

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



Erradicando doenças:

**De projeto internacional ao Sistema de Vigilância Epidemiológica
- a erradicação da varíola no Brasil (1900-1970) -**

Daiana Crús Chagas

Rio de Janeiro

2008

DAIANA CRÚS CHAGAS

Erradicando doenças:
De projeto internacional ao Sistema de Vigilância Epidemiológica
- a erradicação da varíola no Brasil (1900-1970) -

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde, da Casa de Oswaldo Cruz-FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientação: Prof^a Dr^a Tania Maria Dias Fernandes

Rio de Janeiro

2008

C433e Chagas, Daiana Crús

Erradicando doenças: De projeto internacional ao sistema de vigilância epidemiológica – A erradicação da varíola no Brasil (1900-1970) / Daiana Crús Chagas . – Rio de Janeiro : s.n. , 2008.
152 f.

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

Bibliografia: p. 127-136.

1. História da medicina 2. Varíola 3. Epidemiologia
4. História 5. Brasil

CDD 610.9

DAIANA CRÚS CHAGAS

**Erradicando doenças:
De projeto internacional ao Sistema de Vigilância Epidemiológica
- a erradicação da varíola no Brasil (1900-1970) -**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde, da Casa de Oswaldo Cruz-FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Aprovado em junho de 2008.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Tania Maria Dias Fernandes (Orientadora)

Prof. Dr. André Luiz Vieira de Campos (Universidade Federal Fluminense)

Prof^a Dr^a Dilene Raimundo do Nascimento (Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz)

SUPLENTES

Prof^a Dr^a Diana Maul de Carvalho (NESC/ UFRJ)

Prof^a Dr^a Cristina Fonseca (Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz)

Rio de Janeiro
2008

A Tania Fernandes, pelo caminho percorrido,
e pelo companheirismo na trajetória.

Ao meu pai, pelo apoio constante,
e por toda a fé depositada.

**Erradicando doenças:
De projeto internacional ao Sistema de Vigilância Epidemiológica
- a erradicação da varíola no Brasil (1900-1970) -**

Resumo	I
Abstract	II
Agradecimentos	III
Introdução	1
Capítulo 1: A internacionalização da prevenção de doenças transmissíveis e o combate à varíola	12
<ul style="list-style-type: none">- A internacionalização da saúde: mútua colaboração contra a disseminação de doenças- Organismos internacionais de cooperação em saúde e o surgimento da meta erradicadora- Construindo um problema: a varíola nas Américas- Uma campanha mundial: A OMS e a erradicação da varíola	
Capítulo 2: Políticas nacionais contra doenças transmissíveis: antecedentes para a erradicação da varíola	50
<ul style="list-style-type: none">- A varíola na República velha: saúde pública, vacinação e defesa dos portos- As doenças transmissíveis no governo Vargas: Serviços Nacionais, o Serviço Especial de Saúde Pública e ações de Educação Sanitária- De Juscelino Kubitschek a João Goulart: “circunstâncias favoráveis” para a erradicação de doenças- Erradicando a varíola no Brasil: organização institucional, ciência e técnica	

Capítulo 3: A vigilância epidemiológica para a erradicação da varíola no Brasil	87
<ul style="list-style-type: none">- Entre a prática e o conceito: a vigilância epidemiológica para a erradicação de doenças- A epidemiologia como área de investigação- Campanha de Erradicação da Varíola no Brasil: Vacinação e Vigilância Epidemiológica- A erradicação da varíola cria uma nova geração de sanitaristas brasileiros- O legado da erradicação da varíola para a saúde pública nacional: o Serviço Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) e o Programa Nacional de Imunização (PNI)	
Conclusão	124
Bibliografia	129

Resumo

Este estudo, a partir de uma abordagem histórica, assume como objeto central a metodologia empregada para a erradicação da varíola no Brasil, entendida como parte de um movimento internacional de prevenção da disseminação de doenças transmissíveis, ao longo do século XX, para a qual contribuiu o emprego dos preceitos de vigilância epidemiológica, como ação relevante de saúde pública. Para tanto, será estabelecida uma análise dos variados níveis de circulação de interesses e de saberes, nacionais e internacionais, institucionais e individuais, procurando compreender a consolidação do projeto político-científico que viabilizou a implementação da vigilância epidemiológica na proposta de erradicação mundial da varíola.

Abstract

The present study, from a historic approach, consider as the central object the applied methodology on the eradication of smallpox, as been constituent of an international act on the prevention of transmissible disease dissemination, in the 20th century, for which has contributed the use of epidemiological surveillance concepts, as a relevant action of public health. Therefore, will be established an analysis of the various interests and knowledge, in national an international, institutional and individual levels, so as to comprehend the consolidation of the political and scientific project which has permitted the implantation of epidemiological surveillance on the proposal of smallpox world eradication.

Agradecimentos

A família é como a varíola: a gente tem quando criança e fica marcado para o resto da vida.
- Jean Paul Sartre -

Um trabalho deste porte não se faz sem o apoio de alguns, aqueles especiais, que presentes ou à distância, deixaram sua marca, sua contribuição, para a conclusão desta obra. Aos que não se sentirem devidamente representados, minhas desculpas, pois palavras não são suficientes para expressar minha gratidão.

Aos meus queridos amigos, Beatriz, Carlos Eduardo, Ives Mauro, Manuela e Vicente que estiveram comigo em todo o caminho, me acolhendo, para muito além de suas moradas. A Luiz Fernando, Egídio, Jean, Bruno, Débora, Lena, Fábio Alex, Renatas, Lauro, Rafael e Izabel, pela presença recorrente e pela torcida constante. A Clementine, Márcio, Rodrigo, Roberta, Esther e Suzanne, amigos distantes, mas extremamente próximos, em afetuosidade.

Na Casa de Oswaldo Cruz, berço profissional, por onde venho caminhando desde os tempos da iniciação científica, agradeço o incentivo de todos, mas especialmente aos amigos, Fernando Dumas, Dilene Nascimento e Bella (Anna Beatriz Almeida), que gentilmente acompanharam todo o processo, ainda durante a elaboração do projeto. No programa de pós-graduação, agradeço, ainda, aos professores Luiz Antonio Teixeira, Flavio Edler, Nísia Trindade, Dominichi de Sá e Jaime Benchimol, pela disponibilidade na troca do conhecimento, e pelos caminhos apontados e sugeridos. A Sheyla, Paulo, Maria Cláudia e Cleber, pelo carinho na administração das burocracias necessárias ao cumprimento desta etapa. Ao CNPq, pelo apoio financeiro, sem o qual seria inviável empreender qualquer estudo.

A Daniel do Valle, Vanessa Alves e Erica Mello, que auxiliaram substancialmente no levantamento de fontes documentais e me permitiram, em diálogos e devaneios, esclarecer-nos mutuamente sobre os meandros do trabalho de pesquisa histórica. A Denise de Paula, pela amabilidade infatigável ao dispor o seu trabalho de catalogação, para a nossa pesquisa.

A Dilene Nascimento e a André Campos, que aceitaram compor a banca examinadora e, desde a qualificação, contribuíram com importantes questionamentos para este estudo. Agradeço ainda, a Cristina Fonseca e Diana Maul, por aceitarem compor a banca examinadora, na qualidade de suplentes.

A Maria Regina, Luiz Carlos, Alex, André, Vanderlei, Silvio e Vivian, amigos recentes, mas nem por isso menos estimados, com quem partilhei a sala de aula, os corredores e as mesas de bar. Aos companheiros de mestrado, Ricardo, Roberto, Julio Cesar, Marcos, e Renata, pela fácil interação e pela prazerosa partilha da experiência comum. A Fernanda, Josi e Paula, minhas imprescindíveis mosqueteiras, sem as quais, o caminho teria sido muito menos iluminado, e charmoso. A memória do querido Wal, que deixou uma saudade imensa, e um exemplo de persistência, e de alegria, contagiante.

A minha família, meu pai Claudionor, meu irmão Claudio, e meu tio Juarez, que entenderam minhas ausências e tão carinhosamente se dispuseram a relevar os meus rompantes de stress. Vocês têm sido fundamentais pra mim. A minha tia Alvinéia, querida, cujo abraço tem a capacidade de renovar as energias de qualquer mente cansada. Ao meu primo Maurício, pela sua adorável presença, e constante solicitude em resolver os meus problemas e percalços informáticos. A minha quase xará, Dayaninha, por cuidar de forma tão zelosa dos bastidores e dos meus, enquanto eu me perdia em papéis e idéias.

A Luara e Ana que, além de cederem espaço, e a mãe, para o desenvolvimento das minhas idéias, foram de uma afetuosidade e de uma camaradagem ímpar. A Tania, por tudo, por tanto e por sempre, esse filho é nosso.

Introdução

Introdução

“At a time of pessimism and unease,
when the very notion of medical progress
is being increasingly questioned,
it is heartening to know that we stand poised
for a triumph as great as any
in the entire history of medicine:
the global eradication of smallpox”¹
-**British Journal of Hospital Medicine,**
September, 1975-

Este estudo é fruto de reflexões estabelecidas a partir da minha inserção, como auxiliar de pesquisa, no projeto “Imunização antivariólica: das práticas de variolização à erradicação da varíola”, coordenado por Tania Maria Fernandes, na Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz. Esta investigação, de cunho histórico, apresentava como objetivo ampliar o leque de discussões sobre o tema da varíola, no âmbito da saúde pública, percebendo os mecanismos que possibilitaram o combate à doença, desde as práticas populares de variolização e inoculação, até a erradicação da varíola. Observou-se, neste projeto mais amplo, a produção do conhecimento científico, a difusão da vacina antivariólica, e sua utilização como medida de saúde pública preventiva. Minha atuação neste projeto se voltou para a análise de questões contemporâneas, com a perspectiva de abordar este último momento do combate à varíola, voltado para a erradicação da doença no país.

Dentre os objetivos desta etapa do projeto se encontrava a análise do acervo pessoal do médico Cláudio Amaral, coordenador da Campanha de Erradicação da Varíola no Brasil (1966-1970), nos últimos anos desta, sob a guarda do Departamento de Arquivo e Documentação, da Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz. O contato com o material disponível nesse acervo favoreceu, sobremaneira, o conhecimento sobre o desenvolvimento da campanha, apontando questões basilares para a compreensão do processo que erradicou a doença no país, destacando-se o desenvolvimento das atividades de vigilância epidemiológica para a doença. Também foram elaborados depoimentos orais, com personagens que atuaram na erradicação da varíola, a partir da

¹ “Em um tempo de pessimismo e inquietação, quando a verdadeira noção do progresso médico estava sendo cada vez mais questionada, é encorajador saber que nós continuamos de pé para um triunfo tão grande como nenhum outro em toda a história da medicina: a erradicação global da varíola”. Livre tradução minha.

utilização da metodologia de história oral, que acrescentaram informações relevantes sobre o cotidiano de desenvolvimento da Campanha².

A bibliografia acadêmica disponível sobre a erradicação da varíola era relativamente escassa, destacando-se duas dissertações de mestrado em Saúde Pública, que enfocavam as atividades de investigação e vigilância epidemiológica desenvolvidas durante a vigência da Campanha de Erradicação da Varíola³. Ambas tiveram como preocupação principal o relato da metodologia empregada para a consolidação da vigilância epidemiológica durante a CEV. A dissertação de José Fernando Verani, buscava, ainda, traçar um paralelo com as atividades de vigilância empregadas para o controle da poliomielite, descrevendo os conceitos, métodos e técnicas que envolveram a incorporação desta metodologia, inseridas em um contexto de desenvolvimento de programas mundiais para erradicação de doenças.

O desenvolvimento das duas campanhas brasileiras, que tinham o objetivo de erradicar a varíola no país, a Campanha Nacional Contra a Varíola (CNCV/ 1962-1966) e a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV/ 1966-1970), foram objeto de uma dissertação de mestrado, de autoria da historiadora Arlene Brasil Gazêta⁴. Neste trabalho a autora discutiu a irrelevância da doença, do ponto de vista epidemiológico, buscando entender como ela se constituiu como um problema de saúde pública nacional. Apontou os principais argumentos que justificaram a existência da CEV, e como esta serviu de modelo para a implementação da vigilância epidemiológica no país. O trabalho de Gazêta traçou alguns paralelos entre as perspectivas que orientavam o desenvolvimento do nosso projeto, e apontou para a utilização de fontes primárias similares, embora com enfoque diferenciado.

Diante das questões apontadas pela bibliografia, e pelas fontes inicialmente analisadas, a vigilância epidemiológica para a erradicação da varíola assumiu relevância ao nosso olhar, e para ela direcionamos nosso foco analítico, através da inserção no programa de pós-graduação da Casa de Oswaldo Cruz. Compreendemos que, para a verificação do tema proposto, seria necessário recuar temporalmente, ao período

² As entrevistas foram realizadas no âmbito do projeto “Imunização antivariólica: das práticas de variolização à erradicação da varíola”, e compõem o acervo de depoimentos orais da Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz.

³ Fischmann (1978), *A investigação epidemiológica de varíola no Estado do Rio Grande do Sul*; e Verani (1991), *A vigilância epidemiológica na erradicação de doenças: o caso da varíola e da poliomielite*.

⁴ Gazêta (2001), *A Campanha de Erradicação da Varíola no Brasil*.

anterior ao desenvolvimento das atividades de vigilância epidemiológica, na Campanha de Erradicação da Varíola. Buscamos inserir este objeto num escopo mais dilatado de medidas preventivas aplicadas ao controle de doenças transmissíveis, privilegiando a análise da constituição de um espaço na saúde pública internacional sobre a erradicação de doenças. Acenamos ainda para a importância da difusão do conhecimento científico no âmbito internacional, e sua influência na implementação de ações de âmbito nacional.

A vigilância epidemiológica, entendida como um conjunto de práticas construídas para auxiliar na elaboração de mecanismos de controle de doenças transmissíveis, foi instituída e implementada em programas de erradicação de doenças nos Estados Unidos. Por ocasião do programa internacional para erradicação da varíola, foi incorporada ao desenvolvimento das ações contra a doença, e adquiriu grande relevância, como forma de complementar as atividades de vacinação em massa contra a doença. Posteriormente, na fase final do programa, seria aplicada como forma de orientar as atividades de vacinação, sobrepondo-se à metodologia de vacinação em massa.

Assim como a vacinação, o conhecimento científico que respaldou a incorporação da metodologia de vigilância epidemiológica sugeriu-nos uma abordagem de verificação da difusão do conhecimento científico, através da percepção do estabelecimento de relações estratégicas entre instituições nacionais e estrangeiras, na conformação de atividades de saúde pública, ao longo do século XX. Este enfoque encontra paralelo no estudo desenvolvido pelo cientista social Bruno Latour⁵, em que o autor dedicou-se a verificar os meandros pelos quais se desenvolve o trabalho científico, utilizando como parâmetros de observação, os mecanismos próprios de articulação das diversas atividades que envolvem este labor.

Latour estabelece, em sua obra, a designação de tecnociência para compreender a produção científica contemporânea. Essa associação entre ciência e técnica, historicamente estabelecida, vincula-se a uma perspectiva na qual a produção de saberes e as práticas, que lhe são inerentes, estão indissociavelmente conectadas. Esta tecnociência latouriana é apresentada segundo as características de uma rede, aonde se estabelece que os recursos que a compõem estão concentrados em poucos locais

⁵ Latour (2000), *Ciência em ação*.

interligados. O que está em foco, são os mecanismos por onde se difundem e se constituem as “caixas-pretas” da ciência, entendendo estas como um conjunto de elementos interligados a uma afirmação, que precisam se constituir como fatos aceitáveis, e produzir resultados eficientes.

A expansão da rede da tecnociência depende da sua capacidade de atuar à distância, que por sua vez, é possível se observarmos o caráter cumulativo da ciência. O acúmulo de informações em centros e locais específicos, chamado ciclo de capitalização, é possível pela intervenção de meios de locomoção, estabilização, e combinação destas informações para o seu traslado. As condições que permitem que estes ciclos se estabeleçam, por sua vez, denotam uma relação de centralidade e periferia, inerentes à constituição das redes de tecnociência que, segundo Latour, não ocorre “em qualquer lugar, e nem gratuitamente” (Latour, 2000: 294).

Nestes centros específicos são realizados trabalhos complementares acerca das informações captadas que mobilizam, reúnem, arquivam, codificam, recalculam e apresentam seus resultados, num movimento de ida e vinda entre periferia e centro, que torna possível a solidificação deste traçado, deste percurso. Os resultados ou cálculos decorrentes desse movimento constituem o cerne da rede científica e, para estudá-los, segundo o autor, deve-se observar, necessariamente, as centrais aonde são desenvolvidos.

A abordagem latouriana, contudo, prescinde de uma verificação dos aspectos históricos que tornaram possível a constituição de espaços de negociação, políticos e científicos, em torno do conhecimento científico sobre doenças, e suas formas de prevenção. Neste sentido, os trabalhos de história da saúde pública que enfocam o processo de internacionalização da saúde e o estabelecimento de ações de colaboração internacional, especialmente aquelas voltadas para o controle de doenças transmissíveis, destacaram-se, ao nosso olhar, como importantes contribuições para a análise.

No que diz respeito aos organismos internacionais de saúde, alguns trabalhos vêm ressaltando a trajetória destas instituições, verificando de que forma estas se articularam no cenário internacional, político e científico, para a consolidação de sua vocação cooperativa em saúde. Dentre as obras disponíveis, destacamos os trabalhos de

Marcos Cueto, sobre a saúde pública latino-americana⁶, e sobre a trajetória da Organização Panamericana de Saúde⁷, esta última recentemente traduzida para o português, e o trabalho de Brown, Cueto e Fee, sobre a trajetória da Organização Mundial de Saúde na constituição de ações globais de saúde⁸. Apontamos, ainda, um número do periódico *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* dedicado, especialmente, à publicação de trabalhos que abordem a tema saúde internacional, especialmente na América Latina, como objeto para suas análises⁹.

Na historiografia nacional, este aspecto da história da saúde pública vem sendo desenvolvido, através de algumas abordagens que destacam o papel de organismos internacionais, no desenvolvimento de ações de saúde pública no Brasil¹⁰, e vem despontando como um objeto de estudo profícuo. Sobressai-se à atuação da Fundação Rockefeller na saúde internacional, que tem merecido realce na historiografia nacional, a partir da verificação de suas atividades de saúde no país¹¹. Dentre as obras analisadas, destacamos o trabalho de André Campos¹², sobre o Serviço Especial de Saúde Pública, pela análise pormenorizada dos mecanismos de negociação política, científica e institucional, durante a vigência do acordo entre os governos brasileiro e norte-americano, para a implementação de ações de saúde no país, através deste serviço. Esta instituição, orientada pelo modelo norte-americano de saúde pública, adquiriu ainda maior relevância, ao nosso olhar, por ter sido a responsável pela implementação das ações de vigilância epidemiológica no Brasil, no final da década de 1960, quando já tinha sido incorporada ao aparato ministerial, como Fundação Serviço Especial de Saúde Pública.

⁶ Cueto (1996), “Salud, cultura y sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas”.

⁷ Cueto (2004), “El valor de la salud: Historia de la Organización Panamericana de la Salud”.

⁸ Brown, Cueto & Fee (2006), “The World Health Organization and the transition from international to global public health”.

⁹ Hochman & Birn (ed.) (2006). “História da saúde internacional: perspectivas latino-americanas”. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*. jul-set.

¹⁰ Destacamos, entre obras nacionais que nos serviram de referência, e que contemplaram a perspectiva de saúde internacional, para uma análise do desenvolvimento de políticas nacionais de saúde, bem como as ações de agências internacionais na saúde pública brasileira, especialmente voltadas para o controle de doenças transmissíveis, os trabalhos de: Benchimol (2001); Fernandes (2004); Lima (2005); Pires-Alves & Paiva (2006); Fonseca (2007); Hochman (2007).

¹¹ Dentre estes, destacamos os trabalhos de: Faria (2002), “A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-1930): perspectivas históricas”; Löwy, I. (1999), “Representação e intervenção em saúde pública: vírus, mosquitos e especialistas da Fundação Rockefeller no Brasil”; e Faria & Costa (2006), “Cooperação científica internacional: Estilos de atuação da Fundação Rockefeller e da Fundação Ford”.

¹² Campos (2006), *Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*.

A estes trabalhos agregamos, ainda, a tese de doutoramento de Arlene Gazêta¹³, que ao ampliar o escopo de observação sobre a varíola, abordando desde a institucionalização da vacinação até a sua erradicação no país, privilegiou, na última parte de sua análise a construção da doença como um objeto para a saúde pública internacional. A autora observou que a criação das campanhas para a erradicação da varíola no país se deu como resposta a uma agenda internacional de saúde, na qual sua relevância, do ponto de vista epidemiológico, influiu menos do que o seu significado social, como uma tradicional doença “pestilencial”, para a decisão de erradicá-la mundialmente.

A análise dos depoimentos orais, constituído com os personagens que atuaram na campanha, permitiu a reconstituição da trajetória profissional, vivenciada pelos entrevistados, interpretada à luz do sucesso da meta com a qual estavam comprometidos. A memória individual é, por nós, percebida como um fenômeno de reconstituição do passado, através da linguagem oral, correlacionada com o presente, onde se organizam, e se atribuem significados, às vivências experimentadas.

Para nos determos sobre o processo de construção de memórias, individuais e coletivizadas, nos valem de um arcabouço teórico amplo, que introduz a metodologia de história oral na historiografia contemporânea. No que diz respeito a esta metodologia, pode-se verificar a elaboração de uma ampla gama de estudos sobre a relação entre memória individual, memória coletiva, espaços de construção de memórias, identidade social e de grupo, biografias e autobiografias, narrativas, oralidade, etc¹⁴...

Destacamos, aqui, o trabalho clássico de Maurice Halbwachs, “Memória Coletiva”, no qual o autor vincula o processo de construção de memórias coletivas à produção de memórias individuais. Em sua obra, Halbwachs ressalta que o ato de lembrar é individual, e origina-se da necessidade de invocação de testemunhos que complementem e/ou dêem sentido às lembranças pessoais que temos de algum evento. Para o autor, apenas introduzindo uma lembrança num contexto mais amplo, junto a outros vestígios de memória que lhe dê significado, é que podemos constituir uma

¹³ Gazêta (2006), *Uma Contribuição à História do Combate à Varíola no Brasil: do Controle à Erradicação*.

¹⁴ Destacamos como algumas obras de referência nestes temas, os seguintes autores: Halbwachs (1990); Nora (1984), Pollak (1989; 1992), Le Goff (1996), Portelli (1996), Rousso (1996) e Gomes (2004).

memória sobre um acontecimento. Segundo este, “só temos capacidade de nos lembrar quando nos colocamos no ponto de vista de um ou mais grupos e de nos situar novamente em uma ou mais correntes do pensamento coletivo” (Halbwachs, 1990. p: 36).

O ato de rememorar acontece no presente, a partir de circunstâncias que desencadeiam lembranças, e remetem o indivíduo a perscrutar sua experiência de vida, na busca por elos que lhe proporcionem uma noção de trajetória. O historiador Michel Pollak, que apresenta uma consolidada reflexão sobre a relação entre memória e identidade social, destaca que “a memória é um elemento constituinte do sentimento de identidade, tanto individual como coletiva”, e esta relação deve ser compreendida como “essências de uma pessoa ou de um grupo” (Pollak, 1992. p: 5). Nesta medida, observamos que as entrevistas com este grupo de personagens, convidados a narrar suas experiências sobre a erradicação da varíola, são construídas a partir da existência de um elo identitário, que referencia suas trajetórias individuais na memória coletiva.

Neste sentido observamos, nos depoimentos orais, a noção de trajetória, compreendida como o “percurso de um indivíduo em seu campo social e as relações estabelecidas neste percurso” (Araújo e Fernandes, 2006: 22-23), buscando perceber as inter-relações sociais estabelecidas na consolidação de uma identidade deste grupo, e os interesses pessoais em questão. Ao analisarmos as narrativas orais elaboradas pelos profissionais que atuaram na erradicação da varíola, nos deparamos com um grupo que construiu suas memórias, enfocando, principalmente, o papel atribuído à estruturação da vigilância epidemiológica durante a campanha. A relevância da doença no cenário nacional ficou preterida, na memória desses personagens, em favor da mobilização para aplicar no país, os novos preceitos de vigilância epidemiológica, tal como lhes foi proposto, no contexto da campanha.

Em nosso trabalho privilegiamos perceber como a vigilância epidemiológica se constituiu como uma metodologia aplicada ao controle de doenças transmissíveis, remontando às ações que subsidiaram o estabelecimento desta área, tanto no âmbito da internacionalização da saúde, quanto na esfera das ações brasileiras para o controle de doenças, até a sua inclusão, no país, aplicada à erradicação da varíola. Ressaltamos, também, o processo de incorporação e implantação de novas metodologias sobre o controle de doenças e as desavenças institucionais e conceituais geradas neste contexto.

Para tanto, nos debruçamos sobre uma série de fontes bibliográficas e documentais que pudessem nos alicerçar nessa tarefa, dentre os quais documentos institucionais, periódicos especializados, legislação nacional, artigos técnico-científicos e depoimentos orais.

No primeiro capítulo desta dissertação elegemos analisar o surgimento dos principais organismos internacionais de saúde e o estabelecimento de acordos internacionais nesta área, desde a primeira metade do século XX. Buscamos apreender em que medida se dava a implementação, em fóruns internacionais, de ações para evitar a disseminação de doenças transmissíveis, notadamente aquelas de caráter epidêmico. Esta verificação teve como base, prioritariamente o recurso à bibliografia específica sobre saúde e instituições internacionais, além de uma análise dos acordos nos quais o Brasil foi signatário.

Procuramos observar, ainda neste capítulo, como a varíola foi incluída nestes acordos, e no direcionamento das ações dos organismos internacionais de saúde, até que fosse enfatizada, pela Oficina Sanitária Panamericana, como uma doença passível de erradicação. A partir de então, nos dedicamos a observar como se deu o desenvolvimento das atividades para erradicar a doença no continente, promovida por esta Oficina, percebendo a incorporação de inovações técnicas e científicas no âmbito da produção do imunizante, e da prática da vacinação, que puderam ser verificadas no periódico desta organização¹⁵. Também buscamos examinar como a proposta de erradicação da varíola foi, gradualmente, assumida pela Organização Mundial de Saúde, através da análise das resoluções do Conselho Executivo e das Assembléias Mundiais de Saúde, relativas à varíola, publicadas no *Informe final de la Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Viruela*, em dezembro de 1979¹⁶.

O segundo capítulo é dedicado a observar as medidas brasileiras implementadas contra doenças transmissíveis, no âmbito da legislação federal, ao longo do século XX, inserindo-as no contexto político em que foram desenvolvidas, e verificando o papel designado, no âmbito das instituições federais, para as atividades concernentes à vacinação e à proteção contra a difusão da varíola. Buscamos perceber como o combate

¹⁵ O *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* foi lançado em 1922, e funcionava como um espaço para a divulgação das ações da instituição, atuando também como um fórum de informações sobre trabalhos científicos, e sobre ações nacionais impetradas no campo da saúde.

¹⁶ Organização Mundial de Saúde (1980), “La erradicación Mundial de la viruela”, anexo 4.

à doença, principalmente através da vacinação, esteve pulverizado em ações de saúde concernentes aos departamentos do antigo Ministério da Educação e Saúde, e permaneceram ativas na estrutura do Ministério da Saúde, a partir de 1953, até que se destacasse como uma doença de relevância internacional, e fosse assumida, em 1962, pela Campanha Nacional Contra a Varíola.

Nesta medida foram privilegiadas as ações de vigilância dos portos, de educação sanitária, a obrigatoriedade da vacinação antivariólica, e a produção de imunoterápicos, desenvolvidas no âmbito das políticas nacionais de saúde. Assumiu destaque o Serviço Especial de Saúde Pública que, em parceria com o governo federal, atuou na implementação de ações contra doenças transmissíveis, inclusive a varíola. Apreciamos, também, os noticiários que divulgavam algumas ações da Campanha Nacional Contra a Varíola, através de uma análise das atividades nacionais de saúde anunciadas pela Agência Nacional, órgão federal para a divulgação das ações governamentais, irradiadas no programa radiofônico diário “A voz do Brasil”.

No último capítulo buscamos analisar a trajetória das práticas de vigilância epidemiológica, no contexto de sua formulação, no *Communicable Disease Center* (CDC), do governo norte-americano, no âmbito da implementação de campanhas de controle e erradicação de doenças, neste país. Através de uma apreciação dos artigos publicados, em periódicos internacionais, de autoria dos profissionais que implementaram estas práticas, observamos como esta metodologia ganhou relevância, como medida aplicada contra doenças transmissíveis, no cenário internacional. Contemplamos, também, algumas especificidades sobre o campo da epidemiologia, diante do qual esta metodologia pôde se articular.

Apreciamos como a vigilância epidemiológica foi inserida no Brasil no contexto da Campanha de Erradicação da Varíola, através, principalmente, das atividades implementadas pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, tendo como base a documentação pesquisada no Arquivo Cláudio Amaral, e as entrevistas realizadas com os personagens que atuaram nesta campanha. Destacamos, também, a importância do desenvolvimento das atividades empregadas na erradicação da varíola, notadamente aquelas relacionadas à vigilância epidemiológica, na conformação da trajetória de um grupo de profissionais no campo da saúde pública, através do recurso à metodologia de história oral, aqui anteriormente abordada. Por fim, apreciamos como a experiência da

erradicação da varíola, no país, pôde ser empregada na constituição de atividades nacionais de saúde, no âmbito da imunização e, principalmente, na consolidação da vigilância epidemiológica, como uma metodologia para o controle de doenças transmissíveis.

Capítulo 1

A internacionalização da prevenção de doenças transmissíveis e o combate à varíola

Capítulo 1: A internacionalização da prevenção de doenças transmissíveis e o combate à varíola

É preciso estar atento
E forte.
Não temos tempo de temer
A morte
-Caetano Veloso-

Neste capítulo nos deteremos na análise de algumas ações internacionais, que possibilitaram o estabelecimento de acordos entre países, para o controle de doenças transmissíveis, que compeliram posteriormente, a incorporação de uma meta erradicadora, onde se incluiu a varíola. Estas ações remontam ao século XIX, entretanto, aqui nos deteremos na análise daquelas que se destacaram no século XX e que viabilizaram, em diferentes contextos, a consolidação do ideal de erradicação de doenças, que foi efetivamente alcançado com a erradicação mundial da varíola, ao final da década de 1970.

As características de contágio de algumas doenças e o aumento do fluxo mundial de pessoas, fizeram com que estas se configurassem como objeto mais específico de acordos internacionais, consolidados, principalmente, a partir da primeira metade do século XX. Estes se concretizaram através da constituição de uma rede internacional de cooperação em saúde, estruturada de forma a impedir a disseminação dessas doenças entre diferentes países. As medidas e acordos, então estabelecidos, pautavam-se na produção e na difusão do conhecimento científico acerca da transmissibilidade e da epidemiologia de doenças, em diferentes momentos, que possibilitou o estabelecimento de relações estratégicas entre países, envolvendo instituições nacionais e internacionais, que foram fundamentais para o processo que possibilitou a erradicação da varíola.

Desta forma, daremos destaque a algumas destas ações de cooperação e de constituição do conhecimento científico que, de alguma forma, estiveram articuladas com o êxito da erradicação da varíola, ao participarem da constituição do paradigma de “doenças erradicáveis”.

A internacionalização da saúde: mútua colaboração contra a disseminação de doenças

A emergência de um novo modelo econômico capitalista integrado, no século XX, é frequentemente, associada à implementação de políticas cooperativas entre países. No início deste século, a influência dos países economicamente mais desenvolvidos se fazia presente na manutenção de economias periféricas ao sistema capitalista liberal, vigente no hemisfério ocidental, onde o processo de industrialização se introduziu tardiamente, caracterizando os países ali existentes como economias capitalistas incipientes (Hobsbawn, 2000). A intensificação do fluxo comercial e a ampliação dos mercados, desde fins do século anterior, facilitaram, em grande medida, a adesão a regulamentos internacionais, inclusive para a área da saúde. O aumento do comércio marítimo, e do trânsito entre as nações, agravou o quadro de transmissibilidade de doenças contagiosas, o que, não raramente, obrigou os países e as cidades portuárias a implementar medidas sanitárias como a quarentena e a desinfecção rotineira dos navios.

