

**1**

**O BRASIL E A ORGANIZAÇÃO  
PAN-AMERICANA DA SAÚDE:  
UMA HISTÓRIA EM TRÊS  
DIMENSÕES**

Nisia Trindade Lima

O papel desempenhado pela saúde na configuração das relações internacionais a partir da segunda metade do século XIX ainda não foi suficientemente avaliado. A consciência a respeito do 'mal público',<sup>1</sup> representado pelas doenças transmissíveis, e da necessidade de estabelecer medidas de proteção em níveis nacional e internacional contribuíram para a criação de fóruns e organismos de cooperação em escala mundial. Diferentes explicações poderiam ser enunciadas, mas deve-se destacar o crescente fluxo de mercadorias e pessoas, assim como o de doenças. Ações de proteção à saúde foram objeto de constantes debates e tentativas de normalização. Até mesmo quando a eminente eclosão de conflitos entre os Estados nacionais, em seu processo de expansão imperialista, colocou em evidência o tema da guerra, a agenda de saúde intensificou-se como questão internacional. As relações entre guerras e fenômenos mórbidos vêm merecendo, inclusive, a crescente atenção de historiadores que avaliam o impacto de epidemias como as de cólera na Europa do século XIX.

Do mesmo modo, pouco ainda se investigou por que o continente americano detém a primazia na cooperação internacional em saúde, a despeito da organização de Conferências Sanitárias Internacionais, desde 1851, na Europa. A industrialização e a expansão dos mercados no âmbito do desenvolvimento do capitalismo, com a conseqüente intensificação das trocas internacionais, não são condições suficientes para explicar tal fato. Determinadas doutrinas e ações possivelmente interferiram nesse processo, em particular o pan-americanismo e o crescente protagonismo dos Estados Unidos da América do Norte no continente.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) é não só o mais antigo organismo de cooperação na área de saúde, mas também uma das primeiras instituições de cooperação internacional. A saúde foi o setor de ativi-

---

<sup>1</sup> Refiro-me a conceito de Wanderley Guilherme dos Santos, que define 'mal público' como fenômeno que atinge a todos os membros de uma coletividade, independentemente de terem contribuído para seu surgimento e disseminação. Segundo o autor, "ninguém pode ser impedido de consumir um bem coletivo, se assim o quiser (...) ninguém poderá se abster de consumir um mal coletivo, mesmo contra a sua vontade" (Santos, 1993: 52).

dade em que as controvertidas idéias sobre pan-americanismo<sup>2</sup> puderam, de algum modo, se expressar. De sua atuação, destaco neste texto, que se volta para as relações entre o Brasil e a OPAS, a idéia de que nem sempre tal papel deve ser aferido pelas influências mais diretas em termos de apoio ou desenvolvimento de programas relevantes nos países. Houve, desde as primeiras décadas do século XX, crescente intercâmbio entre especialistas e gestores de saúde, e o papel do organismo deve também ser considerado em termos da construção de uma agenda comum e, de certo modo, de uma comunidade de especialistas. É esse papel de elaboração e divulgação de idéias que procuro avaliar neste trabalho.<sup>3</sup>

Uma história de cem anos com nítidas descontinuidades apresenta naturalmente uma série de dificuldades em seu processo de reconstituição. Qualquer tentativa de sistematização não fará justiça à diversidade de eventos e atores sociais. A proposta deste capítulo não poderia deixar de ser modesta – apresentar uma visão panorâmica, necessariamente incompleta, e sugerir esforço permanente de preservação da memória e de análise do processo histórico, cuja riqueza e relevância são aqui apenas brevemente anunciados.

Mas qual o papel da OPAS nos diferentes períodos que se poderiam delimitar para a reconstituição de sua história? Nos documentos oficiais e nos balanços que marcam o ano do centenário, o papel de coibir as doenças transmissíveis, notadamente a febre amarela e a peste bubônica, de grande circulação entre os portos, destaca-se como ação preponderante em suas origens. Progressivamente, verificar-se-ia uma ampliação das ações e do próprio conceito de saúde que as fundamenta. Talvez o fator mais relevante a

---

<sup>2</sup> O tema merece análise mais cuidadosa, impossível de ser realizada nos limites deste trabalho. Os que o discutem tendem a diferenciar a corrente hispano-americana, que tem em Simon Bolívar o principal expoente, e a tese do pan-americanismo, na versão norte-americana, especialmente o que tem origem na chamada doutrina Monroe. Ver, a respeito, Veronelli & Testa (2002).

<sup>3</sup> Este trabalho seria impossível sem a pesquisa e sistematização de fontes realizadas por Cristiane Batista. Agradeço às contribuições de Aline Junqueira, Cristina Fonseca e Lisabel Klein e aos profissionais da Representação da OPAS no Brasil, em particular ao Dr. Jacobo Finkelman.

acompanhar a história da organização, não obstante o peso diferenciado quanto à formulação e à aplicação de políticas específicas, esteja na formação de uma base comum para o desenvolvimento da agenda de problemas e da adoção de políticas de saúde, particularmente nos países da América Latina e Caribe.

Com base nessa compreensão, este capítulo tem por objetivo apresentar em grandes linhas as características e diferenciações da história da OPAS durante estes cem anos, em sua relação com idéias, propostas de reforma sanitária, ações e políticas de saúde adotadas pelo Brasil. Nem sempre as relações são diretas, mas, como procurei demonstrar, o estudo da história da saúde no Brasil pode ser enriquecido ao se considerar a dimensão das relações interamericanas. As principais fontes utilizadas em sua elaboração foram os Boletins da Oficina Sanitária Pan-Americana, outros documentos oficiais e depoimentos de importantes lideranças no desenvolvimento das atividades da organização.

Para tornar mais claro o texto, optei por dividi-lo em seções. Na primeira, comentam-se as atividades até 1947, quando ocorreu importante mudança nos rumos da organização devido ao programa de descentralização, e sua transformação em organismo regional da Organização Mundial da Saúde (OMS), criada em 1946.

Na segunda seção, discutem-se os principais aspectos da gestão de Fred Soper, que dirigiu a OPAS de 1947 a 1958. Durante esse período, com o fortalecimento da organização, estabeleceu-se cooperação mais efetiva com o governo brasileiro, evidenciada, entre outras medidas, pela criação do Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA), pelo apoio ao laboratório de produção da vacina de febre amarela, na Fundação Oswaldo Cruz, e pela criação da Zona V de representação regional, com sede no Rio de Janeiro.

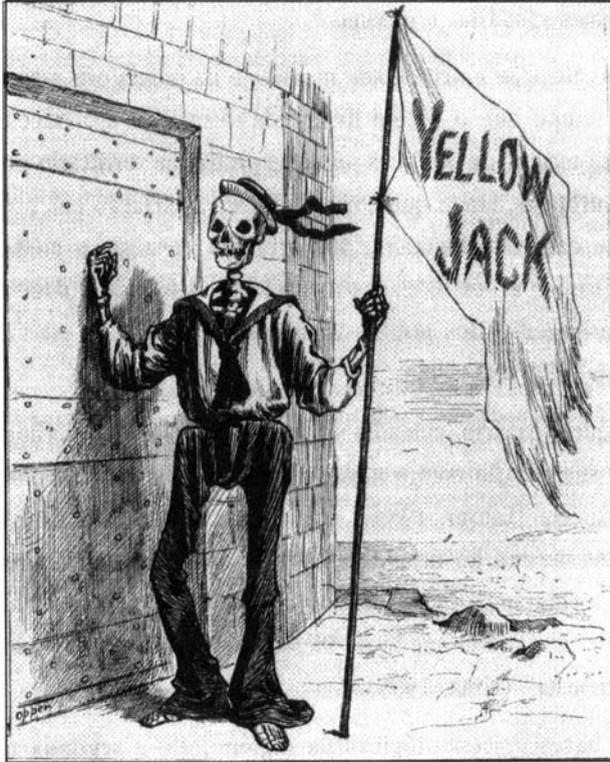
Na terceira seção, apresentam-se os grandes temas que envolveram as relações do Brasil com a OPAS no período que se estende de 1958 a 1982, marcado pela relação entre desenvolvimento e saúde e pelas propostas de

reforma do ensino médico. Os documentos que mais bem expressam os novos conceitos e propostas para a saúde são A *Carta de Punta del Leste*, firmada em 1961, e a *Declaração de Alma-Ata*, que, em 1978, definiu a meta “saúde para todos”. A partir da década de 1950, observa-se também a presença da OPAS na criação de importantes instituições e inovações na área de saúde ambiental. No ensino médico, destaca-se, entre outras importantes iniciativas, a criação em 1967 da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), sediada em São Paulo.

Na década de 1970, observam-se importantes nexos entre as ações da OPAS e a articulação inicial do movimento sanitário no Brasil. Em um contexto marcado por regimes autoritários, acentua-se o papel desse organismo na revisão do ensino médico, na valorização das ciências sociais e no desenvolvimento da medicina social. Outros temas em destaque foram a erradicação da varíola no mundo, meta alcançada inicialmente nas Américas, e a criação do Programa Ampliado de Imunização, em 1976, pela OPAS/OMS.

Na quarta seção, discorre-se sobre as relações entre a OPAS e o Brasil, a partir de 1982, quando foi eleito pela XXI Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em Washington, o primeiro brasileiro a ocupar o cargo de diretor geral: Carlyle Guerra de Macedo. Discutem-se as principais iniciativas da OPAS durante essa gestão, com ênfase nas que mais diretamente se relacionavam com o Brasil, procedendo-se do mesmo modo no que se refere à gestão de George Aleyne, com início em 1994. O foco principal da discussão encontra-se nos desafios colocados para a OPAS e para os países latino-americanos diante da crise econômica e das propostas de reforma do Estado, então em curso. O Brasil oferece neste contexto um campo bastante amplo de reflexões dada à implantação, em 1988, do Sistema Único de Saúde (SUS). Atenção especial é atribuída, finalmente, à proposta de ampliação da agenda de saúde para as Américas.

## A agenda de saúde pública no Brasil e o papel das Conferências Sanitárias Pan-Americanas (1902-1947)



Representação iconográfica da ameaça representada pela febre amarela aos países da América.

Fonte : OPAS, 1992.

### Saúde como questão internacional

No século XIX, o conhecimento científico sobre as condições de saúde das coletividades humanas encontrava expressão no estudo da higiene, disciplina que se formava sob a influência do intenso processo de transformações pelo qual passavam as sociedades européias com o advento da

industrialização e da urbanização. Londres, Paris, Berlim e, no continente americano, Nova Iorque, atingiram a marca de um milhão de habitantes naquele século, caracterizando o fenômeno da formação das sociedades de massas e de intenso processo de publicação de relatórios médicos e propostas de reformas sanitárias e urbanas.<sup>4</sup>

A associação entre cidade massiva e patologia era uma constante, ao mesmo tempo que o receio diante da desordem e a necessidade de respostas em termos de políticas públicas podia ser verificado nos diferentes países europeus, ainda que com significativa variação nas propostas de reforma. No caso da Alemanha, por exemplo, levaram o médico Rudolf Virchow a propor ações baseadas na idéia da responsabilidade dos médicos como advogados dos pobres e na caracterização da medicina como ciência social (Porter, 1998).

Naquele cenário, entendia-se por higiene o estudo do homem e dos animais em sua relação com o meio, visando ao aperfeiçoamento do indivíduo e da espécie (Latour, 1984). Alcançando notável desenvolvimento na França, antes mesmo do desenvolvimento da bacteriologia, a tentativa de normalizar a vida social, com base em preceitos ditados pela higiene, foi um fenômeno tão notável que levou Pierre Rosanvalon (1990) a falar de um “Estado higienista” (Lima, 1999).

As bases epistemológicas da higiene, até a segunda metade do século XIX, encontram-se no chamado neo-hipocratismo, “uma concepção ambientalista da medicina baseada na hipótese da relação intrínseca entre doença, natureza e sociedade” (Ferreira, 1996: 57). O neo-hipocratismo deu origem a duas posições que, durante os séculos XVIII e XIX, alternaram-se na explicação sobre as causas e formas de transmissão de doenças: a contagionista e a anticontagionista ou infeccionista (Ackerknecht, 1948).

---

<sup>4</sup> O Rio de Janeiro, então capital da República dos Estados Unidos do Brasil, contava em 1900 com uma população de 700.000 habitantes.

Segundo a concepção contagionista, uma doença podia ser transmitida do indivíduo doente ao indivíduo sã pelo contato físico ou, indiretamente, por objetos contaminados pelo doente ou pela respiração do ar circundante. De acordo com tal concepção, uma doença causada por determinadas condições ambientais continuaria a se propagar, independentemente dos miasmas que lhe deram origem. As práticas de isolamento de doentes, a desinfecção de objetos e a instituição de quarentenas consistem em resultados importantes dessa forma de explicar a transmissão das doenças.

Já a concepção anticontagionista defendia o conceito de infecção como base explicativa para o processo de adoecimento, ou seja, uma doença era adquirida no local de emanção dos miasmas, sendo impossível a transmissão por contágio direto. Não é difícil avaliar as conseqüências de um debate aparentemente restrito a pressupostos etiológicos. Com efeito, posições anticontagionistas desempenharam papel decisivo nas propostas de intervenção sobre ambientes insalubres – águas estagnadas, habitações populares, concentração de lixo e esgotos – e nas propostas de reforma urbana e sanitária, nas cidades européias e norte-americanas, durante o século XIX.

Ainda que seus pressupostos científicos tenham sido avaliados como equivocados após o advento da bacteriologia, os efeitos positivos da abordagem ambientalista para a melhoria das condições de saúde têm sido lembrados por vários estudos (Rosen, 1994; Duffy, 1990; Hochman, 1998). Alguns autores, entretanto, enfatizam as formas de controle sobre o comportamento social, as condições de trabalho, de habitação e alimentação das populações urbanas, indicando o processo normalmente entendido como medicalização da sociedade (Machado et al., 1978). Associados a pressupostos liberais e de defesa de reforma social (Ackerkenecht, 1948), ou identificados a posições de cunho autoritário, à semelhança da forma usual de se analisarem as teses contagionistas, os infeccionistas (ou anticontagionistas) lideraram importantes projetos e propostas de reforma sanitária.

Essas posições devem ser vistas, no entanto, como tipos de causalidade e não como chaves classificatórias, nas quais devem ser enquadrados os médicos. Trata-se de explicações não necessariamente antagônicas, pois, muitas vezes, um médico atribuía ao contágio a origem de determinada doença, enquanto explicava outras como consequência de miasmas. O próprio conceito de neo-hipocratismo tem merecido a atenção de trabalhos recentes em história da medicina. Neles, o neo-hipocratismo é visto como referência para concepções que pouco retinham dos fundamentos hipocráticos, a que recorriam, porém, em seu processo de legitimação (Gadelha, 1995).

Tanto na versão contagionista como na anticontagionista, uma das características mais marcantes da higiene no período que antecedeu a consagração da bacteriologia consistia na indeterminação da doença.<sup>5</sup> O ar, a água, as habitações, a sujeira, a pobreza, tudo poderia causá-la. A fluidez do diagnóstico era acompanhada pela imprecisão terapêutica. Essa característica também permitia que os higienistas atuassem como tradutores dos mais diversos interesses.

O estudo de Bruno Latour (1984) sobre a consagração de Louis Pasteur e da bacteriologia na França traz um argumento pertinente à presente reflexão. O ponto mais relevante da análise do autor consiste em propor uma visão alternativa à consagrada em toda uma linha de história da medicina social. Estudos clássicos como o de George Rosen (1994), por exemplo, entendem que a bacteriologia teria gerado o abandono das questões sociais pela saúde pública. Tudo se resumiria à “caça aos micróbios”, deslocando-se a observação do meio ambiente físico e social para a experimentação confinada ao laboratório.

---

<sup>5</sup> Essa polarização representa uma simplificação do debate científico. Entre os extremos, podem ser historicamente identificadas nuances nas concepções médicas sobre o que hoje denominamos doenças infecto-contagiosas. Durante o século XIX, também encontramos explicações fundamentadas no conceito de contágio, consideradas válidas para algumas doenças, e a atribuição de causas infecciosas, para outras. No Brasil, isto fica claro nos estudos históricos sobre a febre amarela (Benchimol, 1999, 2001; Chalhoub, 1996).

O que teria acontecido, segundo Latour, seria uma mudança nas representações sobre a natureza da sociedade. Em sua perspectiva, tratava-se de uma lição de sociologia dada pelos pastorianos, uma vez que o que indicavam era a impossibilidade de se observar relações sociais e econômicas sem considerar a presença dos micróbios. Seria impossível identificar relações entre pessoas, pois os micróbios estariam presentes em toda parte, assumindo o papel de verdadeiros mediadores das relações humanas.

O micróbio poderia mesmo promover a indistinção das barreiras sociais entre ricos e pobres, como afirmavam legisladores de fins do século XIX. Este ponto foi abordado de forma muito sugestiva pelo médico norte-americano Cyrus Edson, que, em fins do século XIX, apresentou o micróbio como “nivelador social”. As ações públicas de saúde seriam uma decorrência do encadeamento de seres humanos e sociedades reveladores da “dimensão socialista do micróbio” (Hochman, 1996: 40). Em suma, o estudo dos micróbios entrelaçava-se fortemente ao da própria sociedade, redefinindo relações, formas de contato e as noções de pureza e de risco.<sup>6</sup>

As proximidades entre medicina e sociologia, durante o século XIX, têm sido lembradas por diferentes estudos que observam a transposição de teorias e metáforas, por exemplo, o recurso a metáforas baseadas em analogias orgânicas na proposta de filosofia social de Saint-Simon e na sociologia de Emile Durkheim.

O estudo realizado por Murard & Zylberman (1985) reforça o argumento até aqui apresentado. Os autores entendem que a higiene de fins do século XIX e início do século XX pode ser entendida como ciência social aplicada. Observam que, desde 1829, anunciava-se o programa dos higienistas na França: a medicina não teria por objeto apenas estudar e combater as doenças; ela apresentava fortes relações com a organização

---

<sup>6</sup>É importante observar que não procedem tentativas de estabelecer uma relação de causalidade direta entre o conhecimento científico, mais especificamente o referido à bacteriologia, e sentimentos de aversão ao que é considerado impuro e perigoso à saúde. Este ponto é enfatizado especialmente nas obras de Norbert Elias (1990) e Mary Douglas (1976).

social. As idéias divulgadas em periódicos, como os *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, em um momento marcado por ações de combate à cólera e à febre amarela, indicariam a articulação da medicina com problemáticas sociais.

À semelhança da análise de Latour, os autores observam que os pastorianos representaram, até certo ponto, uma continuidade em relação aos higienistas que discutiam anteriormente as idéias de transmissão das doenças. Consideravam um equívoco atribuir, à mudança nas explicações sobre contágio e à ênfase em pesquisas laboratoriais, uma alteração radical no que se refere ao escopo da ação dos higienistas. Em outras palavras, a ênfase no papel dos micróbios na transmissão das doenças não implicaria o abandono de temáticas sociais. Na verdade, deslocava-se a atenção, dirigida anteriormente para o meio ambiente, para as pessoas infectadas, acentuando-se os aspectos normalizadores da higiene sobre a sociedade.

A literatura tem sido mais atenta a esse ideal e discurso normalizador, deixando um pouco de lado o problema de como encontra efetividade no plano das relações sociais. Baseada fundamentalmente em fontes elaboradas por médicos do século XIX, muitas vezes o que se faz é reificar as interpretações elaboradas por eles sobre seu papel e capacidade de intervenção, reiterando o binômio cidade-doença, e as relações entre medicina e controle do espaço urbano.<sup>7</sup>

Em geral, os movimentos de reforma da saúde pública na Europa, quer na França, Alemanha ou Inglaterra, tenderam a se voltar para os cenários urbanos e, ainda que destacassem a associação cidade massiva e doença, revelavam certa dose de otimismo na crença de que a higiene permitiria intervir positivamente sobre o insalubre espaço urbano. O otimismo diante da possibilidade de intervenção científica compensava o sombrio diagnósti-

---

<sup>7</sup> Para uma crítica dessas tendências, na historiografia européia e na produção intelectual brasileira sobre medicina social, ver o artigo de Rezende de Carvalho & Lima (1992).

co associado à cidade que emerge com o advento do capitalismo industrial.<sup>8</sup> Como vários estudos têm revelado, os narradores oitocentistas descrevem a cidade como cenário privilegiado de observações das manifestações mais perversas das novas relações de trabalho e sociabilidade. A cidade, então, passa a ser vista como “laboratório social”, onde se poderiam observar os aspectos disruptivos da nova ordem: a fome, a doença, a embriaguez e a loucura (Rezende de Carvalho & Lima, 1992).

Não se deu apenas no plano interno às nações o impacto do fenômeno urbano e dos novos conhecimentos relativos à saúde. Importante dimensão desse processo ocorreu nas relações internacionais, com a intensificação do comércio e as implicações negativas da instituição das quarentenas nos portos marítimos. As controvérsias científicas ocorreriam também nos primeiros fóruns internacionais criados no campo da saúde: as Conferências Sanitárias Internacionais.

A doença mais marcante durante o século XIX foi o cólera, dando origem à que foi considerada a primeira pandemia no período de 1817-23, e que atingiu progressivamente países do Golfo Pérsico e aqueles banhados pelo Oceano Índico. O padrão tradicional da expansão dessa doença se viu alterado pela maior densidade do comércio internacional e dos movimentos militares derivados da dominação britânica na Índia. Uma segunda pandemia ocorreu em 1826, atingindo desta vez a Rússia, o Báltico e finalmente a Inglaterra (Veronelli & Testa, 2002). A terceira atingiu a América (1852-59) e a quarta, com início em 1863, chegou a Nova Iorque em 1863, Buenos Aires em 1866 e, em 1867, à região onde se deflagrava a Guerra do Paraguai, afetando as tropas aliadas e paraguaias.<sup>9</sup>

Sob o impacto das epidemias de cólera e febre amarela, realizou-se em Montevidéu, em 1873, uma convenção sanitária em que se firmou uma

---

<sup>8</sup> Esse ponto fica muito claro no estudo de George Rosen (1979) sobre a história do conceito de medicina social. Segundo o autor, esse conceito está intimamente associado ao desenvolvimento do capitalismo e à emergência das questões social e urbana.

<sup>9</sup> Consta que Francisco Solano López, líder paraguaio, também contraiu a doença.

ata pelo Brasil, Argentina e Uruguai determinando medidas comuns de prevenção em relação a doenças como cólera asiático, febre amarela, peste e tifo. Em 1887, realizou-se, no Rio de Janeiro, novo colóquio entre esses países em que se estabeleceu a Convenção Sanitária do Rio de Janeiro (Veronelli & Testa, 2002).

A experiência das epidemias de cólera no século XIX, na Europa e nos Estados Unidos, teve papel determinante na percepção das elites políticas sobre os problemas sanitários, favorecendo ações políticas, criação de organizações e intervenção dos Estados nacionais na resolução dos problemas de saúde e nas reformas urbanas (Briggs, 1961). Sua conotação de pandemia implicou não apenas a transformação da saúde em problema de natureza coletiva em sociedades particulares, mas sua compreensão como tema de política internacional. A constituição de sistemas sanitários representa capítulo importante na constituição do Estado de Bem-Estar (De Swaan, 1990; Hochman, 1998) e, ao mesmo tempo, processo crucial para a percepção das doenças transmissíveis como tema central na configuração das relações internacionais.

