu/ Ministério da Saúde, v. 14, n. 1/2, p. 115-131, 1962.

PINOTTI, Mario. Primeira campanha antimalárica na região do São Francisco baseada na administração de dose única de antimaláricos e na aplicação domiciliária de inseticida de ação tóxica residual. **Diário do Congresso Nacional**, Rio de Janeiro, 7 jul. 1947. p. 24.

_____. **Discurso**. 13º Congresso Brasileiro de Higiene, 1956, Fortaleza, Ceará. 12 a 16 de agosto de 1956. Comunicado n. 10, p. 138, 1956.

_____. A luta contra a esquistossomose e a ancilostomose. **Revista de Higiene e Saúde Pública**, Rio de Janeiro, DF: Sociedade Brasileira de Higiene, ano 13, n. 4, p. 49, 1956.

_____. A importância atual do problema das endemias rurais do Brasil. **Anais da Faculdade Fluminense de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 4, 1956.

_____. O sal de cozinha como veículo de medicamentos antimaláricos: um método brasileiro de profilaxia do impaludismo. Sua importância na erradicação da doença. Acervo da Casa de

Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento RE/PI/RJ 9002040/3. Fundo Rostan Soares, sub-série Sal Cloroquinado, 1957.

_____. Instalação do Grupo de Trabalho constituído para erradicação da Malária no Brasil. **Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais**, Rio de Janeiro: Divisão de Cooperação e Divulgação – DNERu/ Ministério da Saúde, v. 10, n. 2, p. 213-220, 1958.

_____. **Saúde e riqueza**. Discurso pronunciado em nome da Sociedade Brasileira de Higiene. Rio de Janeiro, 24 abr. 1958.

_____. **Vida e morte do brasileiro**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1959.

PROGRAMA DE SAÚDE PÚBLICA DO CANDIDATO JUSCELINO KUBITSCHKEK 1955. São Paulo: L. Nicollini, 1955.

RACHOU, René G. O Método Pinotti nas atuais campanhas de combate à malária. **Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais**, Rio de Janeiro: Divisão de Cooperação e Divulgação – DNERu/ Ministério da Saúde, v. 12, n. 2, p. 329-337, 1960.

_____. Atual estratégia da luta contra a malária. **Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais**, Rio de Janeiro: Divisão de Cooperação e Divulgação – DNERu/ Ministério da Saúde, n. 4, p. 3-25, 1956 .

RESENHA DO GOVERNO DO PRESIDENTE JUSCELINO KUBITSCHKEK (1956-1961). TOMO IV: **Trabalho e bem-estar social, Educação e Cultura, Saúde Pública**. Rio de Janeiro. Presidência da República. Serviço de Documentação, 1960.

REVISTA BRASILEIRA DE MALARIOLOGIA E DOENÇAS TROPICAIS. Rio de Janeiro: Divisão de Cooperação e Divulgação – DNERu/ Ministério da Saúde, 1952-1969.

REVISTA DE HIGIENE E SAÚDE PÚBLICA. Rio de Janeiro, DF: Sociedade Brasileira de Higiene, ano 13, n. 1/4 janeiro/dezembro1954.

SIQUEIRA, Rubens. **Relação entre a alimentação e as endemias**. 1956. Trabalho apresentado ao 13º Congresso Brasileiro de Higiene. Fortaleza, Ceará. 12 a 16 de agosto de 1956. Comunicado n. 10, 1956.

SOARES, Rostan. **Sal cloroquinado, novo método de profilaxia da malária**. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento RE/PI/RJ 9002040/3. Fundo Rostan Soares, sub-série Sal Cloroquinado, 1955.

_____. **Objetivos da pesquisa sobre o sal cloroquinado e o programa adotado nas observações com doentes de malária hospitalizados**. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento RE/PI/RJ 9002040/3. Fundo Rostan Soares, sub-série Sal Cloroquinado, 1955.

_____. **As indicações do método do sal cloroquinado em campanhas de erradicação da malária**. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento RE/PI/RJ 9002040/3. Fundo Rostan Soares, sub-série Sal Cloroquinado, s/d.

_____. **Sal anti-malárico:** estudos, planos e instruções. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento RE/PI/RJ 9002040/3. Fundo Rostan Soares, sub-série Sal Cloroquinado, s/d.

_____.; PAULINI, Ernest; PEREIRA, José Pedro. **A concentração e eliminação da cloroquina em líquidos orgânicos de pacientes sob regime de sal cloroquinado.** Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento RE/PI/RJ 9002040/3. Fundo Rostan Soares, sub-série Sal Cloroquinado, 1950.

_____.; PINOTTI, Mario. **Um novo método de profilaxia da malária.** Associação de uma droga antimalárica ao sal de cozinha usado na alimentação diária. Trabalho do Serviço Nacional de Malária apresentado ao 11º Congresso Brasileiro de Higiene, Curitiba, 15 de novembro 1953. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento RE/PI/RJ 9002040/3. Fundo Rostan Soares, sub-série Sal Cloroquinado, 1953.

_____. **A erradicação da malária com o sal cloroquinado.** Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento RE/PI/RJ 9002040/3. Fundo Rostan Soares, sub-série Sal Cloroquinado, 1956.

_____.; LOBO, Ari; DAMASCENO, R. M. G. **Experiência de campo com o sal cloroquinado.** Trabalho do Serviço Nacional de Malária, apresentado ao 12º Congresso Brasileiro de Higiene, Belém, 1955. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento RE/PI/RJ 9002040/3. Fundo Rostan Soares, sub-série Sal Cloroquinado, 1955.

REPORT ON THE SPECIAL MALARIA FUND OF PASO. X Meeting Pan-American Sanitary Organization and IX Meeting World Health Organization. Washington, DC, September, 1957.

The retreat of the mass diseases. **AJPH, Nations Health**, v. 48, n. 2, p. 232-234, 1957. (Scientific Exhibits).

WINSLOW, C. E. A. Lo que cuesta la enfermedad y lo que vale la salud. **Publicaciones Científicas**, Washington: Organización Mundial de la Salud/Oficina Sanitaria Panamericana, n. 16, mayo 1955.

VII Report on the Status of Malaria Eradication in the Americas. XI Meeting Pan-American Sanitary Organization and XI Meeting World Health Organization. Washington, DC, September, 1959.

VIII Report on the Status of Malaria Eradication in the Americas. XII Meeting Pan-American Sanitary Organization and XII Meeting World Health Organization. Washington, DC, September, 1960.

XI Report on the Status of Malaria Eradication in the Americas. XIV Meeting Pan American Sanitary Organization and XV Meeting World Health Organization. Washington, DC, September, 1963.

FONTES SECUNDÁRIAS:

AGUDELO, Saul Franco. **El Paludismo en América Latina.** Editorial Universidad de Guadalajara, 1990.

ARAÚJO, José Duarte de. Saúde e desenvolvimento econômico: atualização de um tema. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 9, n. 4, dez. 1975.

BARATA, Rita Barradas. **Malária e seu controle.** São Paulo: Editora Hucitec, 1998.

BENCHIMOL, Jaime Larry. O combate ao *Anopheles gambiae*. In: _____ (Coord.). **Febre amarela**: a doença e a vacina, uma história inacabada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. p. 168-173.

BENEVIDES, Maria Victoria. O governo Kubitschek: a esperança como fator de desenvolvimento. In: GOMES, Ângela de Castro (Org.). **O Brasil de JK**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002. p. 21-38.

_____. **O governo Kubitschek**: desenvolvimento econômico e estabilidade política, 1956-1961. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

BRAGA, João C. S.; PAULA, Sérgio G. **Saúde e Previdência**: estudos de política social. São Paulo: Cebes / Hucitec, 1981.