A quarentena, assim como o isolamento ou detenção compulsória de pessoas, produtos ou animais, nas embarcações originárias de portos com ocorrência de doenças epidêmicas, era uma medida aplicada como ação preventiva. Esta se vinculava, principalmente, à percepção de que o contato com pessoas acometidas por algumas enfermidades específicas ou, em alguns casos, com objetos e vestimentas manuseados por enfermos, poderiam provocar a transmissão de algumas doenças a indivíduos sãos. A interrupção do contágio, através destes recursos foi, ao longo do século XIX e até as primeiras décadas do século XX, a principal medida de saúde pública contra doenças transmissíveis de perfil epidêmico. A varíola, neste quadro, se colocava como a única doença contra a qual existia também uma medida de profilaxia reconhecida, quase universalmente – a vacinação¹⁷.

Além disso, algumas medidas de caráter higienizante, como a adoção de reformas no ambiente social, destacadamente nas áreas de grande densidade populacional, já se encontravam em vigor, buscando diminuir a incidência destas doenças. Segundo o historiador George Rosen (1994), o nascimento da moderna saúde

¹⁷ Em 1798, o inglês Edward Jenner divulgou o resultado de um estudo, segundo o qual, a partir a inoculação da doença bovina conhecida como *cowpox*, no organismo humano, conseguia-se a preservação do mesmo contra a varíola. Esta técnica difundiu-se, ao longo do século XIX, e deu origem à prática que ficou conhecida como vacinação (Fernandes, 1999a; 1999b).

pública estaria intimamente conectado às relações governamentais estabelecidas com o aumento das classes proletárias, através do desenvolvimento de políticas de assistência aos pobres, que foram desencadeadas, inicialmente, na Inglaterra, no contexto da Revolução Industrial. A estes preceitos agregaram-se os novos conhecimentos sobre os mecanismos de transmissibilidade de doenças, investindo de autoridade médica e científica, a adoção de medidas impositivas por parte do Estado, na tarefa de controlar a difusão de doenças transmissíveis (Rosen, 1994). As grandes reformas urbanas, as leis pela obrigatoriedade de vacinação, e o estabelecimento de regulamentos sanitários, podem ser apontadas como ações a favor das quais concorreram as modernas descobertas científicas, que foram, progressivamente, incorporadas ao aparelho burocrático do estado.

No final do século XIX, o conhecimento científico sobre a transmissibilidade de doenças alcançou novos patamares, em razão, principalmente, das inovações científicas decorrentes das descobertas sobre a origem microbiana de algumas doenças, realizadas, principalmente, por Robert Koch e Louis Pasteur. Voltados para elucidar os mecanismos de infecções, Pasteur e seus colaboradores, desenvolveram conhecimentos para a “prevenção de doenças infecciosas através de vacinas com microorganismos de virulência atenuada”, que auxiliaram na elaboração de medidas de proteção, tomando por base a identificação “dos mecanismos através dos quais o corpo se protege contra o ataque de microorganismos” (Costa, 1986: 28). A chamada “revolução bacteriológica”, iniciada com as descobertas do período, modificaram significativamente os conhecimentos médico-científicos na virada para o século XX (Rosen, 1994), subsidiando a criação de soros e vacinas, que se caracterizariam como uma importante ferramenta para o desenvolvimento da saúde pública, com mecanismos elucidados, e técnicas aprimoradas, posteriormente, a partir da consolidação da área de imunologia (Benchimol, 2001; Fernandes, 1999; Moulin, 1996).

Também concorria para um melhor conhecimento acerca da manifestação de doenças transmissíveis, assim como de sua distribuição mundial, a ascensão da anatomia patológica e da bioestatística. A primeira, como um ramo da ciência médica dedicada a descrever as alterações fisiológicas provocadas no organismo humano, em decorrência do desenvolvimento de determinadas enfermidades. Enquanto a última, direcionada a verificar a expansão e abrangência das doenças de caráter epidêmico pelos nixos populacionais, calculando períodos de manifestação, áreas de maior risco,

circularidade de epidemias, taxas de mortalidade, etc... (Rosen, 1994; Barata, 1997). A convergência desses conhecimentos, no princípio do século XX, possibilitou o surgimento de técnicas mais aprimoradas de aferição do diagnóstico e da circulação de doenças, bem como a adoção de métodos de terapêutica e profilaxia mais incisivos, sobre doenças comunicáveis, modificando as ações destinadas à prevenção de doenças transmissíveis.

O processo de incorporação de novas medidas para o controle e contenção de epidemias se deu de forma gradual, mediado por ações políticas, técnicas e científicas que se estabeleceram como base para políticas nacionais de saúde. A partir do século XX, identifica-se o estabelecimento de uma conjuntura política internacional, em que o alinhamento cooperativo entre as nações se tornou imprescindível para viabilizar o desenvolvimento econômico em curso, que tinha no intercâmbio marítimo comercial seu principal alicerce e na melhoria das condições de saúde, uma de suas aliadas.

O estabelecimento de acordos cooperativos entre países evidenciou a importância da mútua interação internacional para o estabelecimento de medidas sanitárias, que passaram a ser observadas na implementação de políticas nacionais de saúde. A cooperação internacional envolve a atuação de agências e organismos, nacionais ou internacionais, na promoção do intercâmbio de conhecimento científico entre países, não se constituindo como simples transferência de saber, e sim como fruto de interesses mútuos (Faria & Costa, 2006).

As pandemias de cólera, as epidemias de peste e de tifo que grassavam na Europa, nos Estados Unidos da América e na Ásia, desde o século XIX, desempenharam importante papel no estabelecimento dos primeiros acordos cooperativos entre os países. Em 1851, foi organizada a I Conferência Sanitária Internacional, em Paris, para responder aos constantes surtos de cólera que ocorriam na Europa, a partir da qual se estabeleceu uma primeira convenção sanitária internacional, todavia incipiente, pois não foi ratificada pela maioria dos países europeus (Chronicle of the World Health Organization, jul-aug, 1958).

As resoluções aí apontadas podem ser consideradas ainda mais estéreis, se tomarmos em consideração a ausência de conhecimentos, de então, acerca da natureza e do modo de propagação das enfermidades (Chronicle of the WHO, jul-aug, 1958). Em sua maioria, os representantes dos países que participavam nestas reuniões, se constituíam por diplomatas, figuras governamentais, e não por representantes da

comunidade médica e científica, com capacidade para avaliar o status do conhecimento sobre estas doenças transmissíveis e assumir medidas preventivas (Howard-Jones, 1980). No que diz respeito à varíola, é importante ressaltar que, neste momento, a vacinação antivariólica já se encontrava relativamente difundida na Europa, constando, inclusive, como uma medida preventiva obrigatória em alguns países. Entretanto, a obrigatoriedade da vacinação, como forma de prevenção da doença, não estava incluída, ainda, nos parâmetros de negociação internacional, estabelecidos nestas reuniões.

No continente americano, as primeiras discussões acerca da uniformização de regras de quarentena, desinfecção, e notificação recíproca de enfermidades, aconteciam, geralmente, com a participação de representantes de três ou quatro países, dispostos a amenizar as limitações comerciais que a imposição de quarentenas infringiam ao fluxo comercial entre eles. Na América do Sul, uma das primeiras convenções sanitárias firmadas se concretizou a partir da reunião, em 1873, na cidade de Montevidéu, com representantes dos governos do Brasil, Uruguai e Argentina¹⁸. Nesta ocasião foram pactuadas formas comuns de lidar com embarcações, visando uniformizar as regras de quarentena e desinfecção de navios oriundos de portos aonde se difundiam as principais doenças que influenciavam na relação entre estes países - o cólera, a febre amarela, a peste bubônica e o tifo (Cueto, 2004; Lima, 2005).

O pouco conhecimento sobre as causas de transmissibilidade de doenças comunicáveis favorecia que fossem estipulados, nas reuniões e conferências de caráter internacional, alguns mecanismos comuns, embora insuficientes, para evitar a disseminação de epidemias. Este quadro começou a ser modificado a partir da V Conferência Sanitária Internacional, realizada pela primeira vez no continente americano, em 1881, em Washington, capital norte-americana. A realização desta conferência foi assumida, posteriormente, como um marco nas discussões sobre a cooperação entre os países americanos para assuntos de saúde e, apesar de ter se constituído como uma conferência de porte mundial, também foi identificada como a Primeira Conferência Sanitária Panamericana (Lima, 2005; Howard-Jones, 1980).

Nesta conferência, repercutiu favoravelmente a divulgação do trabalho do médico Carlos Finlay, delegado especial da Espanha, no qual dizia acreditar que a transmissão da febre amarela precisava do intermédio de um inseto vetor, o mosquito

¹⁸ Este primeiro acordo foi reiterado posteriormente, em 1887, no Rio de Janeiro, com o estabelecimento da Convenção Sanitária do Rio de Janeiro, à qual se agregariam, nas décadas seguintes, outros acordos (1904 e 1914), com a participação do Paraguai (Cueto, 2004; Lima, 2005).

Aedes aegypti. A divulgação, nesta conferência, de um novo conhecimento científico sobre a participação de agentes externos na transmissibilidade de uma doença, inaugurou o precedente de uma participação mais ativa de representantes da comunidade médica e científica, em reuniões e conferências deste porte (Howard-Jones, 1980). Cabe ressaltar que, apesar do reconhecido mérito do trabalho de Carlos Finlay, nenhuma mobilização conjunta dos países participantes, ou mesmo dos países aonde a febre amarela se apresentava como um problema de saúde, foi identificada, ao final da Conferência (Howard-Jones, 1980). Neste colóquio também se evidenciou a necessidade de estabelecer mecanismos que mediassem a adoção de atividades sanitárias entre os países, e que estabelecessem parâmetros unificados sobre as principais medidas profiláticas contra doenças comunicáveis (Cueto, 2004).

A realização de conferências sanitárias de porte internacional, ao longo do século XIX, respondiam a questões emergenciais, suscitadas pelo aumento da incidência de doenças em alguns países. Segundo nos indica Marcos Cueto (2004), no continente americano o cólera e a febre amarela figuravam entre as doenças de maior expressão, atingindo boa parte dos países das Américas, e algumas das principais regiões exportadoras de matérias primas. Contra os nocivos efeitos destas enfermidades, foram tomadas algumas das principais medidas cautelares de saúde pública no continente. Dentre estas se destacou, durante a realização do Congresso Sanitário Panamericano, celebrado em Lima, no Peru, em 1888, a necessidade de organização, em cada país, de órgãos centrais de saúde, responsáveis por organizar as atividades sanitárias e por compartilhar seus quadros epidemiológicos com os demais países (Cueto, 2004).

Segundo a autora Nísia Trindade Lima, a partir do século XX, as Conferências Sanitárias Internacionais, poderiam ser caracterizadas como

fóruns de debate científico sobre as controvérsias que cercavam as causas e os 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 peste bubônica (Lima, 2005: 212).

Neste novo século, as conferências sanitárias de porte internacional iriam se constituir como o principal espaço de negociação para o estabelecimento de diretrizes comuns de atuação contra doenças transmissíveis. Os temas destes eventos passariam a se articular em torno do estabelecimento de fatos científicos, verificados nos diferentes

espaços de pesquisa, ao redor do mundo, sobre as formas de contágio e de comunicação das doenças (Lima, 2005).

Entretanto, desde o final do século XIX, a criação de um organismo internacional, capaz de centralizar um sistema de informações sobre a incidência de doenças em todo o mundo, e comunicá-las aos países, era indicada como uma iniciativa que poderia auxiliar no estabelecimento de ações de bloqueio e quarentena, e minimizar os prejuízos políticos e econômicos que estas representavam. Segundo o historiador Marcos Cueto, esta intenção foi manifestada, pela primeira vez, na reunião ocorrida na cidade de Dresden, na Alemanha, em 1893, na qual, ressaltou-se a relevância que a criação de uma agência capaz de comunicar o aparecimento de “surto epidêmicos que se produzissem em qualquer parte do mundo” (Cueto, 2004: 12), poderia propiciar para a saúde pública internacional.

A criação de um órgão deste porte também poderia favorecer o estabelecimento de parâmetros universais de ações de saúde pública, ajustando-os em conformidade com o conhecimento científico sobre doenças, elaborados nos mais diversos centros de estudo no mundo. O conhecimento científico acerca das doenças infecto-contagiosas, aprofundado pela descoberta das cadeias de transmissão, ampliou os mecanismos de tratamento e prevenção, minimizando os riscos de contaminação e disseminação de doenças, e favorecendo a contenção de epidemias.

Foi no século XX, todavia, que estas descobertas assumiram, em fóruns e reuniões internacionais, um papel mais incisivo no estabelecimento de acordos e tratados de cooperação entre países. Doenças como a febre-amarela, o tifo, a malária, o cólera, a ancilostomíase, a tuberculose e a varíola, destacavam-se no cenário mundial, e foram as primeiras contra as quais se empregariam iniciativas visando promover o seu controle e, em alguns casos, sua erradicação. Neste contexto, agências que apresentavam no âmbito de sua atuação, atividades de cooperação internacional, desempenhariam importante papel na saúde pública mundial, atuando, ao longo do século, no controle de doenças transmissíveis, e impulsionando inovações científicas e tecnológicas nesta área (Cueto, 1996; Faria & Costa, 2006; Lowy, 1999).

As negociações para implementação de medidas práticas contra a transmissão de doenças, certamente influenciaram, no Brasil, a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública, ainda no final do século XIX, que assumiu, entre suas responsabilidades, a saúde dos portos e, conseqüentemente, as ações de quarentena e isolamento. No país, a

varíola, apresentava surtos epidêmicos importantes, porém não se destacava nos acordos traçados, até então. A produção e difusão da vacina antivariólica estavam, principalmente, sob a responsabilidade do Instituto Vacínico Municipal, criado em 1894, pelo Médico, Barão de Pedro Affonso, como propriedade privada subvencionada pelo Estado (Fernandes, 1999).

A criação da Oficina Sanitária Internacional, em 1902, com sede em Washington, nos Estados Unidos, pode ser entendida como uma resposta às negociações internacionais advindas deste processo, que visavam o estabelecimento de uma normatização mais ampla, para viabilizar o comércio entre países, evitando a disseminação de epidemias (Cueto, 2004). Sua criação se deu como resultado das deliberações suscitadas durante a IIª Conferência Internacional dos Estados Americanos, realizada no México, no ano anterior. Esta reunião foi convocada pela União Internacional das Repúblicas Americanas, na qual autoridades de saúde do continente estiveram reunidas para formular acordos e regulamentos sanitários, objetivando a redução da exigência da quarentena, no que dizia respeito ao cólera, febre amarela, peste bubônica, varíola e surtos de outras doenças “pestilenciais” (Howard-Jones, 1980: 369).

A Oficina Sanitária foi organizada como um pequeno comitê, para receber relatórios sobre a condição sanitária nos portos e territórios das repúblicas americanas, valendo-se para tal, das facilidades de que dispunha o Serviço de Saúde Pública norte-americano (Howard-Jones, 1980), que lhe prestava subsídio. Segundo Marcos Cueto, também cabia à Oficina, neste momento, “elaborar acordos e regulamentos benéficos aos interesses de todos os países” do continente (Cueto, 2004: 39), no que era facilitada, em grande medida pela noção de pan-americanismo – difundida desde o século XIX –, que estimulava a busca por resoluções internas para questões comuns no continente¹⁹.

Sobre esta região incidia o processo de influência econômica, política e social, no qual preponderava a presença norte-americana caracterizada, tanto pela inversão de grandes aportes financeiros que viabilizassem o desenvolvimento em curso, quanto, em alguns casos, por uma intervenção militar direta (Hobsbawn, 2000). A hegemonia norte-

¹⁹ O pan-americanismo encontraria sua principal expressão administrativa na criação, em 1910, da União Panamericana – rebatizada, em 1948, como Organização do Estados Americanos –, instalada em Washington, capital norte-americana, encarregada de organizar informações sobre o comércio no continente. Paulatinamente, a União Panamericana ampliaria sua área de atuação, passando, inclusive, a atuar de forma mais incisiva na área de saúde, organizando a notificação de doenças no continente (Cueto, 2004).

americana, em relação aos demais países do continente, concretizava-se através de negociações políticas locais, com a estrutura de poder vigente, de forma a facilitar o desenvolvimento de relações comerciais com estes países (Donghi, 1969; Pamplona, 1996).

As principais capitais exportadoras do continente latino, entretanto, apresentavam elevados índices de doenças transmissíveis que, periodicamente, atingiam níveis epidêmicos, elevando o risco de contaminação através do comércio portuário. O aumento do fluxo imigratório para as principais capitais mundiais também se apresentava como uma residual fonte de disseminação de doenças (Cueto, 2004), contra as quais se aplicavam medidas quarentenáveis paliativas. As controvérsias que pairavam sobre a duração de tais medidas para as diferentes doenças, variavam entre os portos, de acordo com o consenso médico-científico estabelecido nos diferentes países sobre a etiologia de doenças.

Freqüentemente, a quarentena e o isolamento de embarcações restringia-se àquelas que efetivamente apresentavam algum caso de doença transmissível, ou eram oriundas de algum porto onde estivesse em curso uma epidemia. As demais eram isentas do mesmo bloqueio, de forma a não paralisar o comércio marítimo, pois o período de isolamento forçado, normalmente, deteriorava a mercadoria transportada e acarretava grande prejuízo (Cueto, 2004).

Marcos Cueto, chama atenção para o fato de que muitos acordos e regulamentos marítimo-sanitários internacionais, estabelecidos no início do século XX, respondiam à necessidade de minimizar os efeitos destas tradicionais práticas de isolamento e quarentena das embarcações, que dificultavam o comércio marítimo, pois, em diversas oportunidades “a declaração de quarentena foi considerada economicamente mais prejudicial do que a própria epidemia” (Cueto, 2004: 15). Não era raro que estes procedimentos de isolamento e quarentena se mostrassem, inclusive, ineficazes para bloquear a introdução de alguma epidemia nos portos de destino das embarcações.

A incorporação de ações de desinfecção, como alternativa complementar ao isolamento das embarcações, a assinatura de acordos e tratados para regulação do trânsito marítimo, a incitação para o estabelecimento de um sistema internacional eficaz de notificação de epidemias, assim como a criação de órgãos locais de saúde que assegurassem a salubridade, principalmente, das cidades portuárias, podem ser entendidos como mecanismos implementados para facilitar o intercâmbio entre as

nações, e compuseram o início do processo de internacionalização da prevenção de doenças.

A criação de fóruns e organismos de saúde internacionais, onde passam a circular as discussões sobre o conhecimento científico existente, a respeito de doenças comunicáveis, possibilitaram a constituição de alguns consensos sobre este tema, e validaram o estabelecimento de acordos e tratados multilaterais sobre saúde internacional (Howard-Jones, 1980; Lima, 2005). A aliança entre mecanismos de prevenção de doenças e o conhecimento científico sobre a transmissibilidade destas, pautaram o nascimento da moderna saúde pública, no século XX, incorporada como política nacional e difundida como principal objeto de atenção para a implementação de ações de administração pública em saúde.

Segundo Rosen (1994), a saúde já era colocada como um bem público, desde o movimento da medicina social, na Europa do século anterior, entretanto, neste século XX, passou a ser encarada como uma obrigação do Estado. Este ficaria responsável pelo controle das doenças transmissíveis, e por afiançar níveis epidemiológicos seguros para a população do seu território, incluindo, através de acordos, os demais países com quem intercambiava produtos e indivíduos, e incorporando os consensos científicos estabelecidos sobre a profilaxia das doenças.

A produção de um conhecimento científico consensual sobre a prevenção de doenças transmissíveis atravessou uma série de mediações que foram próprias deste campo, e possibilitaram o surgimento de um ideal de erradicação, balizado na organização de campanhas de saúde para o controle de doenças.

Organismos internacionais de cooperação em saúde e o surgimento da meta erradicadora

No início do século XX, como vimos, os principais recursos para a cooperação internacional em saúde advinham, basicamente, do estabelecimento de tratados e acordos entre países, visando evitar a disseminação de doenças transmissíveis.

A criação da Oficina Sanitária Internacional representou um marco importante nas relações entre os países americanos, no que diz respeito à saúde pública, assumindo, entre suas primeiras iniciativas, a responsabilidade por organizar informações sobre epidemias e promover as Conferências Sanitárias Internacionais das Repúblicas Americanas (Cueto, 2004). Segundo Marcos Cueto, no decorrer das décadas seguintes,

a Oficina se destacaria como mediadora das ações contra doenças transmissíveis, promovendo a “responsabilidade internacional com relação as epidemias que se apresentavam em qualquer parte do continente”, como forma de incentivar o desenvolvimento das nações americanas (Cueto, 2004: 4). Este século presenciou, ainda, o surgimento de outras importantes instituições internacionais de saúde.

Em 1903, foi celebrada a Convenção Sanitária Internacional de Paris, importante acordo internacional do qual participaram 21 países e que, segundo Marcos Cueto (2004), teria superado, e renovado, as ações deliberadas em reuniões anteriores, deste porte. Nesta convenção, os inconvenientes da quarentena, atentando contra o comércio marítimo, foram mais uma vez ressaltados, e as resoluções estabelecidas foram especialmente dirigidas a regular este tráfego. Destacou-se, também, como um ponto de inflexão para os estudos científicos universalmente aceitos sobre as principais doenças epidêmicas, além da sistematização de medidas contra o cólera e a peste bubônica, assumidas, por todos os países signatários, como as doenças que mais preocupavam a circulação marítima (Chronicle of the WHO, jul-aug. 1958; Cueto, 2004).

No continente americano, na primeira década do século XX, destacavam-se como doenças de maior repercussão, a febre amarela e a malária, a tuberculose e a varíola. No Brasil, a configuração epidêmica da febre amarela e a permanência de surtos de varíola colocaram em evidência a falta de medidas para o controle destas doenças, gerando como resposta as primeiras campanhas sanitárias impetradas por Oswaldo Cruz, diretor do departamento de saúde pública. Como forma de debelar a varíola, foi proposta a implementação da obrigatoriedade da vacinação antivariólica, em 1904, que gerou uma série de atribulações, motivando, inclusive, a “rebelião” popular conhecida como revolta da vacina, que foi, de fato, uma demonstração pública de um conjunto de insatisfações, por parte da sociedade, em relação ao Estado (Sevcenko, 1984; Chalhoub, 1996; Fernandes, 1999a). A obrigatoriedade da vacinação, porém, somente se consolidaria mais adiante, com ampla aquiescência da população.

Durante a IIª Conferência Internacional das Repúblicas Americanas, em 1905, as deliberações acordadas na conferência de Paris, foram referendadas, omitindo-se alguns itens que diziam respeito a regiões específicas européias, e adicionando-se regulamentos para o controle da febre amarela que, segundo o exposto, era distintamente, um “assunto americano” (Howard-Jones, 1980: 371). Certamente, os acordos celebrados na conferência de Paris influenciaram a criação, em 1907, da Oficina Internacional de

Higiene Pública (OIHP), conhecida como “Oficina de Paris”, em função desta cidade ter sido sua principal sede.

Os primeiros anos de existência da OIHP coincidiram com um período de significativo desenvolvimento científico e crescimento das profissões de saúde pública, que trariam importantes avanços para o controle da maioria das doenças transmissíveis (Chronicle of the WHO, jul-aug. 1958: 264). Esta Oficina foi identificada por Cueto como o primeiro organismo europeu, relativamente estável, dedicado à saúde internacional, e tinha, entre suas principais funções, o imperativo de “informar e atender consultas sobre assuntos epidemiológicos e quarentenas, e difundir-las através de um boletim” (Cueto, 2004: 12-13). Este espaço de informações pode ser considerado como um importante fórum de discussões sobre problemas de saúde pública, e se manteve ativo, mesmo durante a primeira guerra mundial, através de publicação regular de seu boletim (Chronicle of the WHO, jul-aug. 1958).

Apesar dos países americanos participarem das deliberações sobre saúde pública, realizadas na Europa, inclusive fornecendo informações sanitárias e quadros epidemiológicos ocasionais, as principais discussões sobre questões de saúde e doença nas Américas permaneceram centralizadas na Oficina Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas. Não obstante, entre 1907 e 1920 existiram duas séries de Conferências Sanitárias Internacionais, uma na Europa, e outra nas Américas (Howard-Jones, 1980), porém ambas foram interrompidas com a eclosão da Iª Guerra Mundial (1914-1918). Enquanto a primeira conferência funcionava em torno da centralidade parisiense no estabelecimento de questões sobre higiene, saúde, e doenças transmissíveis, a segunda valia-se da estrutura e experiência norte-americanas como aglutinadora das informações sanitárias, de interesse comum ao continente.

Observe-se que neste período, que antecedeu a Primeira Guerra Mundial, foram realizadas as primeiras campanhas sanitárias visando a erradicação de doenças que, no entanto, não apresentavam uma perspectiva de alcance mundial, correspondendo a ações territorialmente delimitadas. Destacam-se, nesse sentido, a campanha realizada em Havana, em 1902, com vistas a erradicar a febre amarela e, a empreendida em 1909, no sul dos Estados Unidos, para erradicar a ancilostomíase.

A partir de 1916, a Fundação Rockefeller²⁰, incorporaria estas experiências, e promoveria através da sua Divisão de Saúde Internacional, campanhas para a erradicação de doenças em países da Ásia, Europa e América Latina (Soper, 1965; Cueto, 1996; Faria & Costa, 2006).

A erradicação de doenças transmissíveis foi uma aspiração da ciência médica e, notadamente, dos epidemiologistas, cultivada ao longo do século XX. Em busca desta quimera foram concentrados esforços, oriundos de diversos ramos da ciência médica, orientados pela crença de que, o conhecimento da etiologia e dos mecanismos de transmissão, permitiria o domínio e a conseqüente eliminação de doenças, aplicando-se para tal, medidas preventivas e curativas. Importa ressaltar, no entanto, que Edward Jenner, com base nos recursos preventivos da técnica de imunização contra a varíola, criada por ele, expunha, ainda em 1801, sua expectativa sobre a possibilidade de se exterminar a varíola, com a utilização da vacina, antecipando a possibilidade de eliminar uma doença transmissível²¹.

Como uma ação concreta, a erradicação de doenças encontrou expressão, primeiramente, na medicina veterinária, em 1884, quando o Congresso Americano criou um *bureau* de indústria animal, com o objetivo de erradicar a pleuropneumonia bovina, e prevenir a exportação de outros animais doentes (Soper, 1965). Aplicada a políticas de saúde, a expressão erradicação ganharia relevo nas últimas décadas do século XIX, destacando-se a observação do médico Charles Chapin, em 1888, sobre o controle da tuberculose, na qual afirmava que “medidas preventivas para qualquer doença, se diligentemente aplicadas, poderiam potencialmente levar a erradicação” (Verani, 1991: 6; Soper, 1957; 1960; 1965).

Segundo o médico Fred Soper, o mesmo raciocínio que orientou a observação de Chapin sobre a tuberculose, foi empregado em relação a outras doenças sobre as quais se descobriram os agentes e os mecanismos de transmissão, como a malária, a febre amarela e a ancilostomíase (Soper, 1957). Afirmava, este autor, que antes das descobertas de Koch e Pasteur, o termo erradicação, em medicina, se aplicava em um sentido mais restrito, referindo-se à eliminação de uma enfermidade em um paciente

²⁰ Esta organização foi criada em 1913, como resultado da reunião de diversos organismos pertencentes à família Rockefeller, como uma instituição dedicada à “filantropia em larga escala” e privilegiou, nas três primeiras décadas de sua existência, a promoção de atividades nas áreas de ciências naturais, saúde pública e educação superior, “consideradas fundamentais para o desenvolvimento das sociedades modernas ou em vias de modernização” (Faria & Costa, 2006: 163).

²¹ Em *The origin of the vaccine inoculation*, Londres, 1801. Citado em Verani (1991:5).

(Soper, 1957). Apenas posteriormente a noção de erradicação pôde ser ampliada, circunscrevendo a eliminação de uma doença em uma determinada área ou região geográfica.

Foi sobre a tutela da saúde pública que o conceito de erradicação de doenças ganhou destaque e importância no cenário das ciências médicas. No início do século XX, a saúde pública era uma das novas ciências no ramo médico, emergindo como resultado do emprego diversificado do conhecimento científico desenvolvido no século anterior. Suas fronteiras englobavam ações de higiene, engenharia sanitária, e demais atividades de saúde que visassem o coletivo. Algumas vezes, a expressão saúde pública correspondia à medicina preventiva, posto que ambas as designações deveriam compor-se de atividades que evitassem a disseminação de doenças (Long, 1925). Os benefícios esperados com o emprego de ações de saúde pública, eram anunciados como conquistas possíveis, desde que, para tal, fossem mobilizados os recursos necessários, especialmente os financeiros.

O termo erradicação, desta forma, na primeira metade do século XX, correspondia a uma atuação territorialmente restrita, ao contrário do que atualmente se apresenta, com uma configuração de âmbito mundial. O conceito de erradicação, à época, confundia-se com o que, presentemente, está consolidado na saúde pública como eliminação, e/ou controle. Na realidade, o termo erradicação era empregado para campanhas que objetivavam a eliminação de uma doença de um território, ou de uma região geográfica específica. A percepção de que a erradicação de uma doença poderia assumir uma amplitude global, suprimindo, em definitivo, qualquer medida preventiva contra esta, apenas pôde ser consolidada com a experiência da varíola, na segunda metade deste século.

As primeiras mobilizações de porte internacional, para efetuar tanto o controle, como a erradicação de doenças, foram empreendidas no continente americano, onde sobressaía a incidência da febre-amarela e da malária, e contra elas incidiram campanhas promovidas, inicialmente, pela Fundação Rockefeller (FR). A partir de 1915, esta fundação incorporou a prerrogativa de demonstrar a possibilidade de controlar doenças transmissíveis, através de uma “lição prática” do emprego de um modelo campanhista em regiões limitadas de cada país, cujos benefícios poderiam se

estender indefinidamente²². No mesmo informe em que apresentava esta intenção, anunciou a realização de estudos para empreender a erradicação da febre amarela e o controle da malária, trabalho este que foi iniciado em 1916, a partir do estabelecimento de acordos com os principais países aonde estas doenças acometiam de forma epidêmica (Soper, 1960).

As campanhas implementadas pela Fundação Rockefeller na América Latina foram fundamentais para o surgimento e consolidação do conceito de erradicação que, a partir de meados do século, incorporaria a varíola (Soper, 1965; Cueto, 1996). O modelo de erradicação por ela promovido, para a febre amarela, baseava-se na eliminação da doença através da redução do mosquito transmissor desta, de acordo com o que foi observado na experiência empreendida pelo general William Gorgas, em Havana e no Panamá, nos primeiros anos deste século, que levaram erradicação da doença nestes países (Soper, 1960). Gorgas foi o responsável por comandar, na Fundação Rockefeller a Comissão da Febre Amarela, e com base neste trabalho, levou o diretor da Divisão Internacional de Saúde da FR, Wycliffe Rose, a defender a possibilidade de erradicar, em um prazo de 5 anos, a doença das Américas (Soper, 1960). No Brasil, um dos países americanos em que a doença era epidêmica, foi organizado em 1919, a Comissão Nacional de Febre Amarela, que também se baseou na redução do mosquito como forma de alcançar a erradicação desta doença²³.