Foi nesse quadro que, em meados do século XIX, tiveram início as Conferências Sanitárias Internacionais, fóruns de debate científico sobre as controvérsias em torno das causas e dos mecanismos de transmissão de doenças, e político, uma vez que se tratava de estabelecer normas e procedimentos comuns entre os países que enfrentavam problemas como as epidemias de cólera e de peste bubônica. Essas conferências reuniam basicamente países europeus e expressavam a contradição entre a crescente insegurança – em face da ampliação das epidemias e da própria emergência do conceito de pandemia – e a idéia de progresso que se afirmava e encontrava representação simbólica nas Grandes Exposições Internacionais. Sugestivamente, a primeira Conferência Sanitária e a primeira Exposição Internacional ocorreram no mesmo ano, 1851, respectivamente em Paris e Londres (WHO, 1958).

Oito anos após este colóquio e na mesma cidade, foi realizada a segunda Conferência. A terceira Conferência realizou-se em 1866, em Constantinopla, e a seguinte, em Viena, em 1874. A quinta Conferência Sanitária Internacional foi a primeira a se realizar no continente americano e teve lugar em Washington em 1881. Aristides Moll, editor científico da *Oficina Sanitária Pan-Americana*, nas décadas de 1920 e 1930, chegou a apontá-la como a primeira conferência sanitária pan-americana (Veronelli & Testa, 2002; Moll, 1940). Entretanto, a representação dos países americanos era basicamente dos corpos diplomáticos, com reduzida presença das autoridades sanitárias nacionais.

Um dos fatos mais significativos, durante a quinta Conferência, foi a participação de Carlos Finlay, delegado especial de Espanha, representando Cuba e Porto Rico. Finlay apresentou sua teoria sobre a transmissão da febre amarela, considerando-a como uma concepção alternativa aos argumentos contagionista e anticontagionista. A posição do cientista estava fundamentada na seguinte hipótese: a presença de agente inteiramente independente para a existência tanto da doença como do homem doente, mas absolutamente necessário para que a enfermidade fosse transmitida do portador da febre amarela ao indivíduo sã. Este agente, ou vetor, era um mosquito, e sua hipótese só foi considerada plenamente demonstrada vinte anos depois.<sup>10</sup>

Apenas em 1903, na sexta Conferência, consideraram-se como fatos científicos estabelecidos o papel do rato na transmissão da peste e do *Stegomyia fasciata* (atualmente *Aedes aegypti*) na transmissão da febre amarela. Essa resolução teve evidentes efeitos práticos, de crucial importância para o intercâmbio e comércio internacionais, devido ao problema acarretado pela quarentena dos navios.

---

<sup>10</sup> Antes de Finlay, investigações sobre a transmissão da malária levaram alguns médicos a sugerir vínculos entre mosquitos e febre amarela, como foi o caso de John Crawford, em 1807. Também Louis Daniel Beauperthuy (1825-1871), médico e naturalista francês que trabalhou na Venezuela, apresentou a hipótese da transmissão da febre amarela por mosquitos (Cueto, 1996a).

Os debates sobre a transmissibilidade das doenças nunca foram estritamente científicos. No que se refere à imposição de quarentenas, a politização do tema seria flagrante uma vez que interferiam no fluxo comercial, no comércio internacional e no deslocamento populacional. O cólera, a peste e a febre amarela eram as três doenças em relação às quais havia maior atenção dos países; seu significado transcendia ações específicas de combate e consistiram importantes elementos na própria configuração e reconfiguração dos Estados modernos.

No caso das Américas, a febre amarela, em fins do século XIX e início do século XX, era considerada o grande desafio de política sanitária, especialmente no que se refere ao comércio entre as nações. Em parte, desempenhou no continente americano papel similar ao do cólera na Europa. Foi uma das doenças mais marcantes da história da saúde pública brasileira, com impactos sobre os processos políticos e o desenvolvimento científico no país.

## **Brasil: imenso hospital**

As imagens que associam o Brasil a doenças, especialmente às de natureza transmissível, ao contrário do que a primeira impressão pode indicar, são relativamente recentes em nossa história. Até a segunda metade do século XIX, prevalecia a idéia de “um mundo sem mal”, caracterizado por uma natureza e um clima benévolos e pela longevidade de seus habitantes, conforme expressão utilizada por Sérgio Buarque de Holanda, em *Visões do Paraíso*, para se referir às impressões suscitadas pelos textos de cronistas e viajantes (Lima, 2000).

A despeito de registros de incidência de varíola e febre amarela desde o período colonial, no início do século XIX, as referências a um país saudável ainda eram freqüentes. As principais cidades, particularmente o Rio de Janeiro, então capital do Império, que, no final daquele século, era

considerada um celeiro de doenças, não eram vistas do mesmo modo, tal como se pode observar no discurso do renomado médico Francisco de Mello Franco:

Não só pelo que tenho observado por mim mesmo, mas segundo o que tenho inquirido de médicos que, por muitos anos com grande reputação, têm praticado nesta capital do Brasil, não se encontra febre alguma contagiosa (...) o que na verdade maravilha a quem exercitou a clínica na Europa, onde o contágio de algumas febres é conhecido até mesmo do povo. (Ferreira, 1996: 96)

O impacto da epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro, de 1849 a 1850, alterou sensivelmente essa imagem pública. O fato de ter feito vítimas fatais na elite favoreceu a compreensão do quadro sanitário do Brasil como um problema científico e político importante, ampliando a repercussão das polêmicas médicas sobre o assunto.

As controvérsias sobre as origens, causas e formas de transmissão das doenças infecciosas são inúmeras e têm sido bastante documentadas nos estudos sobre história da medicina e nas pesquisas históricas sobre o Rio de Janeiro (Benchimol, 1999). Do “mundo sem mal”, passou-se a lidar com expressões opostas, como a de Rui Barbosa que, em discurso de homenagem póstuma a Oswaldo Cruz, em 1917, referiu-se ao Brasil como o “país da febre amarela”. No mesmo texto, o intelectual baiano afirmava que, ao debelar a epidemia dessa enfermidade no Rio de Janeiro, Oswaldo Cruz promovera a efetiva “abertura dos portos às nações amigas” (Barbosa, 1917). Cada doença evocava, por sua vez, uma série de temas que despertavam inevitáveis tensões sociais; entre elas, as motivadas pela referência a diferentes padrões imunológicos dos grupos étnicos que formavam o Brasil. Considerava-se, por exemplo, que a febre amarela vitimava mais os brancos e os imigrantes europeus do que a população de origem africana (Chalhoub, 1996).

No início do século XX, o surto de peste bubônica que assolou Santos viria agravar o quadro sanitário e a percepção pública sobre os riscos representadas pelas epidemias. A criação do Instituto Butantan, em São

Paulo, e do Instituto Soroterápico Federal, atual Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, foram iniciativas importantes, com impacto decisivo no desenvolvimento das ciências biomédicas e na saúde pública (Stepan, 1976; Benchimol, 1990a; Benchimol & Teixeira, 1993).

A história da saúde pública no Brasil é, em larga medida, uma história de combate aos grandes surtos epidêmicos em áreas urbanas e às denominadas endemias rurais, como a malária, a doença de Chagas e a ancilostomose. Em contraste com o que ocorrera durante as epidemias de febre amarela, essa doença afetava indistintamente brancos e negros e chegou a ser apontada como principal responsável pela apatia do trabalhador brasileiro e pela “nacionalização” do imigrante europeu. Sua presença em textos de médicos, de leigos, e em representações iconográficas foi muito intensa e alcançou expressão em um dos mais importantes personagens-símbolo dos pobres na literatura brasileira: o Jeca Tatu de Monteiro Lobato.

A crítica às perspectivas ufanista e romântica sobre a natureza e o homem brasileiros e a ênfase nos males do Brasil aproximaram o discurso médico de textos literários e ensaísticos que se propuseram a esboçar retratos do país. Especialmente no período da Primeira Guerra Mundial, a afirmação da nacionalidade, que encontrou expressão em movimentos como a Liga de Defesa Nacional, confrontava-se com a denúncia feita por médicos, educadores e outros profissionais de que o analfabetismo e a doença estavam presentes em todo o território. Consta inclusive que a célebre frase “o Brasil é um imenso hospital”, proferida pelo médico Miguel Pereira, em 1916, foi uma reação a discursos enaltecendores da força e da higidez dos sertanejos que, se convocados, garantiriam a integridade territorial e política do país (Lima, 1999; Lima & Hochman, 1996).

A campanha pela reforma da saúde pública e pelo saneamento dos sertões alcançou repercussão nacional com a publicação de uma série de artigos de Belisário Penna no jornal *Correio da Manhã*, em 1917, reunidos posteriormente no livro *Saneamento do Brasil* (1918). Tratava-se, segun-

do expressão de Miguel Couto (apud Britto, 1995: 23), presidente da Academia Nacional de Medicina, de lançar uma “cruzada da medicina pela pátria”; ao médico cabia substituir a autoridade governamental, ausente na maior parte do território nacional. Nessa cruzada, fazia-se sentir a crítica à oligarquização da República, especialmente ao princípio da autonomia estadual, que impedia uma ação coordenada, em nível federal, capaz de promover o combate às epidemias e endemias e melhorar as condições de saúde da população.

A campanha sensibilizou progressivamente nomes expressivos das elites intelectuais e políticas do país e teve como um dos marcos mais significativos a criação da Liga Pró-Saneamento do Brasil, em fevereiro de 1918, em sessão pública na Sociedade Nacional de Agricultura. A leitura da ata da fundação demonstra o interesse em reunir nomes expressivos nos meios militares, entre os engenheiros, médicos e advogados, além de parlamentares e do próprio presidente da República, Wenceslau Braz, que ocupou o cargo de presidente honorário. Miguel Couto, Carlos Chagas Juliano Moreira, Rodrigues Alves, Clovis Bevilacqua, Epiácio Pessoa,<sup>11</sup> Pedro Lessa, Aloysio de Castro<sup>12</sup> e Miguel Calmon integravam o conselho supremo da associação. Um dado interessante consistiu na formação de delegações regionais em vários estados e na designação do então coronel Cândido Rondon para presidir a delegação de Mato Grosso (*Saúde*, 1918, n. 1).

Ainda que congregasse tantos nomes de expressão, apresentando-se como um movimento de caráter amplo, orientado por um nacionalismo que queria resgatar as “coisas nacionais” e livrar o país dos males representados pela doença, a campanha do saneamento enfrentou vários obstáculos, não conseguindo aprovar no Congresso Nacional uma de suas principais

---

<sup>11</sup> Presidente da República no quinquênio seguinte, Epiácio Pessoa ocupava na época o cargo de senador.

<sup>12</sup> Aloysio de Castro era o diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Miguel Couto, presidente da Academia Nacional de Medicina àquela época, foi eleito presidente do conselho supremo. Na prática, a Liga Pró-Saneamento foi dirigida pelo diretor-presidente do diretório executivo, o higienista Belisário Penna.

propostas: a criação do Ministério da Saúde.<sup>13</sup> A solução para uma maior centralização das ações sanitárias no âmbito federal ocorreu em 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, dirigido desde sua fundação até 1926 pelo cientista Carlos Chagas.

Note-se que esse tema – a unificação dos serviços de saúde e a constituição de uma autoridade sanitária nacional – esteve também fortemente presente no debate da OPAS. Como veremos com mais detalhes, dessa geração de cientistas, Oswaldo Cruz, Raul de Almeida Magalhães e Carlos Chagas representaram o Brasil na condição de delegados nas Conferências Pan-Americanas de Saúde, e os dois últimos participaram também do corpo diretivo da organização.

A construção de uma identidade profissional mais delimitada pode também ser relacionada às mobilizações dos anos de 1910 e 1920. A ênfase na saúde coletiva e nas chamadas endemias rurais marcou a constituição do Departamento Nacional de Saúde Pública e a formação de novas gerações de profissionais. O termo sanitarista substituiu progressivamente a referência tradicional aos higienistas, indicando especialização profissional e maior distinção entre as atividades científicas no laboratório e as atividades de saúde pública. Tal processo não ocorreu isoladamente no Brasil e contou com a participação ativa da Fundação Rockefeller no ensino médico, como foi o caso da criação da cadeira de higiene na Faculdade de Medicina de São Paulo, em 1918 (Castro Santos, 1987, 1989). Muitos profissionais brasileiros completaram seu processo de especialização, nas décadas de 1920, 1930 e 1940, na Escola John Hopkins de Higiene e Saúde Pública, importante centro de pesquisa e ensino financiado pela Fundação Rockefeller nos Estados Unidos (Fee, 1987).

Um dos efeitos mais notáveis da campanha consistiu na criação dos postos de profilaxia rural em diferentes estados, que significaram, ainda que

---

<sup>13</sup> A análise da relação entre o movimento sanitarista e a implementação de políticas de saúde está desenvolvida nos trabalhos de Castro Santos (1987) e Hochman (1998).

pequeno fosse o resultado para a melhoria das condições de vida, a presença do Estado na implementação de políticas de atenção à saúde de populações que, como afirmaram Arthur Neiva e Belisário Penna (1916: 199), só sabiam de governos “porque se lhes cobravam impostos de bezerros, de bois, de cavalos, de burros”. Ainda é possível afirmar que a campanha transformou em problema social, tema de debate público, uma questão que até aquele momento encontrava-se em foco especialmente nos periódicos médicos – a doença e o abandono como marcas constitutivas das áreas rurais do Brasil.<sup>14</sup>

Entre os estudos que se dedicaram a analisar as políticas de saúde pública durante a Primeira República, o de Luiz Antônio de Castro Santos trouxe uma contribuição relevante ao propor uma abordagem mais processual para as relações entre movimento sanitário, políticas de saúde e construção da nacionalidade, acentuando que causas diversas poderiam ser apontadas. Identificou duas fases das ações sanitárias durante a Primeira República: a primeira voltada ao combate às epidemias urbanas, quando as preocupações com a saúde dos imigrantes desempenharam papel central; a segunda, ao saneamento rural, em que se fez sentir a força das idéias nacionalistas então em debate (Castro Santos, 1985, 1987).

O papel que o movimento pela reforma da saúde pública desempenhou na consolidação do Estado nacional no Brasil foi bem explorado por Gilberto Hochman (1998), que, com base no conceito de interdependência social, relacionou as possibilidades de expansão territorial da autoridade pública ao impacto das idéias científicas sobre transmissibilidade de doenças. Os caminhos trilhados pelos sanitários nesse período, a partir da abordagem da doença como principal problema nacional, interagiram decisivamente com questões cruciais da ordem política brasileira: as relações entre o público e o privado e entre poder local e poder central. Temas que, ademais, desnecessário lembrar, permanecem de evidente atualidade.

---

<sup>14</sup>Deve-se notar que, dificilmente, os debates no campo médico restringiam-se aos periódicos especializados. Artigos tratando de polêmicas científicas eram publicados nos jornais da grande imprensa. Ver a respeito os trabalhos de Benchimol (1999) e Ferreira (1996).

O debate sobre a identidade nacional no Brasil tem origens muito anteriores, mas alcançou considerável expressão durante a Primeira República, uma vez que muitos intelectuais associaram, a essa forma de governo, o ideário do progresso e a afirmação do processo civilizatório em um país que parecia estar condenado por seu passado colonial e escravista, e pela propalada inferioridade racial de sua população. Os intelectuais que participaram da campanha do saneamento partiam de uma crítica à idéia da inviabilidade do país como nação, contestando qualquer tipo de fatalismo baseado na raça ou no clima, ao mesmo tempo que se opunham às versões ufanista e romântica que consideravam idealizar a natureza e o homem brasileiros.<sup>15</sup>

Entre os principais resultados do movimento de reforma da saúde durante a Primeira República (1889-1930), destaca-se a consolidação da imagem de uma sociedade marcada pela presença das doenças transmissíveis, o que, de forma satírica, encontraria, mais tarde, expressão em *Macunaíma*, de Mario de Andrade: “Pouca saúde, muita saúva: os males do Brasil são”.

## **A organização da saúde nas décadas de 1930 e 1940: de imenso hospital a laboratório de saúde pública**

Os estudos históricos sobre a constituição da área de saúde no Brasil têm privilegiado o período da Primeira República, o que em parte pode ser explicado pela centralidade política que o tema recebeu e sua percepção como problema-chave – problema vital, como o denominou Monteiro Lobato. Foi o período da proposta da primeira reforma sanitária, cuja tônica radica-

---

<sup>15</sup> O ufanismo, termo utilizado em estudos recentes para se referir à corrente de pensamento que propunha a autocongratulação dos brasileiros, encontrou sua expressão máxima no livro *Porque me Ufano de meu País*, do monarquista Conde de Afonso Celso (Oliveira, 1990; Carvalho, 1994).

va-se na crítica à oligarquização do país e à ausência de uma ação coordenada em nível nacional. Foi também o período das primeiras reformas urbanas, da busca de sua europeização, seguindo principalmente o modelo da Paris de Haussman (Benchimol, 1990b).

Essa visibilidade das questões referidas à saúde nas três primeiras décadas do século XX possivelmente contribuiu para ofuscar processos importantes nos momentos posteriores que antecederam a criação do Ministério da Saúde em 1953. O fato é que, a partir da década de 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, começou a ser gestado o modelo centralizado de longa sobrevivência na área. Após a criação do Ministério de Educação e Saúde, em 1931, e principalmente com a reforma implementada pelo ministro Gustavo Capanema, em 1941, a estrutura verticalizada e centralizadora encontraria expressão com a criação dos Serviços Nacionais de Saúde.

A constituição de um aparato estatal na área de saúde iniciou-se efetivamente nos anos 1920, ganhando caráter nacional e acelerando-se na década seguinte, ao mesmo tempo que se diferenciaram dois setores: a saúde pública e a medicina previdenciária. A década de 1930 representou um momento decisivo tanto pelo estabelecimento da proteção social, com base em um conceito de cidadania regulada pelo mundo das profissões (Santos, 1979), quanto pela reforma no âmbito das ações de saúde. A reforma administrativa no Ministério da Educação e Saúde, em 1941, implicou a verticalização, centralização e ampliação da base territorial de efetiva ação do governo federal, cuja característica anterior era o excessivo peso no Distrito Federal.

A estrutura verticalizada e organizada por doenças é uma das características da história da saúde pública no Brasil que se manteria nos anos posteriores (Fonseca, 2001). O exame do organograma de 1942 do Departamento Nacional de Saúde, subordinado ao Ministério da Educação e Saúde revela uma estruturação voltada para doenças es-

pecíficas, naquele momento organizadas por serviços nacionais: de febre amarela, malária (ao qual se subordinavam ações profiláticas contra doença de Chagas e esquistossomose), câncer, tuberculose, lepra e doenças mentais.

Alguns sanitaristas com atuação relevante nesse contexto, muitos com formação especializada na Universidade John Hopkins, viriam posteriormente a desempenhar papel de destaque na OPAS. Entre os nomes com expressiva atuação, no período e em décadas subseqüentes, destacam-se João de Barros Barreto, Mario Pinotti, Geraldo de Paula Souza, Manoel Ferreira, Marcolino Candau e Ernani Braga. Estudos mais extensos e aprofundados sobre sua trajetória e seu papel na saúde pública consistem em importante ponto para uma agenda de pesquisa em história da saúde pública no Brasil. Note-se, inclusive, que Marcolino Candau foi também o segundo diretor geral da OMS, cargo que ocupou de 1953 a 1973.

No caso de João de Barros Barreto, pode-se dizer que representou a autoridade sanitária do país no período mais extenso à frente da política nacional de saúde. Diretor do Departamento Nacional de Saúde, entre 1938 e 1945, foi responsável pela extensão dos postos de saúde no território nacional e pela consolidação da estrutura verticalizada dos serviços de combate às doenças. Atribuiu também prioridade ao registro estatístico das campanhas de saúde pública, contribuindo para a implantação de um sistema de informações sobre as doenças transmissíveis e a captura de vetores.

Essa geração, que teria momentos importantes de sua trajetória profissional, durante o Estado Novo, mantinha laços com as lideranças de saúde pública nos Estados Unidos e participara das instituições que orquestraram com o governo brasileiro agências e programas de forte impacto no combate a epidemias de febre amarela e malária, caso dos serviços estabelecidos em consórcio com a Fundação Rockefeller e das ações do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado em 1942. No caso deste último, observa Marcolino Candau:

os Ministros das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas realizaram, de 15 a 28 de janeiro de 1942, no Rio de Janeiro, uma Reunião de Consulta, cuja ata final documenta, no capítulo “Melhoramentos em Saúde Pública”, esse importante marco da história desse campo de ação governamental (...) Dessa reunião resultaram entendimentos entre os Governos do Brasil e dos Estados Unidos da América que levaram à criação, em 1942, no Ministério da Educação em Saúde, de um Serviço Especial de Saúde Pública destinado a desenvolver inicialmente no Vale do Amazonas e, em seguida, no Vale do Rio Doce, atividades gerais de saúde e saneamento que também incluiriam o combate à malária, a assistência médico-sanitária dos trabalhadores ligados ao desenvolvimento econômico das duas regiões (...), o preparo e o aperfeiçoamento de médicos e engenheiros sanitaristas, de enfermeiras e outros profissionais de saúde. (apud Braga, 1984: 104)

O que vale a pena destacar é o fato de esses programas terem tido impacto relevante na formação ou consolidação da liderança de sanitaristas brasileiros e, mais do que isso, o fato de o Brasil poder ser considerado um grande laboratório de conhecimentos e práticas de saúde pública, de crucial importância na trajetória também dos norte-americanos. Fred Soper talvez seja o mais notável exemplo desse fato. Em suas memórias, a experiência no Serviço de Febre Amarela e na campanha de erradicação do *Anopheles gambiae* é realçada como elemento decisivo para a atuação posterior em outros países da América e da África. De imenso hospital, o Brasil transformara-se em grande laboratório e escola para as campanhas de saúde pública e formação de um novo tipo de sanitarismo.

## **O Brasil e a atuação da OPAS em sua primeira fase**

No longo período que se estende da criação da OPAS até 1947, pode-se afirmar que dois elementos foram os mais relevantes em sua relação com os países que a integravam: a difusão de idéias científicas e relacionadas a ações de saúde – principalmente por meio das Conferên-

cias Sanitárias Pan-Americanas e do *Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana*<sup>16</sup> – e a proposta de regulação da notificação e formas de combate às doenças transmissíveis com a aprovação do Código Sanitário Pan-Americano em 1924.

No Brasil, o debate e as campanhas contra a febre amarela e seu vetor ocupavam posição de destaque, o que se estenderia até a década de 1950, com a criação de um programa de erradicação do *Aedes aegypti* para o continente americano. Seria simplificador, no entanto, observar, apenas do ponto de vista das ações de combate a essa doença, as relações e as influências recíprocas entre os fóruns promovidos pela OPAS e as ações de saúde pública realizadas no Brasil. Não existem muitas fontes sobre a atuação de brasileiros nesse organismo, mas, principalmente pelas Conferências Pan-Americanas, podem-se levantar algumas possibilidades de interpretação. É possível identificar, no âmbito desses fóruns, temas que constituíam a agenda de saúde pública no Brasil, principalmente a idéia de reforma da saúde pública com a criação de um Ministério da Saúde.