BROWN, P. J. Failure-as-success: multiple meanings of eradication in the Rockefeller Foundation Sardina Project, 1946-1951. **Parassitologia**, v. 40, p. 117-130, 1998.

CAMARGO, Erney Plessmann. A malária encenada no grande teatro social. **Revista do Instituto de Estudos Avançados da USP**, v. 9, n. 24, p. 1-28, 1995.

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

_____.; NASCIMENTO, Dilene Raimundo; MARANHÃO, Eduardo. A história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, 2003. Suplemento 2.

_____. O Serviço Especial de Saúde Pública – SESP. In: BENCHIMOL, Jaime Larry (Coord.). **Febre amarela**: a doença e a vacina, uma história inacabada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. p. 174-177.

_____. Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública. In: GOMES, Ângela de Castro (Org.). **Capanema: o ministro e seus ministérios**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

CARONE, Edgar. Operação Pan-Americana: Documentário I. In: _____. **A quarta República (1945-1964)**. Rio de Janeiro/São Paulo: Difel, 1980.

CASTRO SANTOS, Luiz Antônio. O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção nacional. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1985.

CASTRO SANTOS, Luiz Antônio; FARIA, Lina Rodrigues de. **A reforma sanitária no Brasil: ecos da Primeira República**. Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2003. 204 p.

CARONE, Edgar. **A Quarta República (1945-1964)**. Rio de Janeiro/São Paulo: Difel, 1980.

CHACON, Vamireh. A genealogia do nacional-desenvolvimentista brasileiro: João Pinheiro. In: GOMES, Ângela de Castro. **Minas e os fundamentos do Brasil moderno**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005. p. 193-215.

CLARO, Lenita B. Lorena. Hanseníase: representações sobre a doença. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, v. 11, n. 4, out./dez. 1995.

COLISTETE, Renato Perim. A força das idéias: a CEPAL e o industrialismo no Brasil no início dos anos 50. In: SZMRECSÁNYI, Tamás; SUZIGAN, Wilson. **História econômica do Brasil contemporâneo**. São Paulo: Hucitec/ Associação Brasileira de Pesquisadores em História Econômica/ Editora da Universidade de São Paulo, 2002. p. 121-145.

COSTA, Nilson Rosário. **Lutas urbanas e controle sanitário**. Origens das políticas de saúde no Brasil. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1986. 2 v., 115 p.

CUETO, Marcos. Los ciclos de la erradicación: la Fundación Rockefeller y la salud latinoamericana, 1918-1940. In: _____. **Salud, cultura y sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas**. Lima: Instituto de Estudios Peruanos/Organización Panamericana de la Salud, 1996.

_____. **El valor de la salud**: historia de la Organización Panamericana de la salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2004.

_____. **Cold War, deadly fevers**: malaria eradication in México, 1955-1975. Washington, DC: Woodrow Wilson Center Press; Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

DICIONÁRIO HISTÓRICO BIOGRÁFICO BRASILEIRO PÓS 1930. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001. Disponível em: <http://www.cpdoc.fgv.br/nav_jk/htm/biografias/Mario_Pinotti.asp>. Acesso em: 10 jul. 2008

ESCOBAR, Arturo. **La invención del Tercer Mundo**. Bogotá: Norma Editorial, 1998.

FARLEY, John. **To cast out the disease**: a history of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951). New York: Oxford University Press, 2004.

FERNANDEZ, Oscar Lorenzo. O desenvolvimentismo de Israel Pinheiro e Juscelino Kubitschek. In: GOMES, Ângela de Castro. **Minas e os fundamentos do Brasil moderno**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005. p. 216-245.

FERREIRA, Jorge. Crises da República: 1954, 1955 e 1961. In: _____. DELGADO, Lucilia de Almeida Neves. **O tempo da experiência democrática**: da democratização de 1945 ao golpe militar de 1964. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p. 195-216. (Brasil Republicano Volume III).

_____. O governo Goulart e o golpe civil-militar de 1964. In: _____. DELGADO, Lucilia de Almeida Neves. **O tempo da experiência democrática**: da democratização de 1945 ao

golpe militar de 1964. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p. 343-404. (Brasil Republicano Volume III).

FONSECA, Cristina. **Saúde no governo Vargas (1930 – 1945):** dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

GADELHA, Paulo E. From forest malaria to bromeliad malaria: a case-study of scientific controversy and malaria control. **Parassitologia**, v. 36, p. 175-195, 1994.

_____.; PACKARD, Randall. A land filled with mosquitoes: Fred L. Soper, the Rockefeller Foundation and the *Anopheles gambiae* invasion of Brazil, 1932-1939. **Parassitologia**, v. 36, p. 197-214, 1994.

GUIMARÃES, F. Nery. Normas e diretrizes para uma campanha contra a boubá. **Revista de Higiene e Saúde Pública**, Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Higiene, ano 12, n. 1/4 jan./dez. 1953.

HAMILTON, W; FONSECA, C. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 791-825, 2003.

HARRISON, Mark. Health for all? Affluence, poverty and disease since 1945. In: _____. **Disease and modern world**. 1500 to the present day. London: Polity, 2005. p. 166-250.

HOBSBAWN, Eric J. **Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento**. As bases da política de saúde pública no Brasil. 1. ed. São Paulo: Hucitec/ANPOCS, 1998.

_____. A saúde pública em tempos de Capanema: continuidades e inovações. In: BOMENY, H. (Org.). **Constelação Capanema: intelectuais e políticas**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001. p. 127-151.

_____. Mario Pinotti. In: BYNUM, W. F.; BYNUM, Helen. **Dictionary of Medical Biography**, v. 4, Westport, Connecticut, London: Greenwood Press, 2007.

_____. From autonomy to partial alignment: national malaria programs in the time of global eradication, Brazil, 1941-61. **CBMH/BCHM**, v. 25, n. 1, 2008.

_____.; FONSECA, C. M. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, D. (Ed.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: FGV, 1999. p. 73-93.

_____. I Conferência Nacional de Saúde: reforma, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo. In: GOMES, A. M. C. (Org.). **Capanema: o ministro e seu ministério**. Rio de Janeiro: Ed. FGV; Bragança Paulista: Ed. São Francisco, 2000. p. 173-193.

HOCHMAN, Gilberto; MELLO, Maria Tereza Bandeira de; SANTOS, Paulo Roberto Elian dos. A malária em foto: imagens de campanhas e ações no Brasil da primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, v. 9, p. 233-273. Suplemento.

JAGUARIBE, Hélio. O ISEB e a retomada do desenvolvimento nacional. In: GOMES, Ângela de Castro. **Minas e os fundamentos do Brasil moderno**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005. p. 246-265.

JACKSON, J. Cognition and the global malaria eradication programme. **Parassitologia**, v. 40, p.193-216, 1998.

KROPF, Simone Petraglia. **Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação (1909-1962)**. 2006. 2 v. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2006.

LAFER, Celso. **JK e o Programa de Metas (1956-1961): processo de planejamento e sistema político no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002.

_____. O planejamento no Brasil: observações sobre o Plano de Metas (1956-1961). In: LAFER, Betty Mindlin. **Planejamento no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1975. p. 29-50.

LIMA, Nísia Trindade. **Um sertão chamado Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Revan/IUPERJ, 1999. 232 p.

_____; HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitário da Primeira República. In: MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura (Orgs.). **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz/CCBB, 1996.

LITSIOS, Socrates. Malaria control, the Cold War, and the post-war reorganization of international assistance. **Medical Anthropology**, v. 17, p. 225-278, 1997.

LOIOLA, Carlos Catão Prates; SILVA, C. J. Mangabeira da; TAUIL, Pedro Luiz. Controle da malária no Brasil: 1965 a 2001. **Revista Panamericana Salud Publica / Pan-American Journal Public Health** v. 11, n. 4, p. 235-244, 2002.