Neste mesmo ano, a Oficina de Paris organizou a primeira sessão, após o fim da I Guerra Mundial, onde foram pactuados alguns princípios internacionais de saúde pública, que permaneceriam válidos durante cerca de 30 anos (Chronicle of the WHO, jul-aug. 1958). Nesta ocasião o diretor da oficina de Paris, Rocco Santoliquido, declarou que “a principal garantia de segurança internacional contra doenças situava-se no modelo de saúde pública de cada unidade nacional, e a idéia de erguer barreiras contra doenças e o conceito de quarentena, estavam ultrapassados” (Chronicle of the WHO, jul-aug. 1958: 265). Esta Oficina marcou um momento importante, no sentido em que questionou os modelos de saúde pública e de controle de doenças, demonstrando a

²² Informe Anual da Fundação Rockefeller, de 1915. Citado em Soper (1960: 121).

²³ No Brasil, a Fundação Rockefeller estabeleceu seus primeiros contatos na década de 1910, a partir de uma avaliação das condições de saúde no país. Em 1923, promoveu um convênio com o governo brasileiro a fim de destinar recursos financeiros, garantindo a cooperação médico-sanitária e educacional para a implementação de programas de erradicação de endemias, concentrando-se, inicialmente, no combate à febre amarela e, mais tarde, à malária (Lacerda, 2002).

inadequação de algumas medidas, como a quarentena, que balizaram a adoção de medidas de proteção das fronteiras entre países, por um longo período.

Segundo Rocco Santoliquido, “focos endêmicos de doenças comunicáveis deveriam ser circunscritos e obliterados”, ressaltando que, para o desenvolvimento de tal ação, pressupunha-se um considerável e racional desenvolvimento dos serviços nacionais de saúde, que deveriam adaptar-se às circunstâncias locais (Chronicle of the WHO, jul-aug. 1958: 265). Alertava, também, que não bastava desenvolver e reorganizar os serviços de saúde, sem que se promovesse, junto à população, uma conscientização sobre a importância de tais medidas (Chronicle of the WHO, jul-aug. 1958).

Apesar do pleno funcionamento da OIHP, como um órgão de colaboração internacional em assuntos de saúde, em 1920, foi criada a Seção de Higiene da Liga das Nações, que buscava centralizar as atividades internacionais relativas à área. As condições de saúde no mundo pós-guerra se encontravam, bastante deterioradas, necessitando de medidas efetivas, que pudessem conter as epidemias que ameaçavam devastar, novamente, a Europa. Inicialmente, cogitou-se transferir as atividades da OIHP para a tutela da Liga, integrando-a ao novo órgão de saúde, entretanto, o resultado desta negociação foi inviabilizado pelos Estados Unidos, que não consentia que organizações internacionais, do qual fosse membro, estivessem em associação com a Liga das Nações (Chronicle of the WHO, jul-aug. 1958).

Instalada em Genebra, a Seção de Higiene da Liga das Nações, segundo Cueto, teria exibido uma vocação internacional mais decidida do que a Oficina de Paris, mantendo entre suas responsabilidades a

atividade de informar semanalmente os eventos epidemiológicos, constituir comissões especializadas nas enfermidades mais temidas, oferecer bolsas de estudo e intercâmbio com universidades européias, tratar (infrutiferamente) de controlar o comércio e o consumo do ópio, e promover temas novos como a higiene industrial, a medicina social e a nutrição (Cueto, 2005: 13).

Esta organização ainda teria o mérito de ter promovido o primeiro movimento de descentralização da saúde internacional, ao criar, em 1925, em Singapura, cidade considerada como ponto de encontro de muitas epidemias, seu *Eastern Bureau*, responsável pela região do leste da África, Ásia e Austrália (Cueto, 2005).

As duas organizações não obtiveram uma adesão internacional unânime, pois alguns países resistiram a se integrar as duas, concomitantemente, como era o caso dos Estados Unidos e da França, que ignoraram os pedidos de Genebra para integrar a Seção de Higiene. Segundo Brown, Cueto e Fee (2006), esta organização se defrontaria com uma oposição velada por parte de outras organizações de porte nacional e internacional de saúde, dentre as quais se destacou o Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos da América. Em alguns casos, como o Brasil, que já era signatário da Oficina de Paris desde 1907, e também sustentou cargos executivos na Seção de Higiene, verificou-se, contudo, a adesão a ambas as organizações (Cueto, 2005). Ao final da primeira guerra, esta Seção assume um papel importante no controle de doenças transmissíveis no cenário europeu, a partir da criação da *Epidemic Commission*, e do serviço de inteligência epidemiológica, que tinham como função assessorar com relação às medidas a serem implementadas, e coletar e publicar dados sobre as doenças epidêmicas de importância internacional (Chronicle of the WHO, jul-aug. 1958).

No cenário das Américas, as principais ações contra doenças transmissíveis estavam sendo empreendidas pela Fundação Rockefeller. No Brasil, a partir de 1923, a fundação foi convidada a colaborar no desenvolvimento da campanha para erradicação da febre amarela, que se manteria até o final desta década. Esta campanha manteve o mesmo modelo anteriormente empregado pelo governo brasileiro, de redução da incidência do mosquito, ressaltando que, o fracasso da campanha anterior era atribuído à cobertura inadequada das áreas epidêmicas (Soper, 1965). Esta medida alcançou a eliminação da doença pelo período de 11 meses, após o qual se constatou a sua re-introdução, e disseminação, nas principais capitais nacionais e mesmo, nos países vizinhos, que se encontravam livre da enfermidade (Soper, 1965).

A realização da VII Conferência Sanitária Panamericana²⁴, em 1924, em Havana, Cuba, marcou o início do estabelecimento do Código Sanitário Panamericano, com a assinatura de um referendo, por parte de 18 países, incluindo o Brasil. Este código estabelecia os regulamentos que deveriam reger a quarentena internacional, marítima e aérea, além de instituir a elaboração de informes e relatórios periódicos, sobre as condições de saúde pública de âmbito nacional. Paulatinamente, os países que fossem aderindo ao código obrigavam-se, a incluir como doenças de notificação

²⁴ A Oficina Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas teve sua denominação alterada, em 1923, para Oficina Sanitária Panamericana, sendo também alterada a nomenclatura da Conferência Sanitária Internacional, para Panamericana (Howard-Jones, 1980).

obrigatória, além da praga, cólera e febre amarela, que já eram objetos de notificação desde o estabelecimento da Convenção Sanitária Internacional de Paris (1903), a varíola, o tifo, a meningite cérebro-espinhal, e encefalites letárgicas (Howard-Jones, 1980).

Em 1925, o médico J. D. Long, Cirurgião Auxiliar Geral do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, e também vice-diretor da Oficina Sanitária Panamericana, considerava que “a medicina preventiva ou saúde pública, e os termos tais como agora se apresentam são sinônimos para todos os fins práticos” (Long, 1925: 5). Este médico destacava que era possível para “um país ou comunidade manter equilibrado a proporção de mortes e enfermidades quase até qualquer grau que se deseje, desde que exista disposição para fazer os sacrifícios monetários conseqüentes” (Long, 1925: 6). Como incentivos a esta tarefa da medicina preventiva, ou da saúde pública, apontava que confluíam os conhecimentos sobre os meios de propagação de muitas enfermidades e seus períodos de incubação; o conhecimento sobre o ciclo de vida de insetos transmissores, sobre seus hábitos, sobre o período em que são capazes de se infectar e transmitir doenças, e sobre o seu habitat; a influência que o meio ambiente, no qual vivem os indivíduos, exercem sobre a saúde e o bem estar deles; e, finalmente, o valor da higiene pessoal (Long, 1925). De posse desse conhecimento, e com a “aplicação científica de medidas, seja numa escala extensa ou limitada, segundo o indiquem as circunstâncias”, seria possível que

as maiores enfermidades epidêmicas que se propagam por meio da imigração, assim como mediante as viagens e comércio nacional e internacional, podem na atualidade regularizar-se de tal modo, que se impeça sua nova propagação e alcance assim seu extermínio final (Long, 1925:6-7).

O referido médico destacou que o custo para eliminar doenças como, o cólera, a peste bubônica, a febre tifóide, a febre amarela, assim como a varíola, que se constituíam como as principais enfermidades epidêmicas, “não resultava excessivo, sobretudo se têm-se em conta os benefícios que, com esta eliminação, se obtêm”. Alertava, ainda, que o alcance de tais princípios poderia ser obtido pelos governos nacionais, “desde que investidos de tanto poder e autoridade, quanto fosse possível” (Long, 1925: 11). Destacava, ainda, a necessidade de realização de campanhas para a prevenção de enfermidades contagiosas, e contra epidemias, além de campanhas direcionadas à vacinação, visando “o extermínio da varíola” (Long, 1925). Observe-se

que, pela primeira vez a vacinação foi apontada como uma estratégia importante para a eliminação de doenças, e a varíola destacada como uma doença passível de erradicação.

No ano seguinte à declaração de Long, em 1926, na Convenção Sanitária Internacional de Paris, a varíola e o tifo foram incluídas na categoria de doenças quarentenáveis, juntamente com o cólera, a praga (1903), e a febre amarela (1912) (Chronicle of the WHO, jul-aug. 1958). Contra estas, em caso de epidemia, cabia a obrigação de notificar, imediatamente, aos demais países signatários e à Oficina Internacional de Higiene Pública²⁵, de forma que se pudessem levantar as barreiras sanitárias disponíveis para evitar sua propagação. É importante ressaltar que, a partir de meados da década de 1920, a varíola despontou como uma doença de preocupação internacional, constando como uma doença de notificação obrigatória, e submetida à quarentena, nos acordos firmados, tanto junto à Oficina Sanitária Panamericana, quanto no âmbito na Oficina Internacional de Higiene Pública. Entretanto, a vacinação antivariólica não era indicada como uma medida compulsória, e a exigência da vacinação, apenas a partir da Convenção de Paris, passou a figurar como medida preventiva para o controle do tráfego internacional.

Com relação à obrigatoriedade da vacina antivariólica, observa-se que, durante a realização da VIII Conferência Sanitária Panamericana, em 1927, em Lima, no Peru, a delegação do Uruguai propôs sua inclusão no Código Sanitário Panamericano (Lima, 2002). Nesta convenção, ainda ficou estipulado que cabia à Oficina Sanitária Panamericana, coletar e remeter dados sobre a incidência de doenças transmissíveis, no continente americano, para a OIHP (Howard-Jones, 1980; Lima, 2002), o que reforçava o papel centralizador desempenhado por esta instituição, no âmbito da saúde pública internacional.

No período entre as duas Guerras Mundiais, a Oficina de Paris, por sua vez, dedicou-se à coletar dados para a construção de quadros estatísticos sanitários internacionais, e a divulgar dados epidemiológicos através, principalmente, de boletins semanais e anuários sanitários. Chamavam atenção desta oficina, alguns episódios que pudessem propiciar a disseminação de doenças, como aglomerações e deslocamento de pessoas, como a peregrinação a Meca que acarretou a criação da Comissão de

²⁵ Decreto nº 19.127, de 25 de fevereiro de 1930. Promulga a Convenção Sanitária Internacional, assinada em Paris, a 21 de junho de 1926.

Peregrinação, em 1928, dedicada a examinar, a cada ano, as informações sanitárias provenientes deste evento (Chronicle of the WHO, jul-aug. 1958).

Ainda em 1928, foram iniciados estudos para a regulamentação da quarentena para o tráfego aéreo, questão de crescente importância, que culminaria no estabelecimento, em 1933, da Convenção Sanitária Internacional para Navegação Aérea, que incluía dispositivos específicos aplicados às doenças de notificação obrigatória, dentre elas, a varíola²⁶. Após três anos, cerca de 30 países já se apresentavam como signatários desta convenção (Chronicle of the WHO, jul-aug. 1958).

No que diz respeito à erradicação de doenças, promovida no âmbito internacional, principalmente, pela Fundação Rockefeller, a década de 1930 representou uma reavaliação desta proposta. Os esforços empregados durante mais de 20 anos, ainda não haviam erradicado a febre amarela, doença contra a qual se concentrou parte significativa dos recursos desta instituição. Segundo apontou Fred Soper²⁷, as dificuldades para erradicar esta doença, teriam levado os profissionais de saúde pública, nos Estados Unidos, neste período, a considerar o emprego de uma filosofia de controle de doenças transmissíveis, como mais aceitável, do que a meta de erradicação (Soper, 1965).

Durante a realização da IX Conferência Sanitária Panamericana, em 1934, a vacinação antivariólica assumiu destaque, através de trabalho apresentado pela delegação brasileira, que defendia a tese da univacinação contra a doença, pois segundo afirmavam, a primeira vacina era definitiva²⁸. Segundo aponta Lima (2002), esta proposta da delegação brasileira gerou controvérsias, suscitadas, principalmente por autoridades peruanas, que foram rebatidas pelos delegados brasileiros com a afirmação de que a saúde pública apresentava uma tendência conservadora, dominada pela “tradição e pela rotina” (Lima, 2002: 55). Ao final das discussões, ficou aprovada a seguinte deliberação:

A IX Conferência Sanitária Pan-americana tem tomado conhecimento da comunicação apresentada a seu exame pela

²⁶ O Brasil se tornou signatário desta convenção em 30 de setembro de 1935, através do Decreto nº 349 que promulgou, “em virtude de adesão (com reservas) do Brasil, a Convenção Sanitária Internacional para Navegação Aérea, firmada em Haya, entre vários países, a 12 de abril 1933”.

²⁷ Na década de 1930, Fred Soper era o responsável pela administração do programa de erradicação da febre amarela da Fundação Rockefeller. Função que acumulou junto com a direção do Serviço da Febre Amarela brasileiro, desenvolvido em cooperação com a Fundação, no norte do país (Soper, 1965).

²⁸ Ata da IX Conferência, 1934. In: Lima (2002).

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 Conferência, p. 269)²⁹.

Aquém do que foi suscitado pela delegação brasileira durante esta conferência, não se detectou, no Brasil, nenhuma alteração substancial nas atividades de vacinação contra a varíola, que permaneceriam rotineiras, e sob a responsabilidade dos órgãos locais de saúde até a década de 1960.

Ao final da década de 1930, entretanto, as atividades de colaboração internacional encontravam-se fragilizadas, em razão dos acontecimentos que propiciaram a eclosão da IIª Guerra Mundial. Tanto a Seção de Higiene da Liga das Nações e quanto a Oficina Internacional de Higiene Pública sobreviveriam ao episódio, estando, porém a manutenção destas, em cheque pela criação de uma outra organização internacional em saúde, ao final da década de 1940. No continente americano, ao contrário, a eclosão da Segunda Guerra Mundial trouxe uma nova perspectiva de colaboração política, que buscou reforçar os laços de cooperação, frente à possibilidade de expansão da guerra européia.

Neste sentido, o governo norte-americano, acatando a recomendação formulada, no início da década de 1940, por Nelson Rockefeller, criou o Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA). Este tinha como objetivo coordenar programas bilaterais que estimulassem o desenvolvimento e a proteção do continente, frente a ameaça de guerra contra os países do Eixo europeu, além de organizar programas de saneamento nas regiões que abrigariam bases militares norte-americanas no continente (Bastos, 1993; Cueto, 1996; Campos, 2006). O IAIA foi o intermediário entre os governos norte-americano e brasileiro no estabelecimento de um acordo bilateral para a área da saúde pública³⁰, e possibilitou a criação, em 1942, do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), constituído como “uma unidade administrativa mantida pela IAIA e subordinada diretamente ao Ministro da Educação e Saúde” (Bastos, 1993: 29). Este acordo estava em consonância com as estratégias de aproximação estabelecidas pelo

²⁹ Citado em Lima (2002: 55).

³⁰ O decreto-lei nº 4.275, de 17 de abril de 1942, em seu artigo 1º, autorizava o Ministro da Educação e Saúde a “entrar em entendimento com o *Institute of Interamerican Affairs of the United States of America*, para o fim do desenvolvimento de um serviço de cooperação em matéria de Saúde Pública”. Esta legislação previa a assinatura de um contrato, entre o Ministro e o representante do IAIA, para o estabelecimento do regime de administração e da articulação deste serviço com o Ministério da Educação e Saúde.

governo norte-americano para a América Latina, e foi, paulatinamente, incorporado pelo presidente de Getúlio Vargas que, em 1940, posicionaria o Brasil, nesta conjuntura da IIª Guerra Mundial, como aliado do governo norte-americano.

O modelo de cooperação que possibilitou a criação do SESP envolvia o aperfeiçoamento em saúde pública de profissionais, em níveis diferenciados de formação, e a execução e coordenação de programas de saneamento, de assistência médica e de controle de doenças transmissíveis (Bastos, 1993; Campos, 2006). Este nível de cooperação significava um intercâmbio de práticas e conhecimentos técnico-científicos entre os Estados Unidos e Brasil, que já vinha se consolidando desde, pelo menos, 1917, através da atuação da Fundação Rockefeller no país. Além de organizar e coordenar programas para a erradicação de doenças no país, esta Fundação se dedicou a estimular a formação de técnicos e profissionais, na área de saúde pública, principalmente através da concessão de bolsas de estudo, em programas de pós-graduação, nos Estados Unidos. O tipo de cooperação, impetrado pela FR, apontava para a oportunidade de difundir o modelo norte-americano de educação médica e de ações assistenciais de saúde, enfocando a estruturação de serviços sanitários, principalmente em zonas rurais, além do combate a doenças típicas desta região, como a ancilostomíase (Cueto, 1996).

Após o término da IIª Guerra, uma das conseqüências do arranjo político mundial estabelecido, teve como marco a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), responsável pela regulação das relações internacionais. Esta instituição apresentou uma importância estratégica para o surgimento de uma aliança cooperativa que, efetivamente, englobasse as nações do mundo, em discussões sobre política internacional, e também incorporou, a partir de uma longa série de debates, o campo da saúde, resultando na criação, em 1948, da Organização Mundial de Saúde (OMS) (Brown, Cueto & Fee, 2006).

Este organismo foi constituído como uma agência intergovernamental especializada da ONU para a área da saúde, e teria como uma de suas principais funções o “propósito de cooperação [dos países signatários] entre si próprios, e com outros, para promover e proteger a saúde de todos os povos” (Constitution of the World Health Organization, 1942: 29). Sua estrutura foi articulada de forma a atuar sobre 5 regiões distintas: as Américas, o Sudeste Asiático, a Europa, o Mediterrâneo Oriental, o Pacífico Ocidental e a África. A Oficina Sanitária Panamericana (OSP), passaria a se

constituir como o organismo regional da OMS para as Américas (Brown, Cueto & Fee, 2006), sendo designada, a partir de então, Organização Panamericana de Saúde (Opas)³¹.

Segundo Brown, Cueto e Fee (2006), ao longo da década de 1950, a OMS passaria por uma fase inicial de estruturação, percebendo-se uma influência mais nítida da pauta norte-americana, regendo as perspectivas político-sanitárias da instituição. No que tange às doenças transmissíveis, a perspectiva da organização foi de inserir-se nas negociações internacionais que preconizavam o desenvolvimento de programas de erradicação. Neste sentido, dando seqüência à resolução aprovada pela Opas, no ano anterior, a OMS lançou, em 1955, o programa mundial para erradicação da malária, balizado pelas inovações técnicas no tratamento da doença, bem como pela perspectiva de eliminação do agente transmissor através do uso do pesticida DDT (diclorodifeniltricloreto).

A pauta de erradicação de doenças, em escala mundial, seria ampliada, ainda nesta década, quando, em 1958, a União Soviética lançou a proposta para a erradicação mundial da varíola, justificada pelo ministro da saúde deste país como “cientificamente viável, socialmente desejável e economicamente vantajoso” (Brown, Cueto & Fee, 2006: 65). Segundo a proposição russa, a erradicação total da varíola deveria ser alcançada num curto espaço de tempo e os argumentos científicos que justificavam a viabilidade de tal proposta balizavam-se, fundamentalmente, por algumas inovações técnico-científicas, desenvolvidas ao longo do século XX, sobre os métodos laboratoriais de diagnóstico da doença, o aprimoramento da produção de vacinas e o emprego de técnicas de vacinação mais eficazes.

Moscou, neste período, abrigava o mais bem equipado laboratório de pesquisas do mundo sobre a varíola, o Laboratório de Prevenção da Varíola, reconhecido, posteriormente, pela OMS, como centro internacional para diagnóstico da doença (O Globo, 07/04/1975). A proposição russa para a erradicação da varíola, no contexto da Guerra Fria³², poderia denotar interesse em torno do estabelecimento de uma centralidade russa sobre o conhecimento internacional a propósito de doenças

³¹ Apesar da denominação deste organismo ter sido alterada, seu periódico permaneceu com o título de Boletim da Oficina Sanitária Panamericana, durante o período contemplado nesta análise, até meados da década de 1960. Motivo pelo qual mantêm-se a utilização da referência *Boletín de la OSP*, conforme a grafia do original consultado, em espanhol.

³² Panorama político-econômico que se estabeleceu, após a Segunda Guerra Mundial, através de uma divisão político-geográfica do mundo, entre os países capitalistas e os países comunistas.

transmissíveis. Entretanto, o conjunto de ações que foram mobilizadas para a concretização do programa de erradicação da varíola pautou-se, basicamente, nos programas de erradicação desenvolvidos, anteriormente, por organismos americanos de cooperação, como a Fundação Rockefeller e a Oficina Sanitária Panamericana, e pelo conhecimento produzido pelo *Communicable Disease Center* (CDC), do governo norte-americano.

O CDC, criado em 1946, originou-se dos esforços empregados pelo governo norte-americano, durante a IIª Guerra Mundial, para combater a malária, ampliando, seu leque de atuação para outras doenças transmissíveis. Obteve a primazia no desenvolvimento de sistemas de vigilância epidemiológica alcançando, ao longo da década de 1960, maior visibilidade internacional. Para a erradicação mundial da varíola, o modelo de vigilância epidemiológica desenvolvido no CDC, e incorporado ao programa da OMS, foi determinante para o sucesso dessa empreitada, como veremos mais adiante, no último capítulo desta análise.

Construindo um problema: a varíola nas Américas

A erradicação da varíola foi um programa de saúde global estimulado ao longo das décadas de 1950 a 1970, por duas das principais agências internacionais de saúde, a Oficina Sanitária Panamericana e a Organização Mundial de Saúde. Apesar de programas para erradicação de doenças já se encontrarem em vigência, desde o início do século, pela primeira vez, no programa contra a varíola, a vacinação se constituiu como estratégia principal.

Como política de saúde de Estado, a vacinação configurou-se, inicialmente, na maior parte dos casos, como uma política de intervenção social, pois requeria uma atividade compulsória que possibilitasse o alcance de um efeito protetor ativo. A história da vacinação antivariólica é um contundente exemplo do impacto destas medidas intervencionistas no século XX, tanto no que tange à resposta imunitária, quanto no que se refere à rejeição social de políticas impositivas em saúde³³, assim como sua posterior incorporação como reivindicação da sociedade para o Estado.

Apesar da descoberta de Jenner antecipar os efeitos preservativos da vacinação antivariólica desde 1796, apenas com o advento da “era bacteriológica”, no final do

³³ A obrigatoriedade da vacinação antivariólica e sua repercussão, no Brasil, é citada como um destes exemplos contundentes e foi estudada por diversos historiadores nacionais, dentre os quais destacamos as obras de Sevcenko (1984), Chalhoub (1996) e Fernandes (1999a; 1999b; 2003).

século XIX, foi possível uma ampliação, tanto do conhecimento científico para a produção de vacinas, como da vacinação como ação rotineira de saúde. Atividades de vacinação foram estimuladas e executadas como políticas locais de saúde, nos primeiros anos do século XX, sem que sobre elas incidissem, ainda, qualquer tipo de regulamentos e acordos internacionais específicos, cabendo aos países legislarem sobre a obrigatoriedade ou voluntariedade da vacinação em seus territórios. Na Inglaterra, terra natal de Jenner, por exemplo, a vacinação contra a varíola era obrigatória, desde 1853 (WHO Chronicle, aug. 1961), enquanto na França, a obrigatoriedade da vacinação antivariólica foi instituída em 1902 (Boletín de la OSP, nov. 1949) e no Brasil, em 1904.

O conhecimento científico sobre a etiologia da varíola, entretanto, ainda não estava plenamente elucidado, possibilitando divergências diagnósticas. Em sua forma mais grave, a varíola possuía um elevado índice de mortalidade, como ficou latente no período entre 1910 e 1914, quando uma epidemia da doença causou a morte de 200.000 russos, e de mais outras 25.000 pessoas, entre os habitantes dos países vizinhos (Plotkin, 25/07/2003).

A vacina antivariólica, única medida profilática conhecida contra a doença, encontrava-se, então, consideravelmente difundida no campo da ciência médica, entretanto, não estavam estabelecidos consensos científicos sobre os critérios específicos para sua produção, ficando a cargo da ciência médica local a verificação da eficácia dos métodos utilizados, tanto na fabricação do insumo, quanto na aplicação da vacina. A partir da década de 1920, foram divulgados métodos de produção da vacina antivariólica seca, que era mais fácil de transportar e de melhor conservação, sem diminuição de sua eficácia³⁴. Também nesta década são identificados os primeiros movimentos em prol da difusão da vacinação antivariólica, como forma de prevenir a manifestação epidêmica da doença.

Como já apontamos, o Vice-Diretor Geral da Oficina Sanitária Panamericana, havia formulado uma proposta para que se intensificasse a vacinação antivariólica com vistas ao “extermínio” da doença (Long, 1925: 7), sendo então assumida como rotina obrigatória nos serviços de saúde no continente americano. Outros pontos importantes, que contribuíram para o controle da varíola, foram a inclusão como doença

³⁴ Em 1917, os médicos Camus e Fasquelle conseguiram produzir a vacina antivariólica seca, a partir do ressecamento da vacina congelada, e não fluída, como as tentativas anteriores (Boletín de la OSP, jul. 1940).

quarentenável, e a recomendação de que fosse generalizada a vacinação e revacinação antivariólica, na Convenção de Paris, em 1926, além da indicação para a obrigatoriedade da vacinação, ressaltada no Código Sanitário Panamericano, em 1927, (Lima, 2002).

É presumível que o estímulo à vacinação antivariólica tenha colidido com uma série de dificuldades, tanto no que diz respeito à produção quanto à aplicação da vacina. Esta afirmação pode ser inferida através da análise dos boletins da Oficina Sanitária Panamericana, nos quais, a partir das décadas de 30 e 40, foram divulgadas importantes inovações, em ambos os campos. Entre elas destacamos, a reintrodução, no Brasil, em 1936, do método intradérmico de vacinação – proposto pela primeira vez em 1877 – e que tinha como maior vantagem, a economia do fluído vacínico (Boletín de la OSP, jul. 1940); o cultivo do vírus da vacina *in vitro*, a vacina de Plotz, divulgado na Academia de Medicina de Paris, em 1939 (Boletín de la OSP, jul. 1940); e a defesa do uso da vacina ressecada, como opção à vacina de vitelo (Boletín de la OSP, jul. 1940).

Além disso, ainda nessas publicações, o médico Donnally e seus colaboradores afirmavam, em artigo divulgado no Boletim da Oficina Sanitária Panamericana, em 1939, que a primovacinação deveria ocorrer entre o terceiro mês e o primeiro ano de vida, por via intradérmica ou cutânea, preferencialmente com linfa de vitelo, para se constituir como preservadora eficaz contra a varíola (Boletín de la OSP, jul. 1940). Alguns anos depois, em 1944, no Instituto de Higiene do Uruguai, foi empregada a penicilina para purificar a polpa vacinal, e os resultados iniciais indicavam que a atividade do vírus havia sido comprovada (Boletín de la OSP, may. 1945).

Ressaltada a importância de avanços científicos para a produção e aplicação da vacina antivariólica, com base nos dados estatísticos, a sessão de epidemiologia do boletim, informava, em 1942, que com a possível exceção de cinco ou seis países, a varíola não se constituía como um “problema sanitário nas repúblicas das Américas” (Boletín de la OSP, feb. 1942: 107). Nesta década, a varíola deixaria de ser registrada no Canadá (Plotkin, 25/07/2003), enquanto nos Estados Unidos era detectado o menor número de casos, já identificados, neste país (Boletín de la OSP, ene. 1942), ao que foi atribuído às rigorosas leis de vacinação, empregadas nos diferentes estados americanos (Boletín de la OSP, may. 1945).

O México, país vizinho aos Estados Unidos, e de onde se originavam casos da varíola detectados neste último, foi o responsável por organizar uma das primeiras

mobilizações nacionais, com vistas à erradicação da doença, através da criação, em 1943, da *Campaña Nacional contra la viruela*. Esta campanha se caracterizou pela vacinação de “casa em casa”, evitando vacinações em massa, na intenção de tornar “seletiva e controlável a inoculação” (Boletín de la OSP, abr. 1947: 335). Ocasionalmente realizaram-se vacinações em massa nesta campanha, entretanto, alguns anos depois, em 1947, este país ainda “exportava” a doença³⁵, o que gerou um surto de varíola em Nova York, nos Estados Unidos, aonde foram infectadas doze pessoas, resultando em duas mortes (Rodrigues, 1975).

No ano seguinte, o periódico da Opas, publicava o artigo de Ralph Gregg, onde era destacada a importância da manutenção de programas de imunização nas atividades de saúde pública. Gregg aponta como louvável a incorporação de novas atividades ao campo da saúde pública, como higiene industrial, saúde materno infantil, higiene mental e controle do câncer, porém ressalta que a incorporação destas “novidades” não deveria negligenciar velhas atividades, como a imunização, cuja eficiência já era reconhecida, como no caso da varíola (Gregg, 1948). A observação de Gregg se adequava à conjuntura brasileira, que havia promovido uma reestruturação em 1941, e incorporou várias destas “novidades”, destacando determinadas doenças sem, contudo, ressaltar a varíola, e mantendo a imunização nos patamares em que vinha sendo desenvolvida. Também estava em consonância com a percepção de que, apenas com a manutenção de elevados índices imunitários, era possível preservar-se do surgimento de surtos de doenças imunopreveníveis.

Apesar do incentivo à vacinação antivariólica, e da imposição de quarentena à varíola estarem previstos em acordos internacionais, desde a década de 1920, apenas com a conjuntura estabelecida no final da década de 1940, a varíola assumiria maior importância na agenda internacional de saúde. Esta se deu, principalmente diante do risco de ocorrência de uma epidemia, ao qual estavam sujeitos os países onde a doença já se encontrava controlada, mediante a importação de casos, se configurando como um problema contra o qual convinha o estabelecimento de ações multilaterais de estímulo à vacinação.

A Organização Mundial de Saúde se manifestou, pela primeira vez, sobre a varíola, ainda durante a realização da Iª Assembléia Mundial de Saúde, em 1948, na qual indicava que, no Comitê de Especialistas em Epidemiologia e Quarentena

³⁵ O último caso de varíola, no México, só seria detectado em 1952 (Rodrigues, abr. 1975, p:359).

Internacional, desta organização, deveria ser estruturado um grupo misto de estudos sobre a varíola³⁶. Como forma de incrementar os trabalhos a serem desenvolvidos, também foi decidido remeter a este grupo, as atas taquigráficas de uma reunião promovida entre a OIHP/ OMS, de “*Estudos sobre a Viruela*”³⁷. Nos anos seguintes, a varíola se destacaria de forma constante, nas resoluções das Assembléias Mundiais e do Conselho Executivo da OMS, principalmente em razão do reconhecimento aos esforços empregados, no continente americano, contra esta doença, nos quais se observa o constante estímulo a vacinação e à realização de estudos para a implementação de campanhas contra a doença.

Ainda nesta década, observa-se que a varíola deixou de se constituir como um problema endêmico em vários países da Europa, em razão da manutenção dos índices de imunidade, como decorrência da vacinação ostensiva empregada até então, com base na obrigatoriedade, e que foi substituída, posteriormente, por ações de cunho educativo. Na Inglaterra, em particular, a obrigatoriedade da vacina foi abolida, em 1951, em favor de intensas campanhas de educação, capazes de suscitar uma demanda espontânea da população (WHO Chronicle, aug. 1961).