Em janeiro de 1902, na cidade do México, realizou-se a segunda Conferência Internacional dos Estados Americanos. Atendendo à recomendação de seu Comitê de Política Sanitária Internacional, a Conferência aprovou a convocação de uma convenção geral de representantes dos organismos sanitários das repúblicas americanas para decidir sobre a notificação de enfermidades, o intercâmbio dessa informação entre as repúblicas, a realização de convenções periódicas sobre a matéria e o estabelecimento de uma oficina permanente em Washington para coordenar essas atividades. A primeira Convenção Sanitária Internacional foi realizada em Washington, de 2 a 4 de dezembro de 1902, e criou a Oficina Sanitária Internacional, que funcionou como apêndice do serviço de saúde pública dos EUA, acumulando o Cirurgião Geral, chefe desse serviço, a direção da Oficina Sanitária Internacional até 1936 (OPAS, 1992; Macedo, 1977; Bustamante, 1972).

---

<sup>16</sup> Passarei a me referir à publicação como *Boletim*. Nas referências bibliográficas empregarei a sigla *Bosp*.

Em 1905, realizou-se a segunda Convenção Sanitária, que estabeleceu propostas relativas a quarentenas e notificação de enfermidades no continente. Seria, segundo alguns autores, a precursora do Código Sanitário Pan-Americano. Em dezembro de 1907, teve lugar a terceira na cidade do México, cabendo a Oswaldo Cruz representar o Brasil. Em 1909, na Costa Rica, ocorreu a quarta reunião em que se propôs a mudança do nome Convenção para Conferência e, em 1911, a quinta Conferência, realizada em Santiago do Chile, em que se decidiu nomear a Oficina como Oficina Sanitária Pan-Americana, responsabilizando-a pela elaboração de um projeto de Código Sanitário Marítimo Internacional. Representaram o Brasil Ismael da Rocha e Antonino Ferrari (Barreto, 1942).

Com a eclosão da Primeira Guerra Mundial, houve um longo intervalo e, em 1920, na cidade de Montevideu, realizou-se a sexta Conferência Sanitária Internacional, em que compareceu como delegado brasileiro Raul Leitão da Cunha. A Conferência ratificou o nome do Cirurgião Geral do Serviço de Saúde dos EUA, Hugh Cumming, como Diretor da Oficina, posição que ocupou até 1947, apesar de ter deixado o cargo de Cirurgião Geral dos EUA em 1936. Nessa conferência, deliberou-se pela criação do *Boletim Pan-Americano de Saúde*, publicado mensalmente a partir de 1922, cujo nome foi alterado posteriormente para *Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana*. Na VI Conferência Sanitária, a Oficina definiu sua reestruturação. Pouco a pouco, estendeu seu raio de ação e constituiu um centro consultor (Ata da IX Conferência).

Em Havana, 1924, na VII Conferência Sanitária Pan-Americana, contando com Uiz do Nascimento Gurgel e Raul de Almeida Magalhães como delegados do Brasil, aprovou-se o projeto do Código Sanitário Marítimo Internacional, logo designado como Código Sanitário Pan-Americano. Esse documento foi objeto de discussões posteriores pelo Poder Legislativo de cada país integrante do organismo, para efeito de ratificação, e definiram-se como suas finalidades (Soper, 1948):

- 1) prevenir a propagação internacional de infecções ou doenças suscetíveis de serem transmitidas a seres humanos;

- 2) estimular e adotar medidas cooperativas destinadas a impedir a introdução e a propagação de doenças nos territórios dos governos signatários ou procedentes dos mesmos;
- 3) uniformizar o registro de dados estatísticos relativos à morbidade nos países dos governos signatários;
- 4) estimular o intercâmbio de informes que possam ser valiosos para melhorar a saúde pública e combater as enfermidades próprias do homem.

Quatro anos mais tarde, em Lima, a VIII Conferência estabeleceu um Conselho Diretor para a Oficina e aprovou que ela atuasse coletando dados para a Oficina Internacional de Saúde Pública, criada em 1907, com sede em Paris (*Bosp*, ano 7, n. 1, jan. 1928). Representado por João Pedro de Albuquerque e Bento Oswaldo Cruz, o Brasil levou, para esse colóquio, informe sobre saúde materno-infantil e seus progressos no país, apresentando documento elaborado por Antonio Fernandes Figueira. A despeito dos trabalhos históricos sobre a OPAS ressaltarem o papel da VII Conferência, devido à aprovação do Código Sanitário, o exame do colóquio realizado em Lima requer análise mais cuidadosa, uma vez que demonstra preocupações que superavam as medidas sanitárias nos portos.

Isso não significa que o Código Sanitário Pan-Americano não se mantivesse como tema central, algumas discussões detendo-se no caráter de recomendação ou obrigatoriedade dos artigos do documento. Nesse debate, uma referência importante foi a participação de Carlos Chagas em 1926 na Conferência Sanitária Internacional, realizada em Paris. O cientista brasileiro defendera a proteção dos países do Atlântico, quanto a doenças resultantes do intenso fluxo migratório, e redigiu o texto sobre os princípios técnicos e científicos da profilaxia da febre amarela.

Como mecanismo de cooperação técnica, instituiu-se o cargo de Comissários Itinerantes (*viajeros*) – funcionário dos serviços nacionais de saúde que poderiam ser cedidos à Oficina e que deveriam prestar colaboração às autoridades sanitárias dos países signatários. A VIII Conferência aprovou tam-

bém um anexo ao Código Sanitário e definiu o processo de ratificação, completado apenas em 1936, com a assinatura pelas 21 repúblicas existentes na América. O processo de ratificação teria mesmo de ser longo, pois implicava aprovação das medidas preconizadas pelo Poder Legislativo dos países americanos.

As conferências sanitárias, ao incluírem como ponto central de seu programa os informes dos países, contribuem para que se compreenda a importância de algumas enfermidades, aspectos do quadro sanitário e ações em curso. No caso da VIII Conferência, encontram-se, por exemplo, evidências sobre semelhanças do quadro sanitário dos Estados Unidos em relação aos demais países americanos. A delegação norte-americana, formada por Hugh S. Cumming, John Long e Bolívar Lloyd, apresentou informe sanitário abrangente sobre o país, com dados sobre as seguintes doenças: tuberculose, câncer, tracoma, bócio, febre ondulante (zoonose), lepra, encefalite epidêmica, sarampo, febre das montanhas rochosas, difteria e paludismo. Destacou-se a redução da malária nos EUA, observando-se, contudo, que a doença permanecia como um dos mais graves problemas higiênicos em certos pontos do país. Outros temas mencionados foram varíola, peste, notificação de doenças transmissíveis, administração de higiene, inundações do rio Mississipi, toxicomania, leite, proteção às mães e filhos e higiene industrial.

Proposição importante apresentada pela delegação do Uruguai referia-se à obrigatoriedade de vacinação contra varíola. No texto do Código Sanitário, havia a opção pela quarentena, o que era contestado pelos delegados daquele país. Segundo a proposta enfatizada no documento, tratava-se de compatibilizar os preceitos do Código Sanitário com a Convenção de Paris.

No que se refere às doenças venéreas, ocorreu debate sobre as medidas mais adequadas para coibir os efeitos negativos da prática da prostituição. O delegado do Panamá defendeu o controle médico e John Long, representante norte-americano, simplesmente a proibição, exemplificando com o que ocorrera no Chile. Em sua perspectiva, a prostituição clandestina geraria menos problemas, uma vez que reduziria o número de parceiros

sexuais. Note-se que esse debate foi também muito intenso no Brasil com predomínio da tese do controle sanitário e orientação médica (Carrara, 1996).

Durante a VIII Conferência, em que se discutiram prioritariamente assuntos concernentes ao Código Sanitário Internacional, o tema que provocou mais controvérsias, a julgar pelas atas publicadas no *Boletim*, foi a recomendação da unificação da autoridade sanitária nacional nos países, seja pela criação de um Ministério da Saúde, seja pela criação de um Departamento Nacional de Saúde. Durante o debate, houve clara manifestação, contrária dos delegados argentinos.

A delegação do Peru apresentou documento sobre a criação de Ministérios da Higiene, denominado *As bases em que se apóia a criação do Ministério da Higiene*, propondo que a VIII Conferência Sanitária Pan-Americana reiterasse sua adesão à reforma do Estado, com ênfase na criação de ministérios consagrados aos assuntos médico-sanitários ou departamentos nacionais que centralizassem os serviços sanitários. Como observa Paz Soldan (*Bosp*, ano 7, n. 1, jan. 1928, p. 146):

Creio que a medicina social, no atual momento, deve ser aplicada com critério político e que cabe aos higienistas reivindicar para si o direito de governar e dirigir as coisas relacionadas com a saúde pública senão (...) contrárias ao bem e ao progresso sanitário da coletividade. *Um Ministério de Higiene para os Higienistas*. Aqui está minha convicção. (grifo meu)

A presença e a ênfase nesse tema têm importância especial, pois coloca a reforma do Estado, a reforma sanitária preconizada à época, como uma preocupação importante no debate sobre a adoção de políticas comuns pelos países americanos. No Brasil, como vimos, desde meados da década de 1910, isto estava colocado – a proposta de centralização dos serviços e ações de saúde, preferencialmente com a criação de um ministério. De que forma o tema estava sendo articulado por outros países da América, sobretudo da América do Sul, é matéria que merece atenção. No Peru, por exemplo, ocorreu mobilização social semelhante ao movimento sanitarista brasileiro – o movimento de *Riforma Médica*. Seu principal líder, Paz Soldan,

publicou inclusive artigo na revista *Saúde*, periódico oficial da Liga Pró-Saneamento do Brasil, que encerrava com a frase: “Eugenizar é sanear”<sup>17</sup> (Lima & Britto, 1996). Importa observar que o médico peruano atuou também durante longo período na OPAS (no Peru) – aproximadamente cinquenta anos.

Após a VIII Conferência, intensificou-se o processo de ratificação do Código, o que possivelmente foi favorecido pelas missões de reconhecimento realizadas a vários países, inclusive ao Brasil, por John Long, primeiro e mais importante “comissário itinerante” da OPAS.<sup>18</sup> No *Boletim Pan-Americano de Saúde* (ano 8, n.11, nov. 1929), aparece a notícia de que o Brasil ratificara o Código em sessão do Congresso de 13/8, publicada no Diário Oficial em 15 de agosto de 1929. Neste mesmo número, é publicado o Código Sanitário em português (Cf. página seguinte).

A VI Conferência havia instituído o Conselho Diretor da Oficina Sanitária Pan-Americana, que se tornou mais efetivo após a aprovação do Código Sanitário. Em reunião dessa instância deliberativa, realizada em 1929, foi outorgado um voto de aplauso às autoridades sanitárias brasileiras pelos esforços empreendidos no combate à febre amarela (*BOSP*, ano 8, n.11, nov. 1929). Além das doenças transmissíveis, o câncer e problemas de nutrição passaram a figurar na pauta das reuniões que se seguem à VIII Conferência.

Em 1934, a IX Conferência teve início com homenagem póstuma a Carlos Chagas. Hugh Cumming lastimou também as mortes de João Pedro de Albuquerque, do Brasil, e Mario Lebredo, de Cuba – membros do Conselho Diretor da OPAS. A delegação do Brasil, formada por Servulo de Lima e Orlando

---

<sup>17</sup> A respeito das diferentes correntes eugenistas e de suas especificidades na América Latina, ver o trabalho de Nancy Stepan (1991)

<sup>18</sup> O *Boletim*, ano 8, n. 11, relata a visita de Long a diversos países da América Latina na condição de representante *viajero*. As informações mostram que, no Uruguai, o Código Sanitário havia sido ratificado pelo Congresso; no Paraguai, estava em processo de discussão. O informe sobre o Chile dá conta de melhoria nas condições sanitárias: boa água potável, leite pasteurizado etc. No caso da Bolívia, refere-se à ratificação do Código, pouco tempo depois de sua visita. No Brasil, chegou a 7 de setembro de 1928, fazendo contato com o Dr. Barros Barreto e o Dr. Mattos, destacando, em seu relato, as medidas de controle da febre amarela e da peste.



# DIÁRIO OFFICIAL

## ESTADOS UNIDOS DO BRASIL

REPÚBLICA FEDERAL ORDEM E PROGRESSO

---

ANO XLVIII — 41ª DA REPÚBLICA — N. 191 CAPITAL FEDERAL QUINTA-FEIRA, 15 DE AGOSTO DE 1928

---

SUMMARIO

Actos do Poder Legislativo:

Decreto n. 5.692, que approva o Tratado concluido em Paris, a 16 de Julho de 1925, entre o Brasil e a Republica da Libéria, para a solução das controversias que se venham a suscitarem entre os dois países.

Decreto n. 5.693, que approva o Codice Sanitario Pan-Americano, assignado em Havana a 14 de Novembro de 1923, e Protocollo anexo a esse Codice e a Convenção Internacional firmada em Paris a 21 de Junho de 1926, com o Protocollo de assignatura anexo.

Actos do Poder Executivo:

Decreto n. 18.879, que prorroga, até 30 de Julho do corrente anno, o prazo consellido pelo Decreto n. 18.322, de 29 de Junho de 1928, para a construção de um desvio de cruzamento, servido de posto telegraphico, no kilometro 301,877, da linha Havana-Troyay, a cargo da Companhia Estrada de Ferro São Paulo-Rio Grande.

Decreto n. 18.880, que prorroga, por sessenta dias o prazo consellido pelo decreto n. 18.252, de 18 de Maio de 1928, para a construção e instalação das officinas da estação de Mafra, na linha de São Francisco, a cargo da Companhia Estrada de Ferro São Paulo-Rio Grande.

Ministerio da Justiça e Negocios Interiores — Decreto de 15 de Julho findo.

Ministerio da Sciencia — Decretos de 14 do corrente.

Ministerio da Agricultura, Industria e Commercio — Decretos de 13 do corrente.

SUMMARIO DE ESCRITOS:

Ministerio da Justiça e Negocios Interiores — Portarias — Expediente das Directorias da Justiça, do Interior e de Contabilidade, do Departamento Nacional de Saúde Publica e da Policia do Distrito Federal.

Ministerio da Fazenda — Titulos — Portarias — Expediente da Directoria Geral do Tesouro Nacional, da Contadoria Central da Republica, da Directoria da Receita e das Despezas Publicas e do Patrimonio Nacional, da Recebedoria do Distrito Federal, da Inspectoria Geral dos Bancos e de Seguros, da Imprensa Nacional e Officio Officio, na Caixa de Amortizacão e do Instituto de Previdencia dos Funcionarios Publicos do Estado.

Ministerio da Marinha — Portarias — Expediente.

Ministerio da Guerra — Portarias — Expediente.

Ministerio da Viaçao e Obras Publicas — Portarias — Expediente das Directorias Gerais de Condutoras, do Expediente e dos Correos e da Estrada de Ferro Central do Brasil.

Ministerio de Agricultura, Industria e Commercio — Portarias — Expediente das Directorias Gerais de Agricultura, de Industria e Commercio e de Contabilidade, do Serviço de Inspeccão e Fomento Agrícola e Geral da Propriedade Industrial e do Conselho Nacional do Trabalho.

Tribunal de Contas — Terceiro do Contracto — Nominacao — Paris consellido — Rendas publicas — Edificios e avios — Sociedades anónimas — Annuncios.

ACTOS DO PODER LEGISLATIVO

DECRETO N. 5.692 — DE 13 DE AGOSTO DE 1928

*Approva o Tratado concluido em Paris, a 16 de Julho de 1925, entre o Brasil e a Republica da Libéria para a solução das controversias que se venham a suscitarem entre os dois países.*

O Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brasil:

Faço saber que o Congresso Nacional decretou e eu sanciono a seguinte resolução,

Artigo unico. Ficam approvados, para todos os effectos, o Tratado concluido em Paris, a 16 de Julho de 1925, entre o Brasil e a Republica da Libéria, para a solução das controversias que se venham a suscitarem entre os dois países; revogadas as disposições em contrario.

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 1928, 108ª da Independencia e 41ª da Republica.

WASHINGTON LUIS P. DE SOUSA,  
Otávio Mangabeira.

---

DECRETO N. 5.693 — DE 13 DE AGOSTO DE 1928

*Approva o Codice Sanitario Pan-Americano assignado em Havana a 14 de Novembro de 1923, o Protocollo anexo a esse Codice e a Convenção Internacional firmada em Paris a 21 de Junho de 1926, com o protocollo de assignatura anexo.*

O Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brasil:

Faço saber que o Congresso Nacional decretou e eu sanciono a seguinte resolução:

Art. 1.º Ficam pela presente lei, approvados o Codice Sanitario Pan-Americano, firmado pelo Brasil, em Havana, a 14 de Novembro de 1923, o Protocollo Anexo a este Codice, assignado pelo Brasil, na Oliveira Conferencia Sanitaria Pan-Americana, reunida em Lima entre 12 e 20 de outubro de 1928 e a Convenção Sanitaria Internacional, firmada pelo Brasil em Paris a 21 de Junho de 1926 com o Protocollo de assignatura que lhe é anexo.

Art. 2.º Revogam-se as disposições em contrario.

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 1928, 108ª da Independencia e 41ª da Republica.

WASHINGTON LUIS P. DE SOUSA,  
Otávio Mangabeira.

Roças, não se pronunciou na seção de informes gerais, pois o que levavam à Conferência referia-se à profilaxia da febre amarela e da varíola e deixaram então para fazê-lo na respectiva comissão.

O Brasil esteve também em exposição no relato de Fred Soper, que havia solicitado autorização para participar como observador, representando a Fundação Rockefeller Em seção secreta apresentou os resultados de

seu trabalho no país. Na Ata da IX Conferência Pan-Americana de Saúde, há dois momentos de seu relato que merecem ser transcritos:

Quando em 1927, se reuniu a VIII Conferência Sanitária Pan-Americana em Lima, sabíamos que a febre amarela existia na região costeira do Brasil, acreditando-se estar ausente no resto da América do Sul. Desgraçadamente, logo desmentiu tal crença o inesperado surto do Rio de Janeiro em 1928 e igualmente a imprevista epidemia de 1929 em Socorro, Colômbia. (p.77)

*O Brasil tem reconhecido a febre amarela como um problema nacional, porém à luz de nossos atuais conhecimentos deve ser considerada como um problema continental.* (p. 107) (grifo meu)

Outro tema importante apresentado à IX Conferência pela delegação brasileira consistiu em tese sobre a univacinação contra a varíola, partindo-se da tese segundo a qual a imunização pela primeira vacina era definitiva: “Que se sugere aos países americanos a conveniência de adotar na profilaxia da varíola a prática de uma só vacinação, de acordo com os resultados conclusivos da experiência brasileira” (Ata da IX Conferência, p. 204).

Houve controvérsia em relação à tese com contrapropostas apresentadas por delegados de outros países, principalmente pelo sanitarista peruano Carlos Henrique Paz Soldan. No debate, afirmavam os delegados brasileiros a tendência conservadora da saúde pública, que seria dominada pela tradição e pela rotina. Por fim, os delegados aprovaram a seguinte deliberação:

A IX Conferência Sanitária Pan-Americana tem tomado conhecimento da comunicação apresentada a seu exame pela delegação do Brasil, pela qual recomenda a prática da univacinação antivariólica e concorda submetê-la ao estudo das autoridades sanitárias dos países da América, insistindo na conveniência de investigar os resultados da estatística de revacinação. (Ata da IX Conferência, p. 269)

Durante o evento, apresentaram-se informes e aprovaram-se resoluções sobre as seguintes doenças: febre amarela, varíola, alastrim (apresentada pelo Dr. Roças a tese de sua autonomia como entidade mórbida), lepra (com destaque para a recomendação de que se proibisse o casamento

de doentes com pessoas sãs), doenças venéreas, peste (com voto de louvor à OPAS e ao Dr. Long) e brucelose. Outro tema importante foi a profilaxia da tuberculose, aprovando-se a seguinte resolução quanto à BCG: “a IX Conferência Sanitária Pan-Americana, tendo em vista a escassa experiência sobre vacinação BCG na maioria dos países da América, resolve esperar novas observações e tratar o assunto na próxima Conferência Sanitária Pan-Americana” (Ata da IX Conferência, p. 419).

Nas décadas de 1930 e 1940, o Brasil progressivamente ocupa posição de mais destaque na OPAS, o que culminou com a escolha de João de Barros Barreto, diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, para Vice-Diretor na X Conferência, realizada em Bogotá, em 1938.

Essa afirmação pode ser aferida inclusive pelo expressivo número de artigos por ele publicados no *Boletim* e pelo destaque atribuído a suas intervenções nas instâncias de deliberação da OPAS. Durante a 4ª Conferência Pan-Americana de Diretores Nacionais de Saúde, Barros Barreto, destacou o problema representado pela navegação aérea, indicando a necessidade de modificar alguns aspectos do texto da Convenção Sanitária Internacional. Manifestou também a preocupação do governo brasileiro com o tema da nutrição. O Brasil também se destacava em outros temas de menor expressão na agenda tradicional de saúde pública, como o da higiene mental, sendo apontado como um dos primeiros países na América Latina a criar o Curso de Psiquiatria e o primeiro, em todo o continente americano, a fundar uma sociedade nessa área: a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, fundada em 1907 (*BOSP*, ano 20, n.10, out. 1941).

As doenças transmissíveis continuavam, entretanto, a ser o destaque nas notícias sobre o Brasil, que oscilavam entre manifestações de júbilo, como, por exemplo, na manifestação oficial da OPAS diante do sucesso da campanha de erradicação do mosquito *Anopheles gambiae*, e o registro de surtos epidêmicos de outras doenças, como a epidemia de poliomielite em 1939, no Rio de Janeiro, uma das mais severas registradas no Brasil (*BOSP*, ano 20, n.10, out. 1941).

EDITORIALES

UNA GRAN PROEZA DE LA SANIDAD BRASILEÑA: LA VICTORIA  
CONTRA EL ANÓFELES

Hecho destacado en la IV Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad<sup>1</sup> fué la afirmación del Dr. João de Barros Barreto, de que ya para abril 1940 el *A. gambiae* había sido erradicado de algunas zonas del Brasil, y que el éxito logrado con los métodos empleados permitía esperar la desaparición de dicho mosquito de todo el territorio brasileño. Como era de esperar, la Conferencia tomó debida nota de punto tan importante con un voto en que felicitaba a la República del Brasil por el éxito alcanzado en esa campaña, por considerarla de la mayor utilidad para proteger la salud de todas las Repúblicas de América. Los últimos informes publicados, tanto en la prensa médica brasileña como en la memoria anual de 1940 de la Fundación Rockefeller, ponen una vez más de manifiesto la enormidad del problema planteado por el paludismo epidémico en una vasta región del Hemisferio Occidental, y el gran triunfo que representa la erradicación del vector, vista la amenaza que entrañaba para todos los países del Continente en estos días de rápidas comunicaciones.

Vector por excelencia del mal en Africa,<sup>2</sup> el *A. gambiae* o *costalis* es un mosquito altamente domesticado, pues ha sido encontrado únicamente dentro de las casas a todas horas del día, y cría en los depósitos de aguas cercanas. Buena idea del peligro que entraña su presencia la ofrece su coeficiente de infección de 60%, comparado con 0.4 a 0.5% para otros vectores del paludismo, y la proporción de casos graves, que se traduce en una letalidad de 6-15%.<sup>3</sup>

La presencia del nuevo vector en el Continente Americano fué descubierta por primera vez en Río Grande, en marzo 1930, por el Dr. Shannon,<sup>4</sup> mientras realizaba investigaciones para el Servicio de Fiebre Amarilla en la costa del norte del Brasil.<sup>5</sup> El primer foco, casi

<sup>1</sup> "Cuarta Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad: Resumen de sus labores," p. 8; Pub. No. 163 de la Of. San. Pan., mayo 1941. (No era la primera vez que se discutía el problema en las Conferencias Panamericanas de Sanidad, pues ya había sido objeto de mucha atención en la IX Conferencia Sanitaria Panamericana, donde lo trató el Dr. Soper, y en la X, en que lo discutieron los Dres Pinotti y Soper.)