MALAN, Pedro Sampaio. Relações econômicas internacionais do Brasil. In: FAUSTO, Boris. (Org.). **O Brasil republicano: economia e cultura (1945-1964)**. Tomo III, v. 4, 2. ed. São Paulo: DIFEL, 1986. p. 53-106. (História geral da civilização brasileira III).

MARTINS FILHO, João Roberto. Forças Armadas e política, 1945-1964: a ante-sala do golpe. In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília de Almeida Neves. **O tempo da experiência democrática: da democratização de 1945 ao golpe militar de 1964**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira 2003. p. 97-126. (Brasil Republicano Volume III).

MELLO E SILVA, Alexandra. Desenvolvimento e multilateralismo: um estudo sobre a Operação Pan-Americana no contexto da política externa de JK. **Contexto Internacional**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 209-239, jul./dez. 1992.

MORAES, Hélbio Fernandes. A luta contra a malária no Brasil. In: _____. **SUCAM sua origem, sua história**. v. 1, 2. ed. Brasília: Ver Curiosidades, 1990.

MOREIRA, Vânia Maria Losada. Os anos JK: industrialização e modelo oligárquico de desenvolvimento rural. In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucilia de Almeida Neves. **O tempo da experiência democrática: da democratização de 1945 ao golpe militar de 1964**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p. 155-194. (Brasil Republicano Volume III).

_____. **Brasília: a construção da nacionalidade. Um meio para muitos fins**. Vitória: Edufes, 1998.

MONTENEGRO, Antônio Torres. Ligas camponesas e sindicatos rurais em tempo de revolução. In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucilia de Almeida Neves. **O tempo da experiência democrática: da democratização de 1945 ao golpe militar de 1964**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. (Brasil Republicano Volume III).

MOURA, Gerson. Avanços e recuos: a política exterior de JK. In: GOMES, Ângela de Castro (Org.). **O Brasil de JK**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002. p. 39-66.

NUNES MEDINA, Rosbinda. **História da campanha de erradicação da malária na década de 50 no Brasil: uma contribuição para o estudo do modelo campanhista**. 1988. 199 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 1988.

ORENSTEIN, Luiz; SOCHACZEWSKI, Antônio Cláudio. Democracia com desenvolvimento: 1956-1961. In: ABREU, Marcelo de Paiva (Org.). **A ordem do progresso: cem anos de política econômica republicana 1889-1989**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1989. p. 171-195.

PACKARD, Randall M. Malaria dreams: postwar visions of world. **Medical Anthropology**, v. 17, p. 279-296, 1997.

_____. No other logical choice: malaria eradication and the politics of international health in the post-war era. **Parassitologia**, v. 40, p. 217-229, 1998.

_____; BROWN, Peter J. Rethinking health, development, and malaria: historicizing a cultural model in international health. **Medical Anthropology**, v. 17, p. 181-194, 1997.

PAMPANA, Emilio. **Erradicacion de la malaria**. México: Editorial Limusa – Wiley, S. A., 1966.

PAULINI, Ernest. O passado revisitado: o Instituto de Malariologia e o Instituto de Endemias Rurais (INERu). **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, v. 11, n. 1, p. 143-158, 2004.

REY, Luís. **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, S. A., 1999.

RIBEIRO, Ana Clara Torres. **Os anos 50 - desenvolvimentismo e saúde**. Campanhas sanitárias e sua institucionalização - um estudo histórico de saúde pública no Brasil, p. 30, 1975. Mimeografado.

SANTOS, Wanderley Guilherme. **Cidadania e Justiça**. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SILVA, Kalinga Tudor. Public health for whose benefit? Multiple discourses on malaria in Sri Lanka. **Medical Anthropology**, v. 17, p. 195-214, 1997.

SLATER, Leo B. Malaria chemotherapy and the 'kaleidoscopic' organisation of biomedical research during World War II. **AMBIX**, v. 51, n. 2, p. 107-134, July 2004.

SOPER, Fred L. *Anopheles gambiae* in Brazil. In: _____. (Ed.). **Ventures in world health** – the memoirs of Fred Lowe Soper. Washington, DC: Pan-American Health Organization, v. 355, 1977.

TRONCA, Italo A. **As máscaras do medo: lepra e aids**. São Paulo: Editora Unicamp, 2000. 157 p.

TUIL, Pedro; DEANE, Leônidas; SABROZA, Paulo; RIBEIRO, Cláudio. Debate. A malária no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 1, n. 1, p. 90, janeiro/março 1985, Rio de Janeiro.

VIZENTINI, Paulo G. Fagundes. Do nacional-desenvolvimento à política externa independente (1945-1964). In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucilia de Almeida Neves (Org.). **O tempo da experiência democrática: da democratização de 1945 ao golpe militar de 1964**. Brasil Republicano Volume III. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, p. 195-216, 2003.

VIZENTINI, Paulo Fagundes. Juscelino Kubitschek: do retrocesso à barganha. In: _____. **Relações exteriores do Brasil (1945-1964): o nacionalismo e a política externa independente**. Petrópolis: Editora Vozes, p. 89-121, 2004.

Anexos

Tabelas:

Tabela 1: CASAS DEDETIZADAS 1955-1960.

Ano	Domicílios expurgados
1955	268.451
1956	301.531
1957	340.282
1958	347.338
1959	728.475
1960	121.090*

*janeiro a agosto / **Fonte:** Combate a endemias rurais no Brasil (Relatórios dos Grupos de Trabalho reunidos em 1960 na cidade do Rio de Janeiro) – DNERu/Ministério da Saúde, 1962, p. 50.

Tabela 2: POPULAÇÃO URBANA E RURAL (%) NO BRASIL E OUTROS PAÍSES

1950.

Países	População	
	Urbana (%)	Rural (%)
Brasil	31.1	63.9
Estados Unidos	67.7	36.3
México	42.6	57.4
Índia	17.2	82.8
Reino Unido	80.1	19.9
Suécia	58.1	41.9

Fonte: Anais III Conferência Nacional de Saúde de 1963

TABELA 3: CASOS DE MALÁRIA, POR AMOSTRAS POSITIVAS DE SANGUE, OCORRIDOS NOS ESTADOS E TERRITÓRIOS 1956 A 1961.

ESTADOS E TERRITÓRIOS	ANOS					
	1956	1957	1958	1959	1960	1961
Rondônia	244	325	695	1.259	1.412	1.070
Acre	38	17	6	8	4	--
Amazonas	99	42	240	411	380	29
Rio Branco	166	59	27	31	59	47
Pará	255	614	2.361	3.359	1.149	580
Amapá	254	588	1.524	1.482	1.138	1.540
Maranhão	5.757	6.102	6.468	19.042	15.020	15.089
Piauí	2.170	2.684	1.653	4.083	5.798	4.950
Ceará	366	561	114	--	--	--
Rio Grande do Norte	167	109	98	--	--	--
Paraíba	574	555	735	228	--	--
Pernambuco	36	356	4	--	--	4
Alagoas	80	184	91	--	--	--
Sergipe	166	164	87	--	9	--
Bahia	125	206	173	156	148	192
Minas Gerais	602	1.047	1.417	902	741	1.473
Espírito Santo	38	98	234	278	272	1.016
Rio de Janeiro	116	171	178	213	774	921
Guanabara	--	17	24	20	54	83
São Paulo	38	81	34	105	39	--
Paraná	782	631	552	1.081	1.325	1.677
Santa Catarina	3.156	2.446	4.722	7.607	6.460	9.496
Rio Grande do Sul	1	15	6	4	2	--
Mato Grosso	433	346	394	565	887	945
Goiás	1.310	1.043	1.096	2.367	942	1.163
Brasília, D.F.					14	74
BRASIL	17.973	18.488	22.906	42.661	36.627	40.349

Fonte: S.F.Be.