Retificando o que foi anunciado em 1942, quando a varíola não era considerada uma questão de saúde para o continente americano, à “exceção de cinco ou seis países”, esta passou a ser apresentada como um problema, durante a VII Reunião do Comitê Executivo da Oficina Sanitária Panamericana, realizada em Washington, em 1949. Nesta ocasião, o então Diretor, Fred Soper, indicou que fosse considerada a possibilidade de se instituir um programa de saúde, cujo objetivo principal seria a erradicação da varíola (Ministério da Saúde, 1972). Como resultado da reunião, foi aprovada uma resolução intitulada “Erradicação da Varíola nas Américas”, através da qual o Diretor da Oficina ficou autorizado a indicar aos países americanos a importância da erradicação da varíola, oferecendo-lhes a colaboração da Oficina. Esta resolução defendia a “completa erradicação da varíola no hemisfério ocidental”, através da implementação de um programa, nos países mais afetados, a partir de 1950, que compreenderia:

- 1) Compilação e distribuição de informações sobre a enfermidade;

³⁶ Resolução WHA1.16, da Iª Assembléia Mundial de Saúde, em 1948. In: OMS (1980).

³⁷ Resolução WHA1.17, da Iª Assembléia Mundial de Saúde, em 1948. In: OMS (1980).

- 2) Recomendações e apoio internacional aos países interessados com respeito a legislação obrigatória contra a varíola;
- 3) Desenvolvimento de estoques adequados de vacina eficaz e equipamentos para sua preservação;
- 4) Promoção de programas de educação sanitária nos diversos países com o objetivo de conseguir a cooperação ativa de seus habitantes;
- 5) Treinamento e organização de equipes técnicas de vacinação em cada país para levar a cabo o programa; e
- 6) Realização de um programa demonstrativo sobre vacinação total em uma região ou regiões selecionadas do continente, com a finalidade de estudar experimentalmente as melhores condições de transporte, conservação e distribuição de vacina, assim como os procedimentos administrativos mais recomendáveis, e determinar as normas e procedimentos mais adequados para aplicá-los em outras localidades aonde se desenvolvam programas de erradicação continental (Boletín de la OSP, set. 1949: 959-960).

Estas orientações foram reiteradas, neste mesmo ano, na XIII Conferência Sanitária Panamericana, realizada na cidade de Trujillo, aonde recomendou-se a implementação de programas de vacinação e revacinação com vistas a erradicação da varíola no continente (Boletín de la OSP, feb. 1957; Rodrigues, 1975). De acordo com as diretrizes, indicadas acima, a adoção de uma meta erradicadora para a varíola baseava-se, francamente, na necessidade de estimular os países americanos a constituir programas de vacinação capazes de assegurar a interrupção da transmissão da doença e, principalmente, evitar a contaminação de outros países.

Confirmando a possibilidade de reintrodução da varíola, observou-se que, ainda em 1949, um surto de varíola atingia Cuba – que não registrava casos da doença desde 1924 – onde 5 pessoas foram infectadas, em razão da importação da doença de países vizinhos, e foi contida através de uma campanha emergencial de vacinação (Boletín de la OSP, feb. 1952). Neste mesmo ano, no Chile, que vinha mantendo a doença sob controle desde 1922, uma epidemia importada resultou em 3.500 casos de varíola, e obrigou a vacinação de 5 milhões de indivíduos, de uma população de 6 milhões, em um período de três meses. (Boletín de la OSP, feb. 1952).

A primeira experiência de vacinação antivariólica total de uma região, de acordo com o proposto no programa Panamericano, foi implementado no Peru, em 1950, aonde se esperava concluir a vacinação no prazo de cinco anos, e realizar testes que comprovassem a melhor conservação da vacina seca, em oposição à glicerínada, em regiões de clima tropical, o que pôde, de fato ser atestado (Boletín de la OSP, feb.

1952). Este programa começou a encontrar respaldo junto a OMS, à partir de 1950, quando as Assembléias Mundiais de Saúde passaram a conceder uma importância maior à doença, solicitando, inclusive a criação, dentro do organismo, de um centro de ensaio e padronização da vacina antivariólica, especialmente da vacina seca³⁸.

A proposta de erradicação da varíola no continente americano recebeu importante adendo, em 1952, durante a realização da VI Reunião do Conselho Diretor da Omas, em Havana, aonde foi pactuada a criação de um “fundo especial para a iniciação e encaminhamento de um programa continental de erradicação da varíola” (Boletín de la OSP, 1957: 191), que deveria ter início no ano de 1953. Este programa encontrou consideráveis dificuldades, onde se destacou a deficiência dos meios de transporte, que resultava na deterioração da vacina glicerinada, antes que chegasse ao seu destino. Por essa razão estimulou-se a produção local de vacina seca em quantidade suficiente, sanando as dificuldades de conservação do imunoterápico (Boletín de la OSP, feb. 1957). Para estimular e melhorar a produção local, especialistas da Omas visitaram vários países, como Argentina, Bolívia, Cuba, Chile, Equador, Peru e Brasil, orientando a instalação e funcionamento adequado de laboratórios produtores de vacina seca, para onde foram, também, destinados equipamentos (Boletín de la OSP, feb. 1955).

Em 1953, a mobilização promovida pela Oficina Panamericana, em prol da erradicação da varíola, foi destacada na reunião do Conselho Executivo da OMS³⁹ e na Assembléia Mundial de Saúde⁴⁰, onde foi salientada a conveniência de se estimular programas de alcance mundial, dentre os quais uma campanha contra a varíola, favorecida pela possibilidade de utilização da vacina antivariólica liofilizada⁴¹. Como resultado, foi decidido encaminhar um estudo detalhado sobre os meios para se empreender tal campanha, a partir da consulta aos estados membros e aos Comitês Regionais da OMS (OMS, 1980; Boletín de la OSP, feb. 1955). Baseado no resultado destas consultas, em janeiro de 1954, o Conselho Executivo da OMS solicitou ao Diretor Geral, que instigasse as administrações de saúde pública a levar a cabo, “sempre

³⁸ Resolução WHA3.18, da IIIª Assembléia Mundial de Saúde, em 1950. In: OMS (1980).

³⁹ Resolução EB13.R3, do Conselho Executivo da Organização Mundial de Saúde, em 1953. In: OMS (1980).

⁴⁰ Resolução WHA6.18, da VIª Assembléia Mundial de Saúde, em 1953. In: OMS (1980).

⁴¹ Em 1953, L. H. Collier desenvolveu um método para a produção da vacina antivariólica liofilizada, em escala comercial. A liofilização é um procedimento de “ressecamento” da vacina líquida, no qual se mantém a sua virulência, e com capacidade de resistir a altas temperaturas (Verani, 1991; Plotkin, 25/04/2003).

que seja possível”, campanhas contra a varíola como parte integrante de seus programas de saúde pública⁴². Durante a VIIª Assembléia Mundial de Saúde, o pronunciamento sobre a importância de se estimular a luta antivariólica, foi apontada como parte das funções da OMS, previstas na sua Constituição, na qual esta assumiria a tarefa de “estimular e encaminhar trabalhos destinados a suprimir as enfermidades epidêmicas, endêmicas e outras” (OMS, 1980: 78). Esta Assembléia, assim como a realizada no ano seguinte, reiterava a necessidade de se estimular campanhas contra a varíola; de se procederem estudos sobre os métodos mais eficazes de luta contra a doença; e de se prestar ajuda financeira, quando possível, aos países que o requisitassem, como forma de auxiliar no desenvolvimento de campanhas nacionais⁴³.

Nas Américas os trabalhos de estímulo à vacinação e a organização de programas nacionais de erradicação da varíola ampliaram-se paulatinamente, conduzidos pela Oficina Panamericana, que buscava superar os entraves técnicos para a produção do insumo, e padronizar os procedimentos empregados contra à doença. Entre 20 e 25 de agosto de 1956, realizou-se, no Peru, o Seminário de Vacinação Antivariólica, no qual reuniram-se alguns dos principais laboratórios de produção de vacinas antivariólicas, a fim de tentar estabelecer um procedimento uniforme, que possibilitasse a obtenção de resultados equiparáveis entre os países. Também constituíram-se como alvo de debates os métodos de laboratório para o diagnóstico da varíola, além da análise dos resultados obtidos com o uso de diferentes tipos de vacina nas campanhas nacionais (Boletín de la OSP, feb. 1957). Estes eram os principais tópicos que estavam sendo elaborados em torno das medidas que deveriam ser empreendidas contra a varíola, fosse através de campanhas visando sua erradicação ou para o seu controle.

Uma campanha mundial: A OMS e a erradicação da varíola

Apesar da OMS vir incitando seus membros em favor da promoção de campanhas de combate à varíola, desde, pelo menos 1948, observa-se que, no período entre 1956 e 1957, nenhuma resolução específica das Assembléias Mundiais de Saúde e do Comitê Executivo da OMS, foi direcionada para a doença. Entretanto, durante a XI

⁴² Resolução EB13.R3, do Comitê Executivo da Organização Mundial de Saúde, em 1964. In: OMS (1980: 78).

⁴³ Resolução WHA7.5, da VIIª Assembléia Mundial de Saúde, em 1954; e Resolução WHA8.38, da VIIIª Assembléia Mundial de Saúde, em 1955. In: OMS (1980).

Assembléia Mundial de Saúde, em 1958, acatando a proposta da União Soviética, como apresentado anteriormente, a OMS assumiu a organização de um programa mundial para a erradicação da doença. Durante esta assembléia a varíola foi considerada como uma doença “muito difundida e perigosa”, constituindo-se uma ameaça para a vida e a saúde das populações. A partir da constatação de que, do ponto de vista econômico, a quantidade de recursos dedicados a esta doença, excederiam o que seria necessário para sua erradicação, e observando a manifestada tendência de diminuição da mortalidade por esta doença, nos anos anteriores, foi decidida a conveniência de se abordar o “problema da erradicação da varíola, sem demora, em todo o mundo”⁴⁴.

Observa-se que, tanto no âmbito da OMS, quanto da OPS as preocupações centrais para a erradicação da varíola, voltavam-se para a melhoria dos imunoterápicos, dos métodos de vacinação, e para o diagnóstico laboratorial com vista ao estabelecimento de programas nacionais eficazes.

Ainda nesta resolução, foi solicitado ao Diretor Geral da Organização, que se desenvolvessem estudos sobre as conseqüências financeiras, administrativas e técnicas a implementação de um programa de erradicação da varíola, tomando por base as atividades que deveriam ser empregadas para tal. Estas atividades consistiriam na verificação dos meios apropriados para erradicar a varíola no mundo; a adoção de disposições sobre a preparação de quantidade suficiente da vacina antivariólica termoestável nos países, durante os anos de 1958 a 1960; e na formação de vacinadores para atuar nas campanhas nacionais. Também recomendava aos países membros que procedessem à vacinação da população, nos anos de 1959 a 1960, e à revacinação, entre 1961 e 1962, e indicava que, naqueles em que a vacinação tinha caráter obrigatório, esta persistisse. Como forma de auxiliar no encaminhamento das atividades do programa, a Assembléia convidava a comunidade científica, na área de microbiologia e epidemiologia, a intensificar os esforços de produção de uma vacina antivariólica de melhor qualidade.

No final dos anos 1950, a campanha para a eliminação da varíola nas Américas já se encontrava adiantada, conquistando a erradicação em alguns países e, em outros, reduzindo significativamente a sua incidência. No continente, o Brasil era o principal país aonde a doença ainda se manifestava de forma endêmica. As maiores dificuldades apontadas se referiam a problemas de caráter financeiro e administrativo (Boletín de la

⁴⁴ Resolução WHA11.54, da XIª Assembléia Mundial de Saúde, em 1958. In: OMS (1980:79).

OSP, mar. 1959). Atentando para estas dificuldades, o Conselho Executivo da OMS, reunido em janeiro de 1959, solicitou ao diretor que consultasse os países membros acerca das exigências financeiras dos programas de erradicação e requeria que fosse prestada ajuda às administrações nacionais sobre os aspectos de organização e execução dos mesmos⁴⁵. Ainda neste ano, a XIIª Assembléia Mundial de Saúde avaliou que a erradicação da varíola poderia ser obtida através da vacinação, ou revacinação de 80% da população, durante um período de 4 ou 5 anos, com a utilização de vacinas adequadas, dispendo-se a fornecer, aos países aonde a doença ainda persistia, as orientações técnicas e o assessoramento necessário para a implementação de campanhas⁴⁶.

Na década de 1960, a OMS permaneceria requisitando a participação dos países membros na implementação de programas nacionais para erradicar a varíola, como parte do programa global, ressaltando a importância de serem utilizadas vacinas termoestáveis de qualidade, e de se empreenderem os esforços necessários para a superação das dificuldades técnicas e econômicas. Durante as Assembléias Mundiais de Saúde, realizadas entre 1961 e 1965, ressaltava-se que a varíola permanecia se constituindo um problema de saúde pública, principalmente para o tráfego internacional⁴⁷, e que a persistência desta doença em zonas endêmicas se constituía como um constante risco de re-introdução da infecção, em países já livres da doença⁴⁸. Também começou a ser solicitada a doação de aportes financeiros, ou de material, para suprir as necessidades referentes ao fornecimento da vacina liofilizada, termoestável e eficaz, e a aquisição de meios de transporte, equipamento de laboratório e de refrigeração, a serem encaminhados aos países com dificuldades para a implementação de seus programas⁴⁹.

Neste período, importantes contribuições científicas foram introduzidas na campanha mundial, somando-se à utilização da vacina liofilizada, o desenvolvimento de novas técnicas de vacinação, através do uso da agulha bifurcada (1965) e do injetor de

⁴⁵ Resolução EB23.R71, do Conselho Executivo da Organização Mundial de Saúde, em 1959. In: OMS (1980).

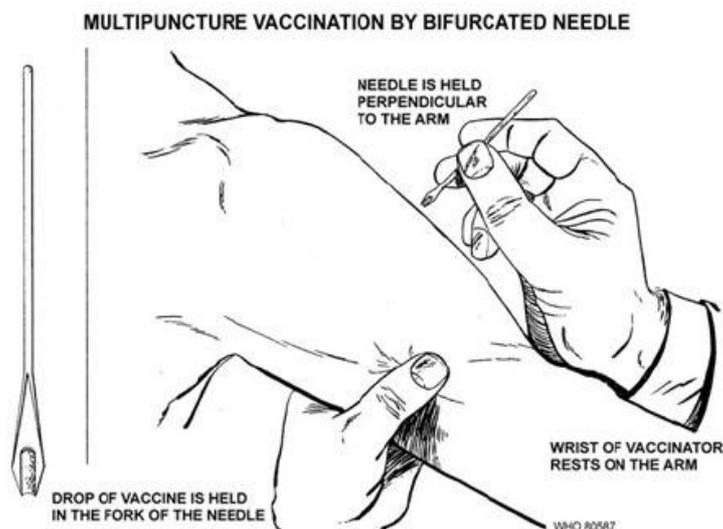
⁴⁶ Resolução WHA12.54, da XIIª Assembléia Mundial de Saúde, em 1959. In: OMS (1980).

⁴⁷ Segundo informe do Comitê de Quarentena Internacional desta Organização, divulgado durante a realização da XIVª Assembléia Mundial de Saúde, em 1961. Resolução WHA14.40. In: OMS (1980).

⁴⁸ Resolução WHA15.53, da XVª Assembléia Mundial de Saúde, em 1962; e Resolução WHA16.37, da XVIª Assembléia Mundial de Saúde, em 1963. In: OMS (1980).

⁴⁹ Resolução WHA15.53, da XVª Assembléia Mundial de Saúde, em 1962; Resolução WHA17.43 da XVIIª Assembléia Mundial de Saúde, em 1964; e Resolução WHA18.38, da XVIIIª Assembléia Mundial de Saúde, em 1965. In: OMS (1980).

pressão (*Ped-O-Jet*). No que diz respeito ao diagnóstico da varíola, foram implementados novos métodos, baseados principalmente nos conceitos criados no âmbito da sorologia.



Vacinação pelo método da multipuntura com agulha bifurcada
Acervo Claudio do Amaral/ DAD/ COC/ Fiocruz

As medidas acordadas nas Assembléias Mundiais de Saúde indicam que, por mais que fossem deliberados e estipulados os principais meios de se encaminhar campanhas nacionais, os diferentes contextos dos países membros inviabilizavam a adoção imediata destas medidas. Observando estas dificuldades, durante a realização da XVIIª Assembléia Mundial de Saúde, em 1964, foi solicitado ao Diretor Geral da OMS, a elaboração de um novo plano para erradicar a varíola no mundo, observando que nos futuros projetos do programa, estivessem previstas disposições para fornecer vacinas e equipamentos necessários, aos países que o solicitassem⁵⁰. No ano seguinte, as resoluções da XVIIIª Assembléia Mundial de Saúde reafirmavam “categoricamente” o objetivo de erradicar a varíola no mundo, chamando atenção, ainda, para a necessidade de se intensificar a fase de vacinação em massa, e para a organização de serviços sanitários básicos, indispensáveis para a fase de manutenção do programa. Segundo o exposto, estes serviços, quando organizados, poderiam, também, contribuir para a erradicação de outras doenças⁵¹.

⁵⁰ Resolução WHA17.43 da XVIIª Assembléia Mundial de Saúde, em 1964. In: OMS (1980).

⁵¹ Resolução WHA 18.38, da XVIIIª Assembléia Mundial de Saúde, em 1965. In: OMS (1980).

Apenas a partir de 1966, os gastos para a coordenação dos programas de erradicação da varíola, empreendidos em todo o mundo, seriam incluídos no orçamento da Organização Mundial de Saúde⁵², criando-se um Fundo Especial para Erradicação da Varíola. A destinação de um orçamento específico possibilitou a intensificação das atividades do programa mundial de erradicação da doença, passando a vigorar nas Assembléias Mundiais resoluções mais pormenorizadas sobre o desenvolvimento dos programas nacionais. Ainda que a doença permanecesse difundida em países da Ásia e África, no continente americano, apenas o Brasil apresentava a varíola de forma endêmica, e contra esta foi criada, a Campanha de Erradicação da Varíola, neste mesmo ano.

A partir de meados desta década, as campanhas implementadas passariam a congregiar novas perspectivas, sob influência dos estudos norte-americanos, sobre o controle de doenças, incorporando a vigilância epidemiológica como uma das atividades basilares para o alcance da meta de erradicação. Em 1967, durante a XXª Assembléia Mundial de Saúde, as disposições sobre a varíola permaneceram enfatizando a necessidade de mobilização de recursos financeiros, humanos e materiais, nos países aonde a campanha prosseguia, e a utilização de vacina liofilizada, destacando-se sua qualidade. Como resultado da participação ativa desempenhada pelo epidemiólogo Karel Raska, diretor da Divisão de Doenças Transmissíveis da OMS, responsável por convidar o médico Donald Henderson para assumir o Programa de Erradicação da Varíola, no final do ano anterior, a partir desta Assembléia, entretanto, passariam a figurar disposições, sobre a necessidade de empreender atividades de vigilância epidemiológica para a erradicação da varíola. Este ano marcaria, ainda, a intensificação do Programa, pois, segundo o próprio Henderson lembraria, anos mais tarde, até então, não havia nenhuma equipe integral, e nenhuma pessoa diretamente responsável pela execução do Programa de Erradicação da Varíola, na sede da Organização Mundial de Saúde, em Genebra (Henderson, 1988).

As atividades de vigilância epidemiológica para a erradicação da varíola, na forma como foram expressas na resolução da XXª Assembléia Mundial de Saúde, deveriam ser empregadas para impedir a disseminação da doença através da migração, principalmente nos países aonde a doença já estava eliminada, ou em vias de

⁵² Resolução WHA 19.16, da XIXª Assembléia Mundial de Saúde, em 1966. In: OMS (1980).

erradicação⁵³. Este foi o primeiro momento em que a vigilância epidemiológica foi colocada como um método, que deveria ser adicionado ao aparato mobilizado, para erradicar a doença mundialmente. Paulatinamente, estas atividades seriam incorporadas ao programa mundial.

Na Assembléia Mundial seguinte, em 1968, a notificação de casos da doença e a adoção de medidas para o controle de surtos epidêmicos foi ressaltada como uma medida a ser empregada por todos os países membros, para a erradicação da varíola. Também foi requerido, aos países onde a doença já estava erradicada, que mantivessem o grau de imunidade suficiente na população, minimizando, desta forma, os riscos de re-introdução. Aos países onde a doença ainda persistia, ou que ainda não tinham iniciado programas de erradicação, foi sendo solicitado, ainda, que dedicassem prioridade à habilitação de recursos humanos e econômicos para erradicar esta enfermidade⁵⁴. As atividades de vigilância epidemiológica foram, igualmente, destacadas, nas resoluções do Conselho Executivo, em 1969⁵⁵ e 1970⁵⁶, nos quais se observou a necessidade de melhorar o sistema de notificação de casos da varíola, e as atividades de vigilância empregadas. Estas deliberações foram, posteriormente, reiteradas nas Assembléias Mundiais de Saúde, respectivas⁵⁷.

As atividades de vigilância epidemiológica para a erradicação da varíola, a partir deste período, passaram a enfatizar a notificação, a investigação e a contenção dos surtos identificados. Durante a XXIV^a da Assembléia Mundial de Saúde, em 1971⁵⁸, estabeleceu-se que todos os países deveriam dedicar “atenção prioritária”, para o aperfeiçoamento da notificação e da contenção da varíola, o que passou a ser denominado, na resolução WHA26.29, da XXVI^a Assembléia Mundial de Saúde, em 1973, como “vigilância ativa”, à qual todos os países deveriam conceder uma atenção especial, como forma de interromper a transmissão da doença⁵⁹. Este modelo de vigilância epidemiológica ativa, baseada na notificação de casos e na vacinação de bloqueio dos contaminantes, de forma a impedir a propagação da doença, se

⁵³ Resolução WHA20.15, da XX^a Assembléia Mundial de Saúde, em 1967. In: OMS (1980).

⁵⁴ Resolução WHA21.21, da XXI^a Assembléia Mundial de Saúde, em 1968. In: OMS (1980).

⁵⁵ Resolução EB43.R21, do Conselho Executivo da Organização Mundial de Saúde, em 1969. In: OMS (1980).

⁵⁶ Resolução EB45.R20, do Conselho Executivo da Organização Mundial de Saúde, em 1970. In: OMS (1980).

⁵⁷ Resolução WHA 22.34, da XXII^a Assembléia Mundial de Saúde, em 1969; e Resolução WHA23.46, da XXIII^a Assembléia Mundial de Saúde, em 1970. In: OMS (1980).

⁵⁸ Resolução WHA24.45, da XXIV^a Assembléia Mundial de Saúde, em 1971. In: OMS (1980).

⁵⁹ Resolução WHA26.29, da XXVI^a Assembléia Mundial de Saúde, em 1973. In: OMS (1980).

constituiria, nos anos subseqüentes, como um dos principais alicerces do programa mundial.

No Brasil, principal entrave para a erradicação da varíola no continente americano, a metodologia de vigilância epidemiológica ativa pôde ser aplicada em pequena escala, a título de verificação da eficácia do método, paralelamente ao desenvolvimento das atividades de vacinação em massa, como veremos mais adiante, no último capítulo desta análise. No mesmo ano em que a vigilância ativa despontava na OMS como uma recomendação diferenciada, para o desenvolvimento das campanhas nacionais, era atestada a erradicação da varíola no continente americano, pois o derradeiro caso da doença, havia acontecido, dois anos antes, em 1971, no Brasil, último país americano a eliminar a doença. Entre 1973 e 1978, as comissões internacionais da OMS concederiam certificado de erradicação da varíola a 46 países (Boletín de la OSP, ene. 1979).

Em 1975, durante a XXVIIIª Assembléia Mundial de Saúde foi declarado que a conclusão “venturosa” do Programa da varíola, seria o primeiro “exemplo da erradicação de uma enfermidade pelo homem, como resultado de uma ampla cooperação internacional”. O sucesso do Programa só teria sido possível por se fundamentar em bases “profundamente científicas”, em “investigações teóricas e práticas incessantes”, no conhecimento correto das características etiológicas da doença e do seu agente causal, na qualidade da vacina empregada e no desenvolvimento de métodos de vacinação em grande escala e, por último, no aperfeiçoamento dos sistemas de notificação de casos⁶⁰. Nesta Assembléia, também foi destacado que a erradicação da varíola foi o resultado de prolongados esforços empreendidos contra esta doença, inclusive aqueles realizados no período anterior à resolução da OMS, de 1958, quando se desenvolviam campanhas nacionais de vacinação, criando “condições prévias fundamentais para a luta antivariólica” em escala internacional.

Em 1977 foi detectado aquele que seria o último caso autóctone da varíola, na cidade de Mecca, na Somália. Em escala global, o Programa de Erradicação da Varíola permaneceria ativo até o final da década de 1970, quando foi certificada a erradicação mundial da doença.

⁶⁰ Resolução WHA28.52, da XXVIIIª Assembléia Mundial de Saúde, em 1975. In: OMS (1980: 86).

Capítulo 2

Políticas nacionais contra doenças transmissíveis: antecedentes para a erradicação da varíola

Capítulo 2: Políticas nacionais contra doenças transmissíveis: antecedentes para a erradicação da varíola

“Cada país sofre a varíola que merece”
-Nelson Moraes et alli-

A implementação de ações específicas para o combate a doenças transmissíveis, nas políticas nacionais de saúde, estabelecidas através de organismos estatais próprios, direcionados de forma distinta para algumas doenças, são recorrentes no Brasil, no século XX. Nos deteremos aqui em apresentar algumas das principais ações de saúde pública, voltadas contra as doenças transmissíveis, ambicionando o seu controle, e por vezes a sua eliminação, em contextos diversos, observando o desenvolvimento das políticas nacionais de saúde, principalmente aquelas direcionadas para a erradicação de doenças. Buscaremos perceber a inserção da varíola diante das diferentes propostas, que certamente auxiliaram no controle da doença, e em sua posterior erradicação. Neste sentido, observaremos também, a importância da educação sanitária como um instrumento de divulgação para ampliação da cobertura vacinal, e da vigilância sanitária, como um mecanismo destinado a evitar a difusão de doenças, destacando o papel das instituições criadas com este fim.

Tentaremos, desta forma, perceber como o combate à varíola se inseriu nestas políticas nacionais de saúde contra doenças transmissíveis, observando tanto as ações especificamente direcionadas contra esta doença, quanto a implementação de medidas mais gerais de saúde pública, que favoreceram o controle da doença através, principalmente, da difusão da vacinação antivariólica. Observamos, ainda, como as ações de prevenção e controle de doenças transmissíveis no Brasil se articularam, no âmbito da cooperação entre países, às orientações de organismos internacionais, percebendo, também, as medidas destinadas para o controle de enfermidades como a febre amarela e a malária.

A varíola na República velha: saúde pública, vacinação, e defesa dos portos

No Brasil, as primeiras ações contra doenças transmissíveis, com vistas à “erradicação”, remontam às campanhas sanitárias, desenvolvidas por Oswaldo Cruz, no início do século XX. Na realidade, a terminologia utilizada era de “extinção”, porém a

expectativa já era de “eliminação” total, o que significa, de fato, erradicação. Apesar de ser um termo aplicado desde a década de 1910, a erradicação somente se consolidaria como uma conceituação própria e seria viabilizada, na década de 1960, a partir da experiência com a varíola e com base na formulação dos princípios de vigilância epidemiológica.

A febre amarela, a varíola e a peste eram doenças que ocorriam de forma endêmica no país, e que se constituíam como problemas sanitários, principalmente, pela constante incidência de surtos epidêmicos em importantes cidades, sobretudo, portuárias. Importa salientar que nos primeiros anos do século XX a economia brasileira se alicerçava na produção agrário-exportadora e tinha como uma significativa dificuldade a ser superada, a criação de condições sanitárias necessárias à manutenção de relações comerciais com o exterior, onde se sobressaíam as dificuldades decorrentes, principalmente, do quadro nosológico de doenças transmissíveis.

No caso da varíola, a difusão da vacinação apresentava-se como a forma mais direta de reprimir novos surtos, ao contrário das demais doenças, contra as quais eram necessárias intervenções sanitárias mais complexas. Neste sentido, as ações voltadas para a divulgação popular e educação sanitária, eram apontadas como mecanismos fundamentais de difusão da vacina. Desde o século XIX, o médico Pedro Affonso Franco, responsável pelo Instituto Vacínico Municipal ressaltava a importância da divulgação popular para o convencimento sobre o benefício da vacina, opondo-se as medidas de caráter coercitivo, características das ações de saúde empregadas por Oswaldo Cruz, na primeira década do século XX (Fernandes, 1999).

Este período também se caracterizaria, no plano intelectual, por uma intensa preocupação com a construção da nacionalidade brasileira, em edificar uma identidade nacional que pudesse conformar as mais variadas características culturais e sociais da população, que atendessem ao projeto pretendido para o país. O movimento sanitarista, organizado em torno da implementação de políticas públicas de saúde e saneamento, no início do século XX, expressava uma vertente importante deste projeto. A Constituição de 1891, entretanto, dificultava a aplicação de políticas de âmbito nacional, na medida em que o princípio do federalismo, que se instaurou no Brasil a partir de então, não designava ao Estado uma atribuição direta sobre a responsabilidade de organizar e empreender medidas de caráter social, ficando o encargo por ações de saúde,

saneamento e educação sob a administração dos estados (Lima, Fonseca e Hochman, 2005; Braga e Goés, 1981).

Como visto anteriormente, as doenças transmissíveis e a possibilidade de controlá-las se apresentavam como uma preocupação mundial desde a década de 1910, quando foram incluídas em ações de colaboração internacional que balizavam-se, principalmente, no estabelecimento de relações cooperativas, com vistas ao fomento técnico e financeiro para a área de saúde entre países. A participação de órgãos de saúde pública norte-americanos vinha sendo observada na constituição de políticas de saúde na América Latina influenciando, inclusive, a implementação de campanhas contra doenças transmissíveis no continente (Cueto, 1996). Neste processo merece destaque a atuação da Fundação Rockefeller, através de sua Divisão Internacional de Saúde, na organização de campanhas com vistas à erradicação do agente transmissor da febre amarela que, apesar do insucesso, foram fundamentais para o surgimento e consolidação do conceito de erradicação, que a partir de meados do século, incorporou a varíola.

No Brasil, a presença da Fundação Rockefeller, desde 1916, é indicativa do alinhamento nacional para implementação de acordos cooperativos, que desenvolvessem, principalmente, atividades sanitárias onde a presença do Estado era, ainda, incipiente. A criação da Oficina Sanitária Panamericana (OSP), posteriormente Opas, e da OMS, e a atuação da Fundação Rockefeller e do IAIA, como vimos anteriormente, assim como a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), no Brasil, retratam a perspectiva de cooperação e de internacionalização de programas de saúde na América Latina, ao longo do século XX. Expressam também a introdução de novas perspectivas para a saúde pública, onde a possibilidade de erradicação de doenças transmissíveis como febre amarela, malária e varíola, assumiriam um lugar de destaque, valendo-se não só das ações técnico-científicas empregadas para tal, como também de atividades de caráter educativo e de divulgação que serão extremamente relevantes para erradicação da varíola no país.

O controle da varíola, no Brasil, tomou como base, até 1920, principalmente a vacinação, a notificação compulsória e o atendimento ao doente, sob a responsabilidade da Diretoria Geral de Saúde Pública e dos órgãos locais de saúde. A produção da vacina, na capital, permanecia sob a responsabilidade do Barão de Pedro Affonso, através do Instituto Vacínico Municipal. Nos demais estados a vacina antivariólica era adquirida através deste instituto ou produzida por órgãos locais, até a criação, em 1920,

do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) que ampliaria e centralizaria as medidas de controle à doenças transmissíveis nos estados⁶¹. O Decreto que criou o DNSP incumbia o Instituto Oswaldo Cruz, que mantinha sua autonomia, da responsabilidade pelo preparo de soros, vacinas e outros produtos biológicos e de seu fornecimento gratuito para o combate, pelas autoridades sanitárias federais, das doenças transmissíveis. Este Departamento foi criado como resposta às negociações travadas ao longo das duas décadas anteriores, em torno da centralização e descentralização dos serviços de saúde, que envolveu também a produção da vacina (Britto, 1995; Benchimol, 2001; Fernandes, 1999).