<sup>2</sup> Por eso no aparecen reseñas de este vector en ninguna monografía de los mosquitos americanos. Ninguno de los anofelinos conocidos alcanza una distribución igual o semejante que abarca casi toda el Africa e islas cercanas, Grecia en Europa, y por fin América.

<sup>3</sup> El *parvipes* también transmite la filaríasis de Bancroft.

<sup>4</sup> Lutz (*Brasil Méd.*, Vol. 44, 1930, 515) había hecho en julio 1928 un censo entomológico en Natal, sin encontrarlo, y también llamó la atención sobre el peligro presentado por las nuevas comunicaciones rápidas con Africa.

<sup>5</sup> El mosquito fué probablemente introducido en 1928, creyendo Souza-Pinto que debió llegar en forma adulta, comenzando las hembras inmediatamente la oviposición.

Editorial sobre a campanha contra o *Anopheles gambiae* no Brasil.  
Fonte: *Bosp*, 1941.

A preocupação em veicular, no *Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana*, informações do governo brasileiro, no campo da saúde, esteve presente desde 1926, quando Clementino Fraga era o Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, e se passou a publicar o 'Noticiário brasileiro'. Após a revolução de 1930, com a criação do Ministério de Educação e Saúde, a atenção com a imagem pública relacionada às políticas sociais e, especifica-

mente às de saúde pública, se acentuaria particularmente no período autoritário do Estado Novo (1937-1945). O ministro Gustavo Capanema e, na implementação dos assuntos de saúde, João de Barros Barreto desenvolveram intensa atividade de divulgação não apenas de sucessos no combate a doenças transmissíveis, mas de reorientações na administração pública, com ênfase em racionalidade, extensão territorial e constituição de sólida burocracia.

É a partir desse enquadramento, aliado à atmosfera da Segunda Guerra Mundial, que pode ser melhor avaliado o impacto da realização da XI Conferência Sanitária Pan-Americana, no Rio de Janeiro, em 1942. No plano interno, um ano antes, durante as comemorações do aniversário do Estado Novo, o ministro Capanema promovera a I Conferência Nacional de Saúde, dando início, em um período ditatorial, ao estabelecimento de fórum de especial significado para a constituição da política nacional de saúde (Hochman & Fonseca, 2000).

A XI Conferência Pan-Americana de Saúde teve início na data comemorativa da Independência do Brasil. Em sua comissão organizadora, contou com Barros Barreto (presidente), Raul Godinho (secretário geral executivo) e, na posição de vogais, com Mário Pinoti, Carlos Sá, Décio Parreiras e Humberto Pascali. Entre seus relatores, figuravam também nomes expressivos do sanitarismo e da ciência nacionais: Adelmo Mendonça, Carlos Chagas Filho, Eder Jansen de Mello, Francisco Borges Vieira, Francisco de Magalhães Neto, Genésio Pacheco, Geraldo Paula Souza, Guilherme Lacorte, Henrique Aragão, Otavio de Magalhães, Paulo Parreira Horta e Samuel Pessoa.

Outro evento importante, paralelo à Conferência, foi a Exposição Pan-Americana de Higiene, em que se destacavam as realizações do Brasil no combate às doenças transmissíveis, notadamente a febre amarela e a malária.

O conflito mundial, e como corolário a defesa continental e da saúde, figurou como primeiro e mais importante tema abordado, inclusive com a indicação de realização de inquérito sobre a distribuição geográfica das doenças transmissíveis de importância em tempo de guerra. Sugeriu-se também a coope-

ração integral entre os serviços de saúde, militares e civis (Ata Final da XI Conferência, *Bosp*, ano 22, n. 3, mar. 1943). Ademais, a primeira metade do século XX, e aí não reside naturalmente nenhum paradoxo, viu nascer as formas modernas de cooperação internacional e também a generalização da guerra como fenômeno mundial. Na perspectiva do pensamento sanitário da época, poucos discursos são tão expressivos como o de Fred Soper (1943: 321):

Provavelmente o maior obstáculo à erradicação de enfermidades transmitidas por artrópodes é a guerra. Em tempos de paz, o trânsito global, especialmente o aéreo, é uma constante ameaça para esses programas, porém resulta de menor importância comparado às operações militares em grande escala. Certamente não existe mais dura prova para as técnicas de medicina preventiva do que a apresentada pelas condições de prolongada campanha militar e suas inevitáveis seqüelas. Quando, aos riscos normais e inevitáveis de doença que representa o conflito armado, se acrescenta o espectro funesto da guerra biológica deliberada (que pode incluir a disseminação de enfermidades propagadas por artrópodos) se faz evidente a possibilidade que se coíba a erradicação destas infecções. Na ausência de conflitos mundiais e sobretudo aqueles em que os fins parecem justificar medidas extremas, tais como a guerra biológica, existe toda razão para pensar que a incidência das enfermidades transmitidas por artrópodos continuará em descenso. Nenhuma delas haveria de ameaçar novamente a civilização.

Na abordagem das doenças transmissíveis, a XI Conferência aprovou resolução que apresentava a malária como “a doença que maiores prejuízos causa a maioria das nações do continente” e recomendava que os departamentos nacionais de saúde dos países americanos aceitassem as recomendações da Comissão de Malária da Oficina Sanitária Pan-Americana e a considerassem como seu órgão consultivo. Observe-se que, nos *Boletins* relativos à década de 1940, em vários momentos, acentuava-se a malária como grave problema sanitário do continente e, mesmo no início dos anos 1920, anteriormente à manifestação da epidemia motivada pelo *Anopheles gambiae*, o *Boletim* apresentava, na primeira página, mensagem de advertência sobre a necessidade de combater essa enfermidade.

As ações destinadas à erradicação do *Aedes aegypti* no Brasil, Peru e Bolívia resultaram em voto de aplauso, e, mais uma vez, a febre amarela constituiu tema prioritário do debate entre as autoridades sanitárias do continente americano. Outras doenças transmissíveis, como a doença de Chagas, a influenza, a lepra, a peste, o tifo e a tuberculose, também foram objeto de teses e resoluções. No que diz respeito à tuberculose, deliberação importante consistiu na recomendação do método de diagnóstico criado pelo médico brasileiro Manoel de Abreu.

Questões de engenharia sanitária, mormente uso do cloro na higienização da água e produção do verde Paris na luta contra o mosquito, indicam a crescente importância que esse campo de especialidade vinha adquirindo. A maior ênfase em tópicos como nutrição e habitação consiste também em importante característica da XI Conferência. Em seu término, elegeu-se o novo conselho diretivo, com a seguinte composição: presidente de honra, João de Barros Barreto; diretor, Hugh Cumming (EUA); vice-diretor, Jorge Brejano (Colômbia); primeiro conselheiro, Victor Sutter (El Salvador); segundo conselheiro, Enrique Claveaux (Uruguai); secretário executivo, Aristides Moll; vocais: representantes nomeados pelos seguintes países: Paraguai, Haiti, Honduras, Bolívia, República Dominicana e Panamá.

A conferência que antecedeu a criação da OMS – e o novo desenho da cooperação internacional do setor – apresentou em suas resoluções alguns indícios do alargamento da pauta e de uma cooperação técnica que, embora ainda frágil, indicava o papel mais ativo que a OPAS viria a desempenhar no período seguinte, após a eleição de Fred Soper, em 1947.<sup>19</sup>

Esse período, que se delimitou como o primeiro da relação entre o Brasil e a OPAS, teve suas principais finalidades oficiais bem sumarizadas por Hugh Cumming, que a dirigiu de 1920 a 1947:

---

<sup>19</sup>A eleição de Soper ocorreu durante a XII Conferência que, devido à Segunda Guerra, só pôde se realizar em 1947.

1- Prevenir, por meio de medidas cooperativas, a propagação de enfermidades provenientes de outros países e de uma República Americana a outra. Este propósito compreende impedir a introdução de vetores de doenças, inclusive aquelas ainda não muito disseminadas, tais como a doença do sono (tripanosomíase africana), febre maculosa das Montanhas Rochosas, tripanossomíase americana, oncocercose, vetores conhecidos da febre amarela e outros menos conhecidos.

2- Evitar a necessidade de pôr em vigor custosas medidas de quarentena com respeito a portos infectados, tomando as devidas precauções a fim de impedir a infecção de transmissores comuns por mar, por terra e por ar.

3- Estimular as autoridades sanitárias em todas as Repúblicas Americanas a realizar maiores esforços para combater e eliminar as doenças transmissíveis.

4- Obter conhecimento imediato das doenças passíveis de quarentena no território das Repúblicas Americanas e obter também informes análogos dos países do Hemisfério Oriental por intermédio de outras entidades internacionais, especialmente a Oficina Internacional de Higiene Pública de Paris.

5- Fomentar relações cordiais entre os povos americanos.  
(Ata da IX Conferência Sanitária Pan-Americana)

Na mesma apresentação, Cumming revelou um certo 'otimismo', diante das possibilidades de controle das doenças transmissíveis:

É difícil dar-se conta hoje que, durante a última parte do século XIX, reinavam epidemias de enfermidade como febre tifóide, varíola, cólera, febre amarela e que, no Oriente, a peste bubônica era comum; que até uma época tão próxima como o fim desse século, com poucas exceções, as medidas de quarentena, severas e custosas, constituíam o único método com que as autoridades sanitárias se esforçavam para combater as enfermidades, especialmente peste, cólera e febre amarela. (Ata da IX Conferência Sanitária Pan-Americana)

O papel efetivo da organização e seu impacto nas políticas de saúde dos países que a integravam era certamente reduzido, e as resolu-

ções aprovadas nas diferentes instâncias e mesmo nas Conferências Sanitárias Pan-Americanas seriam mais bem definidas como recomendações, cuja aplicação dependia de processo intenso de trabalho e convencimento das autoridades sanitárias dos países. No próprio debate sobre a implementação do Código Sanitário, durante a VIII Conferência, o ponto foi bem observado por John Long, que afirmou não ter a Oficina “poder coercitivo algum”, não podendo exercer qualquer controle para seu cumprimento por cada país.

As ações de cooperação técnica, embora bastante incipientes, basicamente restringindo-se à atividade do representante itinerante, começavam a apresentar alguns programas de maior impacto, entre os quais se destacavam a criação do Instituto de Nutrição do Centro América e Panamá, em 1946, e o programa de bolsas de estudos, com início oficial em julho de 1939. Esse programa de bolsas incluía as seguintes modalidades: saúde pública – concedidas pelo diretor geral do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos da América, após recomendação do diretor da OPAS –; medicina – por convênios estabelecidos entre a OPAS e o coordenador de relações comerciais e culturais dos EUA –, e residência médica – concedida por hospitais norte-americanos.

Observa-se, ao final do período em análise, a presença mais marcante do Brasil na OPAS. Tal constatação está fundamentada em evidências, como a liderança continental que passou a exercer Barros Barreto, a maior presença do país no debate científico durante as conferências sanitárias e a visibilidade internacional das atividades de combate à febre amarela e à malária, realizadas em larga medida com base em cooperação entre o governo brasileiro e a Fundação Rockefeller.

No plano da formação de pautas de temas e consensos básicos sobre questões de saúde, o *Boletim* representou também uma das mais importantes atividades. Tendo seu primeiro número publicado em 1922, consistiu em importante meio de formação de opinião entre médicos e gestores de

saúde pública.<sup>20</sup> Nesse periódico, há um número expressivo de artigos publicados por brasileiros e de seções que existiram, por considerável tempo, como a 'Seção Portuguesa' com notas e registros produzidos sobre a situação sanitária do país e dos estados da Federação, e que, em fins da década de 1930, seria substituída pelo 'Noticiário Brasileiro'.

João de Barros Barreto foi o sanitarista brasileiro que mais publicou artigos nessa primeira fase da organização. Além da febre amarela, outro tema muito presente nos artigos relacionados ao Brasil foi a reforma administrativa na área da saúde promovida durante o Governo Vargas.

Da criação da OPAS até o término da gestão de Hugh Cumming, mudanças importantes ocorreram no Brasil, relacionadas, de modos diversos, à nova configuração mundial que vai se delineando nas décadas de 1930 e 1940. Ao final desse período, encerrava-se também o regime autoritário do Estado Novo, que trouxe profundas implicações para a economia e a sociedade brasileiras. Na área de saúde, consolidava-se um novo tipo de sanitarismo, cujas lideranças receberam forte influência das agências norte-americanas que cooperavam com o governo brasileiro no campo da saúde. Esse fato, como foi apenas parcialmente apontado, teria expressivo impacto nas relações entre o Brasil e a OPAS.

## **O Brasil e a nova fase da Organização Pan-Americana da Saúde (1947-1958)**

As relações entre o Brasil e a OPAS, no período de 1947 a 1958, devem ser entendidas tomando-se em consideração dois fatores fundamentais: de um lado, a decisão dos Estados Unidos da América do Norte em

---

<sup>20</sup> Miguel Bustamente, em retrospectiva histórica sobre os cinquenta primeiros anos da OPAS, apresenta dados sobre a tiragem e circulação desse importante periódico, que publicava artigos em espanhol, português, inglês e francês, e era distribuído gratuitamente a médicos e a outras pessoas relacionadas com os departamentos de Higiene Nacionais e locais.

estabelecer acordos bilaterais entre o Instituto de Assuntos Interamericanos, criado em 1942 e subordinado ao Departamento de Estado, e os governos latino-americanos, e, de outro, a criação da Organização Mundial da Saúde, em 1946. Ambos os fatos, relacionados à conjuntura que se inaugura com a Segunda Guerra, indicam a importância estratégica atribuída à saúde na nova ordem mundial e continental que se configurava.

## **A saúde como questão estratégica nas relações entre Brasil e Estados Unidos**

No Brasil, o período da Segunda Guerra implicou notável alteração nas relações internacionais com a progressiva aproximação aos Estados Unidos da América do Norte, gerando mudança na posição de neutralidade e na característica da política externa que Gerson Moura (1980) definiu como “autonomia na dependência”. Pouco se tem analisado, entretanto, o papel das ações relativas à saúde naquele contexto. O estudo de André Campos (2000) vem preencher essa lacuna, contribuindo tanto para que se considere o cenário da política externa, dimensão pouco presente nos estudos históricos sobre saúde, como, principalmente, para o reconhecimento da importância estratégica de questões sanitárias nas relações internacionais.

Esse novo contexto afetaria a posição da OPAS de diferentes maneiras. A sustentação financeira das políticas do organismo pelo governo norte-americano passou por alguns revezes que se explicam pelo maior interesse em atuação mais direta nos países, em detrimento da aposta no fortalecimento de um organismo baseado em relações intergovernamentais. Isso ocorreu mesmo considerando o total apoio do governo norte-americano à eleição de Fred Soper.

O fato é que, nas décadas de 1930 e 1940, foram adotadas várias políticas de apoio aos países da América Latina; entre elas, a criação de

programas de bolsas de estudo, mediante convênio, firmado pelo Escritório para a Coordenação das Relações Culturais e Comerciais entre as repúblicas americanas e a OPAS. Durante a Segunda Guerra Mundial, os Estados Unidos contribuíram significativamente com a OPAS, apoiando programas especiais e bolsas de estudo. Após seu término, pretendiam suspender a alocação de pessoal e reduzir os recursos para o programa de bolsas.

Do ponto de vista do governo norte-americano, não se tratava de desinteresse pelo investimento em países latino-americanos, mas de uma nova estratégia que privilegiava a criação, nesses países, de instituições locais orientadas pela política norte-americana. Naturalmente, os interesses em pauta eram bastante complexos e incluíam também os dos países latino-americanos mobilizados para atrair grandes investimentos industriais, como foi o caso do Brasil.

Motivações de grupos profissionais deveriam também ser consideradas para que se pudesse empreender análise mais abrangente sobre o tema, o que escapa aos propósitos deste trabalho. O importante é ter em mente que os interesses em jogo e as idéias defendidas não implicavam posições fixas e definidas *a priori*. Um exemplo disso é a atuação de Fred Soper: em alguns momentos articulador de propostas do governo norte-americano, em outros, aliado aos sanitaristas e governos latino-americanos na busca de sustentação para a OPAS e para os programas de combate a doenças que considerava prioritárias.

Sob o impacto do ataque japonês a Pearl Harbour, realizou-se no Rio de Janeiro, em janeiro de 1942, a III Conferência de Ministros das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas. No evento, recomendou-se principalmente a mobilização de recursos dos países latino-americanos, tendo em vista a guerra e a adoção de medidas de saúde pública mediante acordos bilaterais. Da Conferência, resultaram os acordos de Washington, entre os quais o de saúde e saneamento que daria origem ao Serviço Especial de Saúde Pública (Campos, 2000; Braga, 1984).

Em documento redigido pelo então ministro da Educação e Saúde, pode-se constatar que, durante a Conferência, “nos bastidores, as negociações para a organização de um serviço de saúde brasileiro-americano foram encaminhadas num encontro entre Fred Soper, diretor da Fundação Rockefeller no Brasil, e Gustavo Capanema” (Campos, 2000: 201).<sup>21</sup>

Na primeira seção deste trabalho, ressaltou-se a importância da cooperação com organismos norte-americanos, em particular a Fundação Rockefeller, na formação de novas gerações de sanitaristas a partir da década de 1920. No caso do SESP, a vinculação com políticas do governo norte-americano ocorreria até a década de 1960, quando não mais foi renovado o acordo com o Instituto Interamericano. Esse organismo, apesar de administrativamente subordinado ao Ministério da Educação e Saúde até 1953, e, a partir daí, ao recém-criado Ministério da Saúde, atuou com relativa autonomia, dispoindo de plano de carreira próprio e estabelecendo acordos bilaterais com os governos estaduais.<sup>22</sup>

A criação e a atuação do SESP durante seus primeiros vinte anos não se deram sem que se explicitassem divergências por parte de sanitaristas brasileiros. Em um primeiro momento, Barros Barreto expressaria críticas agudas à decisão do governo brasileiro, provavelmente motivado pela independência do SESP em relação ao Departamento Nacional de Saúde. Na década de 1950, Mario Magalhães seria o principal opositor das políticas ‘sespianas’ que, em sua perspectiva, não consideravam adequadamente as relações entre condições sociais e sanitárias, reduzindo a saúde a uma questão puramente técnica (Campos, 2000; Fonseca, 2001).

---

<sup>21</sup> Essa informação consta do artigo já citado de André Campos e encontra-se em manuscrito redigido por Capanema (Arquivo Gustavo Capanema – CPDOC – Fundação Getúlio Vargas, s.d.).

<sup>22</sup> O SESP transformou-se em 1960, após o encerramento do convênio com o governo norte-americano, em Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP). Em 1991, a FSESP foi extinta e seus quadros incorporados à Superintendência de Campanhas, integrando a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Sobre a história do organismo, ver também Campos (1997) e Fonseca (1989).

Concebido originalmente para promover o saneamento em regiões como a Amazônia, onde se previa a exploração comercial da borracha, e o vale do rio Doce, destinado à extração de riquezas minerais, o SESP, posteriormente, teria como atividade principal a implementação de um modelo baseado no estabelecimento de redes integradas de unidades de saúde, valorizando a cooperação com os governos estaduais, o que contrastava com o modelo verticalizado das campanhas de saúde pública (Campos, 2000). Como ocorrera com outras políticas implementadas no Brasil, o modelo norte-americano, fundamentado na idéia de medicina preventiva, sofreria alterações locais, que ficam bastante claras no relato de dois 'sespianos', Ernani Braga e Marcolino Candau. Ambos viriam a ter posição significativa na OPAS, sendo Candau o segundo diretor da OMS, cargo que ocupou de 1953 a 1973. Destaca-se o seguinte trecho:

No Brasil, especialmente nos últimos anos, observou-se, sob o controle do governo, o desenvolvimento de um extenso programa de assistência médico-social compulsório para as classes assalariadas, programa esse que, apesar de vir atender a uma razoável parte de nossa população, não pode ainda cogitar da grande massa constituída pelos habitantes da zona rural, os quais por não trabalharem em regime regular de emprego, não sendo portanto obrigados a contribuir para as organizações de seguro médico-social, vêem-se, em sua maioria, totalmente desprovidos de qualquer tipo de assistência médico-sanitária, a não ser, aqui e ali e assim mesmo muito mal, aquela que é prestada pelos serviços oficiais de saúde e pelas instituições de caridade. (Candau & Braga, 1984: 59)<sup>23</sup>

Se a Fundação Rockefeller vem merecendo crescente atenção de historiadores e cientistas sociais pela intensa atividade no país durante as décadas de 1920 a 1950,<sup>24</sup> o SESP tem sido menos estudado. Um aspecto

---

<sup>23</sup> O artigo fora originalmente publicado na *Revista da Fundação Especial de Saúde Pública*, 2 (2), dez.1948.

<sup>24</sup> No caso do Brasil, ver os trabalhos de Castro Santos (1987, 1989); Benchimol (2001); Faria (1994); Marinho (2001). Na América Latina, ver principalmente os trabalhos de Cueto (1996b).

importante consiste no fato de sua administração ter se organizado, contando com o que se considerava “máquina extraordinariamente bem azeitada”,<sup>25</sup> montada pelo governo brasileiro e pela Fundação Rockefeller na campanha contra o *Anopheles gambiae*, realizada em 1937, no Nordeste.

Respeitadas as diferenças, ambas organizações empreenderam programas que mobilizaram muitos recursos financeiros e humanos, com sensível impacto na formação de gerações de sanitaristas, fato que torna por vezes mais difícil avaliar a importância da cooperação intergovernamental e interamericana sob liderança da OPAS. Certamente, o melhor caminho não é estabelecer comparação entre esses organismos, de natureza diversa, mas situar o tema da cooperação interamericana em uma moldura mais ampla que permita considerar, no plano macro-sociológico, as mudanças na posição do governo norte-americano e suas implicações para a OPAS, e, no plano micro-sociológico, a formação e trajetória de atores sociais com papel destacado em todos esses organismos e na história da saúde no Brasil.

No que se refere às relações interamericanas, uma importante característica do período foi a mudança do padrão de relacionamento que, desde o início, marcara as atividades da Oficina Sanitária Pan-Americana: sua subordinação à política de saúde do governo norte-americano. É possível indicar uma fase de transição que, posteriormente, implicaria maior presença dos países latino-americanos na gestão da OPAS, o que se expressou na eleição do chileno Abrahan Horwitz para o cargo de diretor geral em 1958.

Para a análise, ainda que breve, da gestão de Fred Soper como diretor da OPAS, é necessário considerar essa dimensão e, também, um segundo fato, este mais destacado nos balanços históricos: a criação da OMS em 1946.

---

<sup>25</sup> A expressão foi utilizada por Marcolino Candau. Ver Ernani Braga (1984).