(x) Distrito Federal até 21 de abril de 1960

Fonte II: Anais III Conferência Nacional de Saúde de 1963, p. 69.

TABELA 4: NÚMEROS DE MUNICÍPIOS COM TRIATOMÍNEOS INFECTADOS E ÍNDICE DE INFECÇÃO NATURAL DE DEVERSOS ESTADOS DA FEDERAÇÃO BRASIL – 1960

Estados	Município com Triatimíneo infectado	Índice de infecção natural	
		Mínimo (%)	Máximo (%)
Ceará	8	1.29	27.68
Rio Grande do Norte	21	0.89	29.55
Paraíba	22	0.72	41.18
Pernambuco	61	1.14	68.14
Alagoas	15	1.24	30.39
Bahia	8	58.1	93.72
Minas Gerais	216	0.17	66.66
Paraná	55	0.85	56.00
Rio Grande do Sul	48	4.42	91.30
Goiás	38	0.28	51.01

Fonte: Anais III Conferência Nacional de Saúde de 1963, p. 94.

TABELA 5: CALAZAR HUMANA DIAGNOSTICADO NO BRASIL 1953-1962.

ESTADOS	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	TOTAIS
---------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	--------

Maranhão	-	-	-	-	-	1	2	1	-	6	10
Pará	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Piauí	-	6	10	39	46	42	39	28	3	15	228
Ceará	140	356	424	308	263	189	203	204	108	80	2.275
R. G. do Norte	-	-	-	8	3	3	-	3	1	3	21
Paraíba	-	-	2	-	-	2	-	-	-	-	4
Pernambuco	-	1	-	-	-	6	-	-	-	3	10
Alagoas	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Sergipe	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Bahia	1	3	46	38	4	1	2	-	-	-	95
Minas Gerais	-	-	-	13	31	15	1	1	-	-	61
Mato Grosso	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Anais III Conferência Nacional de Saúde de 1963, p 100.

TABELA 6: PREVALÊNCIA DA LEPROSA (Coeficiente por 1.000 habitantes) NAS DIFERENTES REGIÕES FISIográficas NO BRASIL - 1962

REGIÕES	COEFICIENTES
NORTE	3,7

NORDESTE	0,4
LESTE	1,5
SUL	1,9
CENTRO OESTE	2,6
BRASIL	1,3

Fonte: Anais III Conferência Nacional de Saúde de 1963, p. 85.

TABELA 7: COEFICIENTES DE MORTALIDADE POR TUBERCULOSE (POR 100.000 HABITANTES) EM DIVERSOS PAÍSES. – 1959.

PAÍS	MORTALIDADE
Canadá	4,8
Estados Unidos	6,1
Holanda	3,0
Suécia	7,3
Dinamarca	4,3
Inglaterra	7,7
Israel	5,4
Austrália	5,1

Nova Zelândia	5,2
----------------------	------------

Fonte: Anais III Conferência Nacional de Saúde de 1963, p. 75.

Tabela 8: fases de trabalho da Campanha de Controle e Erradicação da Malária com as perspectivas áreas e populações.

Áreas e fases	Km² *	População por 1.000 habit.**
- Originalmente malárica	7.747.398	42.520
- Em cobertura parcial e progressiva (preparatória)	7.137.381	20.383

- Em cobertura integral (ataque)	174.782	6.782
- Em consolidação (vigilância)	435.335	16.355
- Em manutenção	-----	

* Incluindo São Paulo

** Dados do censo de 1960.

Fonte: Relatório da Campanha de Erradicação e Controle da Malária, 1964, p. 3.

Tabela 9: verba autorizada pelo governo brasileiro para CEM (1958-1965) *.

Ano	Ministério da Saúde (US\$)	CEM (US\$)	% para CEM
1958	9.161.903	51.213	0,55
1959	10.965.676	313.665	2,8
1960	17.007.361	494.479	2,9
1961	19.097.361	1.194.745	6,2
1962	36.973.239	4.458.180	12,0
1963	67.029.862	8.953.170	13,2
1964	111.211.945	20.195.121	18,1
1965	183.948.525	26.048.780	14,1
Total	455.395.872	61.709.353	13,8

* Valores convertidos de cruzeiro antigo para dólar (1 cruzeiro equivaleria aproximadamente 615 dólares).

Fonte: Relatório da Campanha de Erradicação da Malária, 1965, p. 37,

Tabela 10: despesas realizadas com o programa (1958-1965)

Ano	Governo Brasileiro	Cooperação Internacional		Total
		USAID (US\$) *	OPS/OMS (US\$) **	
1958	51.213	213.787	17.658	282.658
1959	313.665	431.000	25.200	769.865
1960	494.479	1.057.344	16.435	1.568.258
1961	1.194.745	840.229	32.975	2.067.949
1962	4.458.180	554.454	101.746	4.615.380
1963	8.953.170	2.792.805	241.683	11.987.658
1964	20.195.121	7.424.734	465.632	28.085.487
1965***	26.048.780	895.152	828.386	27.772.318
Total	61.709.353	14.209.505	1.729.715	77.149.573

* - Valor em mercadorias.

** - Valor em mercadorias e serviços

*** - Recursos autorizados (em aplicação)

Fonte: Relatório da Campanha de Erradicação da Malária, 1965, p. 38.

Quadros:

Quadro 1: trabalhos sobre o sal cloroquinado:

Título	Autor	Ano
A concentração e eliminação da cloroquina em líquidos orgânicos de pacientes sob regime de sal cloroquinado.	Rostan Soares, Ernest Paulini & José Pedro Pereira	1950
A concentração e eliminação da cloroquina através da circulação placentária e no leite materno de pacientes sob regime do sal cloroquinado.	Rostan Soares, Ernest Paulini, José Pedro Pereira & Raymundo Mendes Soares	1950
Um novo método de profilaxia da malária. Associação de uma droga antimalárica ao sal de cozinha usado na alimentação diária.	Rostan Soares & Mario Pinotti	1953
Chemoprophylaxis of malaria by association of an antimalarial drug to the sodium chloride used in the preparation of meals.	Rostan Soares, Mario Pinotti, Renato Monte, Ernest Paulini, & Carlos Modesto Souza	1953
Sal cloroquinado, novo método de profilaxia da malária.	Rostan Soares	1955
Experiência de campo com o sal cloroquinado.	Rostan Soares, Mario Pinotti, Ari Lobo & R. M. G. Damasceno	1955
Experiências com o sal cloroquinado em doentes hospitalizados.	Rostan Soares, Mario Pinotti, Renato Monte, Ernest Paulini & Carlos Vinha	1955
Objetivos da pesquisa sobre o Sal Cloroquinado e o programa adotado nas observações com doentes de Malária Hospitalizados.	Rostan Soares	1955
A erradicação da malária com o sal cloroquinado.	Rostan Soares & Mario Pinotti	1956
O sal de cozinha como veículo de medicamentos antimaláricos: um método brasileiro de profilaxia do impaludismo. Sua importância na erradicação da doença.	Mario Pinotti	1957
Further Studies on Chloroquinized table salt.	Ernest Paulini	1958

Adição de produtos antipaludicos ao sal cozinha valor do processo nas campanhas de erradicação.	Mario Pinotti	1960
Pinott's Method.	Thires Ribeiro	1961
Aspectos do sal cloroquinado no combate à malária.	R. M. G. Damasceno	s.d
Profilaxia da malária pelo sal cloroquinado método Pinotti.	Rostan Soares & Fernando Bustamante	s.d
As indicações do método do sal cloroquinado em campanhas de Erradicação da Malária	Rostan Soares	s.d
O método do sal medicamentoso na profilaxia da malária e suas indicações na campanha da doença	Rostan Soares	s.d
Sal anti-malárico: estudos, planos e instruções	Rostan Soares	s.d
Adendo ao trabalho de estudos da aplicação do sal cloroquinado	Rostan Soares	s.d

Fonte: Arquivo Rostan Soares.