O Departamento Nacional de Saúde Pública, então subordinado ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores, tinha sua estrutura dividida em 3 diretorias específicas: Diretoria dos Serviços Sanitários Terrestres na Capital Federal, Diretoria de Defesa Sanitária Marítima e Fluvial e a Diretoria do Saneamento e Profilaxia Rural. Segundo o regulamento do DNSP, implementado por decreto em setembro do mesmo ano⁶², em cada uma dessas diretorias haveria uma série de inspetorias técnicas, incumbidas de serviços especiais, sob suas responsabilidades. À primeira diretoria cabia a responsabilidade por serviços de polícia sanitária e de profilaxia, geral e específica, contra doenças transmissíveis na capital federal. À Diretoria de Defesa Sanitária ficava responsável pela aplicação de serviços sanitários nos portos e de polícia sanitária, marítima e fluvial, internacional e interestadual, incluindo-se a vigilância sanitária, além da vacinação e revacinação dos passageiros, nos portos brasileiros. A Diretoria do Saneamento e Profilaxia Rural ficaria encarregada, principalmente, do combate às endemias rurais e de epidemias em qualquer região do país, e da divulgação dos preceitos de higiene rural e de educação sanitária junto às populações do interior. Por este decreto cabia ao Instituto Oswaldo Cruz a realização de estudos e pesquisas científicas, de interesse da saúde pública, que subsidiassem todas as ações do DNSP, além de prover, fiscalizar e analisar os produtos biológicos utilizados no território nacional, tanto de produção local como importada.

O decreto que regulamentou o funcionamento do DNSP era bastante amplo e procurava abarcar a maioria das atividades de saúde conhecidas, até então. Neste regulamento foram explicitadas as atribuições do governo em relação à fiscalização da

⁶¹ Decreto 3.987 de 02 de janeiro de 1920. Reorganiza os serviços da Saúde Pública.

⁶² Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920. Aprova o regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública, em substituição do que acompanhou o decreto n. 14.189, de 26 de maio de 1920.

medicina e de outras atividades curativas; à engenharia sanitária; à fiscalização dos gêneros alimentícios e de medicamentos; à fiscalização da saúde dos portos e dos imigrantes; à vacinação da população; à assistência hospitalar; à higiene infantil; à vigilância sanitária nacional e internacional; à organização de estatísticas demográfico-sanitárias; e sobre os funcionários técnicos da área de saúde, dentre estes os “acadêmicos vacinadores”.

O combate a doenças transmissíveis estava pulverizado em todas essas diretorias, entretanto, coube à Inspetoria dos Serviços de Profilaxia, órgão da Diretoria dos Serviços Sanitários Terrestres (DSST), a centralização de boa parte das atividades destinadas especificamente contra essas doenças, privilegiando-se a capital federal como foco de suas ações. Contra a lepra, a tuberculose e doenças venéreas, foram criadas inspetorias específicas, bem como para a assistência hospitalar e a higiene infantil, indicativas da atenção privilegiada que o governo dedicava a estas questões. O combate às epidemias, em quaisquer outras regiões do país, estava sob responsabilidade da Diretoria do Saneamento e Profilaxia Rural, autorizada a promover acordos com os Governos estaduais e municipais, para facilitar a realização dos serviços de higiene e de combate a doenças, principalmente as endêmicas, nas zonas rurais e no interior.

À Inspetoria de Serviços de Profilaxia cabia a realização dos serviços de notificação, isolamento, desinfecção, vigilância médica, vacinação contra a varíola e imunização contra outras doenças transmissíveis, que também deveriam ser realizados pela Inspetoria da Tuberculose e pelas dez delegacias de saúde da DSST, na capital federal. Por este decreto haviam 20 doenças de notificação obrigatória, a partir de 1920, dentre elas a febre amarela, peste, cólera, tifo, varíola e alastrim, difteria, lepra, tuberculose, impaludismo, escarlatina, sarampo, paralisia infantil, tracoma e leishmaniose. Na ocorrência de casos dessas doenças, cabia a qualquer membro da família, dirigentes de estabelecimentos comerciais, industriais e congêneres, diretores de escolas e repartições públicas, bem como aos médicos e enfermeiros responsáveis pelo acompanhamento desses pacientes a responsabilidade, sob pena de multa, por notificar as autoridades públicas de saúde o acometimento por estas enfermidades⁶³.

Pelo regulamento, o formulário no qual deveria ser feita a notificação deveria ser disponibilizado na Inspetoria de Profilaxia, nas delegacias de saúde e nas farmácias de particulares e, assim que recebido pelas autoridades, encaminhado para a Inspetoria de

⁶³ Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920.

estatística, e o doente, isolado em hospitais ou no seu domicílio, conforme critério da autoridade sanitária responsável. Dentre as medidas decorrentes à existência de algumas dessas doenças, ainda estavam previstas a desinfecção dos ambientes freqüentados pelo doente, bem como das roupas, móveis e objetos com os quais este teve contato, e a vigilância médica individual dos comunicantes, ou seja, daqueles com quem o enfermo teve contato, pelo período máximo de incubação de cada doença notificável.

Para a profilaxia específica da varíola, o regulamento estipulava que a vacinação e a revacinação contra a doença deveriam ser realizadas em todos os comunicantes e, mesmo fora dos casos da doença, a vacinação deveria ser executada de forma intensiva e sistemática, a partir dos seis meses de idade, e dali em diante, a cada sete anos. A vacinação deveria ser realizada por médicos diplomados ou pessoas habilitadas para o serviço junto às autoridades sanitárias, com a utilização da vacina de linfa animal, produzida por estabelecimentos oficiais ou oficialmente autorizados a produzi-la que, após a comprovação da eficácia do método, eram responsáveis pela emissão dos atestados de vacinação, gratuitos, impressos pela repartição sanitária. Na capital federal, a vacinação deveria ser realizada, também, nas sedes das delegacias sanitárias por funcionários técnicos específicos para a tarefa.

A apresentação do atestado de vacinação tornava-se obrigatória para admissão do indivíduo em funções públicas federais, estaduais ou municipais, no serviço militar e da marinha, em instituições de ensino, em asilos e instituições religiosas, no trabalho formal, e em hotéis, estalagens, hospedarias, casas de cômodo e demais tipos de habitação coletiva. Estas medidas eram extensivas a toda população e aos estrangeiros desembarcados no território nacional. Sem a comprovação da vacinação, mediante o atestado, ficava ainda, o indivíduo, impedido de obter carteira de identidade, passaporte ou certidão de nascimento. Cabia às autoridades sanitárias competentes, realizar a vacinação e revacinação domiciliar, constante e sistemática, bem como a responsabilidade pela verificação de sua eficácia e a emissão de atestados de certificação.

As orientações sobre a varíola, de acordo com o regulamento do DNSP, deveriam ser executadas nos Estados mediante acordo com as autoridades sanitárias estaduais, a quem competiriam a execução de tais medidas, assim como aos inspetores de saúde dos portos, e aos médicos dos serviços de profilaxia rural. Na capital federal, as atividades referentes a vacinação e ao controle, mais amplo, das demais doenças

transmissíveis ficavam a cargo, principalmente, dos médicos das Delegacias de Saúde, responsáveis por realizar visitas domiciliares com aplicação da vacina e por registrar seus avanços para, posteriormente, informar ao serviço de estatística.

Responsável pela barreira sanitária que deveria assegurar a proteção do país contra a introdução de doenças transmissíveis importadas, a Diretoria de Defesa Sanitária Marítima e Fluvial também era encarregada da vacinar e revacinar contra a varíola toda pessoa não vacinada que desembarcasse nos portos do país, bem como de emitir os atestados de vacinação referentes. Os serviços técnicos dessa diretoria englobavam o exame e expedição de Cartas de Saúde, documento obrigatório em todo navio com informações sobre a embarcação, tripulantes, passageiros e as condições sanitárias do mesmo e do seu porto de origem; a visita e inspeção sanitária das embarcações; e a observação e vigilância médicas dos passageiros e de navios provenientes de portos infectados ou com suspeita de ocorrência de peste, cólera, febre amarela ou tifo. Esta diretoria deveria atuar em todo território nacional.

As demais doenças notificáveis no Brasil, não eram, no regulamento, consideradas passíveis de isolamento, vigilância e desinfecção das embarcações. Entretanto, os indivíduos infectados, com alguma dessas doenças, deveriam ser isolado em hospitais próprios, nos portos de desembarque, e os seus comunicantes, deveriam ser submetidos à vigilância médica. Estas medidas, referentes a Diretoria de Defesa Sanitária, tinham por objetivo assegurar a vigilância sanitária das cidades brasileiras, a fim de determinar providências de profilaxia, que evitassem a transmissão de doenças epidêmicas de um para outro estado do país, ou do Brasil para outras nações e vice-versa.

Por este regulamento o serviço de preparo da linfa antivariólica seria transferido para o Instituto Oswaldo Cruz, ao qual ficava incorporado o Instituto Vacínico Municipal, mediante indenização de seu proprietário (o Barão de Pedro Affonso) pela rescisão do contrato entre o governo e o instituto, e aonde seria construído um Instituto Vacinogênico. Em outro decreto deste mesmo ano⁶⁴ ficou autorizada e liberada a concessão do crédito necessário para tal incorporação.

⁶⁴ Decreto nº 14.541, de 16 de dezembro de 1920. Abre ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores o crédito especial de 334:086\$025, para ocorrer ao pagamento das despesas decorrentes da Incorporação do Instituto Vacínico Municipal ao Instituto Oswaldo Cruz, do custeio no corrente exercício e a construção do Instituto Vacinogênico.

A legislação que regulamentou a criação do DNSP previa, ainda, sob responsabilidade da Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural, a execução de medidas de propaganda e educação sanitária, para os quais seriam designados funcionários técnicos do DNSP, sob orientação do diretor desta Diretoria, mediante aprovação do diretor geral do DNSP. Para a execução dos serviços a seu cargo, esta diretoria deveria dividir as unidades da federação em distritos sanitários e instalar postos sanitários para a execução de suas atividades. A todo inspetor responsável por um posto sanitário cabia, dentre outras atribuições, a responsabilidade por realizar conferências de propaganda e educação sanitária na região onde estivesse instalado. Ficava também estipulado que a Diretoria deveria promover acordos com os governos estaduais e municipais para a execução dos seus serviços, bem como aceitar propostas destas para a instituição de trabalhos de saneamento e profilaxia rural, especialmente aquelas para o combate às endemias rurais.

O regulamento de criação do DNSP não determina nenhuma atribuição específica à Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural sobre a realização de vacinação antivariólica. Entretanto, por mais que as medidas de propaganda e educação sanitária, a cargo desta diretoria, estivessem voltadas, prioritariamente, para a introdução de hábitos de higiene junto à população rural, pode-se inferir que, nas situações em que cabia à esta diretoria o combate a epidemias nos estados brasileiros, esta também realizasse atividades para a divulgação da importância da vacinação. De qualquer forma, pelo mesmo regulamento, ficava subentendida a responsabilidade dos estados e municípios pela implementação da rotina de vacinação e pela instalação de institutos de produção da linfa vacínica animal, ou da aquisição da mesma junto ao Instituto Oswaldo Cruz.

Segundo Brito Bastos (1970), as atividades de propaganda e educação sanitária deste período voltavam-se, principalmente, para a publicação de folhetos, livros, catálogos e cartazes, além da produção de material audiovisual, direcionados à difusão de conceitos sobre saúde e doença, que incluíam a imunização contra doenças transmissíveis. Para Brito Bastos, uma crítica importante a respeito destas atividades, era o fato destas estarem voltadas para a propaganda sanitária em detrimento de conteúdos educativos, ressaltando ainda que valiam-se, para tal, de material de comunicação predominantemente escrito, em um país com um índice de analfabetismo que atingia em torno de 60% da população (Bastos, 1970).

Apesar das críticas de Brito Bastos com relação aos conceitos sobre educação sanitária, a propaganda impetrada por este serviço, ao lado da obrigatoriedade da vacina, teria disseminado um maior aceite, por parte da população, a respeito da importância da vacinação. A maior difusão da vacina foi um processo concomitante à uma alteração no quadro epidemiológico da doença, que, a partir da década de 1930, começou a registrar uma diminuição significativa da varíola em sua forma *major*, mais grave, passando a predominar a *minor*, de baixa letalidade.

Em 1923 a Fundação Rockefeller assumiu a administração do Serviço de Febre Amarela do norte do Brasil. Segundo Cueto, as atividades contra esta doença específica foram estabelecidas de modo completamente independente de outros serviços de saúde pública nacionais, com a finalidade de “dar um exemplo de um serviço estado-unidense”, em razão da falta de confiança nas instituições locais (Cueto, 1996: 191). De fato, os serviços de saúde, principalmente nas regiões norte-nordeste do Brasil, eram bastante incipientes, aquém das dificuldades para impetrar, de imediato, todas as atividades regulamentares do DNSP, o que é corriqueiramente apontado como um dos motivos que facilitaram a instalação do aparato médico-sanitário da Fundação Rockefeller. Apesar do crescimento da atuação desta instituição observou-se, contudo, a organização de um grupo opositor à sua atuação no país, como foi o caso de Barros Barreto, responsável pelos serviços de saúde na Bahia (Cueto, 1996).

A varíola, até este momento, ao contrário da febre amarela, não se incluía no leque de doenças contempladas nos acordos e regulamentos internacionais de saúde pública, o que só aconteceria, em 1924, com a assinatura do governo brasileiro, ao referendo que criou o Código Sanitário Panamericano, e que previa a inclusão desta, como uma das doenças de notificação obrigatória (Howard-Jones, 1980). Como vimos, em 1925, a Oficina Sanitária Panamericana indicou, entre os esforços ministrados para a aplicação de uma medicina preventiva, a necessidade de institucionalização de campanhas contra epidemias, e de campanhas de vacinação antivariólica, com vistas ao “extermínio” desta doença (Long, 1925: 7). No ano seguinte a varíola passaria a figurar como uma doença submetida à quarentena, em todo o mundo, através do estabelecimento da Convenção Sanitária Internacional de Paris, e não apenas no continente americano como era até então. Apenas com esta convenção, a obrigatoriedade da vacinação foi incluída nos acordos que envolviam o tráfego internacional, como vimos no capítulo primeiro deste estudo.

No Brasil, este reforço à vacinação, solicitado pela OSP, não se expressou na constituição de um órgão específico. A produção da vacina, bem como a vacinação rotineira obrigatória, permaneciam como sistemática oficial, sendo exigido o comprovante de vacinação para o acesso aos serviços e aos bens públicos, o que não alcançava, entretanto, a totalidade da população, principalmente aquela distante dos grandes centros urbanos. Ainda em 1925, por decreto do Senado Federal⁶⁵, o poder executivo ficava autorizado a estabelecer institutos vacinogênicos nas capitais federais, uma vez que os respectivos governos o solicitassem, e obrigado a contribuir com metade das despesas decorrentes da instalação. Ficou também estipulado que deveriam ser aproveitados os elementos já existentes, oriundos de estabelecimentos particulares ou estaduais, dedicados a preparação e aplicação da vacina antivariólica.

As doenças transmissíveis no governo Vargas: Serviços Nacionais, o Serviço Especial de Saúde Pública e ações de Educação Sanitária

A mudança de governo em 1930, representada pelo golpe de estado que encaminhou Getúlio Vargas à presidência do país, foi sucedida por uma série de reestruturações governamentais, decorrentes da instauração do novo regime. Os serviços de saúde adquiriram status de ministério, articulados à área de educação, com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP)⁶⁶, que passaria à Ministério da Educação e Saúde (MES), em 1937, durante a gestão do Ministro Gustavo Capanema (1934 a 1945) (Hochman & Fonseca, 2000).

No ministério do novo governo, a partir de 1934, as ações de saúde ficaram sob a incumbência da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, constituído como o órgão técnico destinado à orientação, coordenação e fiscalização de todos os serviços da saúde pública e assistência médico-social executados pelo governo, ou por este em cooperação com outros poderes administrativos, ao qual cabia ainda estabelecer entendimento com as organizações sanitárias regionais no sentido de uniformizar,

⁶⁵ Decreto nº 4.915, de 26 de janeiro de 1925. Autoriza o Poder Executivo a estabelecer institutos vacinogênicos nas capitais dos Estados da União.

⁶⁶ Decreto nº 19.402, de 14 de novembro de 1930. Cria uma Secretária de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública.

articular e ampliar as providências técnico-administrativas que atendessem ao interesse nacional⁶⁷.

Em 1937, com a nova organização do Ministério da Educação e Saúde⁶⁸, as atividades relativas à saúde pública e à assistência médico-social ficaram a cargo do Departamento Nacional de Saúde (DNS), composto por quatro divisões, dentre elas, a Divisão de Saúde Pública, responsável pela direção dos serviços relativos a esta área executados pelo governo. Também era de sua responsabilidade promover a cooperação com os estados, municípios e demais serviços locais, por meio de auxílios e subvenções a serem negociadas. Por esta lei, também foram definidos os serviços responsáveis pela execução das ações de saúde sob responsabilidade do DNS, dentre as quais destacamos as Delegacias Federais de Saúde, o Instituto Nacional de Saúde Pública, de curta existência, o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária, o Serviço de Saúde dos Portos, e o Serviço de Febre Amarela, executado pela Fundação Rockefeller.

Às Delegacias Federais de Saúde, distribuídas pelas 8 regiões administrativas do MES, competiam a inspeção dos serviços federais nestas áreas, além do auxílio à uma efetiva colaboração do Ministério com os serviços locais de saúde pública e assistência médico-social. O Instituto Nacional de Saúde Pública, criado com a finalidade de realizar estudos, inquéritos e pesquisas sistemáticas, sobre assuntos de saúde pública de interesse nacional, em dezembro deste mesmo ano foi extinto e incorporado ao Instituto Oswaldo Cruz, através do decreto-lei que definia as atribuições deste último⁶⁹. O Serviço de Propaganda e Educação Sanitária tinha a responsabilidade de promover o desenvolvimento da cultura sanitária do povo, e divulgar conhecimentos de higiene individual e de saúde pública, e o Serviço de Saúde dos Portos assumiria a vigilância das condições sanitárias dos portos brasileiros.

Nesta nova organização do Ministério, a febre amarela foi a única doença transmissível contemplada com um órgão específico para a sua profilaxia, o Serviço de Febre Amarela, executado em conformidade com o contrato com a Fundação Rockefeller. Entretanto, nesta mesma lei, estava previsto que poderiam ser criados serviços especiais para executar planos nacionais de combate às grandes endemias do

⁶⁷ Decreto nº 24.438, de 21 de junho de 1934. Dispõe sobre a reorganização da Secretaria de Estado de Educação e Saúde Pública.

⁶⁸ Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública.

⁶⁹ Decreto-lei nº 82, de 18 de dezembro de 1937. Incorpora o Instituto Nacional de Saúde Pública ao Instituto Oswaldo Cruz e define as atribuições deste.

país, conforme a necessidade de elaboração dos mesmos, o que efetivamente aconteceria em 1941. Estes serviços especiais poderiam ser custeados e dirigidos diretamente pelo DNS. Também ganhou destaque a organização da Diretoria de Estatística, dedicada a atender tanto à área de saúde quanto a de educação, sob a responsabilidade do Ministério. Nesta lei também foram instituídas as Conferências Nacionais de Saúde, estabelecidas como fórum para uma melhor divulgação e conhecimento das atividades concernentes à área, de forma a orientar a execução das atividades governamentais. As conferências deveriam ser convocadas a cada dois anos, no máximo, pelo próprio presidente da república, e dela deveriam tomar parte as principais autoridades de saúde do país.

Para o campo da saúde, a reorganização do novo ministério, significou uma explicitação do discurso governamental de atenção às questões sociais, voltando-se, prioritariamente, para a defesa sanitária, a assistência e a prevenção médico-sociais e para o controle das grandes endemias no território nacional, com orientações sobre a importância da educação sanitária, da higiene e da saúde pública. Estas orientações para a área da saúde, se contrapunham à medicina previdenciária que tomava corpo naquele momento, no âmbito da prática médica⁷⁰. O governo de Getúlio Vargas seria marcado pela centralização política, que buscava ampliar a presença do Estado, promovendo ações de alcance nacional e por uma preocupação crescente com a imagem pública do governo, principalmente durante o período autoritário do Estado Novo (1937-1945).

Uma outra dimensão das mudanças institucionais detectadas neste governo, diz respeito à formação de profissionais em saúde pública, em escolas especializadas tanto no Brasil, como em instituições norte-americanas, o que era viabilizado através de convênios como os estabelecidos com a Fundação Rockefeller, e aqueles instituídos por intermédio da Oficina Sanitária Panamericana. Estas duas últimas concediam bolsas para formação e especialização de profissionais brasileiros, e técnicos do governo, no exterior, tendo como lócus privilegiado de destino, a Escola John Hopkins de Higiene e Saúde Pública, nos Estados Unidos (Lima & Fonseca, 2004). Segundo Nísia Trindade e Cristina Fonseca, este intercâmbio se intensificou nos anos seguintes do governo Vargas, permitindo o estabelecimento de uma influência direta sobre a formação dos profissionais que iriam conduzir as ações de saúde no Brasil. A escassez de

⁷⁰ Em referência ao crescimento da medicina previdenciária neste período, indica-se os textos de Braga e Paula, 1981; Oliveira e Teixeira, 1986; Escorel, Nascimento e Edler, 2005.

profissionais habilitados para o trabalho em saúde pública se apresentava, então, como um entrave a demanda crescente pela ampliação dos serviços de saúde no Brasil.

Observa-se, nos anos de 1930 a 1940, uma maior aproximação do Brasil com a Oficina Sanitária Panamericana, principalmente em função dos laços estabelecidos pelo Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, Barros Barreto, junto a este organismo, o que culminou com a sua escolha para Vice-Diretor da instituição, em 1938. Este sanitarista é comumente apontado como um dos principais responsáveis pela consolidação de uma sólida estrutura burocrática, de amplitude nacional, para a área de saúde, neste período, através do estabelecimento de um arcabouço institucional e de normas e regulamentos unificados, que deveriam ser executados de forma descentralizada, no território nacional (Fonseca, 2007). Este movimento, conduzido por Barros Barreto na direção do DNS, de fato, encontrava respaldo nas orientações indicadas pela Oficina, no período, para a centralização das atividades de saúde em uma única pasta (Lima, 2002).

Nos discursos, conferências e artigos propalados por Barros Barreto, no âmbito da Oficina Panamericana, as doenças transmissíveis ocupavam um lugar de destaque dentre as demais notícias sobre a saúde no Brasil, notadamente no que dizia respeito ao combate à febre amarela e à malária. O combate à Febre Amarela no Brasil, à cargo da Fundação Rockefeller, era chefiado por Fred Soper, também inspetor geral da Fundação no país. A ampliação das atividades desempenhadas pela FR contra a febre amarela, também estava articulada com a perspectiva de legitimar a política intervencionista do governo getulista, através da promoção de uma maior acessibilidade aos serviços de saúde pública (Cueto, 1996). As medidas, então, implementadas, de caráter centralizador, inferiram uma abrangência nacional às ações de saúde pública (Bodstein, 1987; Braga & Paula, 1981).

No final desta década observa-se, ainda, a ampliação das discussões internacionais sobre doenças transmissíveis, sobretudo em função do novo contexto impingido pela IIª Guerra Mundial, que favoreceu a emergência, no continente americano, de uma nova perspectiva de colaboração política. Esta buscava reforçar os laços de cooperação entre países, através do estabelecimento de convênios em saúde pública, justificados pela necessidade de estimular o desenvolvimento e a proteção do continente, aonde ressaltavam a importância dos programas de saúde nos esforços para

alcançar “os mais altos níveis econômicos nos países da América Latina” (Bastos, 1993: 26-27).

A malária neste panorama, apresentava forte incidência em algumas áreas, o que se contrapunha aos interesses econômicos de caráter estratégico para o conflito, e favoreceu que fosse apontada como uma doença a ser erradicada. Esta indicação foi validada na XI Conferência Sanitária Panamericana, realizada em 1942, no Rio de Janeiro, na qual a malária é apresentada como uma “doença que maiores prejuízos causa a maioria das nações do continente”, o que justificava as ações ora assumidas (Lima, 2002: 59). Diferentes ações visando a erradicação da malária, no país, permaneceriam ativas até a década de 1960, quando se arrefeceram diante da comprovação da inviabilidade técnica do extermínio da doença, tal como este era concebido.

A criação do IAIA, em 1941, como dito anteriormente, respondia às expectativas e interesses norte-americanos sob o conflito mundial, ficando responsável por estabelecer e coordenar programas bilaterais de cooperação, a serem desenvolvidos pelos “Serviços Cooperativos de Saúde Pública”, nos países da América Latina. Estes serviços, apesar de serem subordinados aos ministérios da saúde locais, apresentavam uma grande autonomia e contavam com consideráveis recursos financeiros (Cueto, 2004: 73). O modelo de cooperação, empreendido pelo IAIA, envolvia o aperfeiçoamento em saúde pública de profissionais em níveis diferenciados de formação, e a execução e coordenação, principalmente, de programas de saneamento, além da assistência médica e do controle de doenças transmissíveis.

Este tipo de cooperação estimulava a difusão de práticas e conhecimentos técnico-científicos norte-americano, por meio do aperfeiçoamento profissional, através, sobretudo, da concessão de bolsas a profissionais da área médica da América latina, para programas de pós-graduação nos Estados Unidos. A concessão de bolsas já vinha sendo promovida pela Fundação Rockefeller, desde 1917, com intenção similar, de difusão do modelo de educação médica e de ações assistenciais de saúde, entretanto o modelo do IAIA enfocava a estruturação de serviços sanitários, principalmente em zonas rurais, além do combate a doenças típicas desta região, como a ancilostomíase (Cueto, 1996: 184).

Ainda em 1941, no âmbito da reestruturação do Departamento Nacional de Saúde⁷¹, foram criados os Serviços Nacionais direcionados a doenças específicas, onde se incluíam o controle da lepra, tuberculose, febre amarela, malária, peste e doenças mentais, além de outros serviços, dentre os quais destacamos, no que diz respeito as ações contra a varíola, o Serviço Nacional de Educação Sanitária. Como ressaltam Lima, Fonseca e Hochman (2005) esta proposta de organização institucional estava afinada com os debates internacionais, encaminhados pela Oficina Sanitária Panamericana, que recomendava centralização normativa e descentralização executiva das atividades governamentais. A proposta de descentralização executiva, através da organização dos serviços estaduais e municipais, que norteava essa reestruturação foi discutida na I Conferência Nacional de Saúde, realizada ao final deste mesmo ano (Hochman & Fonseca, 2000).

Mantém-se, nesta nova estrutura do DNS, a preocupação com a organização de dados estatísticos sobre as condições de saúde, saneamento e higiene da população, além da aferição dos índices epidemiológicos existentes no país, que deveriam ser coletados pelas Delegacias Federais de Saúde e pela Divisão de Organização Sanitária, e enviados para o Serviço Federal de Bioestatística. Este Serviço era responsável por estudar e publicar os principais dados estatísticos do país, incluindo-se a análise e interpretação dos dados de nascimento, morbidade e mortalidade da população brasileira⁷². O Serviço de Saúde dos Portos mantinha a finalidade de evitar a propagação de doenças transmissíveis, por via marítima e aérea, procurando conciliar os interesses da saúde pública com o tráfego comercial, internacional e interestadual⁷³, além de cooperar com os serviços terrestres para evitar a disseminação destas.

É importante ressaltar que a varíola não era objeto de uma atenção diferenciada através de um serviço nacional específico, pois sua incidência vinha apresentando uma diminuição, principalmente na mortalidade, como demonstrado no Boletim da Oficina Panamericana, de 1943, ao tratar das doenças transmissíveis no Rio de Janeiro, que atribuía a responsabilidade por este quadro à difusão da vacinação (Boletín de la OSP, ene. 1943). A garantia de redução do quadro epidemiológico da varíola, certamente, não demandava a organização de um serviço específico para a doença, no porte dos que

⁷¹ Decreto-lei nº 3.171, de 2 de abril de 1941. Reorganiza o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério Educação e Saúde, e dá outras providências.

⁷² Decreto nº 10.323, de 26 de agosto de 1942. Aprova o Regimento do Serviço Federal de Bioestatística.

⁷³ Decreto nº 9.302, de 28 de abril de 1942. Aprova o Regimento do Serviço de Saúde dos Portos.

estavam sendo estruturados. As medidas para seu combate, mantinham-se circunscritas à produção da vacina e à obrigatoriedade da vacinação, aliadas às informações divulgadas nos veículos de educação sanitária, como cartazes, folhetos, cartilhas, etc... requerendo, apenas, para o seu maior controle, uma melhor difusão da vacina nos serviços locais, o que só foi alcançado, em nível nacional, posteriormente, através da criação das Campanhas contra a doença.

A educação sanitária tinha por finalidade “formar na coletividade brasileira uma consciência familiarizada com os problemas de saúde”, entendida, inicialmente, como a divulgação de informações sobre saúde, visando à recomendação de regras de higiene, para a prevenção de doenças transmissíveis⁷⁴. Posteriormente, os conceitos de educação sanitária foram se aproximando, cada vez mais, das mudanças implementadas na área de educação em geral (Bastos, 1953). Cabe ressaltar que até este momento, a educação sanitária estava ajustada com a perspectiva de produzir mudanças de comportamento, que foi, posteriormente questionada, por uma nova concepção do processo educacional, incorporada na área de saúde, a partir da década de 1970.



Cartaz de educação sanitária do SESP (s/d)
Acervo Gustavo Capanema/ CPDOC/ FGV

Como comprovação da eficácia da vacina no controle da varíola, pode-se observar o quadro sanitário das Américas, neste momento, aonde a doença não constava mais como um problema de saúde pública, à exceção, como afirmou a OSP, “de cinco

⁷⁴ Decreto nº 10.013 de 17 de julho de 1942. Aprova o Regimento do Serviço Nacional de Educação Sanitária.

ou seis países” do continente (Boletín de la OSP, feb. 1944: 107). O Brasil encontrava-se entre esta exceção, porém, como garantia o boletim, a varíola não se destacava, comparativamente, no quadro das demais doenças de relevância sanitária nas Américas, nem tampouco no território brasileiro, pois se apresentava majoritariamente em sua forma *minor*, de baixa letalidade.

Neste contexto ressalta-se, também, a criação, em 1942, do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), como resultado de um acordo cooperativo entre os governos brasileiro e norte-americano, através do *Institut of Interamerican Affairs* (IAIA), do governo norte-americano, para a implementação de programas de saúde e saneamento no país⁷⁵. O “Acordo Básico” que criou o SESP estipulava, inicialmente, a implementação de serviços na região do vale do Rio Amazonas, previsto para vigorar pelo período de três anos, entretanto, já no ano seguinte, em 1943, os serviços do SESP passaram a incorporar, também, a região do vale do Rio Doce. Apesar de sua criação estar relacionada à conjuntura de guerra, o convênio que o sustinha foi renovado sucessivamente, mesmo após o término do conflito mundial.

Até o final da década de 1940, o SESP ampliou sua abrangência territorial e seu leque de atividades, através do desenvolvimento de novos programas na região nordeste, no Espírito Santo e em Minas Gerais. Este acordo seria prorrogado até o ano de 1960, quando o SESP foi incorporado ao Ministério da Saúde, passando a denominar-se Fundação Serviço Especial de Saúde Pública⁷⁶. Para a erradicação da varíola, este serviço desempenhará, posteriormente, papel de destaque, assumindo a responsabilidade pela organização das ações de vigilância epidemiológica, e pela coordenação de parte da vacinação antivariólica no país.