## O Brasil e a criação da Organização Mundial da Saúde

A presença do Brasil na criação da OMS tem sido mencionada tanto nos trabalhos retrospectivos sobre esse organismo como naqueles que vêm se detendo na história da OPAS. Ressalta-se o fato de o médico paulista, Geraldo Paula Souza, ter apresentado a proposta de criação de uma nova entidade para a saúde mundial. Merece registro a participação de Paula Souza no grupo de sanitaristas brasileiros que, na década de 1940, estava recriando a Sociedade Brasileira de Higiene, muitos com atuação no SESP, entre eles Marcolino Candau e Maneco Ferreira.

Com a instauração do VII Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em 1947, e presidido por Marcolino Candau, retomam-se as atividades da antiga Sociedade Brasileira de Higiene, criada em 1923.<sup>26</sup> O colóquio realizou-se em São Paulo, na Faculdade de Higiene e Saúde Pública, dirigida por Geraldo de Paula Souza, e pautou-se pela defesa de uma atuação em âmbito nacional que conferisse a esse grupo protagonismo semelhante ao que alcançara o movimento sanitarista da Primeira República.

Em 1945, durante a Conferência de São Francisco, nos Estados Unidos, realizada com o objetivo de aprovar projeto de Constituição da Organização das Nações Unidas, Paula Souza teria verificado a falta de referências a questões de higiene e saúde. Isso motivou a apresentação de proposta, juntamente com a delegação da China, de se constituir um comitê responsável por avaliar as possibilidades de se criar uma organização internacional de saúde.

No ano seguinte, o Conselho Econômico e Social das Nações Unidas reuniu-se para convocar Comissão Técnica Preparatória da Conferência Sanitária Internacional, cujo fim seria criar uma organização internacional. Esse comitê, reunido em Paris em março-abril de 1946, foi integrado por 16 especialistas em saúde pública e representantes de quatro organizações in-

---

<sup>26</sup> Para o estudo da primeira fase da Sociedade Brasileira de Higiene, ver Madel Luz (1979).

ternacionais de saúde. Hugh Cumming e Aristides Moll assistiram ao evento na qualidade de Diretor e Secretário da “Organização Sanitária Pan-Americana”, que se converteria no nome oficial da Oficina Sanitária Pan-Americana no ano seguinte.

No mês de julho de 1946, 61 Estados nacionais formaram a Constituição da OMS. O documento consta de um preâmbulo de 19 capítulos com 82 artigos, como carta básica da Organização, estabelecendo o objetivo geral e as estruturas central e regional, além de definir sua condição jurídica e estipular relações de cooperação entre as Nações Unidas e outras entidades, tanto governamentais como privadas, que se ocupavam de temas de saúde.

Não foi simples o estabelecimento do papel a ser desempenhado e a garantia de alguma autonomia de ação à OPAS. Um fator decisivo foi o aumento de seu orçamento com base na elevação das contribuições dos países latino-americanos, principalmente a Argentina, o Brasil e o México. A capacidade de sustentação da OPAS, em contraste com o exíguo orçamento da OMS, pesou efetivamente na negociação entre as duas entidades. Em julho de 1948, durante a 2ª Assembléia Mundial de Saúde, firmou-se acordo entre o diretor geral da OMS, Brock Chisholm e Fred Soper, diretor da OPAS, pelo qual esse organismo, sem perda de sua identidade, converteu-se em Oficina Regional para as Américas da OMS (OPAS, 1992; Soper, 1977).

## **O período de Fred Soper**

Já mencionei a experiência de Fred Soper no Brasil, onde atuou durante vinte anos nas atividades da Fundação Rockefeller, representando-a, no país, a partir de 1930. Em suas *Memórias*, evidencia-se a importância desse período em sua trajetória profissional e de como aprendera com as campanhas contra o *Aedes aegypti* e o *Anopheles gambiae*, algo que seria crucial para atividades posteriores no continente africano (Soper, 1977).

Fred Soper estabeleceu forte interação com sanitaristas brasileiros, como Clementino Fraga, Belisário Pena e João de Barros Barreto, e pode-se afirmar que suas atividades, segundo modelo de ampla cobertura territorial e vigilância sanitária estrita, apresentavam afinidades com a centralização da administração pública durante o Governo Vargas.

Uma das questões controversas na gestão da saúde pública brasileira consistia na organização de serviço próprio de combate à febre amarela em São Paulo, a despeito do acordo entre a Fundação Rockefeller e o governo federal prever o controle em todo o território nacional. Em 1938, após entendimentos entre Soper e Getúlio Vargas, o interventor de São Paulo, Ademar de Barros, estabeleceu que as ações de combate à febre amarela ficariam subordinadas à Comissão do Serviço de Febre Amarela. Segundo Soper (1977: 131),

E assim Getúlio Vargas, em 1938, estabeleceu um serviço de febre amarela para todo o Brasil. Repetidamente os que lutaram contra a febre amarela – Oswaldo Cruz, em 1910, Teófilo Torres, em 1918, e Clementino Fraga, em 1929 – tinham falhado em superar a resistência de governos estaduais em se associar à liderança nacional para a solução do problema. Trinta e sete anos depois de Emilio Ribas ter indicado o caminho para a erradicação da febre amarela em São Paulo, o estado passou a integrar um programa nacional.

Em seu diário, inúmeras reminiscências e reprodução de diálogos com políticos e sanitaristas brasileiros reforçariam a impressão da mencionada afinidade eletiva entre certo modelo de ação em saúde pública, notadamente no combate a doenças transmissíveis por vetores, e a centralização política – ponto sem dúvida controverso e que mereceria análise mais aprofundada. De todo modo, cabe ressaltar a importância das relações com o governo federal e os sanitaristas brasileiros e de como isto interferiria no momento posterior quando Fred Soper assumiu a direção geral da OPAS.

A eleição de Soper para esse cargo ocorreu na cidade de Caracas, em 1947, durante a XII Conferência Sanitária Pan-Americana, na qual o tema

da nova organização internacional em matéria de saúde dominou o debate. Nesse fórum, ocorreram mudanças importantes em termos da estrutura e instâncias decisórias e da agenda de questões prioritárias. Desde então, a Conferência Sanitária Pan-Americana, além de traçar diretrizes de política sanitária para o continente americano, passou a atuar como Comitê Regional da Organização Mundial da Saúde, contando com a participação de dirigentes desse organismo. A Oficina Sanitária Pan-Americana transformou-se em Organização Sanitária Pan-Americana, constituída pelos seguintes organismos:

1) a Conferência Sanitária Pan-Americana, corpo diretor supremo, com atribuições de decidir sobre políticas e eleger o diretor, composta de representantes dos governos-membros e reunindo-se a cada quatro anos;

2) o Conselho Diretor, também composto pelos governos-membros, reunindo-se nos anos em que não se realizasse a conferência, e com atribuições similares;

3) o Comitê Executivo, inicialmente composto de sete governos-membros, eleitos pelo Conselho Diretor ou pela Conferência para mandatos de três anos em forma alternada, que deveria reunir-se regularmente duas vezes por ano e com funções de acompanhar o trabalho da Secretaria e preparar as reuniões do Conselho ou da Conferência;

4) a Oficina (Repartição) Sanitária Pan-Americana, que deixava de ser uma junta ou conselho para ser a Secretaria Executiva da Organização, sob o comando e responsabilidade do diretor, seguindo as orientações e decisões dos governos por meio da Conferência, do Conselho ou do Comitê Executivo.

É interessante observar a composição dessas instâncias, segundo a deliberação da XII Conferência:

- Conselho Diretivo: reunião anual com representante de cada país.
- Comitê Executivo: Brasil – Heitor Pragues Froes; Costa Rica – Solón Nunez; Cuba – Luiz Espinosa; EUA – Thomas Parran; México – Ignacio Morones Prieto; Uruguai – Enrique Claveaux.

- Oficina: Hugh Cumming (diretor emérito), Fred Soper (diretor), John Murdock (subdiretor) e Miguel Bustamante (secretário geral).
- Membros de honra: Peru – Carlos Paz Soldán; Guatemala – Luis Gaitas; México – Manuel Martínez Bási; Brasil – João de Barros Barreto; Venezuela – Eugenio Fernandez.

No que se refere à mudança na pauta de temas prioritários, destacam-se a inclusão e o relevo conferido a temas como organização de serviços nacionais de saúde, zoonoses, saúde dos trabalhadores, migrações, alimentos, fármacos e as relações entre a saúde pública e os seguros sociais. A saúde materno-infantil seria objeto da Declaração de Caracas que estabelece “os direitos da criança a uma vida saudável e à saúde”. Outra área que viria a se desenvolver com maior intensidade após a Conferência é a de engenharia sanitária, consistindo o saneamento básico tema central da cooperação técnica efetivada pela OPAS, especialmente a partir da década de 1950. Em 1948, criou-se a Associação Interamericana de Engenharia Sanitária.

No plano das novas relações internacionais, ao lado das bases em que se deveria firmar acordo com a OMS, o outro tema prioritário, a esse intrinsecamente relacionado, foi a sustentação financeira da Organização, diante de um orçamento historicamente reduzido e também, como vimos, das novas relações que se estabeleciam com o governo dos Estados Unidos. Após intenso processo de negociação com os governos, o orçamento de US\$ 85.000, em 1947, alcançou a cifra de US\$ 1.300.000, em 1948. Tal ampliação orçamentária foi decisiva para a negociação do acordo com a OMS. O orçamento estava baseado em uma cota de contribuição dos países de US\$ 1,00 por 1.000 habitantes, acrescida de contribuição voluntária dos seguintes países: Argentina (US\$ 400.000), Brasil (US\$ 260.000), Chile (US\$ 1.900), República Dominicana (US\$ 5.000), El Salvador (US\$ 2.500), México (US\$ 200.000), Venezuela (US\$ 75.000), Uruguai (US\$ 50.000).

Em informe apresentado à 2ª reunião do Conselho Diretivo da Organização Sanitária Pan-Americana (México), Soper (1948) destacou a ampliação

dos objetivos e finalidades da OPAS, a partir da XII Conferência Sanitária Pan-Americana. A Oficina deveria acrescentar a seu programa os aspectos médico-sanitários e de assistência médica e seguridade social, assim como deveria atuar como a Oficina Regional da Organização Mundial da Saúde no Hemisfério Ocidental, sobre a base de um acordo que se negociaria com a Organização.

Não obstante a ampliação da agenda, a febre amarela continuou como tema prioritário do Brasil ao menos nos três primeiros anos da gestão de Soper. Na reunião do Conselho Diretivo da Organização Sanitária Pan-Americana, celebrada em Buenos Aires em 1947, Heitor Prager Froes, Diretor geral do Departamento Nacional de Saúde e delegado do Brasil, apresentou o projeto da Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes aegypti*, que recomendou os seguintes pontos: 1) ser realizada mediante acordo entre os representantes dos interessados e abranger todos os países ou regiões em que existisse o *Aedes aegypti*; 2) ser realizada sob os auspícios da Oficina Sanitária Pan-Americana, que faria os acordos necessários, encarregando-se de reunir o pessoal técnico necessário e formar novos técnicos; 3) o financiamento se faria, quanto possível, pelos países ou regiões interessados.

As recomendações foram precedidas de uma análise da situação dos diversos países latino-americanos e dos Estados Unidos com respeito à presença de vetores da doença. Durante as décadas de 1950 e 1960, em reuniões das instâncias deliberativas da OPAS e em informes e artigos publicados no *Boletim*, a erradicação do *Aedes aegypti* constava como uma das principais preocupações para a cooperação interamericana em saúde. Também no que se refere a essa importante atividade, ocorreram tensões e divergências entre a direção da OPAS e o governo norte-americano. Em mais de uma oportunidade, Fred Soper acentuou os obstáculos para a erradicação do mosquito, lembrando o fato de os EUA terem se recusado sistematicamente a participar da campanha continental de erradicação do *Aedes aegypti* (*Bosp*, v. 55, ano 42, set. 1963).

A ampliação da agenda não implicava perda de importância do combate a doenças transmissíveis, acompanhando, ademais, tendência histórica no campo da saúde pública. O próprio Fred Soper (1948: 987) diria a respeito:

Historicamente, as organizações internacionais de saúde devem em sua maior parte sua existência às enfermidades pestilenciais, à febre amarela, varíola, cólera, peste e tifo, e uma grande parte do Código Sanitário está dedicado à regulamentação relativa a essas enfermidades por tanto tempo quanto continuem existindo essas enfermidades, forçosamente constituirão uma responsabilidade primordial da organização sanitária regional.

A XIII Conferência, realizada em São Domingos, em 1950, adotou resoluções sobre estatística, educação sanitária em áreas rurais, controle de diarreias infantis e erradicação da malária. A última resolução foi acompanhada pela prescrição de fundos especiais ao orçamento de 1955, destinados à intensificação das atividades antimaláricas.

Questões orçamentárias e político-administrativas dominaram a pauta da XIV Conferência, realizada em Santiago do Chile, em 1954. Aprovaram-se o orçamento da Oficina, o projeto de programa e orçamento da região das Américas da OMS, assim como a renovação do mandato e da designação do mesmo diretor para a Oficina Sanitária Pan-Americana e para a Oficina Regional da OMS. Declarou-se, então, a erradicação da malária como meta prioritária. Quatro anos mais tarde, durante a XV Conferência Pan-Americana de Saúde, seria eleito o primeiro latino-americano para a direção geral da entidade. No que se refere à participação de brasileiros nas instâncias decisórias da OPAS, verifica-se a presença de Heitor Pragues Froes, no Comitê Executivo, e de Marcolino Candau, que, de 1952 a 1953, ano em que é eleito diretor geral da OMS, exerceu o cargo de vice-diretor do organismo interamericano de saúde.

Não só a relação com a OMS foi tema freqüente durante a gestão de Fred Soper na OPAS. Também a criação da Organização dos Estados Americanos (OEA) resultou em intenso debate sobre o grau de autonomia desejável para a entidade dedicada à saúde. Em 1950, firmou-se acordo entre a OEA e a OPAS que reconheceu formalmente a última como agência especializada de saúde do Sistema Interamericano. Após essa medida, com o apoio do governo dos Estados Unidos e das Fundações Kellogg e Rockefeller, instalou-se a primeira sede própria da Organização.

Em termos do ensino médico, durante o período ocorreram duas importantes reuniões sobre o papel das ciências sociais, que teriam implicações nas décadas de 1960 e 1970. Tratava-se de discutir sua importância no processo de saúde, tendo como referência o ensino da medicina social.

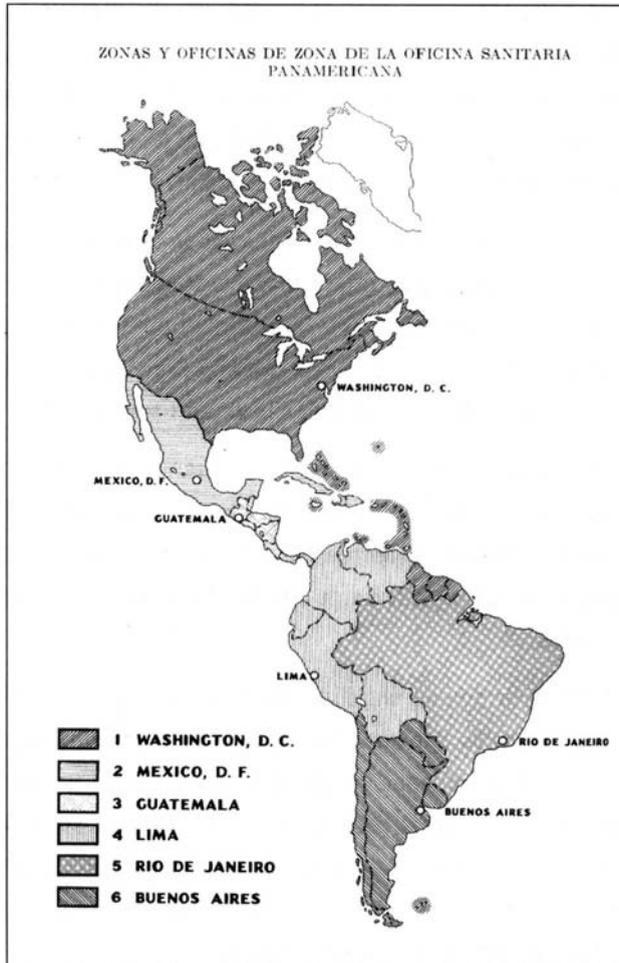
Outra mudança importante foi a definição de divisões administrativas e programas continentais. Criaram-se a Oficina do Diretor; a Divisão de Saúde Pública – com subsetores de fomento à saúde, saneamento ambiental, doenças transmissíveis – e dois programas – erradicação do *Aedes aegypti* e erradicação da malária. Estabeleceram-se as divisões de administração e de educação e treinamento.

A cooperação técnica nos países e a implementação de programas continentais foram favorecidas por duas medidas: a criação de novos centros pan-americanos e a regionalização da Oficina com a criação de zonas descentralizadas. Ambas trouxeram importantes contribuições para o Brasil, devido à criação do Centro Pan-Americano de febre aftosa, em 1951, no Rio de Janeiro, e da Zona V da Oficina para cuidar dos assuntos relativos ao país. Incluíam-se também entre os Centros Pan-Americanos – o Instituto de Nutrição de Centro América e Panamá (INCAP) na cidade de Guatemala, criado em 1946, e o Centro Pan-Americano de Zoonoses (CEPANZO) atual Instituto Pan-Americano de Proteção dos Alimentos e Zoonoses (INPPAZ), inaugurado em Buenos Aires, em 1956.

## **Criação do Escritório da Zona V da Repartição Sanitária Pan-Americana**

A regionalização das atividades da Oficina consistiu em importante modificação introduzida durante a administração de Soper. Foram criadas seis oficinas de zonas descentralizadas: a Zona I, com sede em Washington, para os Estados Unidos, Canadá e territórios sem governo próprio; a Zona II, na cidade do México, para Cuba, República Dominicana, Haiti e México; a Zona III, na cidade de Guatemala, para Honduras Britânica, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá; a Zona IV, em Lima,

para Bolívia, Colômbia, Equador, Peru e Venezuela; a Zona V, no Rio de Janeiro, para o Brasil; e a Zona VI, em Buenos Aires, para Argentina, Chile, Paraguai e Uruguai (OPAS, 1992; Courtney, 1954).<sup>27</sup>



<sup>27</sup> As informações foram extraídas do *BOSP* (v. 36, ano 33, n.5, maio. 1954) e referem-se ao período de atuação de Kenneth Courtney, segundo artigo de sua autoria.

Em julho de 1951, foi firmado convênio entre a OPAS e o governo do Brasil, que estabeleceu o Escritório de Zona para representar a OPAS no país. O primeiro representante, Kenneth Courtney, foi designado em outubro do mesmo ano. De 1954 a 2002, atuaram como representantes do organismo no país: Hector Argentino Call, Donald Damude, Santiago Renjifo, Raul Vera, Vasquez Vigo, Jorge Athins, Manuel Sirvent-Ramos, Frederico Bresani, Carlos Davila, Florentino Garcia Scarponi, Francisco Salazar, Enrique Najera Morrondo, Ramon Alvarez Gutierrez, Hugo Villegas, Rodolfo Rodrigues, David Tejada, Armando Lopez Scavino e Jacobo Finkelman.

A montagem do Escritório de Zona da OPAS no Brasil ocorreu no mesmo período em que o país criava uma pasta autônoma para a área, o Ministério da Saúde, criado em 1953. Da estrutura do ministério faziam parte o Departamento Nacional de Saúde, o Serviço Especial de Saúde Pública, o Departamento Nacional da Criança e o Instituto Oswaldo Cruz.

O Escritório da Zona V, além de assessorar as autoridades sanitárias federais e estaduais, prestou assistência na obtenção de materiais e equipamentos de saúde pública e colaborou em diversos programas, com destaque para o programa de febre amarela, a criação do PANAFIOSA e o programa de bolsas de estudos.

Em 1950, firmou-se um convênio entre o Departamento Nacional de Saúde e a Repartição Sanitária Pan-Americana, estabelecendo cooperação com vistas a uma campanha continental contra a febre amarela. O Instituto Oswaldo Cruz e o Serviço Nacional de Febre Amarela do Departamento Nacional de Saúde do Brasil, por meio da OPAS, proporcionariam serviços patológicos, sorológicos e de diagnóstico, como também forneceria vacinas contra febre amarela para uso nas Américas.

A criação do Centro Pan-Americano de Febre Aftosa – Regional 77 – representou outro marco importante nessa nova fase de relação entre a OPAS e o Brasil. Com verbas designadas pelo Conselho Econômico e Social da Organização dos Estados Americanos e a aceitação da oferta do Brasil para

sediar o novo organismo, instalou-se, em 1951, com a incumbência de proporcionar: 1) serviços de diagnóstico aos países que enviassem amostras; 2) serviços de assessoramento e consulta aos países latino-americanos que encaminhassem pedidos de assistência em programas de combate à febre aftosa ou prevenir sua introdução nos respectivos territórios nacionais; 3) cursos de adestramento aos veterinários dos Departamentos de Agricultura dos diversos países da América Central, Antilhas e América do Sul no campo da prevenção, diagnóstico e profilaxia da febre aftosa. (A criação e as conquistas da PANAFOTSA são apresentadas em texto complementar, que se integra a este capítulo).

Deve também ser destacado o programa de bolsas de estudo concedidas a médicos, engenheiros, enfermeiros, veterinários e técnicos de laboratório brasileiros para estudos no país ou no exterior, assim como de estrangeiros para estudos no Brasil. Igualmente importantes foram os Programas de Higiene Materno-infantil, em cooperação com a UNICEF, e de Adestramento em Sorologia de Doenças Venéreas, em cooperação com a Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Courtney, 1954).

## **Sob o signo do desenvolvimento e da medicina social: as relações entre o Brasil e a OPAS no período 1958-1982**

Uma das mais importantes transformações ocorridas na sociedade brasileira durante a segunda metade do século XX consistiu no processo de urbanização. Ainda rural em 1960, duas décadas mais tarde tornara-se o Brasil um país de população predominantemente urbana. Esse percentual, que era de 31,2% em 1940, passou a 44,7% em 1960, e a 67,6% em 1980, com sensível aumento na velocidade da mudança na década de 1960, quando se deu a efetiva inclusão do país na faixa das nações urbanas (Santos, 1985). Tal processo influenciou as condições ambientais

e sociais das cidades, dado seu impacto na infra-estrutura de serviços públicos e nas condições de saúde, trabalho e habitação.

Esse quadro suscitou os debates sobre as políticas de saúde nas décadas de 1960 e 1970, intensificando os estudos sobre pobreza urbana e suas relações com temáticas sanitárias. Com ritmo e características próprias, outros países latino-americanos enfrentaram o mesmo dilema de promover o desenvolvimento e garantir acesso aos bens e serviços básicos. A OPAS desempenhou papel de destaque nesse processo, inclusive ao participar ativamente da própria definição do que deveria ser considerado desenvolvimento, bens e serviços básicos e qualidade de vida.

No plano político, a experiência de regimes autoritários marcaria por longo período os países latino-americanos. De 1964 a 1985, viveu o Brasil sob a égide de governos militares, que implementaram um modelo de Estado altamente centralizado, além de planos de desenvolvimento que trariam significativo impacto para a estrutura econômica e social do país. A análise desse complexo processo vem sendo realizada de forma consistente em estudos de especialistas de diferentes áreas disciplinares, ainda que nem sempre as questões referidas às suas implicações para os processos de saúde/doença e qualidade de vida mereçam tratamento mais sistemático e aprofundado.