II- Quadro Programa de Controle X Programa de Erradicação.

ITENS	PROGRAMA DE CONTROLE	PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO
a-) Objetivos	Reduzir ou eliminar a morbidade e mortalidade	Prevenir a ocorrência de novos casos de malária

b-) Área de operações	a-) Zonas "acessíveis"; b-) Localidades de maior incidência; c-) Localidades de maior importância social, política ou econômica	Onde quer que se verifique a transmissão
c-) Trabalho mínimo aceitável; qualidade	Bom. É aceitável a redução da transmissão a níveis toleráveis	Perfeito. A transmissão deve ser abolida em toda a área. Se novos casos ocorrerem a causa deve ser determinada e removida
d-) Duração das operações	Sem limite de tempo	O programa terminará quando a malária deixar de ser endêmica
e-) Ponto de vista econômico	Controle. As medidas devem ser aplicadas onde o custo se justifique pela importância econômica local do problema. As despesas devem ter duração continuada sob forma de reinvestimento periódico de capital	Erradicação. As medidas eficientes aplicadas em todas as áreas de malária reduzirão rapidamente as despesas, acarretando a recuperação total do capital investido
f-) Controle de outros insetos	Conveniente e exeqüível como parte integrante do Programa de Saúde Pública	Inexeqüível, pois este programa deve ter objetivos específicos, bem definidos e de duração limitada.
g-) Descoberta de casos	De importância secundária	De suma importância, por notificação ou outro processo
h-) Verificação parasitológica de casos suspeitos	Relativamente sem importância	De importância fundamental
i-) Casos importados	De interesse relativo, sobretudo acadêmico	Muito importante, depois de concluídas as medidas antimaláricas.
j-) Investigação epidemiológica de casos individuais	Custosa e não produtiva	Deve ser feita; adquire importância crescente no desenvolvimento do programas; é chave da erradicação
k-) Avaliação administrativa do desenvolvimento do programa	Controle das realizações efetivadas (analisando tudo quanto se faz)	Para cobertura 100% do programa (avaliação do que se fez)
l-) Avaliação epidemiológica	Redução dos índices, esplênico e parasitológico	Desaparecimento de casos autóctones de malária (conforme provado pelo

		serviço de informação de epidemiologia
--	--	--

Fonte: RACHOU, op., cit. pp. 8-9.

Quadro 3: resoluções das Conferências Sanitárias Pan Americana da OPAS e os Encontros Regionais do Comitê da OMS.

Conferência (OPAS) / Encontro Regional (OMS)	Ano	Resoluções
XII Conf. Sanit. Pan Americana	1946	1- Autorizar o Diretor da Oficina Sanitária Pan Americana a nomear no período de três anos, sete ativos membros do Comitê de Malária da Organização Pan Americana que podem ser reeleitos. O período do cargo

	<p>de dois desses membros depois da primeira nomeação devem ser de um ano e outros dois membros devem permanecer na função por dois anos. Os quatro membros devem substituídos imediatamente após término dos respectivos mandatos.</p> <p>2- Providenciar que o orçamento da Oficina Sanitária Pan Americana seja suficiente para cobrir despesas requeridas para encontro anual dos membros do Comitê.</p> <p>3- Autorizar os membros do Comitê a escolherem dois grupos: a-) membros correspondentes que seriam responsáveis por dirigir serviços especiais de malária em departamentos nacionais; b-) membros associados que fazem parte das organizações de educação e saúde e que deveriam estudar o controle da malária na América.</p> <p>4- Autorizar o Comitê a nomear os membros correspondentes e associados para territórios americanos e nações européias que tem interesse em estudar, pesquisar e controlar a malária.</p> <p>5- Conceder completa autoridade ao Comitê para adotar normas apropriadas.</p> <p>6- Autorizar o presidente do Comitê de Malária da Organização Pan Americana solicitar diretamente dos departamentos nacionais de saúde dos países americanos informação de todos os assuntos relativos à malária e ao seu controle.</p> <p>7- Recomendar aos departamentos nacionais de saúde que preparem planos ou programas de campanhas antimaláricas. Estabelecer cooperação entre os outros departamentos do governo. Os programas de controle da malária devem fazer parte de um melhoramento das áreas rurais.</p> <p>8- Recomendar que os serviços antimaláricos tomem a direção necessária junto aos respectivos governos para incluir medidas de controle da malária através da educação escolar.</p> <p>9- Recomendar aos países americanos, no qual, a malária representa um grande um problema: a-) a necessidade de um estudo periódico das medidas que podem facilitar o controle da doença tal modo que assegure</p>
--	--

		<p>os recursos e os esforços necessários para enfrentamento dessa importante questão; b-) a importância de empregar em tempo integral pessoal treinado em trabalho antimalárico; c-) contar com auxílio oferecido pela Escola de Malariologia em Maracay , na Venezuela.</p> <p>10- Lembrar aos países americanos que com presente aumento das viagens, deve tomar medidas de proteção necessárias para evitar a importação de insetos como anopheles, ou outras espécies primitivas de vetores transmissores da malária.</p> <p>11- Recomendar a utilização de cloroquina e outras drogas antimaláricas em larga escala para tratamento da malária. Obter informação sobre as espécies de plasmódios não anteriormente tratadas. Investigar a eficácia de novas drogas para controle de áreas endêmicas.</p> <p>12- Dirigir atenção para os países americanos que necessitam aumentar a eficiência de seus sistemas de distribuição gratuita de drogas, visando diminuir os custos da distribuição.</p> <p>13- Chamar atenção dos departamentos nacionais de saúde dos países americanos para utilização do DDT como principal ação dos programas de controle de malária. Realizar estudos sobre o DDT com objetivo de aperfeiçoar a sua utilização.</p> <p>14- Reconhecer o papel importante de Governo da Venezuela que através da Escola de Divisão de Malariologia em Maracay participou do treinamento do pessoal especializado no combate a malária.</p> <p>15- Aconselhar que a Oficina Sanitária Pan Americana, os departamentos nacionais de saúde dos países americanos e outras agências de saúde nacionais e internacionais aceitem as recomendações do Comitê de Malária da Organização Pan Americana em seu III Encontro.</p>
XIII Conf. Sanit. Pan Americana /II Encontro Regional do Comitê	1950	1- Recomendar a Oficina Sanitária Pan Americana para incluir a partir dessa data programas assim como o desenvolvimento de atividades necessárias para prover a intensificação e coordenação de ações antimaláricas no hemisfério. Estimular os programas existentes, facilitando o intercâmbio de informações e equipamentos técnicos e quando possível assistência econômica a vários países com o objetivo de realizar a erradicação da malária no Hemisfério Ocidental.
XIV Conf. Sanit. Pan Americana / VI Encontro	1954	1- Promover a intensificação e a coordenação dos trabalhos contra a malária, com o objetivo de erradicar a doença no Hemisfério Ocidental;