O desenvolvimento concomitante das atividades desempenhadas pelos Serviços Nacionais e pelos programas regionais do SESP orientou, na década de 1940, as políticas nacionais contra doenças transmissíveis no Brasil. Apesar do Acordo Básico que criou o SESP não apresentar uma atuação claramente direcionada contra doenças específicas, à exceção da malária e da lepra,⁷⁷ cabia ao mesmo, nas regiões aonde

⁷⁵ Decreto-lei nº 4.275, de 17 de abril de 1942. Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a organizar um serviço de Saúde Pública em cooperação com o *Institut of Interamerican Affairs of the United States of America*.

⁷⁶ Lei nº 3.750, de 11 de abril de 1960. Autoriza o Poder Executivo a transformar em Fundação o Serviço Especial de Saúde Pública, e dá outras providências.

⁷⁷ O Acordo Básico definiu o regime de administração do SESP e sua articulação com o Ministério da Educação e Saúde, prevendo, dentre suas atribuições, o saneamento do Vale do Amazonas, especialmente

atuava, aplicar medidas que assegurassem a saúde da coletividade, incluindo-se assistência médico-sanitária aos trabalhadores “ligados ao desenvolvimento econômico da região” (Bastos & Silva, 1953: 221), o que comportava o combate à doenças transmissíveis.

O SESP, ao longo de sua existência, desempenharia um importante papel no cenário nacional, na difusão de um modelo norte-americano de saúde pública, na assistência médica em unidades locais de saúde, na capacitação de pessoal e na educação sanitária. No que diz respeito à educação sanitária, desde sua estrutura inicial, o SESP previa o desenvolvimento de atividades neste sentido, normatizadas pela Divisão de Educação Sanitária, criada cerca de um ano após o início das atividades do Serviço, que deveriam ser aplicadas em todos os programas desenvolvidos pela instituição, em suas áreas de abrangência. Estas atividades envolviam divulgação, educação e mobilização, não só no âmbito das ações de rotina, como também junto à escolas, a respeito de questões sobre higiene e saúde (Bastos, 1970; Campos, 2006).

Segundo Brito Bastos e Orlando da Silva, para o SESP, a educação sanitária, mais do que um recurso informativo, se constituía como um método educacional, voltado para mudança de comportamento do indivíduo, perante os problemas de saúde, contrapondo-se aos recursos coercitivos, inclusive a imposição de multas, utilizados, nas primeiras décadas deste século, para o convencimento da população quanto as medidas de prevenção de doenças transmissíveis (Bastos & Silva, 1953). Cabe ressaltar, entretanto, que, no caso da varíola, a mudança de comportamento e a incorporação da vacina aos hábitos da população, caminharam junto com a regulamentação pela obrigatoriedade da vacinação, acrescentando, ainda, mesmo que de forma acanhada, neste momento, algumas inovações técnicas incorporadas à produção da vacina. É importante salientar que os métodos educativos, baseados na mudança de comportamento, aplicados também em saúde, seriam, posteriormente, contestados, em função de idéias em torno de processo de educação através da conscientização.

Para o combate às doenças transmissíveis nas regiões em que atuava o SESP, foi estipulado, em reunião do Escritório Central do Serviço, realizada em 1948, que este deveria se concretizar através de etapas, que incluíam notificação compulsória, investigação epidemiológica de doenças incomuns à localidade, ou sob a

a profilaxia e os estudos da malária, a colaboração com o Serviço Nacional de Leprosia e com as repartições sanitárias estaduais para o combate à doença, além da formação de profissionais para os trabalhos em saúde pública (Bastos e Silva, 1953).

responsabilidade de algum programa, diagnóstico laboratorial e tratamento de doenças visando à extinção da fonte de contágio, além de imunização rotineira contra a varíola (Bastos, 1991).

Com o término da guerra, na década de 1940, as conquistas científicas alcançadas, até então, fomentaram um ambiente de “otimismo sanitário” que ampliou as perspectivas de controle das doenças no cenário internacional. As propostas assinaladas, então, pelas grandes potências, veiculadas através da OMS e da Oficina Panamericana, destacavam a implementação de políticas de cooperação internacional para viabilizar a erradicação mundial de doenças (Campos, 2006), aonde passou a figurar uma preocupação com o controle mundial sobre a incidência da varíola. Em sua primeira reunião, em 1946, a OMS ressaltou que seu Comitê de Especialistas em Epidemiologia e Quarentena Internacional deveria “ter à sua disposição um comitê misto de estudos sobre a varíola” (OMS, 1980: 78). Ao longo das duas décadas seguintes, a preocupação com a varíola se manteria, reafirmada nas Assembléias Mundiais de Saúde, ocorridas anualmente, que estabeleceriam recomendações no sentido do controle e erradicação da doença.

Durante a VIIª Reunião do Comitê Executivo da Oficina Sanitária Panamericana, em 1949, este organismo expressou uma preocupação relevante com a varíola, ao aprovar a resolução nº 13 propondo, pela primeira vez, a erradicação da doença nas Américas. Esta resolução indicava a importância de se “promover uma colaboração dos países americanos na realização de um programa de saúde cujo objetivo principal seja [fosse] a erradicação da varíola” (Boletín de la OSP, sep. 1949: 959; Boletín de la OSP, feb. 1952; Rodrigues, abr. 1975). Segundo estes boletins, o programa sugerido deveria ser iniciado em 1950, primeiramente nos países americanos com maiores incidências da doença, como é o caso do Brasil.

Entretanto, apenas em 1952, durante a VI reunião do Conselho Diretor da Opa, foi aprovada a criação de um fundo especial para a iniciação e encaminhamento de um programa continental de erradicação da varíola, que deveria ser iniciado no ano de 1953. Este programa deveria ser incluído na categoria dos programas interpaíses do Projeto de Programa e Financiamento da Oficina Sanitária Panamericana para o ano de 1954. (Boletín de la OSP, feb. 1952; Boletín de la OSP, feb, 1955).

A partir desta resolução, a Oficina passou a empreender uma série de visitas de especialistas por alguns países do continente, com vista a estimular e melhorar a

produção local da vacina antivariólica, cooperando com a instalação e funcionamento adequados, de laboratórios produtores da vacina seca, mais resistente. Testes com esta vacina foram realizados, neste mesmo ano, no Peru, atestando sua eficácia e sua maior resistência em relação a vacina glicerinada, sob condições de calor e umidade (Boletín de la OSP, feb. 1952). A proposta de erradicação da varíola, no entanto, apenas passaria a uma ação pública, no Brasil, a partir de 1962.

De Juscelino Kubitschek a João Goulart: “circunstâncias favoráveis” para a erradicação de doenças

A reestruturação do Ministério da Educação e Saúde que criou os Serviços Nacionais de Saúde, em 1941, delineou, em linhas gerais, a estrutura que se manteria para a área da saúde durante cerca de uma década, até a criação, em 1953, do Ministério da Saúde (MS), resultado da divisão das pastas do antigo MES. A separação dos ministérios, ocorrida durante o segundo governo de Getúlio Vargas (1951-1954) foi fruto de negociação política e institucional que emergiu durante o governo de Eurico Gaspar Dutra (1945-1950), como resultado do processo de redemocratização que o fim do Estado Novo possibilitou. As negociações para a criação de uma pasta específica para a saúde já haviam sido suscitadas desde, pelo menos, a década de 1910, entretanto, como apontam Hamilton & Fonseca (2003), por razões diferentes, nos diversos contextos, não foram implementadas.

Os anos de democracia (1945-1964) seriam marcados pela imersão do estado brasileiro na lógica do desenvolvimento econômico e social que caracterizou este período da história do capitalismo mundial. A busca pelo desenvolvimento pairava como um ideal alcançável, e desejável, e deveria ser conquistado pelo aumento da produção e do consumo, o que implicava, no Brasil, em promover a aceleração do processo de industrialização, e em gerar melhorias nos padrões de vida da população, inclusive, os níveis de saúde dos trabalhadores.

A nova dinâmica político partidária trouxe, para a área de saúde, a necessidade de interagir com as discussões próprias da área, favorecendo negociações entre as diversas propostas apontadas, naquele momento, e deslocando a esfera de decisões para além da estrutura governamental (Hamilton & Fonseca, 2003). A realização da IIª Conferência Nacional de Saúde, em 1950, expressava uma parte dessas negociações e da necessidade de empreender modificações no setor apontadas no âmbito deste debate.

Foram considerados temas como assistência médico-sanitária e preventiva para o trabalhador e gestantes, condições de higiene e de segurança do trabalho e, no que diz respeito à doenças transmissíveis, somente a malária foi diretamente contemplada (Escorel & Bloch, 2005).

A criação do Ministério da Saúde, em 1953⁷⁸, não significou uma mudança significativa nas estruturas institucionais oriundas do Departamento Nacional de Saúde (DNS), pois foram mantidos, basicamente, os mesmos órgãos, bem como suas orientações. No que tange às doenças transmissíveis, os Serviços Nacionais contra doenças específicas permaneceram, dentro do novo Ministério, como os principais responsáveis por ações direcionadas contra algumas destas enfermidades específicas.

Ainda que permanecesse a ausência de um órgão direcionado para a varíola, mantiveram-se as atividades desenvolvidas pelo Serviço Nacional de Educação Sanitária – com a divulgação sobre a importância da vacinação –, a rotina dos serviços locais em relação à vacinação e atendimento ao doente, além da produção do imunoterápico. Destacamos, ainda, as atividades realizadas pelo Departamento Nacional de Saúde, e pelo Serviço Nacional de Saúde dos Portos, contra as demais doenças transmissíveis que não foram objeto de um serviço específico, aonde se incluía a varíola. O Departamento Nacional de Saúde era responsável por promover medidas de conservação e melhoria da saúde, e a prevenção e tratamento das doenças, e o Serviço Nacional de Saúde dos Portos, pelo controle do tráfego marítimo do país e o isolamento dos navios comprometidos por doenças quarentenáveis, onde já se incluía a varíola⁷⁹.

O Serviço de Estatística da Saúde, responsável pela realização de inquéritos epidemiológicos e levantamentos bioestatísticos referentes às atividades médico-sanitárias, e pela sua divulgação, também se apresentava como uma atividade auxiliar ao controle das doenças transmissíveis. A produção e análise de imunoterápicos e outros produtos, aplicáveis como medidas preventivas e curativas nos serviços federais de saúde, permaneciam sob responsabilidade do Instituto Oswaldo Cruz, também encarregado de realizar inquéritos e pesquisas sobre a epidemiologia das doenças existentes no país⁸⁰.

⁷⁸ Lei nº 1920, de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências.

⁷⁹ Decreto nº 34.596, de 19 de novembro de 1953. Aprova o regulamento do Ministério da Saúde, e dá outras providências.

⁸⁰ Decreto nº 34.596, de 19 de novembro de 1953.

Logo após o suicídio do presidente Getúlio Vargas, em setembro de 1954, já no governo Café Filho, foram instituídas, em forma de lei, as Normas Gerais de Defesa e Proteção da Saúde⁸¹. Estas normas estipulavam as responsabilidades do Estado perante a saúde da população, e deveriam servir de parâmetro para a criação de um Código Nacional de Saúde, estabelecendo as diretrizes do que dizia respeito à defesa e proteção da saúde do indivíduo. No que tange às doenças transmissíveis, ficou estipulado que o Ministério da Saúde deveria normatizar ações relativas à notificação compulsória das fontes de contaminação, ao isolamento do doente, à visita domiciliar e à imunização do indivíduo, o que só ocorreria em 1961, com a regulamentação do Código.

Após o curto governo Café Filho (1954-1955), tomou posse, como presidente eleito, Juscelino Kubitschek⁸², que assumiria desde a sua campanha eleitoral a meta de combater as endemias rurais e de eliminar a malária do país⁸³. Como presidente, Kubitschek se dedicaria à execução do seu Plano de Metas, corolário para o desenvolvimento de diversos setores da economia brasileira visando, sobretudo, superar entraves considerados crônicos para o desenvolvimento do país, e impulsionar a indústria nacional. O crescimento econômico alcançado por JK demandou a utilização maciça de capital estrangeiro, o que não exigiu nenhuma alteração substancial da política externa brasileira desenvolvida, até então.

No contexto de guerra-fria, de bipolarização geopolítica entre os países capitalistas desenvolvidos, e o bloco socialista, os países que, como o Brasil, eram caracterizados como economias capitalistas subdesenvolvidas, integravam o “Terceiro Mundo”, expressão que designava o grupo de países em desenvolvimento. A América latina em geral, juntamente com os países resultantes da descolonização afro-asiática, integrava este grupo. A política externa brasileira praticava um alinhamento político-ideológico aos Estados Unidos, ambicionando um tipo de colaboração que implicasse na inversão de recursos para acelerar o seu desenvolvimento econômico (Mello e Silva, 2007).

⁸¹ Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954. Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde.

⁸² Após o suicídio de Getúlio Vargas, o vice-presidente Café Filho assumiu a Presidência da República, em agosto de 1954, tarefa na qual foi substituído, por motivo de doença, no final de 1955, por Carlos Luz, presidente da Câmara dos Deputados. Carlos Luz foi deposto do cargo por um golpe articulado pelo Ministro de Guerra, General Henrique Lott, que deu posse ao vice-presidente do Senado, Nereu Ramos que assegurou a posse do presidente eleito, Juscelino Kubitschek, em janeiro de 1956.

⁸³ Kubitschek, 1955. Citado em Hochman, 2007: 381.

A assinatura de acordos internacionais, com países ou organizações sanitárias, para a solução de problemas de saúde de interesse comum, previsto nas Normas Gerais de Defesa e proteção da Saúde, desde 1954, estaria, neste breve período democrático, em consonância com as orientações da política externa brasileira, preconizando um alinhamento favorável às demandas do capitalismo, para a superação dos entraves do subdesenvolvimento (Vizentini, 2005).

Este período também seria marcado pelo desenvolvimento de um modelo de administração sanitária através de centros de saúde, implementado pelo Serviço Especial de Saúde Pública, como forma de coordenar e expandir, em nível local, atividades para promoção da saúde da população. Esta agência, dotada de autonomia política e administrativa em relação ao Ministério da Saúde, como apontado anteriormente, alcançou considerável destaque na consolidação de uma rede permanente e integrada de unidades de saúde. Estas propiciariam a organização de um modelo de administração em saúde, sob forte influência do exemplo norte-americano, e fortaleceria as atividades rotineiras empreendidas pelos departamentos estaduais de saúde (Campos, 2006).

Em 1955 a Oficina Panamericana e a OMS lançaram o Programa de Erradicação da Malária (Verani, 1991). No Brasil esta doença já vinha sendo combatida, desde 1941, pelo Serviço Nacional de Malária (SNM), através da utilização de DDT, da distribuição de antimaláricos, além do fornecimento de sal cloroquinado⁸⁴, uma opção brasileira para a problemática de administrar a distribuição de antimaláricos nas regiões mais distantes do país (Hochman, 2007). Contra esta doença foram direcionados esforços constantes que possibilitaram a criação do campo da malariologia, que teve no médico Mário Pinotti, um dos seus grandes protagonistas.

Pinotti dirigiu o Serviço Nacional de Malária entre 1942 e 1956, quando assumiu a direção do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), criado neste mesmo ano. Foi também o responsável pela elaboração do programa de saúde do, ainda candidato, Juscelino Kubistcheck, e ministro da pasta, entre 1958 e 1960. Segundo Fonseca (2001), a estrutura criada por Pinotti para a área da saúde, só sofreria modificações a partir do golpe de 1964, com a gestão dos ministros Raymundo de Brito

⁸⁴ A cloroquina era uma das principais drogas antimaláricas. Segundo Hochman (2007), a distribuição do sal de cozinha cloroquinado, que ficou conhecido como “Método Pinotti”, foi uma das grandes contribuições brasileiras à malariologia.

e Leonel Miranda, também responsáveis pela instituição da Campanha Nacional contra a Varíola e pela Campanha de Erradicação da Varíola, sucessivamente.

As campanhas de erradicação da malária (1955) e, posteriormente, a de erradicação da varíola (1962), estiveram em comunicação com as diretrizes suscitadas pela saúde internacional, através dos seus principais organismos, a Oficina Sanitária Panamericana e a Organização Mundial de Saúde. Desde o final da década de 1940, a Oficina já vinha promovendo campanhas para erradicação de doenças, inicialmente voltadas para a extinção do mosquito *Aedes aegypti*, principal transmissor da febre amarela, visando interromper a transmissão da doença. A malária foi alvo de uma campanha mundial, promovida pela OMS, a partir de 1955, que, de fato, reduziu a incidência da doença, entretanto, até o final da década de 1960, os objetivos do programa seriam substancialmente alterados, e o conceito de erradicação preterido, em favor da proposta de controle desta doença (Verani, 1991). A varíola foi objeto de uma mobilização para sua erradicação nas Américas, por parte da Oficina Panamericana, a partir de 1949. Em 1958, a OMS lançou a proposta de erradicação mundial desta doença.

Quando o DNERu foi criado, em 1956, concretizando as metas estabelecidas por Juscelino ainda durante a sua campanha para presidência, tinha por função organizar e executar os serviços de investigação, promovendo o combate à malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela, esquistossomose, ancilostomose, filariose, hidatidose, bócio endêmico, boubá, tracoma e outras endemias existentes no país. Os Serviços Nacionais que tinham a responsabilidade de combater a malária, a peste e a febre amarela, foram incorporados a este novo órgão. Permaneceram em atividade os Serviços Nacionais de Lepra, Tuberculose, Doenças Mentais e Câncer. A varíola, a sífilis e demais doenças venéreas, as febres tifóides e paratífóides, amebíase, as shigolloses, a difteria, a coqueluche, e demais doenças transmissíveis, cujo combate era executado por órgãos locais de saúde, pertencentes a estados, municípios, autarquias e instituições particulares, com o auxílio técnico ou financeiro do Ministério da Saúde, deveriam manter suas atividades segundo as normas traçadas pela Divisão de Organização Sanitária do Departamento Nacional de Saúde⁸⁵.

⁸⁵ Lei nº 2.743, de 6 de março de 1956. Cria o Departamento Nacional de Endemias Rurais no Ministério da Saúde e dá outras providências.

Com Pinotti à frente do DNERu e, em acordo com as orientações para a erradicação da malária, lançadas pela OMS, foi criado, em 1958, no Departamento, um Grupo de Trabalho incumbido das atividades de planejamento e execução da Erradicação da Malária no país, denominada "Campanha de Erradicação da Malária"⁸⁶. O decreto que instituiu este grupo de trabalho, também organizou os procedimentos gerais que deveriam reger o combate à malária, a partir de então, estipulando os atores que poderiam tomar parte nessa tarefa, os recursos, e dando autoridade ao GT para baixar portarias e instruções que viabilizassem a erradicação da malária no Brasil. Segundo a legislação que criou o grupo de trabalho, a Campanha de Erradicação da Malária deveria atuar em áreas previamente selecionadas, que seriam gradativamente ampliadas, com base nos recursos alocados para sua vigência.

Poderiam participar do grupo de trabalho representantes da Oficina Sanitária Panamericana, e da *International Cooperation Administration*, do Departamento de Estado dos Estados Unidos, com quem foi firmado convênio para liberação de recursos para a campanha. Em setembro do mesmo ano, o Grupo de Trabalho para erradicação da malária passou a ser presidido pelo Ministro da Saúde, o recém empossado ministro Mário Pinotti⁸⁷. Gilberto Hochman afirma que a subordinação da Campanha de Erradicação da Malária ao ministério da saúde se devia menos à recomendação das agências internacionais do que ao controle, exercido por Pinotti, sobre as políticas antimaláricas implementadas no Brasil, desde a década de 1940 (2007). Entretanto, como ressalta este mesmo autor, as dificuldades financeiras do governo brasileiro no período entre 1959 e 1960, representaram uma menor inversão de recursos do governo federal para o desenvolvimento da Campanha, que ficou, cada vez mais dependente de organizações internacionais e do convênio com o governo norte-americano, para subvencionar o cumprimento da meta de erradicação.

A criação deste organismo, junto ao governo federal, especificamente direcionado para a erradicação de uma doença, é uma marca significativa deste período governamental. Doenças como a febre amarela, a doença de chagas, a leishmaniose, esquistossomose, a peste, e a malária, consideradas como endêmicas no Brasil desde,

⁸⁶ Decreto nº 43.174, de 04 de fevereiro de 1958. Institui Grupo de Trabalho do Departamento Nacional de Endemias Rurais, do Ministério da Saúde, para erradicação da malária no país.

⁸⁷ Decreto nº 44.494, de 23 de setembro de 1958. Altera o Decreto nº 43.174, de 4 de fevereiro de 1958, que instituiu um Grupo de Trabalho no Departamento Nacional de Endemias Rurais, do Ministério da Saúde, para erradicação da malária no País, e dá outras providências.

pelo menos, os anos de 1930, tinham a sua incidência associada com a permanência de características sócio-culturais subdesenvolvidas na população brasileira. No governo de Juscelino Kubitscheck, a permanência dessas endemias era considerado um entrave ao projeto desenvolvimentista impetrado, e contra elas deveriam colidir os esforços concentrados de um único organismo de saúde, o DNERu.

Segundo Fonseca, a criação do DNERu possibilitaria a concentração de esforços dispersos, e por vezes “redundantes que se faziam para controlar ou erradicar as doenças de massa” (2001: 300), empregando, para tal, modernas técnicas do sanitarismo e dando maior rendimento às campanhas existentes, inclusive com a utilização de recursos financeiros mais substanciais. A experiência prática e os recursos humanos e materiais adquiridos no desenvolvimento dos serviços federais, desde a década de 1940, foram então reunidos e aproveitados em prol do desenvolvimento das atividades do DNERu, aliando profilaxia e pesquisa (Fonseca, 2001).

Em 1960, o Serviço Especial de Saúde Pública foi incorporado ao Ministério da Saúde, em razão da finalização do convênio de cooperação entre o governo brasileiro e o IAIA, sendo transformado em Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP). Como Fundação o SESP manteria algumas das linhas gerais de atuação que regiam sua estrutura inicial, pois dentre suas funções incluíam-se a execução de atividades relativas ao saneamento básico; a organização e operação de serviços de saúde pública em regiões de interesse econômico; a formação e treinamento de recursos humanos habilitados para desenvolver as atividades necessárias, além do desenvolvimento de programas de educação sanitária nas localidades em que mantivesse unidades sanitárias⁸⁸.

O combate a doenças transmissíveis realizado através de serviços federais específicos, o destaque concedido a doenças endêmicas no país, o alinhamento com organismos de saúde internacional, a concentração de esforços em torno da criação do DNERu, a institucionalização da Campanha de Erradicação da Malária e a incorporação do SESP foram medidas que antecederam, e modularam, de forma contundente, a elaboração do projeto de erradicação da varíola no Brasil. A concentração de esforços na luta contra doenças transmissíveis endêmicas, em contraposição ao tratamento rotineiro empregado contra a varíola, que neste período já se caracterizava como uma

⁸⁸ Lei nº 3.750, de 11 de abril de 1960. Autoriza o Poder Executivo a transformar em Fundação o Serviço Especial de Saúde Pública, e dá outras providências.

doença de menor gravidade, com a ocorrência de surtos eventuais de baixa morbidade, é um marco importante, que orienta nossa reflexão, sobre a formulação do paradigma de erradicação de doenças, que se consolidou, no Brasil, e mundialmente, com a campanha de erradicação da varíola.

Em 1961, o governo brasileiro constituiu uma nova regulamentação para as ações de saúde com o estabelecimento do Código Nacional de Saúde⁸⁹, com base nas Normas instituídas em 1954, que ampliava a perspectiva de erradicação de doenças no país. Este código estipulava que “sempre que as circunstâncias fossem favoráveis”, propiciaria os recursos técnicos e materiais para a transformação de programas de controle em programas de erradicação de doenças transmissíveis⁹⁰. Apesar de incorporar a perspectiva de erradicação de algumas doenças, o Código de 1961 não explicitava quais seriam as “circunstâncias” favoráveis, nem tão pouco sugeria quais as doenças a serem contempladas.

A experiência vivenciada no Brasil com as atividades para o controle da febre amarela, a erradicação do *Aedes aegypti*, da malária, e da varíola sugerem que as circunstâncias favoráveis envolviam não apenas o conhecimento técnico-científico sobre a etiologia e a profilaxia de doenças, mas também recursos, para o desenvolvimento do aparato necessário a tais empreendimentos, preferencialmente, com o apoio de organismos internacionais de saúde.

O Código estipulava que a função do órgão nacional de saúde era promover a saúde e o bem-estar da população empreendendo, para tal, o estudo, a pesquisa e a orientação dos problemas médico-sanitários nacionais. A varíola foi diretamente apreciada neste código, através da indicação de obrigatoriedade da vacinação, e revacinação, comprovado por atestado específico, para o exercício de cargo ou função estatal, matrícula em estabelecimento de ensino, admissão no mercado de trabalho formal, aquisição de documentos de identificação pessoal e a entrada no país⁹¹. Entretanto, como foi ressaltado neste capítulo, as ações contra a varíola estiveram, também, pulverizadas nas atividades desenvolvidas por outros organismos de saúde.

Segundo o código, a notificação obrigatória abrangia uma lista de mais de 30 tipos de doenças diferentes, incluindo-se a varíola, e mesmo o alastrim. Comumente, o

⁸⁹ Decreto nº 49.974-A, de 21 de janeiro de 1961. Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, de Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde.

⁹⁰ Artigo 29 do capítulo II, do Código Nacional de Saúde, referente às doenças transmissíveis.

⁹¹ Artigos 18, 19 e 20, no Capítulo II, do Código Nacional de Saúde.

diagnóstico de alastrim era confundido com o da varíola, por isso a indicação para a notificação de ambos. No que tange a saúde internacional, ficou regulamentado que as doenças quarentenáveis, estipuladas no Código Sanitário Internacional, dentre as quais a varíola, deveriam ser notificadas com o máximo de urgência e, para evitar a introdução e expansão destas no país, deveriam ser observadas as recomendações prescritas no Regulamento Internacional de Saúde, no Código Sanitário Panamericano, e nos demais tratados, acordos ou convênios internacionais subscritos pelo Brasil.

No capítulo específico sobre doenças transmissíveis, o Código estipulava que era responsabilidade do governo federal a execução de medidas contra sua transmissão, impedindo sua disseminação. Nesta tarefa, deveriam ser reunidas atividades de profilaxia, investigação epidemiológica, vigilância médico-sanitária, e medidas educativas, exercidas pelas unidades gerais de saúde pública, sob orientação de serviços especializados. Por educação sanitária, entendia-se a soma da experiência, recursos e meios, cujo emprego fosse capaz de criar ou modificar os hábitos e o comportamento do indivíduo em relação à saúde.

A investigação epidemiológica e a vigilância médico-sanitária não foram objetos de uma atenção mais pormenorizada, neste código, o que denota a escassa problematização das questões envolvidas entre o levantamento de informações epidemiológicas, a investigação dos contaminantes e a aplicação de medidas profiláticas direcionadas. Estas questões iriam compor o arcabouço técnico-científico basilar na aplicação do conceito de vigilância epidemiológica para a erradicação da varíola. Segundo este mesmo código, a estatística, configurava-se como um serviço técnico complementar às ações de saúde do governo federal, incumbida de analisar e divulgar os dados de interesse para o desenvolvimento das atividades médico-sanitárias no país, e de fornecer as informações necessárias ao cumprimento de acordos e convênios com repartições sanitárias internacionais.

A formação de profissionais especializados em saúde pública, para atuarem na execução destas atividades também deveria estar entre as prioridades do governo federal, segundo este regulamento, através da promoção de cursos de pós-graduação, ensino técnico e do aperfeiçoamento em serviço. A produção de imunizantes, por sua vez, deveria ficar a cargo de um Laboratório Central de Saúde Pública, também dedicado a promover investigações sobre o campo da microbiologia, parasitologia,

sorologia e química, aplicadas à saúde pública. O papel desempenhado, até então, pelo Instituto Oswaldo Cruz neste sentido, não foi abordado pelo Código Nacional.

A partir da década de 1960, a varíola assumiria um maior destaque como uma doença de relevância internacional, que deveria ser assumida de forma mais enfática como objeto de uma política nacional para seu controle. A perspectiva de erradicação de doenças, implementada na primeira metade do século, contra enfermidades de destaque no cenário nacional foi, então, modificada, acentuando-se a necessidade de atender às demandas da saúde internacional, à qual correspondeu a criação da Campanha Nacional Contra a Varíola.

Erradicando a varíola no Brasil: organização institucional, ciência e técnica

A Campanha Nacional Contra a Varíola (CNCV) foi criada em 1962⁹², como resposta às recomendações da Opas e da OMS para que fossem implementados programas voltados para a erradicação da doença. A portaria destinada à sua criação considerava como motivo principal para a implementação desta Campanha, o fato da doença ainda se apresentar de forma epidêmica em todos os estados. Esta Campanha seria orientada por uma Comissão, responsável por fixar as normas e os critérios de trabalho a serem observados na realização de suas atividades, presidida pelo Ministro, e integrada pelos Diretores Gerais do Departamento Nacional de Saúde, do Departamento Nacional da Criança, do Departamento Nacional de Endemias Rurais, do Diretor do Instituto Oswaldo Cruz, do Superintendente da Fundação do Serviço Especial de Saúde Pública, além do representante, no Brasil, da Oficina Sanitária Panamericana.

É importante ressaltar que a criação da CNCV estava inserida em um momento de discussões mais ampliadas acerca do fracasso de campanhas de erradicação de outras doenças, como a malária e a febre amarela, mesmo considerando que estas relacionavam-se à eliminação dos vetores (Kerr, 1963).

A estrutura organizacional da CNCV correspondia à proposta vigente na Campanha de Erradicação da Malária, presidida pelo ministro da saúde e constituída por uma comissão nacional, na qual integravam vários órgãos federais (Rodrigues, 1975; Gazêta, 2001). Entretanto, seu desenvolvimento preconizava o gerenciamento e

⁹² Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Portaria nº 32-GB, de 18 de Janeiro de 1962. Publicada no Diário Oficial (Seção 1 – Parte 1), de Sexta-feira, 26 de Janeiro de 1962, página 1097.

organização de uma estrutura diferenciada, pois sua estratégia principal era a aplicação da vacinação antivariólica, de forma massificada, na população brasileira.

A trajetória da produção da vacina antivariólica liofilizada, aplicada nas Campanhas contra a varíola, destaca-se como uma oportunidade de percebermos a relevância da presença de organismos internacionais de saúde, para o alcance da erradicação da varíola no país. Em 1958, Alfredo Bica, representante da Oficina Panamericana, visitou o Instituto Oswaldo Cruz para oferecer ajuda técnica e financeira para a participação deste organismo na elaboração de uma campanha para a erradicação da varíola, que vinha sendo promovida pela Organização, desde 1952, no continente, e não havia tido, ainda, uma atenção maior do governo brasileiro. Conforme nos informa Benchimol (2001), a produção das vacinas contra a febre amarela e a varíola, nos laboratórios do IOC, apresentou uma história similar, tanto no que diz respeito ao aparelhamento técnico e o conhecimento científico, como no que tange aos recursos provenientes da Oficina Sanitária Panamericana.

No IOC, o médico José Fonseca da Cunha foi indicado como responsável pela modernização da produção da vacina antivariólica, pois a técnica utilizada até então, era basicamente a mesma que foi introduzida no Brasil pelo Barão de Pedro Afonso, em fins do século XIX, a partir da inoculação de vitelos. Mesmo com uso de glicerina e armazenamento em refrigerador, essa vacina não resistia por mais de três meses. De acordo com relatório elaborado pelo ministro Mário Pinotti, nos laboratórios do IOC foram produzidos, no ano de 1958, em torno de dez milhões de doses de vacina antivariólica glicerinada, destinadas ao Ministério da Saúde, dos quais apenas cerca de dois milhões e meio puderam ser aplicados (Benchimol, 2001), dado que justificaria a mudança das técnicas aplicadas até então.

A Oficina Panamericana, desde o começo dos anos 1950, já mantinha convênio com o Instituto para a concessão de equipamentos utilizados na produção de vacinas no Laboratório de Febre Amarela, o que foi ampliado, mais adiante para a melhoria da vacina antivariólica. A busca por uma vacina de melhor qualidade já vinha sendo recomendada pela Opas, e pela OMS, desde o início da década e, a partir de 1958, a produção da vacina antivariólica iria contar com as mesmas vantagens direcionadas à febre amarela, recebendo material e recursos para a produção da vacina liofilizada e para o cultivo do vírus variólico em ovo embrionado (Benchimol, 2001).