Em termos do quadro internacional, a região das Américas experimentou grande expansão econômica de fins da década de 1950 até meados da década de 1970, quando os efeitos da crise mundial trouxeram importantes resultados adversos, com altas taxas de inflação e redução no ritmo do crescimento. Vale lembrar que o período foi dominado pela chamada Guerra Fria e pelo impacto no continente americano da Revolução Cubana. Note-se que a OPAS/OMS foi a única organização regional a não excluir Cuba de seus quadros, além de apoiar e utilizar a experiência desse país nas áreas de desenvolvimento tecnológico em saúde e de ações assistenciais, como o programa de médico de família (Macedo, 1977).

A intenção desta seção não consiste em proceder ao inventário das múltiplas iniciativas adotadas pela OPAS no período, ou mesmo elencar todas as ações do organismo que se relacionam com idéias, projetos e políticas de saúde no Brasil. Mais uma vez, não podendo fazer justiça à diversidade de temas pertinentes para os propósitos deste trabalho, elegeram-se algumas questões concernentes à história institucional e sua interface com importantes iniciativas que ocorreram no país. Para tanto, inicialmente apresento as diretrizes centrais durante as gestões de Abrahan Horwitz e Héctor Acuña, com ênfase nas resoluções e iniciativas referidas aos programas de maior impacto para o Brasil.

Em um segundo momento, destaco a importância das atividades iniciais do Programa Ampliado de Imunizações, estabelecido formalmente nas Américas em 1976. Ao fazê-lo, considero tanto a importância de seus resultados para a saúde do Brasil e das Américas, como a experiência peculiar do Brasil no programa de erradicação da varíola e, principalmente, o que revela da potencialidade de ações coletivas em âmbito continental.

As realizações no campo dos recursos humanos e, fundamentalmente, a influência na consolidação da perspectiva da medicina social são, a seguir, examinadas. Experiências institucionais inovadoras no Brasil, principalmente na criação de cursos de pós-graduação, são ressaltadas ao mesmo tempo que se registram suas afinidades com a gestação do movimento sanitário de fins da década de 1970. No que se refere a esse amplo campo de atividades, destaca-se finalmente a visão estratégica sobre o conhecimento e a atualização bibliográfica e desenvolvimento de consistente programa de informação. A criação, os propósitos e perspectivas da BIREME são ressaltados em texto complementar, que se integra a este capítulo.

Tomando como pontos fundamentais os temas do desenvolvimento e da medicina social, pretende-se destacar a forma como a agenda proposta pela OPAS, ao mesmo tempo, influenciou e se forjou a partir de forte interação com instituições e intelectuais brasileiros. Um espaço institucional de funda-

mental importância nesse processo foi o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), criado em 1975 por convênio entre o governo brasileiro e a OPAS.

## **Sob o signo do desenvolvimento**

O conceito de desenvolvimento encontra-se entre os que mais definições, revisões e qualificações recebeu. Desenvolvimento – econômico, social, humano, sustentável: são termos que se sucederam desde o final da década de 1950 e que também levariam, cada um deles, a um inventário de múltiplos significados e concepções divergentes. No início dos anos 1960, dominava o debate teórico e prático em áreas diversas do conhecimento e da implementação de políticas e teve presença marcante na proposta da saúde como um direito.

A qualificação do desenvolvimento como econômico e social orientou a Carta de Punta del Este, firmada, em 1961, em reunião especial do Conselho Interamericano Econômico e Social. O documento definiu dois objetivos gerais: aumentar a esperança de vida em no mínimo cinco anos e ampliar a capacidade para a aprendizagem e a produção mediante o melhoramento da saúde individual e coletiva. Como objetivos específicos, estabeleceu o abastecimento de água e saneamento, a redução da mortalidade infantil, o controle das enfermidades transmissíveis, melhoras na nutrição, capacitação e desenvolvimento de pessoal de saúde, fortalecimento de serviços básicos e intensificação da investigação científica (OPAS, 1992).

O documento reconhecia a saúde como componente essencial do desenvolvimento, enfatizando a necessidade do planejamento, sob a condução do Estado, para a consecução dos objetivos nacionais de bem-estar, democracia e segurança. Em termos políticos e estratégicos, deu fundamentos para a Aliança para o Progresso, proposta pelos EUA, para a cooperação regional e para a legitimação, civil e política, da doutrina de segurança nacional desenvolvida pelo Colégio Interamericano de Defesa. Um ano antes,

reunião realizada em Bogotá já havia contribuído para esse processo mediante o estabelecimento de Fundo para o Desenvolvimento Econômico e Social.

Em 1963, a OPAS convocou uma reunião de ministros de saúde com a missão de estabelecer o Plano Decenal de Saúde Pública para as Américas, calcado na compreensão da saúde como problema técnico, social, econômico, jurídico e cultural. Estabeleceu-se também associação com o Banco Interamericano de Desenvolvimento denominado por Abrahan Horwitz “Banco de saúde”, o que permitiu o investimento em programas de saúde no continente durante as décadas de 1960 e 1970 (OPAS, 1992).

Outra associação freqüente estabeleceu-se entre saúde e riqueza e doença e pobreza. O tema não era novo, mas tendia a prevalecer a idéia de que o desenvolvimento econômico, ao promover um ambiente social adequado, implicaria aumento da expectativa de vida e de melhores condições de saúde física, mental e social. Note-se que durante a década de 1960, entre as teses sobre desenvolvimento que influenciavam os debates nos organismos internacionais de saúde, destacam-se as do economista sueco Gunnar Myrdal. Para ele, o êxito dos programas de saúde dependia do desenvolvimento simultâneo de outros programas, como o aumento da produção agrícola, a melhoria da educação e a redução da pobreza absoluta (Myrdal, 1968).

A associação entre urbanização intensa, pobreza e doença era constante, reeditando, em novas bases, o impacto do fenômeno urbano do século XIX a que nos referimos no início deste capítulo. Muitos pronunciamentos do diretor geral da OMS, Marcolino Candau, referem-se a esse problema. Aliás, sua gestão no organismo mundial de saúde também mereceria análise mais aprofundada, uma vez que o sanitarista brasileiro permaneceu no cargo por vinte anos e vinha de uma experiência, já mencionada, de organização de ações de saúde no Brasil e na vice-direção da OPAS. Os balanços históricos sobre a OPAS tendem a conferir maior atenção a relações entre os dois organismos no período em que essas foram particularmente difíceis, antes da assinatura do acordo que a definiu como Oficina regional da Américas, em 1949.

Na América Latina, a CEPAL desempenhou papel de relevo ao problematizar o conceito de desenvolvimento como equivalente a crescimento econômico, sem que mudanças estruturais fossem propostas. Inúmeras críticas foram formuladas, desde então, quer às perspectivas que conferiam ao termo o sentido de progresso linear, ou de mudança nos países 'retardatários' sob o impulso das nações já desenvolvidas, quer à pertinência do conceito alternativo de dependência e às possibilidades explicativas dessa teoria para os países latino-americanos. Para os propósitos deste trabalho, trata-se de acentuar o intenso clima de debates teóricos e políticos e de como os organismos internacionais de saúde atuaram de forma efetiva nesse processo.

No Brasil, durante as décadas de 1950 e 1960, uma das mais importantes correntes de pensamento em saúde pública ficou conhecida como sanitarismo desenvolvimentista. De acordo com Eliana Labra (1988), suas principais características encontravam-se na crítica ao modelo campanhista e à inversão dos termos propostos pelo movimento sanitarista da Primeira República que enfatizara o papel da saúde no progresso nacional e na própria formação da nacionalidade brasileira. Para o sanitarismo desenvolvimentista, "o nível de saúde de uma população depende em primeiro lugar do grau de desenvolvimento econômico de um país" (Labra, 1988). Reunindo intelectuais como Mario Magalhães da Silveira, Samuel Pessoa e Josué de Castro, esta concepção predominou durante a III Conferência Nacional de Saúde e é vista, pelo movimento sanitarista mais recente, como precursora das propostas posteriores de reforma do setor saúde e das teses consagradas durante a VIII Conferência.

De acordo com Madel Luz (1979: 43), essa corrente conseguiu formular:

definições básicas sobre como deveriam ser os Planos de Saúde, tendo por base uma filosofia de ação calcada na demonstração das relações entre saúde e economia, necessidade de uma estrutura permanente de saúde, definição de que essa estrutura deveria ser de responsabilidade municipal embora com assistência técnica e mesmo financeira de outras esferas de governo.

Propostas de ação informadas pelo binômio saúde e desenvolvimento orientaram as atividades da OPAS na gestão de Abraham Horwitz. É interessante observar que nessa equação a perspectiva da instituição foi inovadora ao incluir como temas prioritários o saneamento e o ambiente. Após a segunda reunião de ministros da Saúde, realizada em Buenos Aires, em 1968, a OPAS, que já atuava como principal organismo de cooperação técnica para água potável e saneamento, criou o Centro Latino-Americano de Engenharia Sanitária. Como uma das iniciativas relacionadas a essa cooperação, realizou-se no Brasil, em 1969, inquérito sobre abastecimento de água e serviços de esgoto em capitais brasileiras. A defesa de uma concepção mais ampla que não se restringisse ao saneamento motivou a criação do Centro Pan-Americano de Ecologia Humana de Saúde (ECO), com sede no México, em 1974. O sentido mais amplo das relações entre ambiente e saúde foi contemplado a partir da década de 1980 com o apoio, entre outras iniciativas, à criação dos Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana na Fundação Oswaldo Cruz.<sup>28</sup>

Em 1972, a 3ª reunião especial de ministros da Saúde, em Santiago do Chile, aprovou o Segundo Plano Decenal de Saúde para a Região. Seu eixo fundamental está constituído pela afirmação da saúde como um direito fundamental do indivíduo e das populações, a responsabilidade dos Estados em assegurar esse direito a todos e a estratégia de expansão das coberturas com serviços de saúde visando à sua universalidade. O Plano estabeleceu novas metas para 1980: população urbana – 80% com água potável e 70% com esgotos sanitários – e população rural – 50% para água potável e sistema de esgoto (OPAS, 1992).

Ao longo da gestão de Horowitz, intensificaram-se os programas de bolsas de estudo e diversas outras iniciativas destinadas à formação de recursos humanos. Algumas políticas haviam sido esboçadas anteriormente no período em que atuou como coordenador de educação e treinamento da

---

<sup>28</sup> Depoimento de Jacobo Finkelman, concedido a Nísia Trindade Lima para o Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, 2002.

OPAS.<sup>29</sup> Em 1972, foi criado o Programa Especial de Pesquisa, Desenvolvimento e Treinamento em Reprodução Humana.

No campo da formação profissional e ensino, o Programa de Livros-Texto da OPAS tornou acessível a estudantes e professores literatura especializada. As metas de divulgação da informação, de modo sistemático e altamente profissionalizado, já haviam levado ao estabelecimento, em 1967, em São Paulo, da Biblioteca Regional de Medicina e Ciências da Saúde (BIREME), que estabeleceu uma rede pan-americana de informação biomédica e social (OPAS, 1992). Durante esses 35 anos, a BIREME tem desempenhado papel importante, inclusive na intensificação das trocas intelectuais e do intercâmbio de bibliografia e informações entre o Brasil e os demais países latino-americanos.

Com o objetivo de adaptar a tecnologia docente à política de saúde e ao sistema de saúde em cada país, a Organização apoiou a criação do Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional para a Saúde (CLATES) no Rio de Janeiro. Um ano mais tarde, seria fundado novo CLATES no México. Esses centros passaram a ser financiados pelos próprios países e o implantado no Rio de Janeiro deu origem ao atual Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde (NUTES/UFRJ). Em 1973, também com o apoio da OPAS, da Fundação Kellog e da Financiadora de Projetos (FINEP), criou-se o curso de pós-graduação em medicina social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Na área das doenças transmissíveis, a erradicação do *Aedes aegypti* continuou como meta do organismo, mas, a julgar por alguns artigos publicados no *Boletim*, não apresentava resultados muito animadores (Soper, 1968). A maior realização, no que se refere a essas doenças, consistiu na erradicação da varíola. Em 1973, a 22ª reunião do conselho diretor da OPAS declarou a varíola erradicada nas Américas. A erradicação mundial da varíola foi anunciada pela OMS em 1979; na América, a primeira resolução da OPAS sobre erradicação data de 1952.

---

<sup>29</sup> Depoimento de José Roberto Ferreira, concedido a Nísia Trindade Lima para o Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, 2002.

O estabelecimento do Programa Ampliado de Imunização (PAI) nas Américas viria a ser uma das principais iniciativas do novo período de gestão da OPAS, com a eleição, em 1974, pela XIX Conferência Sanitária Pan-Americana, de Héctor R. Acuña, do México. Em 1976, o PAI foi estabelecido nas Américas com o objetivo de ampliar a cobertura vacinal dos grupos mais suscetíveis à poliomielite, ao sarampo, ao tétano, à coqueluche, à difteria e à tuberculose (Macedo, 1977).

Em 1977, a Assembléia Mundial de Saúde aprovou o PAI; em larga medida, uma decorrência do sucesso da erradicação da varíola e de avanços no desenvolvimento tecnológico e produção de vacinas. O Programa foi criado pelos governos membros da OMS para coordenar os esforços de promoção e apoio do uso de vacinas em todo o mundo. Na mesma Assembléia, declarou-se a meta de “saúde para todos no ano 2000”.

Outras iniciativas adotadas em 1975, no âmbito da OMS, teriam importância para o alcance desse objetivo. A preocupação com os ainda altos índices de mortalidade infantil determinou o estabelecimento do Programa Mundial de Luta contra as Diarréias que estabelece a utilização de soluções para reidratação oral. Nessa mesma Assembléia, foram adotados o conceito de medicamentos essenciais e a utilização de genéricos para os produtos sem proteção de propriedade, definindo-se ainda a estratégia da Atenção Primária à Saúde.

## **Erradicação da varíola e Programa Ampliado de Imunização**

A erradicação da varíola consiste em tema de grande interesse para os estudiosos dos fenômenos da saúde coletiva e os gestores dos sistemas de saúde. Resultado do esforço articulado de diferentes atores institucionais, revela ainda forte associação entre conhecimento epidemiológico e ações de saúde pública. Uma das primeiras doenças a ser combatida por meio da

vacinação, apenas durante a década de 1950 passou a varíola a figurar nas resoluções da OPAS em termos de uma meta de erradicação. Não foram poucas as controvérsias científicas sobre o tema. Registre-se, por exemplo, o intenso debate sobre a univacinação durante a IX Conferência Pan-Americana de Saúde. Os estudos históricos têm demonstrado o quanto foi difícil estabelecer a vacina como fato científico, algo que não se resume aos episódios de reação popular como a Revolta da Vacina do início do século XX.

Na década de 1960, o Brasil era o único país das Américas ainda endêmico com relação à varíola. Nesse período, a iniciativa da OMS de erradicar a doença teve muitas implicações para o país, instituindo-se em 1966, por Decreto Federal, a Campanha de Erradicação da Varíola. O apoio da OPAS às ações então implementadas ocorreu em diversas linhas de assistência técnica, em conformidade com o programa da OMS: produção e controle de qualidade de vacinas, consultoria técnica, veículos e equipamentos de vacinação.<sup>30</sup>

A Campanha de Erradicação da Varíola, realizada de 1966 a 1973, teve importante impacto para as ações de controle de doenças transmissíveis no Brasil. Por um lado, contribuiu para a formação de quadros profissionais com experiência no planejamento e execução de programas de vacinação e em atividades de investigação epidemiológica. Por outro, no plano da organização das ações de saúde, permitiu a inserção dessas atividades nas secretarias estaduais de saúde, mediante a criação de unidades de vigilância epidemiológica apoiadas pela Fundação SESP. A experiência acumulada contribuiu para a formulação e execução do Plano Nacional de Controle da Poliomielite (1971-1973), do Programa Nacional de Imunizações (1973) e da Campanha Nacional de Vacinação contra a Meningite Meningocócica (1975).

O Plano Nacional de Controle da Poliomielite baseava-se na realização de campanhas de vacinação em um só dia, em âmbito estadual. Apesar

---

<sup>30</sup> Agradeço a João Baptista Risi Jr. pelas informações e comentários a respeito desta seção.

de nem todos os estados terem sido cobertos, tal experiência fundamentou a estratégia de “dias nacionais de vacinação” implantada no Brasil a partir de 1980. A criação do Programa Nacional de Imunizações (PNI) ocorreu ao mesmo tempo em que se extinguia a Campanha de Erradicação da Varíola e se incorporavam ao novo programa as atividades de controle da poliomielite. Deve-se registrar que o PNI antecedeu o PAI.

Após a constituição do Programa Ampliado de Imunização pela OPAS/OMS, algumas iniciativas desse organismo desempenharam papel relevante na consolidação do programa brasileiro. Destacam-se, entre elas, o ‘fundo rotatório’ para compra de vacinas, o suporte técnico a diferentes ações, inclusive na área de produção de vacinas, e o desenvolvimento do sistema de refrigeração das vacinas (cadeia de frio), de grande importância em um país com dimensões continentais e grandes contrastes sociais, e também bastante desigual no que se refere à densidade demográfica de suas regiões.

A estratégia de campanhas de vacinação não ocorreu sem suscitar uma série de controvérsias e críticas por parte dos que ressaltavam que as atividades de imunização deveriam ser integradas à atenção básica, centrada na rotina de serviços permanentes, em lugar de serem objeto de programas especiais. Tal concepção predominou tanto no Brasil como na OPAS/OMS durante o período de 1974 a 1979. Nesse período, organizaram-se, também em âmbito nacional, as atividades de vigilância epidemiológica de poliomielite.

A identificação de contradições entre estratégias de campanha e o foco na atenção primária à saúde não se constituiu como uma peculiaridade do sanitarismo brasileiro, encontrando-se presente nos fóruns internacionais organizados pela OPAS/OMS. No âmbito desse organismo, estudo independente realizado na década de 1990 concluiria pela possibilidade de superar perspectivas dicotômicas entre atenção primária e campanhas de imunização, apontando o impacto positivo da campanha de erradicação da poliomielite no desenvolvimento dos serviços de assistência à saúde (OPAS, 1995).

Em 1979, instituíram-se, no Brasil, os “dias nacionais de vacinação contra a poliomielite”, estratégia alvo de críticas segundo a perspectiva já mencionada, tanto por parte de sanitaristas brasileiros como pelos organismos internacionais. A OPAS reconheceu a pertinência e eficácia do programa realizado no Brasil com antecedência em relação à OMS, merecendo destaque a contribuição do país para a decisão, em 1985, de se erradicar a transmissão autóctone de poliovírus selvagens nas Américas. O argumento decisivo foi a demonstração de que, em um país com a dimensão e a complexidade do Brasil, era possível planejar, executar, avaliar e manter a estratégia dos “dias nacionais de vacinação”. Na fase de implementação do plano de erradicação da poliomielite, de 1985 a 1994, foi possível contar com o apoio político, técnico e operacional da OPAS que também favoreceu a ampliação do PNI, com destaque para os resultados alcançados no que se refere ao sarampo.

## **Sob o signo da medicina social**

Propostas sobre a formação de profissionais afinados com novas concepções de saúde pública, que substituíssem o tradicional domínio da higiene, começaram a ganhar corpo na OPAS a partir da década de 1950. Sob a coordenação de Abraham Horowitz, coordenador de educação e treinamento durante a gestão de Fred Soper e, a seguir, diretor geral do organismo, iniciativas importantes ocorreram na formação de recursos humanos e, simultaneamente, na difusão de novas propostas para o ensino médico e para o desenvolvimento de novos modelos de escolas de saúde pública.

Como observa em seu depoimento, José Roberto Ferreira, coordenador de recursos humanos da OPAS, de 1975 a 1986:

Criou-se o Programa de Bolsas de Estudos realmente agressivo, no qual se estabeleceu em Assembléia que 25% do orçamento seria destinado às bolsas. (...) foi talvez a atividade mais importante no campo de formação de pessoal em treinamento de saúde pública e medicina preventiva.

A história da educação e formação profissional na área da saúde na América Latina tem como importante marco o Seminário sobre o Ensino de Medicina Preventiva, realizado em Viña del Mar, no Chile, em 1955. Durante esse evento, foram apresentadas propostas alternativas ao modelo de organização da educação médica proposto no relatório do educador norte-americano Abraham Flexner, predominante no continente americano desde a segunda década do século XX. A partir do Seminário de Viña del Mar, intensificou-se a criação de departamentos de medicina preventiva ou social em vários países.

No Brasil, o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto firmou-se mediante um processo em que os Seminários de Medicina Preventiva e Social organizados pela OPAS exerceram importante influência. A experiência de Ribeirão Preto destacava-se, entre outros aspectos, pela grande importância atribuída à saúde pública em um centro de formação médica. De acordo com o depoimento de José Roberto Ferreira:

o Departamento era muito importante, a tal ponto que conseguiu uma coisa raríssima que nunca mais se projetou em nenhum outro lugar. Ele era um centro de medicina preventiva e responsável por todos os assuntos especiais da Escola. O Hospital (...) era dirigido por um departamento de saúde pública! Era uma coisa rara...

A OPAS, a partir da década de 1960, intensificaria suas ações para promover a reformulação de cursos de saúde pública e difundir abordagens críticas ao modelo de história natural da doença, propondo como alternativa a multicausalidade. A utilização das ciências sociais em saúde receberia forte estímulo, delineando-se tanto uma corrente baseada no movimento preventivista de origem norte-americana, marcada pela ênfase na organização liberal da prática médica, como perspectivas histórico-estruturais que realçavam o papel central a ser desempenhado pelo Estado (Arouca, 1975; Escorel, 1998).

Uma das principais iniciativas nesse contexto foi a realização de ampla pesquisa sobre educação médica na América Latina, coordenada pelo

sociólogo Juan César Garcia, com o apoio da OPAS e da Fundação Milbank. Esse trabalho estimulou a criação de cursos de pós-graduação em medicina social, em diferentes países, e a revisão das abordagens predominantes em centros e institutos de saúde pública. Em 1973, criou-se o primeiro curso de medicina social na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Instituto de Medicina Social – UERJ), com apoio da OPAS, da Fundação Kellog e da principal agência de fomento à pesquisa no Brasil daquele período – a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP). Um ano mais tarde, organizou-se o curso de pós-graduação em medicina social de Xochimilco, na Universidade Autônoma do México (Escorel, 1998; Nunes, 2002).

No início da década de 1980, verificava-se a institucionalização, no Brasil, da abordagem da medicina social, ainda que, naturalmente, comportasse inúmeras clivagens e diferenciações nos planos teórico e político. Encontrava-se representada pelos seguintes centros: os departamentos de medicina preventiva da Universidade de Campinas (UNICAMP) e da Universidade de São Paulo (USP), o Instituto de Medicina Social da UERJ e pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP),<sup>31</sup> na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (Escorel, 1998; Teixeira, 1985). Uma das implicações desse processo foi a incorporação de cientistas sociais aos quadros docentes dessas instituições. No que se refere ao instrumental analítico adotado, pode-se, em um primeiro momento, identificar o predomínio de abordagens marxistas e do pensamento de Michel Foucault.<sup>32</sup>

O estudo de Sarah Escorel (1998) sobre o movimento sanitário brasileiro das décadas de 1970 e 1980 traz importante contribuição ao demonstrar o quanto essa base institucional, em que se verifica o apoio efetivo de organismos internacionais como a OPAS, teve papel decisivo ao constituir a

---

<sup>31</sup> No caso da ENSP/FIOCRUZ, devem ser consideradas as experiências dos Programas de Estudos Socioeconômicos em Saúde (PESES) e o de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicas (PEPPE), implementados com a cooperação entre a Fundação Oswaldo Cruz e a FINEP (Teixeira, 1985).