Regional do Comitê		<p>2- Converter os programas de controle em campanhas de erradicação no menor tempo possível por causa aparente resistência dos anofelinos aos inseticidas;</p> <p>3- A Oficina Sanitária Pan Americana através de estudos e ações orientará também os países que alcançarem a erradicação da malária visando sua manutenção.</p> <p>4- O Diretor da Oficina Sanitária Pan Americana estaria autorizado para investir e arrecadar recursos financeiros junto às organizações publicas e privadas com intuito de garantir a campanha internacional de erradicação da malária.</p>
XV Conf. Sanit. Pan Americana / X Encontro Regional do Comitê	1958	<p>1- A UNICEF passa a fazer parte do programa internacional de erradicação da malária.</p> <p>2- A Internacional Cooperation Administration (ICA) dos Estados Unidos contribui de forma expressiva com o Programa.</p> <p>3- Coordenação entre os programas dos países membros de acordo com ações e técnicas pré-estabelecidas para áreas de fronteiras.</p> <p>4- O Diretor da Oficina Sanitária Pan Americana promoverá pesquisas referente à resistência dos anofelinos aos inseticidas, investindo em novas drogas e inseticidas contra a malária.</p>
XVI Conf. Sanit. Pan Americana / XIV Encontro Regional do Comitê	1962	<p>1- Prorrogação da assistência da UNICEF e Agency Internacional Development (AID) do governo norte americano.</p> <p>2- O estudo dos programas que cooperaram com a Oficina Sanitária Pan Americana e obtiveram êxito na erradicação da malária.</p> <p>3- Reforçar perante aos países membros a necessidade urgente de erradicar a malária e transferir os recursos necessários para atingir este objetivo.</p> <p>4- A Oficina Sanitária Pan Americana juntamente com os governos que aderiram o programa de erradicação se encarregam de treinar pessoal</p>

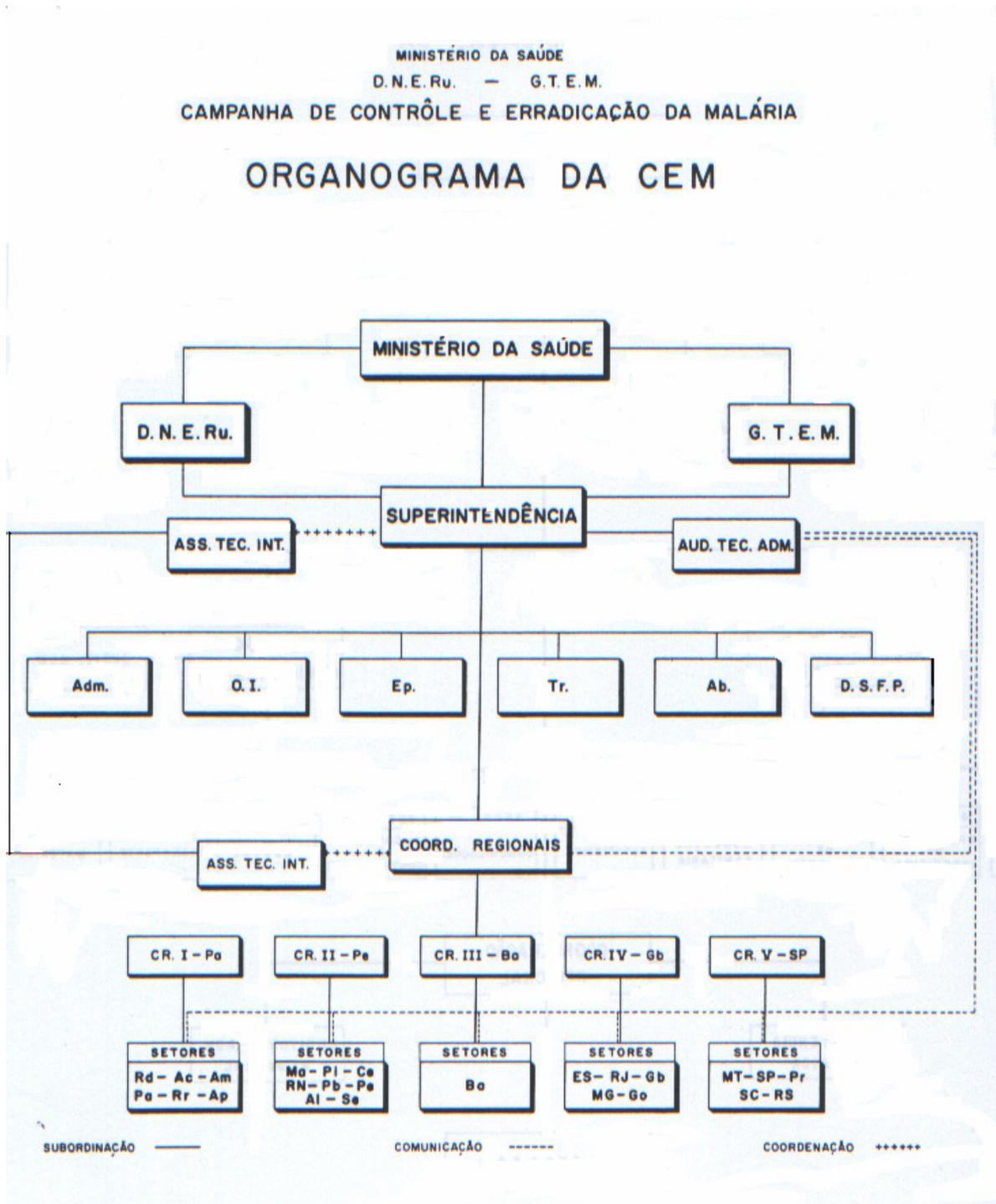
		para atuarem nas campanhas nacionais de erradicação da malária.
XVII Conf. Sanit. Pan Americana / XVIII Encontro Regional do Comitê	1966	<p>1- Valorizar os progressos alcançados por determinados programas que foram bem sucedidos em consequência dos serviços administrativos eficientes.</p> <p>2- Auxiliar na criação dos serviços administrativos dos programas de erradicação nos países que ainda não o fizeram.</p> <p>3- Recomendar que os governos empenhem-se na obtenção maiores recursos para garantir o sucesso e o prolongamento do programa de erradicação.</p> <p>4- Prolongar a cooperação entre a Oficina Sanitária Pan Americana e os países membros, no sentido de investigar e encontrar soluções biológicas e ações práticas de combate à malária.</p> <p>5- Recomendar a utilização do DDT intradomiciliar como base das ações de combate contra a malária, assim como a utilização de larvicidas, tratamentos coletivos e outros métodos estudados.</p> <p>6- Acelerar a coordenação entre os serviços de saúde locais governamentais, autônomos e privados com o programa de erradicação da malária, incluindo tratamento e cura dos pacientes.</p> <p>7- Reconhecer a valorosa cooperação conjunta dos Governos, da Organização Pan Americana de Saúde, da Organização Mundial de Saúde, do Fundo das Crianças das Nações Unidas e do Governo dos Estados Unidos representados pela Agency for International Development.</p>
XVIII Conf. Sanit. Pan Americana / XXII Encontro Regional do Comitê	1970	<p>1- Reexaminar a estratégia global de erradicação da malária e avaliar o programa, não interromper as atividades básicas da campanha, fazer uma revisão e avaliação dos resultados divulgados pelos países membros.</p> <p>2- Reforçar a importância da erradicação da malária como também da necessidade de cada país se empenhar ao máximo na obtenção de recursos para o programa.</p> <p>3- Congratular os países bem sucedidos na erradicação da malária.</p>