Neste sentido, com o patrocínio da Oficina Panamericana, Fonseca da Cunha iniciaria, em 1959, uma série de visitas técnicas a institutos e laboratórios estrangeiros, a fim de verificar a produção da vacina antivariólica, percorrendo países como Venezuela, Peru, Colômbia, Panamá, Estados Unidos, Inglaterra, Holanda, Alemanha, Argentina e Uruguai (Benchimol, 2001).

Durante a realização, em Niterói, do XIV Congresso Brasileiro de Higiene, em 1959, um trabalho apresentado por uma equipe da Divisão de Orientação Técnica, do Serviço Especial de Saúde Pública, sobre os métodos para aplicação em massa da vacina antivariólica liofilizada, ressaltava o fato de que, com a vacina existente, e o planejamento adequado, havia grande probabilidade de êxito num programa para erradicar a varíola. A ausência de serviços sanitários organizados era apresentada como o principal obstáculo na luta contra a varíola, o que possibilitou à equipe do SESP proferir a sentença “cada país sofre a varíola que merece” (Moraes et alli, 1959: 669).

A título de comprovação das propostas formuladas pelo SESP, este organizou uma campanha, neste mesmo ano, para vacinação em massa da população de Magé, no estado do Rio de Janeiro, na qual buscava-se evidenciar a qualidade da vacina liofilizada em relação à tradicional, glicerinada. Esta nova vacina havia sido adquirida no Instituto Nacional de Saúde Pública, do Peru, país que já era considerado como produtor de vacina de qualidade, e que havia sediado o Seminário de Vacinação Antivariólica, em 1956, patrocinado pela Oficina Panamericana (Boletín de la OPS, 1957). Esta movimentação, para promover campanhas contra a varíola no continente, favoreceu a formulação de estudos preliminares para a vacinação em massa contra a doença, e a destinação de recursos materiais para os laboratórios produtores de vacina, tanto no Instituto Oswaldo Cruz, como nos laboratórios de Recife e Porto Alegre, anunciados pelo Primeiro-Ministro Tancredo Neves, em entrevista para rádio e televisão, em dezembro de 1961⁹³.

Quando a CNCV foi criada, os principais pronunciamentos sobre a área de saúde, divulgadas à população através dos informes veiculados pela Agência Nacional, no programa radiofônico “A Voz do Brasil”⁹⁴, ressaltavam a importância das atividades

⁹³ Arquivo Nacional. Fundo Agência Nacional. Discurso dos Presidentes. 12/12/1961.

⁹⁴ A Agência Nacional era um órgão do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, que tinha por finalidade “colaborar com os órgãos federais, estaduais e municipais, associações privadas, imprensa, rádio, televisão, agências noticiosas, e público em geral, mediante a divulgação de assuntos de interesse do país, ligados a vida política, econômica, financeira, administrativa, social, cultural, cívica e artística” (Decreto nº 39.447, de 26 de junho de 1956. Aprova o novo Regimento da Agência Nacional). Através do

do ministério no combate às doenças de massa, noticiando informações sobre campanhas de vacinação, produção de imunoterápicos e distribuição de folhetos educativos⁹⁵.

As dinâmicas internas da política de saúde nacional do período, que proporcionaram o alinhamento do DNS ao projeto erradicador proposto pela Opas/OMS, segundo apontado pela historiadora Arlene Gazêta, em sua tese de doutoramento, corresponderiam menos ao quadro nosológico da doença no país, do que às “condições favoráveis à erradicação” (Gazêta, 2006: 100), que estavam ressaltadas no Código Sanitário Nacional de Saúde, de 1961.

De acordo com o quadro elaborado para demonstrar a “Situação Sanitária da População Brasileira”, tema destacado na 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1963, a varíola era indicada como um “grande problema de saúde no país”, sendo descrita como apresentando-se de “forma endêmica, com surtos epidêmicos, praticamente em todo o território nacional, inclusive nas capitais dos Estados” (Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde, 1992: 109). Entretanto, ao observarmos comparativamente o índice de mortalidade por varíola, referente ao ano de 1959, este se encontrava abaixo de outras doenças transmissíveis, como o sarampo e a malária (Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde, 1992). Neste mesmo documento, foi salientada a ausência desta doença na maioria dos países, restando, na América Latina, alguns focos no Brasil e no Equador.

Em seu trabalho Gazêta afirma ainda que, o lançamento da proposta de erradicação da varíola, no país, foi justificado através da comparação dos índices da doença em relação aos demais países, ao invés de pautar-se nos dados estatísticos relativos a morbidade nacional por varíola, comparativamente a outras doenças de relevância no período, como a tuberculose, o sarampo, a malária e a febre amarela. Este fato, denotaria a importância crescente da incorporação das políticas nacionais de saúde à uma agenda sanitária internacional (Gazêta, 2006), onde o risco de re-introdução da varíola nos países onde a doença já estava controlada, se colocava como uma questão relevante.

A criação da Campanha Nacional Contra a Varíola responderia, então, à necessidade de “solucionar o problema da varíola no Brasil”, orientada pelas diretrizes

programa diário A Voz do Brasil, mantido pela mesma, eram divulgadas as principais atividades governamentais do dia, mantendo a população informada sobre estas.

⁹⁵ Arquivo Nacional. Fundo Agência Nacional. 19/02/1962.

aprovadas pela OMS na Conferência Sanitária Panamericana, desde 1942, que tinham como prerrogativas a imunização de “80% de cada um dos setores da população, dentro de um período máximo de cinco anos”, aliada a medidas de isolamento, nos casos de re-introdução da doença (Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde, 1992: 109).

A organização da Campanha se iniciou no ano de 1961, com o aparelhamento de três laboratórios para a produção da vacina liofilizada⁹⁶, e a revisão das técnicas de vacinação, que resultou na aprovação da multipuntura como a mais eficiente (Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde, 1992). O combate à varíola deveria ser realizado pelas autoridades sanitárias estaduais, com o auxílio técnico e material do Ministério da Saúde, que também estava encarregado de auxiliar na execução do programa de vacinação, através dos profissionais vinculados ao serviço federal disponíveis na região.

Em junho de 1962, quando o lançamento da campanha foi divulgado através do programa A Voz do Brasil, informou-se que, conforme a programação estabelecida pela Comissão Nacional Contra a Varíola, o plano para vacinação em massa da população foi iniciado pelo estado do Sergipe, e era executado por uma comissão estadual da campanha, da qual participava o secretário estadual de saúde⁹⁷. Ainda segundo este informe, a campanha no Sergipe estava sendo desenvolvida por pessoal do Serviço Cooperativo de Saúde, pelo Departamento de Endemias Rurais, pelos Departamentos Estaduais de Saúde e de Educação e representantes das prefeituras, sob a orientação e assessoria do Comitê Executivo Nacional da Campanha Nacional contra a Varíola, coordenado pelo diretor do Serviço Nacional de Educação Sanitária, o médico Brito Bastos.

O trabalho da Campanha Nacional Contra a Varíola no Sergipe foi acompanhado pelo diretor do Departamento Nacional de Saúde, o médico Bichat de Almeida Rodrigues, e pelo diretor da Divisão Técnica do SESP, o médico Nelson de Moraes, que estiveram em Aracaju para verificar os trabalhos de vacinação antivariólica. Nesta ocasião, foi informado que a campanha estava sendo estendida aos estados do Piauí, Ceará e Rio Grande do Norte⁹⁸. Este noticiário informava, ainda, que de acordo com a previsão das autoridades do Ministério de Saúde, dentro de 2 meses deveria ser

⁹⁶ Um desses laboratórios foi implantado no Instituto Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, outro na Secretária de Saúde de Pernambuco, em Recife e o último no Instituto de Pesquisas Biológicas do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre.

⁹⁷ Arquivo Nacional. Fundo Agência Nacional. “Noticiário do Ministério da Saúde: Iniciada a Campanha Nacional contra a varíola”, em 19 de junho de 1962.

⁹⁸ Arquivo Nacional. Fundo Agência Nacional. “Vacinação Anti-variólica”, em 07 de julho de 1962.

concluído o trabalho de vacinação do programa de erradicação da varíola, em todo o território nacional. Apesar desta otimista afirmativa ministerial, a campanha de erradicação e o trabalho de vacinação no Brasil, apenas seria encerrado, cerca de 10 anos depois.

A presença do diretor do Serviço Nacional de Educação Sanitária como coordenador da Campanha Nacional Contra a Varíola, é um forte indicativo da mentalidade que abarcava o programa de erradicação da varíola, neste primeiro momento. Como vimos, entre os anos de 1930 e 1960, a varíola não foi objeto de uma atenção diferenciada nas políticas nacionais de saúde. Entretanto, a vacinação antivariólica incluía-se como uma política do governo brasileiro, recomendada através da administração rotineira, nos serviços locais de saúde e nos portos nacionais. Também estava vinculada à obrigatoriedade da apresentação do certificado de vacinação para o acesso a instituições públicas e particulares, e divulgada pelos serviços de educação sanitária, assim como a produção do imunoterápico permanecia subvencionada pelo governo federal.

A educação sanitária, como uma atividade que visava a mudança de comportamento sobre a importância da higiene e outras questões de saúde, como a vacinação, recebeu destaque nas políticas nacionais de saúde, desde o governo Vargas e constituiu-se como uma importante ferramenta para a mobilização na Campanha Nacional Contra a Varíola. Ainda em 1962, o médico Carlos Modesto de Souza, diretor do Instituto Nacional de Endemias Rurais, órgão do DNERu, distribuiu, entre as populações do interior, o informativo “Mentalidade nova no combate às endemias”, que previa a necessidade de uma mudança na organização sanitária do país, apontando a escassez de médicos e profissionais de saúde no interior dos estados e alertando a população para os métodos existentes para combater doenças, como a varíola⁹⁹.

Em 1962, o laboratório de vacina antivariólica do IOC recebeu, através de um convênio com a Opas/OMS, o seu primeiro liofilizador para utilização na Campanha Nacional Contra a Varíola. Por exigência da OMS, a produção das vacinas para a campanha deveria ser realizada em vitelas, entretanto, a produção alternativa, em ovos embrionados, realizada desde 1960, sob a chefia de Antonio Sotero Cabral, persistiria durante todo o desenvolvimento das Campanhas contra a varíola (Benchimol, 2001).

⁹⁹ Arquivo Nacional. Fundo Agência Nacional. “Mentalidade nova no combate às endemias”, em 17 de julho de 1962.

Durante a realização da XVIª Conferência Sanitária Panamericana, a campanha contra a varíola realizada no Brasil, foi objeto de uma atenção maior, em razão da grande repercussão do incidente ocorrido pela reintrodução do vírus variólico em território norte-americano e canadense, oriundo de uma criança proveniente do Brasil¹⁰⁰. A necessidade do combate à varíola no Brasil foi objeto de um “apelo”, durante a conferência, que indicava o prazo de cinco anos para que a doença fosse extinta no território nacional. Os técnicos brasileiros presentes se posicionaram afirmando que a campanha se encontrava “em crescente grau de intensidade” em função dos trabalhos de vacinação já iniciados¹⁰¹.

Em 1963 as ações da CNCV haviam alcançado, além do Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, os estados de Pernambuco, Alagoas, Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Paraná, e já haviam sido concluídas nos estados da Guanabara, Sergipe, Distrito Federal e no Território de Roraima. Com relação à vacina utilizada nestas ações, a Opas exigiu, em 1965, a realização de um teste de campo para avaliar as vacinas liofilizadas produzidas localmente, tanto a cultivada em vitelo, quanto em ovo embrionado, o que foi efetivado, no território do Amapá, naquele mesmo ano.

No Brasil, a CNCV se deparou com dificuldades técnicas e operacionais e, apesar do uso de uma vacina indicada como eficaz, não conseguiu alterar o quadro epidemiológico, que diminuiria o contágio e, eventualmente, levaria à erradicação. O quadro político em que esta Campanha se estabeleceu certamente não favoreceu o apoio necessário à implementação das suas atividades, pois, durante o governo de João Goulart, sucessivas mudanças ministeriais, fizeram com que a pasta da saúde tivesse cinco titulares diferentes. O governo João Goulart foi marcado por uma intensa disputa político-partidária, em que se sobressaiu a oposição acirrada ao projeto político-ideológico governamental.

Tais disputas tiveram como consequência o golpe civil-militar, em 1964, que instaurou no governo do país, uma junta militar, inaugurando um período de 20 anos de ditadura civil-militar. Esta mudança de governo, segundo nos aponta a legislação do

¹⁰⁰ O menino James Orr, saiu do Brasil, passou por Nova York e de lá dirigiu-se para o Canadá, sua residência, aonde foi confirmada o seu acometimento pela varíola. As autoridades de saúde canadenses notificaram o Departamento de Saúde Norte-americano e procederam, ambos, a uma vacinação em massa das pessoas que com ele tiveram contato durante o período de incubação da doença, o que possibilitou o controle do surto da doença, registrando-se um pequeno número de casos.

¹⁰¹ Arquivo Nacional. Fundo Agência Nacional. “Declaração do diretor geral do Departamento Nacional de Saúde, dr. Bichat de Almeida Rodrigues, sobre a recente XVI Conferência Sanitária Pan-americana”, em 04 de setembro de 1962.

setor saúde, não implicou em uma alteração substancial das atividades da pasta, e para o encaminhamento das atividades contra a varíola, não foi detectado nenhum pronunciamento, ou alteração legislativa, sobre as orientações da Campanha Nacional.

O perfil ditatorial do governo imprimiu, às políticas nacionais, um cunho centralizador autoritarista, e estabeleceu, no âmbito das relações internacionais em saúde, um alinhamento favorável à implementação de acordos cooperativos, a partir da assinatura do Convênio Básico entre o governo brasileiro e a Organização Mundial de Saúde¹⁰². Este convênio previa assistência técnica, de caráter consultivo, ao governo brasileiro, sobre questões que viessem a se estabelecer como de interesse comum, tanto no âmbito da OMS, quanto das Nações Unidas. A partir deste convênio, seriam celebrados acordos internacionais, prevendo inclusive a composição de um fundo, em moeda brasileira, para custear as despesas advindas de tais acordos.

No ano seguinte, seria celebrada a primeira carta-convênio, entre o governo do Brasil e a OpaS/OMS, com objetivo de implementar um programa nacional para viabilizar a erradicação na varíola no país, que foi desenvolvido, em 1966, através da institucionalização da Campanha de Erradicação da Varíola, a CEV¹⁰³. Neste mesmo ano, em virtude do quadro de singularidade do Brasil, em relação a outros países, no que tange à varíola, foi tornada obrigatória a apresentação do certificado nacional de vacinação, ou revacinação, contra a varíola também para a venda de passagens aéreas para o exterior¹⁰⁴.

¹⁰² Decreto nº 54.366, de 1º de outubro de 1964. Promulga o Convênio Básico com a Organização Mundial de Saúde.

¹⁰³ Ofício da Organização Panamericana de Saúde ao Ministro Paula de Almeida Machado, em 28 de março de 1974.

¹⁰⁴ Decreto nº 57.394, de 7 de dezembro de 1965. Condiciona a venda de passagens para o exterior do país, à prévia apresentação de certificado internacional de vacinação ou revacinação contra a varíola.

Capítulo 3

A vigilância epidemiológica para a erradicação da varíola no Brasil

Capítulo 3: A vigilância epidemiológica para a erradicação da varíola no Brasil

E aqueles que por obras valerosas
Se vão da Morte libertando
- Cantando espalharei por toda parte,
Se a tanto me ajudar o engenho e a arte.
-Luís de Camões-

Nesta etapa da análise discutiremos as propostas de vigilância epidemiológica, elaboradas, inicialmente, pelo *Communicable Disease Center* (CDC), para viabilizar a erradicação de doenças transmissíveis, buscando perceber a aplicabilidade destas no caso da erradicação da varíola no Brasil. Partimos do pressuposto de que, durante a campanha para erradicar a varíola no país, consolidou-se a aplicação das propostas da vigilância epidemiológica, tal como elaboradas pelos médicos epidemiólogos Langmuir e Raska, na década de 1960, tanto no CDC como na OMS. Estas formulações pautavam-se em um sistemático e minucioso levantamento de informações epidemiológicas, que visavam estruturar as atividades subseqüentes para o controle e erradicação de doenças. Até aquele momento, as ações de vigilância estabeleciam apenas um perfil estatístico da distribuição de casos de doenças, o que foi alterado frente à constituição da Vigilância Epidemiológica¹⁰⁵.

Nosso objetivo principal é verificar como se deu o ajuste destas proposições diante da política de saúde brasileira para a erradicação da varíola. Destacaremos a atuação da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fundação SESP), diante da importância de se constituir uma rede de vigilância epidemiológica, principalmente no que diz respeito à capacitação e contratação de profissionais para atuar na implementação desta proposta. A experiência alcançada com a erradicação da varíola ampliou o conceito de vigilância epidemiológica e possibilitou, inclusive, a construção de um campo específico deste saber na saúde pública. Este requereu uma formação específica o que viabilizou sua aplicação para o controle de outras doenças, e possibilitou, no Brasil a criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.

¹⁰⁵ Sobre a importância da erradicação da varíola para a constituição da vigilância epidemiológica, no Brasil, ver principalmente Verani (1991; 1993) e Gazêta, Carvalho, Rangel & Gaze (2005).

Entre a prática e o conceito: a vigilância epidemiológica para a erradicação de doenças

A noção de vigilância em saúde, de uma forma ampliada, tem origem nas medidas iniciais de prevenção da transmissão de doenças entre os países, no início do século XX, auxiliada pelo estabelecimento de uma nova dinâmica nas relações internacionais, que acentuaram a importância de ações cooperativas para preservar a saúde das nações. Esta noção de vigilância, incorporava diversas medidas sanitárias, que incluíram, ao longo do século, a quarentena, a desinfecção de ambientes, a notificação compulsória dos casos detectados, o isolamento e tratamento dos doentes, a observação dos contaminantes e a aplicação dos recursos profiláticos disponíveis para evitar a disseminação de doenças, principalmente, aquelas de caráter epidêmico. Paulatinamente, a idéia de vigilância aplicada à saúde constituiu campos delimitados de atuação, resultando na delimitação das áreas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e vigilância ambiental, atualmente em vigor.

No decorrer deste século, os conhecimentos constituídos pelos emergentes ramos da epidemiologia, bacteriologia, parasitologia, virologia, imunologia, e bioestatística, propiciaram significativos avanços no conhecimento e controle das doenças transmissíveis (Barata, 1997). Estes possibilitaram a implantação de ações mais depuradas para o controle de doenças transmissíveis, fundamentais para a constituição da vigilância epidemiológica, e para a erradicação da varíola.

A vigilância epidemiológica desenvolveu-se como um importante instrumento da saúde pública, implementado a partir da década de 1950, para identificar uma série de atividades desenvolvidas com o intuito de controlar, ou mesmo erradicar, doenças transmissíveis¹⁰⁶. A origem deste termo remonta à experiência adquirida nos programas de erradicação da malária, realizados desde a década de 1940, no continente americano.

As atividades que balizaram o estabelecimento do campo da vigilância epidemiológica, como a notificação compulsória, o isolamento dos casos, a quarentena, a investigação epidemiológica, e o estabelecimento de medidas de contenção das epidemias, compunham o arsenal de práticas de saúde pública desde o início do século

¹⁰⁶ As bases atuais da vigilância epidemiológica consistem no emprego contínuo de ações de coleta, processamento, análise e interpretação de dados epidemiológicos; recomendação de medidas de controle cabíveis, com base nos dados apurados; promoção das ações de controle indicadas; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e divulgação das informações pertinentes para subsidiar as ações implementadas (Ministério da Saúde, 2006).

XX. Porém, importa ressaltar que, no âmbito dos programas de erradicação, a junção destas atividades, aplicadas de forma diligente e constante, se afirmaram como um recurso capital para a supressão de doenças, aonde sobressaiu a realização de investigações e inquéritos epidemiológicos.

O emprego da investigação epidemiológica baseava-se na confirmação laboratorial dos casos notificados de doenças transmissíveis, o que demandava o estabelecimento de um sistema eficaz de notificação, e a colaboração dos órgãos locais de saúde pública, médicos e demais agentes de saúde, para identificar e comunicar os casos detectados. A primeira iniciativa na qual a investigação e a vigilância de casos notificados, e confirmados em laboratório, foram utilizados como base para a elaboração de ações profiláticas, de contenção da doença, na perspectiva de erradicação, se deu no combate à malária, nos Estados Unidos, a partir da década de 1940, através do CDC¹⁰⁷. As informações, então, coletadas eram utilizadas para a investigação individual de cada caso da doença, esclarecendo sua origem e estabelecendo uma rede de contatos do contaminante, de forma a constituir indicadores verificáveis sobre a incidência da doença, utilizados para orientar as ações de contenção dos surtos (Andrews & Langmuir, 1963; Langmuir, 1963; 1970; 1976).

Ganhava destaque o papel da epidemiologia, enquanto investigação, alterando o que vigorava até então, onde a investigação epidemiológica era utilizada somente para identificar e quantificar as fontes de contágio da doença, determinando ações indiscriminadas contra a introdução de novas fontes de infecção. Estas ações, até a década de 1940, estavam inseridas no escopo das atividades de vigilância sanitária, que voltavam-se contra a disseminação de doenças, diferente de como hoje se reconhece.

Ao longo da década de 1950, o CDC incorporou atividades para o combate a outras doenças transmissíveis, através do estabelecimento de Programas de Vigilância, que reuniam informações sobre a ocorrência de surtos epidêmicos, para arbitrar sobre as ações para o controle, ou erradicação, destas, em território norte-americano. No caso de doenças contra as quais se conheciam imunoterápicos, como a poliomielite e a influenza, essas medidas consistiam na recomendação expressa da vacinação de

¹⁰⁷ O *Communicable Disease Center* (CDC) é um órgão do governo norte-americano, criado em 1946, com sede em Atlanta, que teve sua origem na agência *Malaria Control in War Areas*, criada para a prevenção da malária durante a IIª Guerra Mundial (Langmuir, 1963). Eventualmente, seu nome foi alterado para *Center for Diseases Control and Prevention*, mantendo a sigla CDC, e ampliando suas atividades de investigação, monitoração e prevenção de epidemias, também elaborando estratégias de vigilância em saúde, aplicadas à saúde internacional. Disponível em <<http://www.cdc.gov>>

contenção, aliada à vigilância dos casos, o que se constituía como uma opção às tradicionais práticas de isolamento e quarentena¹⁰⁸. Segundo o epidemiólogo Langmuir, desta forma, era possível empregar medidas de contenção mais efetivas, assegurando, para todos os efeitos, a liberdade individual da população (Langmuir, 1963).

No Brasil, o termo investigação epidemiológica, foi aplicado pela primeira vez, na legislação de saúde, em 1946¹⁰⁹, referindo-se ao estabelecimento de normas para o combate à peste, não especificando, entretanto, no que consistia o trabalho de investigação. Três anos depois, em 1949, a lei que regulamentava a profilaxia da lepra, estipulava que o trabalho de investigação epidemiológica consistia, essencialmente, na coleta de “todas as possíveis informações de valor epidemiológico referentes ao doente e aos seus comunicantes, no registro delas, em fichas adequadas e na verificação posterior” dos casos identificados¹¹⁰, apontando para as principais noções que configuravam a vigilância epidemiológica, neste período.

A notificação compulsória de doenças transmissíveis, atividade básica auxiliar para o encaminhamento da investigação epidemiológica, foi uma prática implementada no Brasil desde, pelo menos, 1920, segundo a regulamentação do Departamento Nacional de Saúde Pública¹¹¹. De fato, a notificação compulsória já constava do Código Sanitário Nacional, implementado durante a gestão de Oswaldo Cruz, em 1902 e 1904, no Departamento Geral de Saúde Pública (Hochman, 1998). Paulatinamente, esta foi assumida como uma atividade obrigatória para os serviços de saúde nas administrações federais subseqüentes, inclusive, por força da assinatura de tratados internacionais de saúde, como a Convenção Sanitária Internacional que estipulou a peste, cólera, febre amarela, tifo e varíola como doenças de notificação obrigatória¹¹².

Desde o governo Vargas, a partir de 1930, a responsabilidade pela organização e divulgação dos dados epidemiológicos, reunidos pelos serviços de saúde esteve, no âmbito federal, a cargo dos departamentos e diretorias de estatística e bioestatística, criados com a finalidade de produzir informações para auxiliar as ações do governo

¹⁰⁸ O Programa de Vigilância da Poliomielite nos Estados Unidos, foi iniciado, pelo CDC, em 1955. Dois anos depois, foi lançado o Programa de Vigilância da Influenza (Langmuir, 1963).

¹⁰⁹ Decreto-lei nº 8.938, de 26 de janeiro de 1946. Regula o regime de combate à peste e das práticas de anti e desratização em todo o país.

¹¹⁰ Lei nº 610, de 13 de janeiro de 1949. Fixa normas para a profilaxia da lepra.

¹¹¹ Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920. Aprova o regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública, em substituição do que acompanhou o decreto nº 14.189, de 26 de maio de 1920.

¹¹² Decreto nº 19.127, de 25 de fevereiro de 1930. Promulga a Convenção Sanitária Internacional, assinada em Paris, a 21 de junho de 1926.

federal¹¹³. Entretanto, a qualidade das informações epidemiológicas elaboradas no Brasil, até a década de 1960, foram, constantemente, consideradas insatisfatórias, e apontadas como um importante motivo para o pouco aproveitamento que delas faziam as autoridades sanitárias (Moraes, 1955).

Na tese apresentada para o concurso de Docência de Higiene, na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Distrito Federal, em 1955, o médico Nelson Morais, elegeu a notificação de doenças, como tema para o desenvolvimento de um estudo sobre a importância e os principais métodos que deveriam ser desenvolvidos na efetivação desta ação de saúde. Segundo o autor, também médico do Serviço Especial de Saúde Pública, a notificação de doenças consistia em um método de registro, para o conhecimento de casos pelas repartições sanitárias aonde estas ocorriam, com o objetivo de viabilizar a proteção da comunidade, o tratamento do doente e obtenção de dados de morbidade (Moraes, 1955).

Apesar da notificação ser apresentada como um valioso instrumento para a elaboração de ações profiláticas contra doenças, o autor ressaltava a precariedade dos dados obtidos através da notificação no país. Para ele, este fato correspondia, em parte, ao desleixo dos clínicos em reportar casos de doenças, mas, principalmente, à pouca ênfase dada pelas autoridades sanitárias à aplicação deste método (Moraes, 1955). Aquém da precária organização dos dados acerca das doenças no país, com base na notificação de doenças, a partir da década de 1950, a investigação epidemiológica ganhou terreno como uma atividade relevante nos programas de controle e erradicação de doenças, e se constituiria como uma ação determinante para a erradicação da varíola no país. Por outro lado, a vigilância epidemiológica, tal como era desenvolvida nos Estados Unidos, demoraria ainda algum tempo, cerca de duas décadas, para se consolidar como uma prática corrente na saúde pública nacional.

No cenário internacional, a vigilância epidemiológica tomou vulto a partir da década de 1960, em razão dos esforços empreendidos pelo médico Karel Raska, do Instituto de Epidemiologia e Microbiologia de Praga, para implementar atividades desta

¹¹³ A lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, que reorganiza o Ministério da Educação e Saúde Pública, passando a se denominar Ministério da Educação e Saúde, criou a Diretoria de Estatística, a quem competia a “organização da estatística dos assuntos da competência do Ministério, bem como a divulgação de seus resultados”. Em 1942, pelo decreto nº 10.323, de 26 de agosto, as atividades de estatísticas da saúde passaram à atribuição do Serviço Federal de Bioestatística, que observaria, principalmente, a organização dos dados sobre morbidade e mortalidade da população. Pelo decreto nº 52.811, de 11 de novembro de 1963, estas atividades passaram para a responsabilidade do Serviço de Estatística da Saúde, do Ministério da Saúde.

ordem junto à Organização Mundial de Saúde, através da Divisão de Doenças Transmissíveis, do qual também era diretor (Raska, 1966; Langmuir, 1976; 1988, Henderson, 1988). Na maioria dos países, as atividades de investigação e vigilância, eram compreendidas, até então, como um recurso para o desenvolvimento de programas de controle e erradicação de doenças, e deveriam suceder à fase de ataque (Rodrigues, 1961), própria para este tipo de programas.

Até a consolidação da vigilância epidemiológica, a fase de ataque era estruturada tendo como base o conhecimento sobre a etiologia específica de cada doença enfocada, e a aplicação da profilaxia cabível, visando uma cobertura total da área de desenvolvimento do programa. Contra a malária e a febre amarela, por exemplo, a fase de ataque consistia, geralmente, em reduzir de forma substancial a incidência dos mosquitos responsáveis pela transmissão destas doenças. Para a erradicação da varíola, a OMS indicava que a fase de ataque deveria buscar uma cobertura vacinal de, pelo menos, 80% da população (Henderson, 1976).

A relevância em estimular atividades referentes à vigilância epidemiológica em doenças transmissíveis de importância internacional foi destacada pelo Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde, em 1964. No ano seguinte, foi criada, na Divisão de Doenças Transmissíveis desta organização, a Unidade de Vigilância Epidemiológica, a partir da qual foram revistas as ações de vigilância das doenças quarentenáveis (peste, cólera, febre amarela, tifo e varíola), previstas nos regulamentos internacionais de saúde (Raska, 1966). Com a retomada dos esforços para a erradicação da malária, a notificação, a investigação epidemiológica e a vigilância sanitária passaram a integrar fase de vigilância epidemiológica desta doença, no programa mundial para a sua erradicação (Raska, 1966).

Como vimos, no primeiro capítulo desta análise, a possibilidade de se erradicar uma doença, através do emprego de medidas preventivas para eliminar o contágio, era uma ambição da saúde pública desde, pelo menos, as campanhas da Fundação Rockefeller contra a febre amarela, na década de 1910 (Soper, 1965; Cueto, 1996). Entretanto, a partir da década de 1960, despontou a concepção de que, apenas com o conhecimento efetivo sobre os casos individuais da doença, seria possível agir de forma eficaz para assegurar sua erradicação.

Os programas anteriores para a erradicação de doenças, balizavam-se na lógica de que a manutenção sistemática de atividades para inibir o seu desenvolvimento, seria

suficiente para alcançar a erradicação. De fato, localmente, esta lógica obteve algum sucesso, como a erradicação da febre amarela, através da redução do mosquito *Aedes aegypti*, em Havana, em 1902, e no Rio de Janeiro em 1908¹¹⁴, ou mesmo a erradicação do *anopheles gambiae* no continente americano, na década de 1940 que, acreditava-se, poderia conduzir à eliminação da malária nas Américas (Soper, 1960; 1965). O conceito de erradicação aplicado nestes casos seria, mais tarde, reavaliado a partir da comprovação da inviabilidade de se erradicar estes transmissores.

Segundo Fred Soper, diretor da Opas entre 1947 e 1959, o sucesso das campanhas para erradicação do *Anopheles gambiae* e do *Aedes aegypti* no continente americano, ao contrário das campanhas anteriores, que visavam a redução da incidência de mosquitos, foram os grandes responsáveis pela reabilitação do conceito de erradicação de doenças. Este se encontrava em descrédito após o fracasso dos programas para eliminar a febre amarela e a malária do continente, entre as décadas de 1910 e 1940, respectivamente. Foi no rastro destes sucessos que a OMS retomou, em âmbito global, a proposta de erradicação da malária (1955) e promoveu a erradicação da varíola (1958), programas que já estavam em vigência no continente americano através da Opas. O exemplo das campanhas anteriores consolidou a percepção de que a erradicação de doenças apenas seria viabilizada através de uma administração pública comprometida, com capacidade para mobilizar recursos técnicos e financeiros e que atuasse com agilidade necessária ao pleno cumprimento das fases de ataque e de vigilância da doença.