<sup>32</sup> Para uma crítica da apropriação dessas perspectivas no campo da saúde coletiva, ver o artigo de Rezende de Carvalho & Lima (1992).

base acadêmica, ou universitária, para a articulação do movimento. Tais espaços foram também fóruns de debates para os projetos e teses que viriam mais tarde a ganhar notável visibilidade durante a VIII Conferência Nacional de Saúde. Realizada no período de redemocratização, a Conferência incluiu em seu temário três questões principais: a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial, dando relevo às relações entre saúde e democracia.

No mesmo estudo, apontam-se outros antecedentes do movimento sanitário, especialmente iniciativas vinculadas ao II Plano Nacional de Desenvolvimento, implementado durante o Governo Geisel (1974-1978). Segundo a autora:

Diretamente vinculados ao II PND, surgiram nessa conjuntura três espaços institucionais que podemos chamar de pilares institucionais, estímulos oficiais à estruturação/articulação do movimento sanitário: o setor saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (CNRH/IPEA), a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da OPAS (PPREPS /OPAS). (ESCOREL, 1998)

O Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde/OPAS surgiu como consequência da criação, pelo Ministério da Saúde, de um grupo de trabalho interministerial dedicado a formular propostas na área de formação e distribuição de pessoal de saúde para o II PND. Em 1975, o Governo brasileiro assinou convênio com a OPAS/OMS para implementar as ações de formação e distribuição de pessoal de saúde, criando o PPREPS. Sua condução ficou a cargo de comissão composta por representantes dos ministérios da Saúde e da Educação e Cultura e da OPAS, sob a presidência do secretário geral do Ministério da Saúde – José Carlos Seixas, e secretariadas pelo coordenador do Grupo Técnico do PPREPS, Carlyle Guerra de Macedo.

De 1975 a 1978, o PPREPS desenvolveu projetos de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos com as secretarias estaduais de saúde, de integração docente assistencial, a cargo de universidades e de

tecnologia educacional, executado pelo NUTES/CLATES. A área de desenvolvimento de recursos humanos teve impactos locais expressivos, sobretudo no Nordeste, e desenvolveu-se de forma articulada ao Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) (Scorel, 1998).

Ao acentuar o papel da OPAS na configuração de espaços acadêmicos e na implementação de políticas públicas de formação de recursos humanos na área de saúde, coloco em evidência a contribuição desse organismo para a institucionalização da perspectiva da medicina social no Brasil. Uma segunda dimensão que também deve ser realçada consiste no seu reverso, ou seja, quanto essas experiências repercutiram no desenvolvimento de programas pela OPAS. O compartilhamento com técnicos brasileiros na condução de projetos e os desafios enfrentados na implementação prática de propostas para a saúde consistiram, certamente, em uma base para outras iniciativas da organização.

## **O Brasil e as propostas de promoção da saúde a partir da década de 1980**

*Quando se criou a OPAS seu objetivo manifesto era combater as doenças infecciosas para estimular o comércio entre as nações.*

*Atualmente se proclama a saúde como direito humano e como fundamento da paz entre as nações.*

Carlyle Guerra de Macedo (*Bosp*, v.100, n.1, jan.1986)

A visão retrospectiva sobre a OPAS põe em evidência temas que não seriam observados se nos limitássemos ao conceito mais restrito de saúde. Evitando o risco de anacronismo, uma das constatações que se fazem imperiosas é exatamente o alargamento da agenda da saúde, em grande medida relacionado ao aumento da consciência sobre a interdependência nas sociedades humanas no final do século XX.

A idéia da saúde como direito humano, reiterada nas declarações de todas as conferências e assembléias mundiais, desde Alma-Ata, não tem implicado, entretanto, uma agenda consensual de como lidar com problemas como equidade, justiça e cidadania, centrais para qualquer definição programática no campo da saúde. Entretanto, ao reiterar a concepção da saúde como direito e bem público, a OPAS vem desempenhando importante papel no continente, aliando a essa perspectiva a defesa da paz. De certo modo, pode-se dizer que o organismo seria uma voz dissonante diante da ênfase, no cenário internacional, de propostas que enfatizam o mercado e a focalização e seletividade como fundamentos desejáveis das políticas sociais.

Nesta última seção do capítulo, situarei as relações entre a OPAS e o Brasil desde 1983, período que compreende as gestões de Carlyle Guerra Macedo e George Aleyne. Novamente, a proposta não pode ser a de realizar levantamento exaustivo de todos os planos e realizações, mas sim de selecionar algumas questões centrais para a compreensão das idéias e propostas relacionadas à agenda de saúde no Brasil e nas Américas.

Inicialmente, procurei situar problemas que emergem na década de 1980 e que se expressam nos temas do ajuste estrutural e da redução do papel do Estado na oferta de bens e serviços de natureza social. No caso do Brasil, observam-se algumas tendências que emergem a partir dessas reconfigurações, destacando-se as características peculiares da reforma do setor saúde com a implantação do SUS.

A seguir, apresento as principais diretrizes e programas da OPAS no período, destacando os temas da erradicação da poliomielite nas Américas e da associação entre promoção da saúde e desenvolvimento. De certo modo, retomam-se as questões abordadas na seção anterior, situando-as, entretanto, em um novo contexto.

O 'otimismo sanitário' das décadas de 1950 e 1960 parece ao olhar contemporâneo uma atitude distante da realidade, seja no que se refere aos problemas derivados da crise econômica dos anos 1980, seja diante dos

problemas relacionados às doenças transmissíveis, que, ao contrário dos prognósticos otimistas da década de 1950, continuam a merecer atenção especial nos programas de saúde, inclusive com epidemias de novas doenças como a Aids.<sup>33</sup> Entretanto, ao contrário de propor sua substituição por qualquer modalidade de ‘pessimismo sanitário’, considero que situar esse complexo conjunto de questões em perspectiva histórica contribui para estabelecer um diálogo entre os diversos atores que constroem o campo da saúde coletiva.

## **A agenda da saúde no Brasil e o papel dos organismos internacionais**

A década de 1980 foi marcada por grave crise mundial, cujas consequências em termos de desequilíbrios macroeconômicos, financeiros e de produtividade atingiram a economia internacional. Em resposta a essa crise, verificou-se intenso processo de internacionalização dos mercados, dos sistemas produtivos e da tendência à unificação monetária, cujo resultado foi uma perda considerável da autonomia dos Estados nacionais.

Na América Latina, os efeitos da crise financeira, somados à explosão da crise da dívida externa, levaram a um reforço do modelo que vinha sendo aplicado em alguns países desde meados da década anterior pelo Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o governo americano, no chamado “Consenso de Washington”. Nesse modelo está a proposta de ajuste estrutural, segundo a qual as mudanças deveriam ocorrer através de políticas liberalizantes, privatizantes e de mercado, ou seja, centradas na desregulamentação dos mercados, na abertura comercial e financeira,

---

<sup>33</sup> Refiro-me à discussão e categorização de otimismo e pessimismo sanitários, tal como propostas por Dorothy Porter (1994). A autora associa à concepção histórica de George Rosen a primeira categoria em que se identifica uma afinidade entre processo de industrialização e desenvolvimento da saúde coletiva, bem como entre desenvolvimento da ciência médica e ampliação do direito à saúde. Já o pessimismo sanitário, fundamentado em teses de Michel Foucault, ressaltaria o processo de medicalização e o poder disciplinar dos médicos sobre a sociedade.

na privatização de empresas públicas e na redução da intervenção do Estado na oferta de bens e serviços de natureza social.

À esfera pública caberia uma ação direcionada para os grupos sociais impossibilitados de responder às ofertas de mercado para o provimento desses serviços. No curto prazo, a proposta consistia em diminuir o *déficit* fiscal através da redução do gasto público. Em suma, as políticas de ajuste ocorridas na década de 1980 fizeram parte de um movimento de ajuste global, caracterizado por uma postura hierárquica das relações econômicas e políticas internacionais.

Durante o período, o Banco Mundial e o FMI passaram a formular e difundir uma agenda para a saúde baseada nesses novos princípios. O modo de difusão dessa agenda entre os organismos de cooperação internacional e a diversidade das respostas que vem suscitando não são suficientemente conhecidos e mereceriam análise mais aprofundada.

Contribuição importante é apresentada em estudo realizado por Costa & Mello (1994). Segundo os autores, a partir da década de 1980, o 'paradigma da economia da saúde', baseado nos princípios da focalização e da seletividade, passou a orientar a ação de organismos como o Banco Mundial, contrapondo-se ao tradicional 'paradigma da saúde pública', que orientou historicamente as iniciativas da OPAS, ou a sua associação ao desenvolvimentismo na década de 1950. Entretanto, os efeitos dessa política e sua efetivação não estão dados *a priori*, dependendo da capacidade dos demais atores apresentarem alternativas para os problemas contemporâneos de sustentação das políticas sociais. A questão mais relevante, para os propósitos desta seção, consiste em identificar a possibilidade de dissensos e respostas diferenciadas às propostas de ajuste neoliberal para a área de saúde.

Historicamente a OPAS legitimou-se como organismo de cooperação internacional, a partir da criação de diversos fóruns, nos quais era possível o estabelecimento de uma agenda de saúde pública comum para os países latino-americanos, em que pesem controvérsias científicas e políticas.

As Conferências Pan-Americanas de Saúde e o *Boletim* cumpriram papel importante para a consecução de tais objetivos e influenciaram, pode-se dizer, a gestação de uma cultura institucional e profissional. Não seria demasiado sugerir que, em muitos momentos da história desta instituição, interesses de grupos profissionais e de comunidades científicas tiveram um peso tão relevante quanto os interesses nacionais dos países que a integram. Isso apenas indica a complexidade do tema da formação e difusão de agendas para a área de saúde, o que não pode ser adequadamente avaliado, levando-se em conta apenas as propostas de ajuste econômico. O que mencionei como proposta dissonante está relacionado à importância atribuída por este organismo a princípios como equidade e universalidade de acesso a bens e serviços, que seriam constitutivos do paradigma da saúde coletiva.

É a partir dessa compreensão que pode ser mais bem avaliado o documento "A saúde pública nas Américas", em processo de discussão pelos países do continente (documento da 126ª sessão do Comitê Executivo, 1994). Decorreu de visão particular sobre a reforma setorial da saúde nos países americanos e da proposição de uma metodologia de acompanhamento das 'funções essenciais de saúde pública' em sua relação com o fortalecimento da função dirigente da autoridade sanitária. Seu ponto de partida pode ser identificado na crítica à concentração dos processos de reforma do setor saúde nas mudanças estruturais, financeiras e organizacionais dos sistemas de saúde e de ajustes na prestação dos serviços aos indivíduos. Ressalte-se, entre outros aspectos, a pequena atenção dedicada à saúde pública. Entre os objetivos da iniciativa "A saúde pública nas Américas", destacam-se: promover conceito comum de saúde pública e suas funções essenciais nas Américas; criar metodologia para avaliação; propor um plano continental de ação para fortalecer a infra-estrutura e melhorar a prática de saúde pública.

Outra questão importante consiste na afinidade entre algumas propostas, como, por exemplo, a redefinição do papel do Estado e a descentralização política. A redefinição do papel do Estado vem favorecendo o processo de descentralização, tendo por base a defesa de participação

mais ativa e direta de instâncias estaduais e municipais no processo decisório e na gestão de responsabilidades até então exclusivas do poder central. A redemocratização, iniciada na década de 1980 na América Latina, impulsionou o processo de descentralização política, fiscal e administrativa e de 'restauração' do federalismo, juntamente com o compromisso de melhorar os serviços públicos e de promover a distribuição de renda.

O debate sobre descentralização no âmbito da OPAS resultou na deliberação pelo Conselho Diretor, em 1988, sobre a necessidade de rápida transformação nos sistemas de saúde por meio de estratégia para o desenvolvimento e consolidação dos Sistemas Locais de Saúde (SLOS). Esse projeto tinha por finalidade descentralizar os serviços de prestação primária de saúde com o intuito de alcançar a meta de "saúde para todos", prevendo o aumento da cobertura e a ampliação dos serviços que estavam até então desativados. A OPAS promoveu e apoiou os esforços dos países em criar redes de sistemas locais de saúde que pudessem responder às necessidades específicas das comunidades. Propôs, então, um sistema descentralizado de serviços com três níveis de atenção e recursos que atuassem conjuntamente: 1) nível básico, local ou primário, responsável pelos serviços de saúde da comunidade e pela ampliação da cobertura; 2) nível intermediário ou regional, no qual inclui serviços integrados de prevenção, cura e reabilitação em estabelecimentos hospitalares; 3) nível nacional, que compreende centros médicos e institutos de investigação científica altamente desenvolvidos (*Bosp*, v. 109, n. 5 e 6, nov. e dez. 1990; OPAS, 1992).

No caso específico do Brasil, a federação, como instituição, e, no terreno próprio das políticas sociais, o gasto social como política pública, passaram por profundas transformações trazidas tanto pelo compromisso assumido com a redemocratização como pelo novo paradigma econômico. A proposta descentralizadora foi reforçada pela crítica ao padrão de proteção social construído pelos governos autoritários: hipercentralizado, institucionalmente fragmentado e iníquo do ponto de vista dos serviços e benefícios distribuídos. O objetivo era a correção das distorções do sistema

de proteção social, de forma a torná-lo um instrumento de redução das desigualdades sociais. A descentralização foi vista como instrumento de universalização do acesso e do aumento do controle dos beneficiários sobre os serviços sociais. À exceção da área de previdência, nas demais áreas da política social brasileira, como educação fundamental, assistência social, saúde, saneamento e habitação popular, foram implantados programas que objetivavam transferir paulatinamente um conjunto significativo de atribuições de gestão federal aos níveis estadual e municipal de governo.

Muitos trabalhos vêm mostrando que, embora devagar e de forma inconstante, as esferas subnacionais estão ampliando suas atribuições em certas áreas.<sup>34</sup> O aumento do papel dos governos municipais na provisão de serviços sociais pode ser visto na Tabela 1.

Tabela 1 – Despesa social por nível de governo

	1980	1985	1992	1994	1995	1996	Média (1994-96)
Gasto social	100	100	100	100	100	100	100
Federal	66	62	57	60	59	57	59
Estadual	24	25	26	23	24	23	24
Municipal	11	13	16	16	17	19	18

Fonte: Oliveira (1999).

Apesar de o governo federal permanecer como o principal investidor, 65% dos seus recursos para a área social são gastos com o sistema previdenciário, 17% com saúde e 8,5% com educação. Os estados investem a metade dos recursos da área social em educação e os municípios em habitação e urbanismo, seguido de transporte e saneamento (Draibe, 1999). Dados das contas subnacionais entre 1986 e 1995 mostram que, antes mesmo da Constituição de 1988, as capitais estaduais vêm priorizando gastos na área social. No entanto, o papel do governo municipal tem aumentado, não só devido ao maior volume de recursos investidos, mas também devido à redução relativa dos gastos federais. Esses dados também mostram que as

<sup>34</sup> Rezende (1997) e Almeida (1996).

capitais estaduais estão desenvolvendo maiores esforços do que os estados para manter seus investimentos na área social e que existe uma grande tensão entre despesas com serviços sociais e pagamento de juros da dívida.

Embora houvesse uma inclinação generalizada pela descentralização, não existiu, porém, uma verdadeira política nesse sentido que orientasse a reforma das diferentes políticas sociais. De quatro áreas – educação, saúde, assistência social e habitação – a de saúde foi a única em que a reforma resultou de uma política deliberada e radical de descentralização, definida no âmbito federal, envolvendo Executivo e Legislativo. A descentralização da política de saúde foi sendo desenhada desde 1983, até ganhar feição definitiva em 1988, com a criação do SUS, completada pela Lei Orgânica de Saúde em 1990. A criação do SUS é geralmente entendida como a mais bem-sucedida reforma da área social empreendida sob o novo regime democrático. Ainda que a implantação do novo sistema esteja longe de se completar e muitos sejam seus impasses; no estágio atual, já significa uma transformação profunda do sistema público de saúde. A reforma promoveu a racionalização dos serviços de saúde por meio de: a) integração das redes federal, estadual e municipal, e municipalização do atendimento primário; b) definição das fontes de financiamento; c) estabelecimento de funções para as instâncias de governo; d) criação de mecanismos automáticos de transferências de recursos no interior da rede pública e para o setor privado.

Importante componente do SUS consiste no estabelecimento de mecanismos decisórios que fortaleçam instâncias colegiadas e a representação dos diferentes atores envolvidos no sistema de saúde. Ademais, a proposta de reforma foi elaborada a partir de intensa mobilização social e complexo processo de negociação política que envolveu lideranças da área de saúde, parlamentares e poder executivo. A experiência do SUS tem sido objeto de teses acadêmicas e inúmeros projetos de avaliação de políticas públicas, particularmente em nível local, o que certamente contribuirá para a redefinição de estratégias e para a sua consolidação.

## A OPAS e a saúde nas Américas

O papel da OPAS na elaboração e difusão de idéias e projetos de saúde coletiva foi acentuado em vários momentos e continua a influenciar países como o Brasil. Uma das idéias-força na atividade atual da organização é a meta de “saúde para todos”, que, desde a década de 1980, vem sendo abordada pela organização à luz da definição de estratégias adequadas para torná-la realidade.

Esse foi o enfoque da XXI Conferência Sanitária Pan-Americana realizada em Washington, em setembro de 1982, onde se elegeu Carlyle Guerra Macedo, diretor geral da OPAS. Nesse fórum, aprovou-se o Plano de Ação para a Instrumentação de Estratégia de Saúde para Todos no Ano 2000. Nas conferências que se seguiram e demais fóruns de discussão e deliberação, persistiu a preocupação em ir além da retórica da saúde como direito e definir objetivos que implicassem mudanças na qualidade de vida das populações. Nos primeiros momentos da gestão, promoveu-se a reorientação da OPAS, com base no conceito de administração do conhecimento, o que implicava atribuir prioridade a ações que facilitassem o acesso ao conhecimento por parte dos países e sua adequação às realidades nacionais e locais específicas.<sup>35</sup> Outra ação relevante consistiu na proposta de atribuir à saúde o papel de uma ponte para o estabelecimento da paz, motivada principalmente pelos conflitos e guerras civis que ocorriam na América Central.<sup>36</sup>

Durante esse período, verificou-se também a defesa de abordagens interdisciplinares sobre a saúde, com o incentivo à apropriação de conhecimentos originários das ciências sociais. As reuniões de Cuenca sobre ciências sociais e saúde inserem-se nesse objetivo. Realizadas em 1983 e 1988, aprofundaram as discussões que, desde a década de 1970, eram organizadas a partir do projeto coordenado por Juan César Garcia (Nunes, 1985).

---

<sup>35</sup> Depoimento de Carlyle Guerra de Macedo, concedido a Nísia Trindade Lima para o Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, 2002.

<sup>36</sup> Depoimentos de Carlyle Guerra de Macedo e Jacobo Finkelman, concedidos a Nísia Trindade Lima para o Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, 2002.

Novo marco para a atuação da OPAS ocorreria na XXII Conferência Pan-Americana com a aprovação do documento *Orientação e Prioridades Programáticas para a OPS no Quadriênio 1987-1990*. Destacava-se a necessidade, suscitada pelos problemas da saúde e do desenvolvimento da região, de transformar os serviços de saúde dos países. Essa transformação abarcava três áreas inter-relacionadas: o desenvolvimento da infra-estrutura dos serviços de saúde, a atenção primária, a atenção aos problemas prioritários de saúde dos grupos vulneráveis, mediante a execução de programas específicos por intermédio do sistema de serviços de saúde e a administração do conhecimento. Em 1988, seria completado com a proposta dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS).

Durante os vinte anos a que se fez referência é possível identificar três características centrais nas atividades da OPAS: a ampliação da agenda tradicional de saúde pública, com a inclusão de temas como violência, destacando-se a realização da primeira conferência interamericana sobre este tema em 1994; a definição de uma meta que, no âmbito das doenças transmissíveis, demonstrasse os resultados positivos da saúde pública e da capacidade da mobilização social – a erradicação da poliomielite –; e a proposição de uma nova agenda para a saúde pública na América Latina, que oferecesse rumos alternativos à reforma da saúde, tal como se propõe com o documento *A Saúde nas Américas*.

Quando se observa a ampliação da agenda tradicional, tão bem sintetizada na epígrafe desta seção, pode-se verificar essa ampliação também no que se refere às doenças crônico-degenerativas, cuja importância epidemiológica é cada vez mais evidente. Devem-se também considerar não apenas novos temas, mas também novas abordagens para problemas há muito incluídos no campo da saúde pública, como é o caso da saúde mental, objeto de artigos, discussões e deliberações específicas da OPAS quanto às necessárias transformações na atenção psiquiátrica (OPAS, 1992; Macedo, 1977).

Se, nas origens da OPAS, as doenças transmissíveis consistiam na principal motivação para a cooperação internacional de saúde, no início do século XXI permanecem como importante desafio. Os resultados alcançados em relação a algumas doenças imunopreveníveis, com destaque para a erradicação da varíola e da poliomielite, não encontram paralelo no que se refere a outras doenças. No caso da epidemia de Aids, ações importantes têm sido realizadas a partir do estabelecimento, pela OMS, do Programa Global contra a Aids. Além da malária, que permanece como grave problema de saúde, novas questões epidemiológicas têm se colocado no que se refere à doença mais presente na história da OPAS – a febre amarela. Note-se inclusive que artigos sobre a erradicação do *Aedes aegypti* são muito freqüentes nos *Boletins* desde o seu primeiro número, publicado em 1922, assim como propostas de ações cooperativas da OPAS no combate à dengue no continente.

Em relação ao Brasil, muitos autores têm realçado as peculiaridades de seu processo de transição epidemiológica, caracterizada pela coexistência de doenças infecciosas e crônico-degenerativas, em que pese o declínio das primeiras entre as causas de mortalidade. (Waldman; Silva & Monteiro, 2000; Sabroza; Kawa, & Campos, 1995). Verificou-se, a partir da década de 1980, a reintrodução do cólera e do dengue, o recrudescimento da malária e a continuidade de níveis elevados de tuberculose, hanseníase e leishmaniose.

A erradicação da poliomielite nas Américas, declarada em 1994, suscita questões pertinentes para a presente reflexão. Referi-me anteriormente à importância da experiência brasileira devido ao conhecimento acumulado nas campanhas de erradicação da varíola e do plano nacional de controle da poliomielite. A campanha de erradicação da transmissão autóctone de poliovírus selvagens nas Américas, lançada em 1985, como ação conjunta da OPAS, UNICEF, Agência para o Desenvolvimento Internacional dos EUA e Rotary Internacional, revelou o grande potencial de mobilização das sociedades do continente americano para responder a ações coordenadas de saúde pública. Uma das contribuições importantes consistiu na revisão da oposição, a que já se fez referência, entre as campanhas de imunização e

a estruturação dos serviços de assistência à saúde. Como observou Carlyle Guerra de Macedo:

Procuramos também inserir as campanhas de imunização em geral, particularmente as de pólio, no funcionamento dos serviços de saúde, inclusive como estímulo ao desenvolvimento da prestação de serviços de saúde. Um estudo inteiramente independente da OPAS demonstrou essa possibilidade.<sup>37</sup>

Nas áreas de imunização e produção de medicamentos, um importante problema enfrentado pelos países latino-americanos encontra-se nos obstáculos ao desenvolvimento tecnológico relacionado à produção de insumos para a saúde. Pode-se mesmo afirmar a existência de um consenso entre os estudiosos de política científica e tecnológica e os que se propõem a desenvolver tecnologias voltadas para a produção de vacinas e fármacos sobre a ausência de políticas públicas adequadas para o desenvolvimento desse setor.