		<p>4- Chamar atenção dos Governos para importância da erradicação da malária para o desenvolvimento social e econômico de cada nação.</p> <p>5- Incentivar a pesquisa conjunta da Oficina Sanitária Pan Americana e os Governos, visando aperfeiçoar os métodos de erradicação da malária e avaliar o impacto econômico da erradicação da doença.</p> <p>6- Reafirmar a forte necessidade de coordenação nacional dos serviços de erradicação da malária com serviços gerais de saúde, com o objetivo de ampliar as áreas de ações de erradicação.</p> <p>7- Os Governos com assistência da Oficina Sanitária Pan Americana devem ampliar as atividades de educação de saúde com finalidade de reduzir os possíveis fatores que comprometem as ações de combate.</p> <p>8- Reconhecer a importante assistência da OPAS, OMS, UNESCO e AID aos países membros, com também prolongar estes convênios com a meta de alcançar a erradicação da malária.</p>
<p>XIX Conf. Sanit. Pan Americana / XXVI Encontro Regional do Comitê</p>	<p>1974</p>	<p>1- Reiterar os alvos contidos no “Plano Dez Anos de Saúde Plena para as Américas” e recomendar aos Governos que mantenham os esforços para obter os recursos necessários para atingir os objetivos do plano.</p> <p>2- Recomendar os Governos e a Direção da Oficina que façam um estudo completo sobre as dificuldades que impedem a evolução do plano, examinar as prioridades do programa, determinar a estratégia para o futuro, solicitar o próximo encontro entre Diretores Nacionais dos Serviços de Erradicação da Malária com o objetivo de propor efetivas medidas para alcançar os resultados planejados.</p> <p>3- Intensificar as atividades de pesquisas, apontar as soluções dos problemas e encontrar o caminho para atingir o objetivo do programa.</p> <p>4- Demonstrar a preocupação com o lento progresso dos programas de determinados países, sendo recomendado o aumento dos esforços para eliminar ou reduzir os obstáculos que comprometem a eficiência administrativa do programa.</p>

		<p>5- Solicitar a Oficina para tomar medidas com o objetivo de assegurar corretamente os materiais necessários transferidos para os programas, tais como inseticidas, equipamentos, etc.</p> <p>6- Enfatizar novamente a importância da coordenação de atividades antimaláricas em áreas de fronteiras, especialmente entre países com diferentes níveis de endemicidade malárica.</p>
<p>XX Conf. Sanit. Pan Americana / XXX Encontro Regional do Comitê</p>	<p>1978</p>	<p>1- Reafirmar a meta do programa de erradicação da malária das Américas.</p> <p>2- Declarar para este fim, 1980 o “Ano da Luta Frontal contra a Malária nas Américas” com o propósito de intensificar as operações de erradicação da doença.</p> <p>3- Aconselhar os Governos para desenvolver prontamente estudos epidemiológicos com a intenção de assistir a implantação de novas estratégias.</p> <p>4- Solicitar os Governos para priorizar os programas nacionais de malária e assegurar o financiamento necessário.</p> <p>5- Solicitar ao Diretor, a organização do III Encontro de Serviços de Erradicação da Malária que deve acontecer em 1979 no México. Este Encontro teria como objetivo a formulação de um plano de ação para Hemisfério Ocidental.</p> <p>6- Pedir ao Diretor para intensificar, com assistência do Programa Especial da OMS de Pesquisa e Treinamento de Doenças Tropicais, as operações técnicas em cooperação com as pesquisas e atividades de treinamento dos Governos.</p> <p>7- Solicitar ao Diretor para convocar o encontro com o propósito de discutir a reinfestação dos países onde a doença havia sido erradicada e considerar a possível introdução de apropriadas medidas de vigilância.</p>

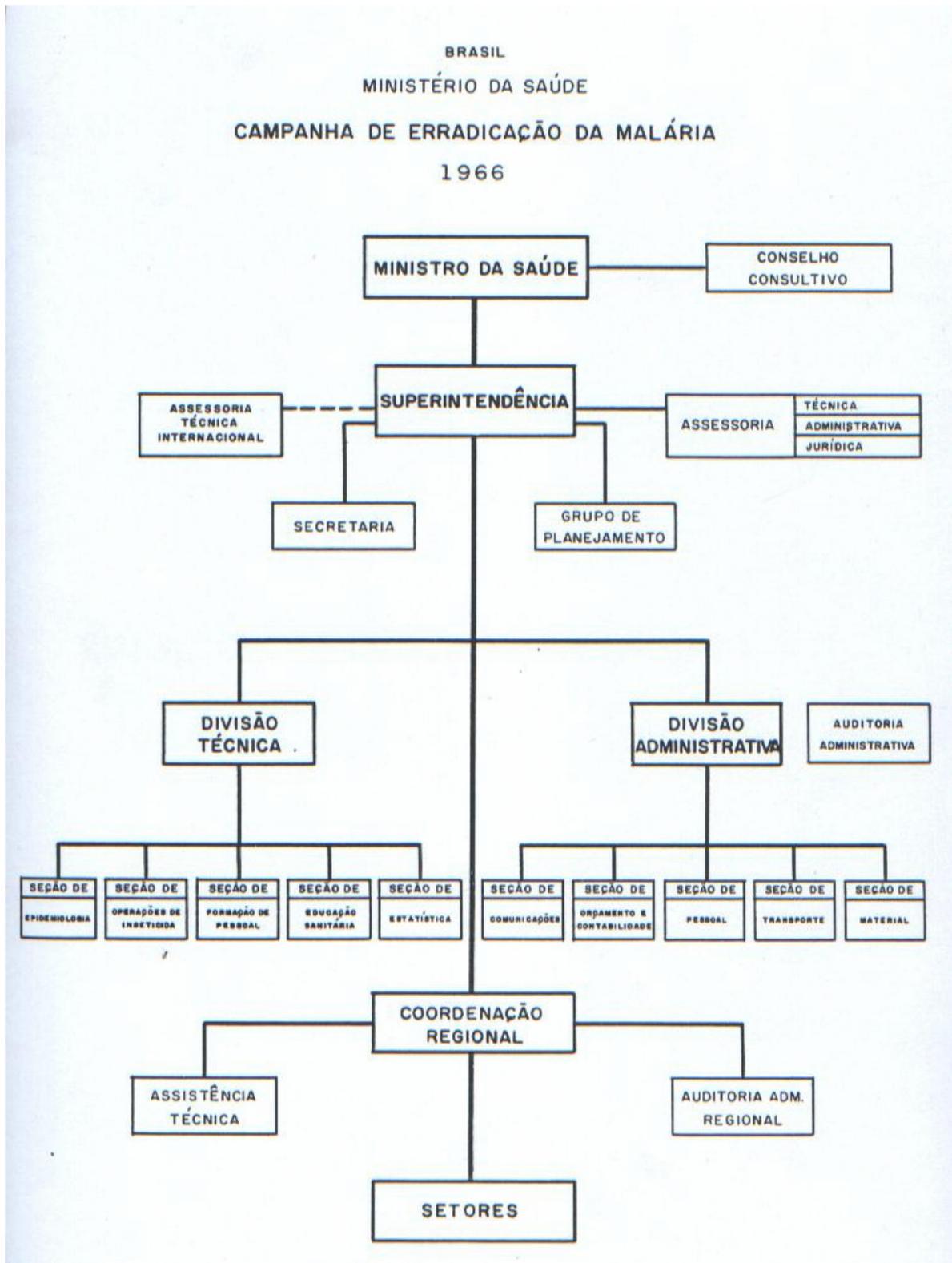
Organograma:

Organograma 1: Grupo de Trabalho para Erradicação da Malária (1958)



Fonte: Relatório da Campanha de Erradicação da Malária, 1965, p. 9.