Uma das áreas mais importantes em que a OPAS atuou durante esse período foi a de saneamento e, numa perspectiva mais ampla, a de saúde ambiental. Observam-se a consolidação da engenharia sanitária no curso da história do organismo e várias iniciativas de cooperação técnica, nessa área e na de saúde ambiental, como o apoio à criação de instituições locais. O período de 1981 a 1990 foi considerado pela OPAS/OMS a “Década internacional de água potável e saneamento”, estabelecendo-se prioridade para a realização das metas de saneamento e saúde ambiental na América Latina.<sup>38</sup>

A diversidade e a complexidade inerentes à abordagem da saúde pública nas duas últimas décadas talvez sejam mais adequadamente resumi-das com a palavra desafio: desafios relacionados tanto aos novos conheci-mentos no campo biomédico e social como às possibilidades de desenvolvi-

---

<sup>37</sup> Depoimento de Carlyle Guerra de Macedo, concedido a Nísia Trindade Lima para o Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, 2002.

<sup>38</sup> Sobre a política de saneamento no Brasil, ver o estudo de Nilson Rosário Costa (1998).

mento científico e tecnológico no campo da saúde, assim como relacionados à promoção da equidade e de uma agenda alternativa para a Saúde das Américas. Alguns desafios parecem muito próximos àqueles enfrentados pelos que propuseram a criação da Oficina Sanitária Internacional em 1902. Outros, mal podem ser identificados no tempo presente. De todo modo, sempre será possível inovar na forma de abordá-los.

# CONTRIBUIÇÕES

## Centro Pan-Americano de Febre Aftosa

Eduardo Correa Melo

A disseminação da febre aftosa na primeira metade do século XX, em todo o território da América do Sul, e os programas exitosos de erradicação da doença na América do Norte, incentivaram os governos da região a estabelecer, em 1951, o Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA), no Rio de Janeiro, em uma primeira etapa no âmbito da Organização dos Estados Americanos (OEA), para, posteriormente, passar a fazer parte permanente de um programa regular da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

A criação da PANAFTOSA inicia, na região, um processo continuado de interação entre a investigação, o planejamento e a avaliação de estratégias para o combate à enfermidade, que desembocam na implantação, nas décadas de 1960 e 1970, de programas e projetos de controle e erradicação da febre aftosa, com a cooperação técnica da PANAFTOSA/OPAS/OMS, e o apoio financeiro de Banco Interamericano de Desenvolvimento. Em 1965, o Brasil iniciou seu programa, no estado do Rio Grande do Sul.

Nesse contexto, produziu-se substancial avanço em termos de diagnóstico virológico e serológico da febre aftosa, que foi transferido aos laboratórios nacionais dos países, tarefa que continua até hoje.

Este desenvolvimento permitiu passar de cerca de 30% de rebanhos sob controle, no início da década de 1960, para 85% na década de 1980, época em que o

Chile, em 1981, foi o primeiro país da região a ser reconhecido como livre de febre aftosa sem vacinação, condição que, em 1994, seria alcançada pelo Uruguai.

Cabe destacar a criação, em 1972, da Comissão Sul-Americana de Luta contra a Febre Aftosa (COSALFA), da qual PANAFOSA é a Secretaria *ex officio*, e que constitui o mais importante fórum dos dirigentes da área de saúde animal dos países da região.

No ano seguinte, o Centro, em coordenação com os países, inicia a aplicação do Sistema Continental de Informação e Vigilância de Enfermidades Vesiculares, que, utilizando um esquema de quadrantes geográficos, permitiu acesso oportuno ao conhecimento da situação epidemiológica das doenças vesiculares nas Américas.

Ao final da década de 1970, o PANAFOSA liderou o desenvolvimento e a validação de uma ferramenta que teve papel importante para o êxito dos programas de controle e erradicação da enfermidade na região – a vacina antiaftosa com adjuvante oleoso. A isso acrescentaram-se a caracterização e a delimitação geográfica dos diversos ecossistemas de febre aftosa, segundo situações de risco originadas pelas estruturas produtivas e de comercialização pecuária imperantes, bem como estratégias alternativas de controle, disseminação e erradicação da doença.

Durante todos estes anos, o Centro contribuiu de forma importante não só para a melhoria do diagnóstico virológico e serológico de febre aftosa na região, como também para o fortalecimento dos sistemas de controle de vacinas no continente.

Ao final da década de 1980, PANAFOSA, em estreita colaboração com os países, desenvolveu e implementou a aplicação do Plano Hemisférico de Erradicação da Febre Aftosa (PHEFA), o que considerou, além dos avanços já assinalados, a ativa participação da comunidade e de todos os agentes atuantes no tema, no marco de uma política de descentralização e trabalho intersetorial. O Plano Hemisférico constitui, desde 1988, marco para o desenvolvimento e a aplicação dos programas nacionais de prevenção, controle e erradicação da febre aftosa no continente.

Como resultado de todo este processo, os territórios da América do Norte, da América Central e do Caribe mantêm-se livres da doença sem vacinação e avançou-se, de forma decisiva e consistente, na erradicação da enfermidade na América do Sul, o que se pode apreciar nos seguintes indicadores:

- em 1988, 11,3% da superfície da América do Sul estava livre da febre aftosa, enquanto, em 2002, tem-se 35,7% da área livre da doença, com e sem vacinação;

- em 1988, cerca de 171 mil rebanhos bovinos estavam nessas áreas livres de febre aftosa, hoje, mais de 1,8 milhões de rebanhos estão nessa condição;
- em 1988, havia 4,88 milhões de bovinos nessas áreas livres, hoje, há mais de 144,1 milhões de cabeças nessas áreas.

Cabe destacar que, desse total, cerca de 125 milhões de bovinos encontram-se nas áreas livres com vacinação do Brasil.

Finalmente, é importante mencionar que, desde 1998, PANAFOTSA, por decisão dos corpos diretivos da OPAS, tomou a responsabilidade da Cooperação Técnica em matéria de Zoonoses.

## **Bireme: 35 anos rumo ao acesso equitativo à informação em ciências da saúde**

Abel Laerte Packer

Em 2002, quando se comemoram os cem anos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a BIREME cumpre 35 anos de atividade como centro especializado em informação científica e técnica em saúde para a região da América Latina e Caribe. Estabelecida no Brasil em 1967, com o nome de Biblioteca Regional de Medicina (que originou a sigla BIREME), atendeu desde o princípio à demanda crescente de literatura científica atualizada por parte dos sistemas nacionais de saúde e das comunidades de pesquisadores, profissionais e estudantes. Posteriormente, em 1982, passou a chamar-se Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, para melhor expressar as suas funções orientadas ao fortalecimento e ampliação do fluxo de informação científica e técnica em saúde em toda a região.

O trabalho em rede, com base na descentralização, no desenvolvimento de capacidades locais, no compartilhamento de recursos de informação, no desenvolvimento de produtos e serviços cooperativos e na elaboração de metodologias comuns,

foi sempre o fundamento do trabalho de cooperação técnica da BIREME. É assim que, ao longo destes 35 anos, o Centro se consolida como um modelo internacional. Em particular, o modelo privilegia a capacitação dos profissionais de informação em nível gerencial e técnico para a adoção de paradigmas de informação e comunicação que melhor atendam as necessidades locais.

No início dos anos 1980, a BIREME inicia a operação da base de dados LILACS (Literatura da América Latina e do Caribe em Ciências da Saúde), com o objetivo de estabelecer o controle bibliográfico, indexar, dar visibilidade e acesso à literatura científica em saúde publicada nos países da América Latina e Caribe. Dessa forma, a LILACS complementa a literatura publicada nos países desenvolvidos. Esse trabalho de indexação é compartilhado com instituições nacionais dos países através de um sistema regional.

A disseminação das fontes de informação bibliográficas ganhou um grande impulso em 1987, quando a BIREME introduziu a tecnologia de CD-ROM em mais de 250 bibliotecas da América Latina para a distribuição de bases de dados bibliográficos, entre elas LILACS e MEDLINE. Pela primeira vez na história, a maioria dos países da região teve acesso local e barato às bases de dados da literatura internacional e regional.

Com o surgimento e consolidação da Internet como meio predominante de informação e comunicação, o modelo de cooperação técnica da BIREME evoluiu, a partir de 1998, para a construção e desenvolvimento da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), como espaço comum de convergência do trabalho cooperativo de produtores, intermediários e usuários de informação. A BVS promove o desenvolvimento de uma rede de fontes de informação científica e técnica com acesso universal na Internet. Pela primeira vez abre-se a possibilidade real de acesso equitativo à informação em saúde.

Hoje, todos os países da América Latina e Caribe participam direta ou indiretamente dos produtos e serviços cooperativos promovidos pela BVS, envolvendo mais de mil instituições em mais de trinta países.

A BVS organiza a informação em uma estrutura que integra e interconecta bases de dados referenciais, diretórios de especialistas, eventos e instituições, catálogo de recursos de informação disponíveis na Internet, coleções de textos completos com destaque para a coleção SciELO de revistas científicas, serviços de disseminação seletiva de informação, fontes de informação de apoio à educação e à tomada de decisão, notícias, listas de discussão e apoio a comunidades virtuais. A BVS conta com um

vocabulário controlado de descritores em ciências da saúde que é utilizado para a indexação das fontes de informação nos idiomas português, espanhol e inglês. O espaço da BVS constitui, portanto, uma rede dinâmica de fontes de informação descentralizada a partir da qual se podem recuperar e extrair informação e conhecimento para subsidiar os processos de decisão em saúde.

O lançamento da BVS Saúde Pública Brasil, em março de 2002 representa um marco histórico na democratização do acesso à informação científica e técnica em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). O projeto, financiado pelo Ministério da Saúde e pela OPAS, conta com a participação ativa das principais instituições nacionais de saúde pública na promoção do uso de informação e conhecimento atualizados na gestão da saúde pública no Brasil.

A BIREME se destaca nacional e internacionalmente no desenvolvimento de soluções inovadoras em metodologias e tecnologias de informação que acompanham o avanço internacional, mas se adaptam às condições socioeconômicas da região e contribuem para que nossas instituições dominem meios altamente qualificados e eficientes de tratamento e disseminação de informação.

Vale ressaltar que várias instituições promoveram a criação da BIREME, destacando-se a Federação Pan-Americana de Associações de Escolas de Medicina (FEPAFEM), a National Library of Medicine dos Estados Unidos (NLM), a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM) e a OPAS. Um convênio de cooperação entre a OPAS, o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação, a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e a UNIFESP/EPM a mantém desde 1967. Essas instituições orientam e acompanham o trabalho e o desempenho do Centro por meio de um comitê consultivo nacional.

A história da BIREME no Brasil e nos demais países da América Latina e Caribe, construída com o trabalho cooperativo de milhares de instituições e profissionais, reafirma e enaltece o papel da cooperação técnica da OPAS em prol do acesso equitativo à informação em saúde.<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> Para saber mais: <http://www.bireme.br> e <http://www.saudepublica.bvs.br>.

## Referências bibliográficas

- ACKERKNECHT, E. H. Anticontagionism between 1821 and 1867. *Bulletin of History of Medicine*, XXII (5): 562-593, 1948.
- ALMEIDA, H. T. M. Federalismo e políticas sociais. In: AFFONSO, R. B. & SILVA, P. L. (Orgs.) *Descentralização e Políticas Sociais*. São Paulo: Fundap/Unesp, 1996.
- AROUCA, A. S. S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*, 1975. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Medicina, Universidade de Campinas.
- BARBOSA, R. Oswaldo Cruz. *Revista do Brasil*, ano II, 5 (19): 271-321, 1917.
- BARRETO, J. B. *Tratado de Higiene: saneamento, higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1942.
- BENCHIMOL, J. L. *Manguinhos do Sonho a Vida: a ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1990a.
- BENCHIMOL, J. L. *Pereira Passos: um Haussmann tropical*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esporte, 1990b. (Coleção Biblioteca Carioca).
- BENCHIMOL, J. L. *Dos Micróbios aos Mosquitos: febre amarela no Rio de Janeiro (1880-1903)*. Rio de Janeiro: Editora da Universidade Federal Fluminense/Editora Fiocruz, 1999.
- BENCHIMOL, J. L. *Febre Amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Bio-Manguinhos/Editora Fiocruz, 2001.
- BENCHIMOL, J. L. & TEIXEIRA, L. A. *Cobras, Lagartos & Outros Bichos: uma história comparada dos Institutos Oswaldo Cruz e Butantan*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Casa de Oswaldo Cruz, 1993.
- BRAGA, E. *O Pensamento de Ernani Braga*. Rio de Janeiro: PEC/Ensp, 1984.
- BRIGGS, A. Cholera and society in the nineteenth century. *Past and Present*, 19: 76-96, 1961.
- BRITTO, N. *Oswaldo Cruz: a construção de um mito da ciência brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- BUSTAMANTE, M. Cincuentenario del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1922-1972. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 72 (5): 375-396, 1972.
- CAMPOS, A. L. V. *International Health Policies in Brazil: the Serviço Especial de Saúde Pública - 1942-1960*, 1997. Tese de Doutorado, Austin: Universidade do Texas.
- CAMPOS, A. L. V. Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o serviço especial de saúde pública. In: GOMES, A. C. (Org.) *Capanea: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2000.
- CANDAU, M. & BRAGA, E. Novos rumos para a saúde pública rural. In: BUSS, P. (Org.) *O Pensamento de Ernani Braga*. Rio de Janeiro: PEC/Ensp, 1984.
- CARRARA, S. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil – da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
- CARVALHO, J. M. Brasil, naciones imaginadas. In: ANNINO, A.; LEIVA, L. C. & GUERRA, F. (Orgs.) *De los Imperios a las Naciones*. Zaragoza, Intercaja: Ibero-América, 1994.
- CASTRO SANTOS, L. A. de. O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, 28: 193-210, 1985.

- CASTRO SANTOS, L. A. de. *Power, Ideology and Public Health in Brazil (1889-1930)*, 1987. Tese de Doutorado, Cambridge: Harvard University.
- CASTRO SANTOS, L. A. de. A fundação Rockefeller e o estado nacional: história e política de uma missão médica e sanitária no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos da População*, 6 (1): 105-110, jan.-jun., 1989.
- CHALHOUB, S. *Cidades Febris*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- COSTA, N. R. *Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação: saúde e saneamento na agenda social*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- COSTA, N. R. & MELO, M. A. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: as estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde. *Planejamento e Políticas Pública - Ipea*, 11, 1994.
- COURTNEY, K. Escritório da Zona V da Repartição Sanitária Pan-Americana. *Bosp*, ano 33, XXXVI (5): 503-516, 1954.
- CUETO, M. Introducion. In: CUETO, M. (Org.) *Salud, Cultura y Sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos/Opas, 1996a.
- CUETO, M. Los ciclos de la erradicación: la fundación Rockefeller y la salud pública latino-americana, 1918-1940. In: CUETO, M. (Org.) *Salud, Cultura y Sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos/Opas, 1996b.
- DE SWAAN, A. *In Care of the State: health care, education and welfare in Europe in the modern era*. Cambridge: Polity Press, 1990.
- DOUGLAS, M. *Pureza e Perigo*. Tradução de Mônica Siqueira Leite de Barros e Zilda Pinto. São Paulo: Perspectiva, 1976.
- DRAIBE, S. *Brasil, anos 90: as políticas sociais no marco das reformas estruturais*. São Paulo: Ed. USP, 1999.
- DUFFY, J. *The Sanitarians*. Urbana/Chicago: Board of Trustees of the University of Illinois, 1990.
- ELIAS, N. *O Processo Civilizador: formação do Estado e civilização*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.
- ESCOREL, S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
- FARIA, L. R. *A Fase Pioneira da Reforma Sanitária no Brasil: a atuação da Fundação Rockefeller (1915-1930)*, 1994. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).
- FEE, E. *Disease and Discovery: a history of the John Hopkins School of Hygiene and Public Health (1916-1939)*. Baltimore/Londres: The John Hopkins University Press, 1987.
- FERREIRA, L. O. *O Nascimento de uma Instituição Científica: o periódico médico brasileiro da primeira metade do século XIX*, 1996. Tese de Doutorado, São Paulo: Universidade de São Paulo (USP).
- FONSECA, C. O. As propostas do Sesp para educação em saúde na década de 1950: uma concepção de saúde e sociedade. *Cadernos da Casa de Oswaldo Cruz*, v. 1, 1989.
- FONSECA, C. O. As campanhas sanitárias e o Ministério da Saúde (1953-1990). In: BENCHIMOL, J. (Coord.) *Febre Amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Bio-Manguinhos/Editora Fiocruz, 2001.

- GADELHA, P. *História de Doenças: ponto de encontros e de dispersões*, 1995. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz.
- HOCHMAN, G. *A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Anpocs, 1998.
- HOCHMAN, G. & FONSECA, C. A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde em debate no Estado Novo. In: GOMES, A. C. (Org.) *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2000.
- LABRA, E. 1955-1964: o sanitarismo desenvolvimentista. In: TELXEIRA, S. F. et al. (Coords.) *Antecedentes da Reforma Sanitária: textos de apoio*. Rio de Janeiro: Pec/Ensp, 1988.
- LATOUR, B. *Les Microbes: guerre et paix suivi de irrédutions*. Paris: A. M. Metalie, 1984.
- LIMA, N. T. *Um Sertão Chamado Brasil: intelectuais e representações geográficas da identidade nacional*. Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro/ Editora Revan, 1999.
- LIMA, N. T. Informe sobre pestes. *Inteligência*, ano II, 9: 10-20, nov. 1999/abr. 2000.
- LIMA, N. T. & BRITTO, N. Salud y nación: propuesta para el saneamento rural - un estudio de la revista Saúde (1918-1919). In: CUETO, M. (Org.) *Salud, Cultura y Sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos/ Opas, 1996.
- LIMA, N. T. & HOCHMAN, G. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitaria da Primeira República. In: MAIO, M. C. & SANTOS, R. V. (Orgs.) *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Centro Cultural Banco do Brasil, 1996.
- LUZ, M. *Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- MACEDO, C. G. *Notas para uma história recente da saúde pública na América Latina*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde – Representação no Brasil, 1977.
- MACHADO, R. et al. *Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MARINHO, M. G. S. M. C. *Norte-americanos no Brasil: uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo (1934-1952)*. Campinas: Editores Associados/São Paulo, Universidade de São Francisco, 2001.
- MOLL, A. A. The Pan American Sanitary Bureau: its origin, development, and achievements – a review of inter-american cooperation in public health, medicine, and allied fields. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 19 (12): 1219-1234, 1940.
- MOURA, G. *Autonomia na Dependência: a política externa brasileira de 1935 a 1942*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.
- MURARD, L. & ZYLBERMAN, P. La raison de l'expert ou L'hygiène comme science sociale appliquée. *Archives European of Sociology*, XXVI: 58-89, 1985.
- MYRDAL, G. *Asian Drama*. Nova Iorque: Pantheon, 1968.
- NUNES, E. *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina*. Brasília: OPAS, 1985.
- OLIVEIRA, F. *Evolução, Determinantes e Dinâmica do Gasto Social no Brasil: 1980/1996*. Brasília: Ipea, 1999.

- OLIVEIRA, L. L. *A Questão Nacional na Primeira República*. São Paulo: Brasiliense, 1990.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Historia de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington, D. C.: Opas, 1992.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS)/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *La Repercusión del Programa Ampliado de Inmunización y la Iniciativa de Erradicación de la Poliomiélitis en los Sistemas de Salud en las Américas*. Informe de la Comisión Taylor. Washington, D. C.: Opas, março de 1995.
- NEIVA, A. & PENNA, B. Viagem científica pelo norte da Bahia, sudeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiânia. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 8 (30): 74-224, 1916.
- PORTER, D. (Ed.) *The History of Public Health and the Modern State*. Amsterdã: GA Rodopi, 1994.
- PORTER, R. *The Great Benefit of Humanity: a medical history of humanity*. Nova Iorque/Londres: W.W. Norton & Company, 1998.
- REZENDE, F. C. Descentralização, gastos públicos e preferências alocativas dos governos locais no Brasil (1980-1994). *Dados – Revista de Ciências Sociais*, 40 (3): 264-279, 1997.
- REZENDE DE CARVALHO, M. A. & LIMA, N. T. O argumento histórico nas análises de saúde coletiva. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde Coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Abrasco/Relume-Dumará, 1992.
- ROSANVALON, P. *L'État en France*. Paris: Seuil, 1990.
- ROSEN, G. *Da Polícia Médica à Medicina Social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Tradução de Ângela Louzeiro. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- ROSEN, G. *História da Saúde Pública*. São Paulo: Unesp, 1994.
- SABROZA, P. C.; KAWA, H. & CAMPOS, W. S. Q. Doenças transmissíveis: ainda um desafio. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) *Os Muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995.
- SANTOS, W. G. *Cidadania e Justiça*. Rio de Janeiro: Luperj/Vértice, 1979.
- SANTOS, W. G. A pós-revolução brasileira. In: JAGUARIBE, H. et al. (Orgs) *Brasil: sociedade democrática*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1985.
- SANTOS, W. G. *Razões da Desordem*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.
- SOPER, F. Ata final da XI Conferência Sanitária Pan-Americana. *Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 3: 193-201, ano 22, 1943.
- SOPER, F. Informe sobre o Programa da Oficina Sanitária Pan-Americana. *Boletim da Oficina Sanitaria Panamericana*, 11: 977-997, ano 27, 1948.
- SOPER, F. El *Aedes Aegypti* y la fiebre amarilla. *Boletim da Oficina Sanitaria Panamericana*, 64 (3):187-196, 1968.
- SOPER, F. The memoirs of Fred Lowe Soper. *Scientific Publication*, 355, 1977.
- SOUZA, C. Federalismo e Gasto Social no Brasil: tensões e tendências. *Lua Nova – Revista de Cultura e Política*, 52, 2001.
- STEPAN, N. *Gênese e Evolução da Ciência no Brasil*. Rio de Janeiro: Artenova/Fiocruz, 1976.
- STEPAN, N. *The Hour of Eugenics: races, gender and nation in Latin America*. Nova Iorque: University Press, 1991.

- TEIXEIRA, S. M. F. As ciências sociais em saúde no Brasil. In: NUNES, E. D. (Org.). *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: Opas/OMS, 1985.
- VERONELLI, J. C. & TESTA, A. (Orgs.). *La OPS en Argentina: crónica de una relación centenaria*. Buenos Aires: Opas, 2002.
- WALDMAN, E. A.; SILVA, L. J. & MONTEIRO, C. Trajetória das doenças infecciosas: da eliminação da poliomielite à reintrodução da cólera. In: MONTEIRO C. A. (Org.) *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec/Nupens/USP, 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World Health Organization: the first term' years* Geneva: WHO, 1958.