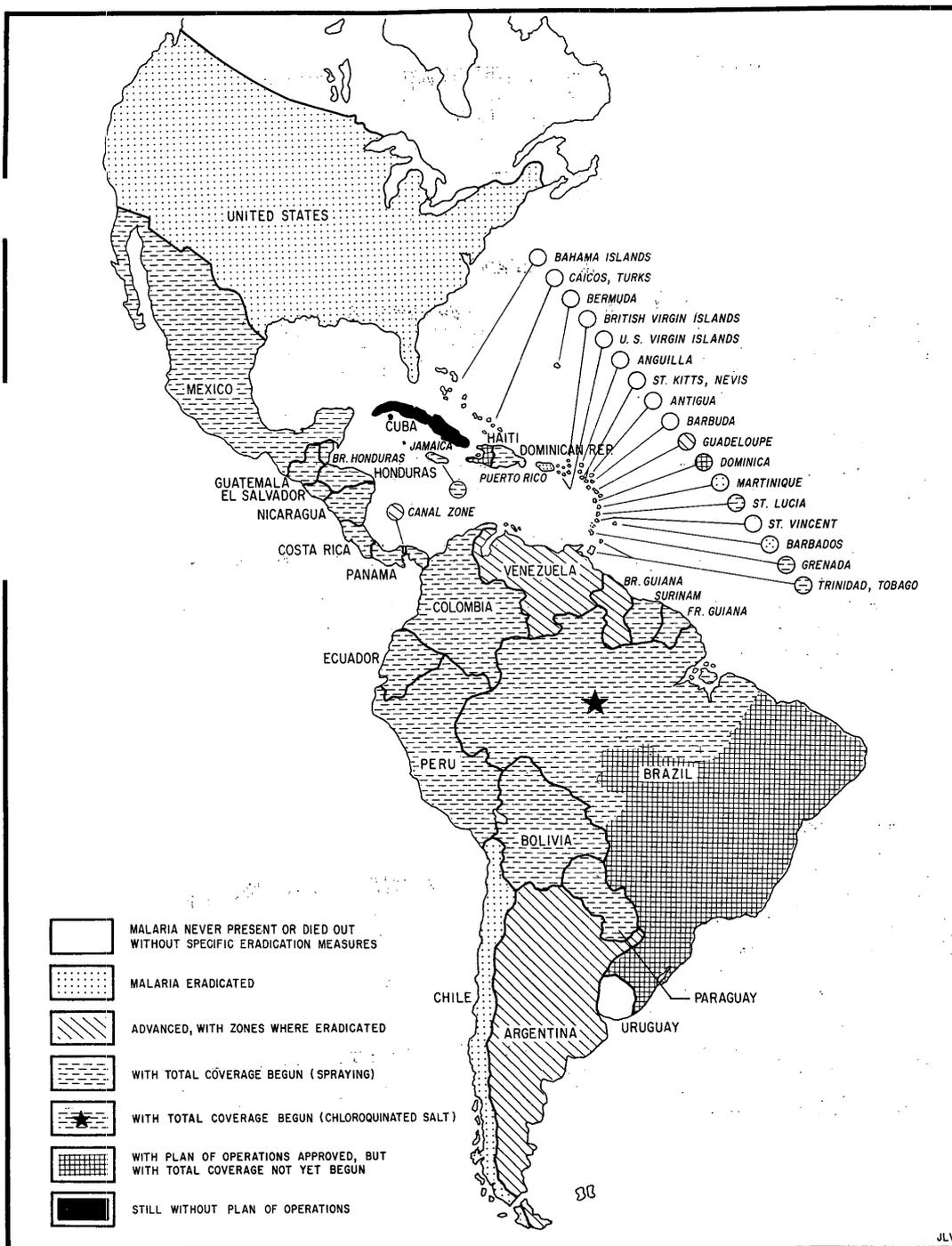
Organograma 2: Campanha de Erradicação da Malária (1966):



Fonte: Relatório Campanha de Erradicação da Malária, 1966, p. 3.

Mapas:

Mapa 1: situação da campanha de erradicação da malária nas Américas em 31 julho de 1959.



STATUS OF THE MALARIA ERADICATION PROGRAM IN THE AMERICAS
— 31 JULY 1959 —

Fonte: VII Report on the status of malaria eradication in the Americas, 1959, p. 2.

Mapa 2: situação da campanha de erradicação da malária nas Américas em 30 junho de 1960.



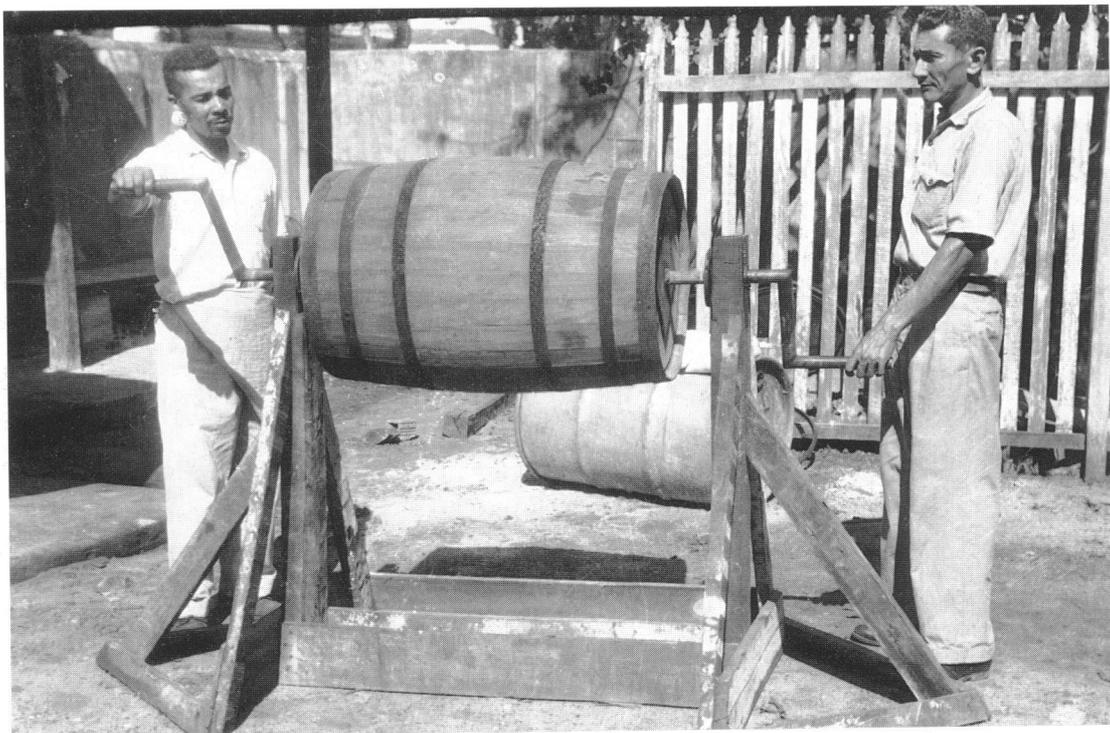
STATUS OF THE MALARIA ERADICATION PROGRAM IN THE AMERICAS, 30 JUNE 1960.

F

onte: VIII Report on the status of malaria eradication in the Americas, 1960, p. 7



Distribuição do sal cloroquinado à população da Amazônia. 1952-1953.
Arquivo Rostan Soares, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.



Aspecto da produção de sal cloroquinado na Amazônia, 1953-1953.
Arquivo Rostan Soares, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.



Distribuição do sal cloroquinado
nas barrancas do rio Capim, na
Amazônia. Década de 1950.
Arquivo Aristides Lima Verde,
Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.



Distribuição do sal cloroquinado em barcos do Serviço Nacional de Malária na Amazônia. Pará, 1952-1953. Arquivo Rostan Soares, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.



Inquérito epidemiológico realizado pelo Serviço Nacional de Malária, na Amazônia. Pará, 1952-1953. Arquivo Rostan Soares, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

Legendas:

Figure 1: HOCHMAN, Gilberto; MELLO, Maria Tereza Bandeira de; SANTOS, Paulo Roberto Elian dos. A malária em foto: imagens de campanhas e ações no Brasil da primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, v. 9, p. 267. Suplemento.

Figure 2: Ibid., p. 268.

Figure 3: Ibid., p. 266.