Em 1963, Austin Kerr, médico da Fundação Rockefeller nos Estados Unidos, chamava atenção, ainda, para o fato de que nem todas as doenças eram passíveis de serem erradicadas, e de que o fracasso de um programa de erradicação constituía-se como um grande desprestígio da autoridade sanitária. Para ele, portanto, algumas questões deveriam ser avaliadas, antes do comprometimento dos países com a meta erradicadora, que deveria ser contraposta à meta de controle de uma doença, pois esta, mesmo que não alcançasse todos os seus objetivos, sempre produziria algum benefício (Kerr, 1963). Como forma de assegurar a viabilidade do cumprimento da meta de erradicação, Kerr ressalta a necessidade de conhecer a fundo a magnitude e os custos

¹¹⁴ Nesta cidade, a febre amarela foi considerada extinta pelo período que durou de 1908 a 1928, quando ela foi reintroduzida a partir da importação de casos oriundos do norte-nordeste do país (Soper, 1965).

envolvidos na organização de um programa de erradicação, além do estabelecimento seguro de pressupostos etiológicos e biológicos sobre a doença, e sua profilaxia.

A capacitação de “erradicadores”, termo utilizado por Kerr para designar os profissionais envolvidos nos programas de erradicação, através do conhecimento adequado para o desenvolvimento das tarefas de campo, a adequação de estruturas físicas, e a existência de equipamentos apropriados, também deveriam ser observados para a adesão à programas de erradicação (Kerr, 1963: 8). Cabe acrescentar que a indicação de Kerr baseou-se nas experiências, por ele vivenciadas, nos programas de erradicação, que não lograram êxito, a partir das quais sugeria que a meta de erradicação fosse substituída pela de controle, em face do reconhecimento da impossibilidade do alcance dos objetivos¹¹⁵.

É nesse contexto, de questionamento sobre a viabilidade da erradicação de doenças, na década de 1960, que ganham força os trabalhos desenvolvidos no CDC para erradicação, com base nos programas de vigilância epidemiológica. No mesmo ano e mês da publicação do artigo de Kerr, os médicos Andrews e Langmuir publicaram trabalho intitulado “*The philosophy of diseases eradication*”, divulgando a importância das ações de vigilância para a manutenção do status de erradicação de uma doença específica em uma área, através do impedimento da transmissão desta, até cessar a sua endemicidade, e da reintrodução da doença (Andrews & Langmuir, 1963).

A epidemiologia como área de investigação

No delineamento dos conceitos para a implementação da vigilância epidemiológica, a partir da década de 1940, observa-se a configuração de um campo do conhecimento – a epidemiologia – e de um profissional específico, o epidemiólogo.

Em abril de 1942, um editorial do *American Journal of Public Health*, chamava a atenção para a tênue delimitação deste ofício e, mais diretamente, para a prática do profissional de epidemiologia. Com o título “*What and Who is an epidemiologist?*” o editorial entoava uma série de perguntas sobre as atividades desse tipo de profissional, lançando mão, para tal, de um colóquio promovido entre um professor de fisiologia e um médico. Ao perguntar ao médico qual era sua atividade especificamente, e receber como resposta que este se dedicava a investigar e lecionar em epidemiologia, o

¹¹⁵ O programa mundial de erradicação da malária foi revisado em 1969, durante a realização da XXIIª Assembléia Mundial de Saúde, que avaliou a impossibilidade de erradicação da mesma, transformando-o em um programa de controle (Verani, 1991; Hochman, 2007).

professor de fisiologia retrucou, afirmando que este deveria trabalhar, então, no Departamento de bacteriologia (Editorial, 1942: 643). Esta pequena anedota, e as conseqüentes indagações suscitadas pelo editorial possibilitaram, nos meses seguintes, uma série de reflexões formuladas por diferentes autoridades médicas e sanitárias norte-americanas sobre o ofício do epidemiólogo, o que nos permite realçar algumas das principais características que compunham esta carreira que despontava.

Para o professor de medicina preventiva John R. Paul, a epidemiologia não poderia ainda ser considerada uma ciência, entretanto, algumas características definiam o profissional específico, dentre as quais: conhecimento clínico, treinamento bacteriológico e estatístico, epidemiologia experimental, experiência com trabalho de campo, experiência com ‘saúde pública epidemiológica’, e treinamento formal (Editorial, 1942:867-868).

Concordando com a opinião de que a epidemiologia não era uma ciência, o engenheiro sanitário, Harold F. Gray, de Berkeley, Califórnia, afirma que a epidemiologia era “uma arte, empregando o máximo da experiência de outras ciências em sua prática” (Editorials, 1942: 1280). Para Gray a essência de um epidemiologista compunha-se de uma “mente indagadora, a necessidade desesperada de alcançar a verdade sem obliterar fatos inconvenientes, a determinação de possuir todos os fatos, mais uma certa facilidade (talvez inspiração) em formular questões significantes” (Editorials, 1942: 1280). Afirma, ainda que diante dessas características, enfermeiras, bacteriologistas, veterinários, engenheiros e entomologistas estariam “aptos, de acordo com a ocasião e a oportunidade, a realizar um excelente trabalho epidemiológico” (Editorials, 1942). A esta definição se agrega a de C. E. Dolman, professor de bacteriologia da University of British Columbia, em Vancouver, ao afirmar que o epidemiologista é aquele que “olha para dentro de, negocia com, conhece sobre, e lida com epidemias” (Editorials, 1942: 1043).

Uma análise mais pormenorizada de todas as questões suscitadas no referido editorial foi elaborada pelo professor L. L. Lumsden, Diretor Médico do Serviço de Saúde Pública Norte-Americano de Nova Orleans, na edição de setembro do *American Journal of Public Health*. Nesta análise, Lumsden afirma que definir um epidemiólogo não era mais difícil do que definir um fisiologista ou um patologista. Para Lumsden, um epidemiologista é “aquele comprometido de forma importante ou essencial com estudos amplos e intensos, incluindo observações de campo, de condições que se sabe,

ou se supõe razoavelmente, que afetam a ocorrência de doenças” (Editorials, 1942: 1041). Este ressalta, contudo, que nem todo trabalho epidemiológico de alto grau resulta imediatamente em importantes descobertas, mas que “o conhecimento epidemiológico, tal como prédios, eleva-se passo a passo, sobre uma estrutura de fatos aos quais alguma outra pessoa pode, eventualmente, trazer luz” (Editorials, 1942: 1041).

Não obstante, algumas outras alusões peculiares ao ofício destes profissionais, podem ser identificadas, como a metáfora construída por Professor M. J. Rosenau, que afirmou que o “epidemiólogo é um detetive da enfermidade” (Boletín de la OSP, jul. 1942: 643). Da mesma maneira se deu a caracterização, elaborada por James E. Perkins, diretor da Divisão de Doenças Transmissíveis, do Departamento de Saúde do Estado de Albany, Nova York, que apresentou o epidemiologista como um indivíduo com uma “curiosidade insaciável e um saudável ceticismo” (Editorial, 1942: 869). Perkins, entretanto, ressaltava que “a epidemiologia é uma ciência e que um epidemiólogo, digno de tal nome, possui a humildade, objetividade e aversão à afetação que caracterizam o cientista” (Editorials, 1942: 869).

Esta discussão foi citada em editorial do *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, de julho de 1945, sob o título “A qué llamamos epidemiólogo”, aonde alguns dos principais argumentos proferidos em resposta ao editorial do *American Journal* foram, novamente, trazidos à baila. O editorial do *Boletín*, ressaltava que, em 1943, havia-se tentado definir a função da epidemiologia nas páginas deste periódico, nas quais foi declarada que este ramo da ciência médica “persegue até seu refúgio as causas das enfermidades para fazer com que as ilumine e extingua à luz da ciência” (Editorial, 1945: 643). O próprio editorial minimiza a discussão sobre a definição desse profissional, ressaltando a importância de sua atuação, concluindo que:

podem variar os conceitos e definições de epidemiologista, entretanto, bem pouco trabalho útil realizará um departamento de saúde que não conte, entre seu pessoal, com um indivíduo interessado de verdade e profundamente, nas causas da propagação de enfermidades, e saiba aonde e como buscá-las e exterminá-las e até preveni-las (Editorial, 1945: 645).

Por mais que os limites que definiriam a origem, e a formação destes profissionais em epidemiologia não estivessem explicitamente delimitados, em todos os argumentos deste debate destaca-se a importância da experiência prática e do trabalho destes epidemiólogos em prol da saúde da coletividade. O campo da saúde pública,

entretanto, não se limitava à atuação destes profissionais que, como acentuava o Dr. Harold Gray, poderiam ser originários de diversos ramos da ciência médica (Editorials, 1942), desde que empregassem seus conhecimentos na sua prática epidemiológica.

Campanha de Erradicação da Varíola no Brasil: Vacinação e Vigilância Epidemiológica

Quando o Programa Mundial de Erradicação da Varíola foi iniciado, na década de 1960, o Brasil era o único país das Américas aonde a enfermidade continuava endêmica. Os esforços mais expressivos, empreendidos no combate à doença, no Brasil, através de um órgão específico, apenas tiveram seu início em 1962, com a criação da Campanha Nacional Contra a Varíola (CNCV). Esta Campanha era composta por uma Comissão Nacional, integrada por vários órgãos do Ministério da Saúde, dentre eles a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública. Tinha como orientação central a vacinação em massa da população, como forma de coibir a transmissão da doença, e assim erradicá-la no território nacional. Esta estratégia não exigia uma apuração minuciosa dos índices da doença, pois se baseava na cobertura vacinal, e não na investigação epidemiológica dos casos detectados para implementar as medidas de contenção dos surtos.

Os caminhos percorridos por esta primeira Campanha simbolizavam as prerrogativas formuladas pela OpaS – e incorporadas pela OMS – para a erradicação da doença no mundo, centralizadas na noção de que uma imunização em massa da população extirparia a ameaça da varíola. Os primeiros anos da campanha mundial, lançada em 1958, foram dedicados ao incentivo para a realização de campanhas nacionais, ao aprimoramento e normatização das técnicas de vacinação, bem como ao levantamento dos custos necessários para sua plena difusão. Este preâmbulo viabilizou a criação, em 1966, de um fundo específico para viabilizar a implementação da campanha nos países aonde ela ainda não havia se iniciado (OMS, 1980).

Outra grande dificuldade consistia na utilização de estruturas articuladas de unidades de saúde que pudessem executar as campanhas em nível local. No Brasil, a atuação do SESP desde a década de 1940, estabeleceu uma rede de unidades locais de saúde integradas, para a prestação de serviços de assistência médica e sanitária, que seria utilizada para a Campanha de Erradicação da Varíola, principalmente, nos últimos anos da década de 1960.

A Campanha de Erradicação da Varíola (CEV), criada em 1966, em substituição à CNCV, tinha como objetivo “intensificar e coordenar, em todo o território nacional as atividades públicas e particulares de prevenção e combate à varíola, em todas as suas formas clínicas, com a finalidade de alcançar a erradicação desta doença¹¹⁶”. Esta orientação estava em consonância com a legislação, criada alguns meses antes, sobre a normatização de campanhas de saúde pública, empreendidas no âmbito do Ministério da Saúde¹¹⁷. Esta legislação entendia que, campanhas deste porte, deveriam ser implementadas sempre que houvesse necessidade de intensificar as atividades públicas e particulares de prevenção, combate, tratamento e recuperação, relativas à doenças que se constituíssem como de interesse coletivo. Inicialmente, a CEV estava subordinada ao Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde, e dela poderiam participar os demais órgãos e entidades públicas e particulares, nacionais, internacionais e estrangeiras¹¹⁸. Apenas no ano seguinte, a Campanha passaria à subordinação direta do Ministro da Saúde¹¹⁹.

De acordo com relatório encaminhado para a OMS, intitulado “Trabalho para a Comissão Internacional”, elaborado em 1973, a criação da CEV responderia à necessidade de reformulação do programa executado pela CNCV, destacando como principais medidas a serem intensificadas para a efetivação da meta de erradicação da varíola, a maior participação do Comitê Executivo Federal. Para a execução das campanhas estaduais ou territoriais, a reformulação do programa previa o estabelecimento de medidas, tais como obtenção de equipamento e pessoal para o nível federal e, a capacitação de profissionais, para as atividades da fase de vigilância epidemiológica, em nível local (Ministério da Saúde, 1973: 13-16).

A diretriz original da CEV assumia que, a partir da vacinação em massa, seria possível alcançar a erradicação da doença, e para tanto incorporou, inicialmente, a vigilância epidemiológica como uma atividade complementar à Fase de Ataque, e a este tipo de vacinação, como discutiremos adiante (Plano de Operação para erradicação da varíola no Brasil, s/d.).

¹¹⁶ Decreto nº 59.153, de 31 de agosto de 1966. Institui, no Ministério da Saúde, a Campanha de Erradicação da Varíola e dá outras providências.

¹¹⁷ Lei nº 5.026, de 14 de junho de 1966. Estabelece normas gerais para a instituição e execução de Campanhas de Saúde Pública exercidas ou promovidas pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências.

¹¹⁸ Decreto nº 59.153, de 31 de agosto de 1966.

¹¹⁹ Decreto nº 61.376, de 18 de Setembro de 1967. Subordina diretamente a Ministro de Estado a Campanha de Erradicação da Varíola.

Caberia ao Comitê Executivo realizar o acompanhamento das atividades de vacinação em nível local, pelo prazo necessário à obtenção de uma razoável porcentagem de vacinações, organizando e participando das várias equipes necessárias ao desenvolvimento do trabalho, além do fornecimento do material para vacinação, o registro, instrução e treinamento dos executores locais. Também era sua incumbência obter os recursos materiais e humanos, necessários ao desenvolvimento de “campanhas rápidas e eficientes, quantitativa e qualitativamente”, ressaltando a importância destas atividades serem concluídas no prazo de meses, ao invés de anos, como vinha ocorrendo. Para tanto era recomendada a utilização preferencial de pistola injetora a jato (*jet injetor gun*), defendida como de maior rendimento e mais econômica, do que o processo da multipuntura. Além disso, caberia também promover a seleção e treinamento de pessoal de nível local, para a realização efetiva da fase de vigilância, “medindo e assegurando os resultados obtidos pela vacinação em massa”, seguindo as normas internacionais de epidemiologia. Para tanto requeria-se a investigação dos casos de varíola ou alastrim e o estabelecimento das medidas destinadas a enuclear os focos localizados (Ministério da Saúde, 1973: 13-16).



Atividades de campo da Campanha de Erradicação da Varíola (s/d).
Acervo Claudio do Amaral/ DAD/ COC/ Fiocruz

Desta forma, quando a CEV foi instituída, os principais pontos a serem enfocados para sua implementação foram delineados em razão, fundamentalmente, da experiência acumulada com a CNCV. Corresponhia, basicamente, à otimização da infra-estrutura organizacional da campanha nos estados e territórios, à utilização de uma técnica de vacinação mais abrangente e à capacitação de pessoal qualificado para desenvolver, de maneira efetiva, a vigilância epidemiológica da doença em nível local. O embasamento técnico que sobrepunha a utilização do *jet injetor* ao método da multipuntura, para a vacinação antivariólica, decorreu da verificação realizada em um programa piloto, empregado no território do Amapá, ainda durante a ingerência da CNCV. Este foi realizado com o propósito de “imunizar o maior número de pessoas, no menor tempo possível”, através de operações de campo, e sob diversas condições, que possibilitassem a verificação da eficácia da vacina liofilizada produzida no país¹²⁰.

A implementação da CEV afinava-se com os novos parâmetros da Campanha Mundial de Erradicação – que passava por uma reformulação – e foi caracterizada pelo discernimento de três etapas distintas para sua evolução: fase de ataque, fase de vigilância e a fase de manutenção. A fase de ataque consistia na realização da vacinação em massa, utilizando um modelo campanhista que seria muito explorado nas políticas de saúde brasileiras, de participação de entidades políticos-sociais para a mobilização da população. A fase de vigilância primava pelo controle dos índices imunitários, através da manutenção da vacina nos grupos de suscetíveis, e um posterior estabelecimento de uma rede de notificação de casos.

Esta fase correspondia a uma primeira aplicação dos preceitos de vigilância epidemiológica elaborados por Langmuir e Andrews, em 1963. A fase de manutenção, por sua vez, consistia na conservação dos baixos níveis de incidência da varíola, que se esperava alcançar com a fase de vigilância, com a finalidade de assegurar a interrupção da transmissão pelo período de 2 anos, necessários para configurar a erradicação da doença.

No Brasil, a estratégia da CEV correspondia ao desenvolvimento de 4 etapas distintas: estudo e preparação; vacinação rápida em massa da população total; vigilância e manutenção; e integração. Estas etapas correspondiam às Fases de Preparação (estudo), de Ataque (vacinação) e a de Manutenção e Vigilância. As duas últimas poderiam ser desenvolvidas concomitantemente, pois a vacinação deveria ser

¹²⁰ Arquivos de Higiene, 1965. In: Gazeta (2006: 86).

acompanhada de atividades de vigilância, e da verificação da eficácia e dos possíveis problemas relativos à vacinação. Um ofício circular enviado a todos os órgãos governamentais de saúde do território nacional, por ocasião da campanha, registrou que a etapa de integração corresponderia ao esforço de mobilização de “todos os órgãos locais de saúde para atuar no processo de erradicação, sob a coordenação das secretarias ou departamentos de saúde dos estados” (Ministério da Saúde, s/d).

Tanto a fase de vigilância, quanto a de manutenção ficariam a cargo da Fundação SESP, responsável pelo treinamento de pessoal qualificado para atuar na campanha e pela formulação de um sistema de notificação, que seria publicado no formato de Boletins Epidemiológicos. Justificada pela escassez de aporte financeiro e de recursos humanos habilitados para atuar na campanha, a CEV desenvolveu suas atividades paulatinamente, de estado em estado, mobilizando o pessoal disponível em várias instituições para atuar nas distintas fases da campanha. Para compor este quadro de recursos humanos responsável pela implantação desta estrutura, foram mobilizados profissionais provenientes do Ministério da Saúde, da Fundação SESP, do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) e da Campanha de Erradicação da Malária (CEM) (Gazeta, 2006).

A CEV foi organizada para iniciar a Fase de Ataque, no ano de 1967, a partir dos estados da região nordeste, atuando em seguida nas regiões sudeste, centro-oeste e sul, e encerrando suas atividades no ano de 1970, na região norte. Esta área seria a última contemplada pela vacinação em massa, em razão da inexistência de casos notificados, até então. A escolha da região nordeste para o início da atuação, não foi explicitada, porém, certamente, contribuiu o fato de tratar-se de uma região que demandava uma atenção maior no campo da saúde.

A primeira experiência da nova campanha nos estados ocorreu com a vacinação em massa em Alagoas, ainda em 1966. De acordo com o relatório apresentado para a comissão de erradicação da varíola, no decorrer do ano de 1967 as atividades se ampliaram para os estados do Piauí, Paraíba, Distrito Federal, Goiás e algumas áreas do Rio de Janeiro, nos quais se conjugou a vacinação em massa com a vigilância epidemiológica. Até o final deste ano o, então, estado da Guanabara também realizou atividades de vacinação em massa em algumas instituições federais e privadas.

A Paraíba, o Alagoas e Pernambuco foram os primeiros estados cobertos pela Fase de Ataque da CEV. Na Paraíba, o índice de cobertura vacinal foi estimado em

quase 95% da população, e em alguns municípios, segundo o médico João Baptista Risi Jr, teria alcançado 100%, caso da cidade de Branquinhas. Encerrada a Fase de Ataque, todavia, foi detectado um surto de varíola no dito município, que teria sido responsável, segundo Risi Jr, por desencadear uma reavaliação do programa nacional de vacinação. Este episódio possibilitou, ainda segundo este depoente, a comprovação da ineficácia dos métodos de avaliação da cobertura vacinal utilizados, bem como, permitiu verificar que apenas a vacinação, não respondia à expectativa de extirpar a doença (Risi Jr, 2005: fita 1/ lado A).

Esta experiência possibilitou verificar a necessidade de se recorrer a um sistema de notificação mais eficaz aplicado, ainda, durante a implementação da Fase de Ataque, atribuição esta que estava aferida, inicialmente, para a Fase de Manutenção e Vigilância da CEV. O médico Oswaldo Silva, que havia se aposentado depois de atuar no combate à Malária, junto a Opas, foi então convidado a assumir a coordenação e a reformulação da Campanha em nível nacional, reforçando o papel da vigilância epidemiologia e da vacinação em massa. Segundo Risi Jr, Oswaldo Silva pode ser identificado como o responsável por aproximar a Fundação SESP da CEV, estruturando um sistema de notificação que embasaria as atividades de campo com a vacinação (Risi Jr, 2005: fita 1/ lado B).

Paralelamente à vacinação em massa nos estados, deveriam ser instaladas atividades concernentes a Fase de Manutenção e Vigilância, destinadas, principalmente, à organização de um sistema de notificação de casos e de investigação de possíveis surtos, que também assegurassem a manutenção dos níveis imunitários alcançados durante a Fase de Ataque. Neste período, na Fundação SESP estava sendo implementado um Centro de Investigação Epidemiológica (CIE), com o objetivo de colocar em prática os preceitos formulados por Langmuir, acerca da vigilância epidemiológica. Este centro atuou em consonância com as atividades desenvolvidas para a CEV, prevendo inclusive, em longo prazo, a aplicação destas medidas para o controle de outras doenças transmissíveis no país.

À frente deste processo estava o médico Nelson Moraes, atuando na interface entre as necessidades específicas da CEV, acerca da notificação e vigilância da varíola, e a perspectiva de se estruturar um sistema nacional de vigilância epidemiológica, capitaneada pela infra-estrutura e pelos recursos humanos disponíveis na Fundação SESP (Quadros, 2005: fita 1/ lado B; Costa, 2004: fita 1/ lado A). Ainda em 1967, o

Programa Mundial para Erradicação da Varíola foi assumido pelo epidemiologista Donald Henderson, que permaneceu no cargo até a erradicação global da doença. Henderson havia trabalhado com Langmuir no CDC, do governo norte-americano, e sua coordenação no programa foi caracterizada pelo estímulo à utilização da vigilância epidemiológica como estratégia principal, priorizando a vacinação localizada para bloqueio de surtos e controle de focos, em detrimento da vacinação em massa.

A tarefa de organizar a vigilância epidemiológica na CEV coube à Fundação SESP, que teve na instalação de Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVEs), uma em cada unidade federada, a oportunidade de construção de um sistema que orientasse as ações locais de combate à doença. As UVEs deveriam ser instaladas junto as Secretarias ou Departamentos Estaduais de Saúde, em setores de atividades afins, sob a coordenação de um médico da Fundação SESP, responsável, também, por promover a criação de postos de notificação de varíola nos municípios (Ministério da Saúde, 1973).

A vacinação em massa exigia a manutenção prolongada de esforços para debelar a varíola numa única região, recorrendo a um arsenal propagandístico que se valia, também, dos trabalhos de educação sanitária, para o convencimento da população a comparecer aos postos de vacinação. O trabalho de vacinação, contudo, não poderia prescindir da investigação epidemiológica, subsequente. A vantagem que a estratégia de vigilância apresentava era a de que se poderia fazer um uso racional da vacinação, direcionando-a para aonde efetivamente houvesse necessidade.

Em 1968, a CEV atingiria os estados de Minas Gerais, Bahia, São Paulo e Maranhão, irradiando-se, no ano seguinte, para o Espírito Santo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Em 1970, completando a cobertura do território nacional, foram realizadas campanhas nos estados de Mato Grosso, Rondônia, Acre, Amazonas, Pará, Roraima, Amapá, Sergipe e Rio de Janeiro. Nos estados de Pernambuco, Rio Grande do Norte e Piauí, que haviam alcançado anteriormente, durante a atuação da CNCV, uma cobertura indicada, apenas, como satisfatória, foi realizada a revacinação, assim como no estado de Alagoas, aonde foram detectadas falhas na vacinação, no primeiro ano da campanha (Ministério da Saúde, 1973).

Para assegurar a difusão da rede de postos de notificação e das UVEs, os coordenadores estaduais deveriam mobilizar o pessoal local disponível, pois, segundo as normas expostas no “Plano de Manutenção e Vigilância Epidemiológica”, elaborado para a CEV, a execução da Fase de Manutenção e Vigilância previa que as atividades de

vigilância epidemiológica deveriam ser, a longo prazo, assumidas pelos estados. À Fundação SESP, através das UVEs caberia a responsabilidade por qualificar o pessoal local para atuar na implementação das atividades necessárias a esta etapa, como a identificação dos possíveis casos de varíola, através de comprovação laboratorial; a investigação da cadeia epidemiológica dos doentes; e a utilização correta das técnicas de vacinação. Esta equipe deveria ser constituída por vacinadores e avaliadores de campo, geralmente profissionais de nível técnico e auxiliar, e médicos com formação em epidemiologia, atuando em regime de tempo integral.

Segundo exposto no “Trabalho para a Comissão Internacional” (1973), as normas e os recursos financeiros necessários para o encaminhamento desta Fase de Manutenção e Vigilância seriam provenientes do Ministério da Saúde, através da CEV, ficando a qualificação e remuneração do pessoal local, a partir de 1968, sob a responsabilidade da Fundação SESP. Esta deveria estabelecer acordos locais que permitissem o desenvolvimento das atividades da Campanha, e subsidiassem a criação do sistema local de vigilância epidemiológica, para a varíola e outras doenças transmissíveis, que seria incorporado ao Centro de Investigação Epidemiológica (CIE), então criado na Fundação SESP.

As atividades promovidas para implementação da vigilância epidemiológica compreenderiam a análise do comportamento da doença no território nacional, formulada através da perspectiva da manutenção de um sistema de notificação, que pudesse resultar na implementação de medidas de contenção de focos da doença e buscassem reduzir a zero a incidência da mesma. Estas informações seriam computadas, e divulgadas, semanalmente, através do Boletim Epidemiológico, publicação da Fundação SESP, lançado em 1969, que contabilizaria as informações notificadas pelas UVEs, sobre a ocorrência da varíola, e que também incorporaria dados sobre outras doenças de interesse da Fundação.

A lógica que orientava esta prática, contudo, ainda não estava incorporada à metodologia de saúde pública aplicada no Brasil, naquele momento. Assim sendo, além de qualificar pessoal para a erradicação da varíola, a Fundação SESP estava preocupada, também, em estabelecer uma nova diretriz de saúde pública, com base nas orientações

da Organização Mundial de Saúde sobre este serviço¹²¹. A implementação da Fase de Manutenção e Vigilância, e a criação das UVEs, segundo a estratégia da CEV, deveria suceder a conclusão da Fase de Ataque, nos estados. Como nos aponta Risi Jr, a fim de estabelecer parâmetros uniformes para a realização desta tarefa, em 1969, a Fundação SESP organizou um curso sobre vigilância epidemiológica no Hospital Emílio Ribas, em São Paulo, no qual participaram os responsáveis pela implementação das UVEs nas Secretarias ou Departamentos de Saúde Estaduais (Risi Jr, 2005: fita 1/ lado B).

Neste ano, detectou-se que a cobertura vacinal já se encontrava próxima da almejada, bastando que fosse assegurado o cumprimento das orientações e dos rumos traçados pela CEV, para que se alcançasse o nível de cobertura esperado. A partir de então, assume importância a criação da infra-estrutura necessária ao desenvolvimento pleno das atividades para Fase de Vigilância e Manutenção. Segundo Gazêta (2006), a promoção das atividades concernentes a esta fase da campanha, expandidas a partir de 1969, foram as responsáveis pelo aumento das notificações de varíola registradas neste ano, que aumentaram de 4.372, em 1968, para 7.407, no ano seguinte.

Em sua dissertação de mestrado sobre a vigilância epidemiológica para a erradicação de doenças, o sociólogo José Fernando de Souza Verani, aponta que, a partir do final da década de 1960, os organismos de saúde internacional que proviam, técnica e financeiramente, a maioria das atividades da campanha nacional, passaram a dedicar importância maior à vigilância epidemiológica na erradicação da varíola (Verani, 1991). Os primeiros termos aditivos ao acordo assinado entre o governo do Brasil e a Opa/OMS, datados de 25 de Janeiro de 1969, comprovam esta afirmação, pois se referiam à inversão de recursos financeiros, destinados, especificamente, para a consolidação de um sistema nacional de vigilância epidemiológica da varíola¹²².

Na gerência do Programa de Erradicação da Varíola da OMS, encontrava-se, desde o final de 1966, o médico D. A. Henderson, que foi o responsável por comunicar, no Brasil, a possibilidade de incorporar no conceito de vigilância epidemiológica, mais do que a notificação de casos de varíola, uma busca ativa dos surtos da doença e uma

¹²¹ A XXIª Assembléia Mundial de Saúde, realizada em 1968, abordou o tema da vigilância epidemiológica para enfermidades transmissíveis e convencionou vigilância como “o estudo epidemiológico de uma enfermidade, como um processo dinâmico que compreenda a ecologia do agente infeccioso, o hospedeiro, o reservatório, e os vetores, bem como os mecanismos complexos que intervêm na disseminação da enfermidade e o grau em que esta disseminação possa ocorrer” (OMS, 1968. Apud Tigre & Fischmann, 1972).

¹²² Informações contidas no Ofício remetido pela Organização Panamericana de Saúde ao, então, Ministro da Saúde, Paula Machado, em 1974.

conseqüente vacinação de bloqueio. Como abordado anteriormente, a partir da década de 1970, a implementação de uma vigilância epidemiológica ativa seria uma das principais recomendações da Organização Mundial de Saúde, para a erradicação global da varíola.

Essa técnica foi aplicada conjuntamente em três estados brasileiros – Bahia, Minas Gerais e Paraná – aonde se estabeleceu uma rede de notificação de casos, centrada nas Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVEs), na perspectiva de efetivar a realização da vigilância epidemiológica ativa na segunda fase da campanha (Costa, 2004: fita 1/ lado B). A implementação destes enunciados científicos, na Campanha brasileira, foi facilitada pela vinculação da Fundação SESP com os parâmetros tecnocientíficos norte-americanos, historicamente constituídos, e aqui anteriormente abordados.

A partir de 1969, as atividades de vigilância epidemiológica, sob a coordenação da Fundação SESP, foram intensificadas, seguindo as orientações formuladas para a Fase de Manutenção e Vigilância, correspondente a nova etapa das atividades da CEV, mas, também, incorporando dinâmicas diferenciadas. Estas se referiam à possibilidade de realização de uma vigilância rigorosa dos possíveis casos da doença, que permitisse o isolamento e contenção dos possíveis focos, dispensando assim, a vacinação em massa, que originalmente constituía-se como a atividade inicial.

Henderson acompanhou, com relativa proximidade, os resultados da utilização dos preceitos de busca ativa e vacinação de bloqueio, nestes estados, ainda durante a fase experimental. Esta atividade foi implementada por médicos recém-formados que ingressavam na área de epidemiologia e saúde pública, assumindo postos de coordenadores regionais da Campanha, nos estados. Para qualificar estes profissionais em vigilância epidemiológica, foi organizado pela CEV um curso de formação em vigilância, ministrado por epidemiólogos da Fundação SESP, consultores do CDC e da Opas (Risi Jr, 2005: Fita 1/ Lado B).

Tendo começado nas regiões norte-nordeste do Brasil, o Rio Grande do Sul seria, pela lógica geográfica, o último estado aonde se desenvolveria a vacinação em massa utilizada na CEV. Todavia, os profissionais da Secretaria Estadual de Saúde, vinham acompanhando o estabelecimento da nova metodologia em vigilância, e decidiram-se por antecipar a segunda fase da vigilância da Campanha, prescindindo da vacinação em massa. Como nos descreve Cláudio da Silveira, que participou da CEV

neste estado, com o auxílio dos técnicos da Fundação SESP, foi implementado o sistema de notificação que permitiu a utilização exclusiva da vacinação de bloqueio na busca ativa de casos no Rio Grande do Sul (Silveira, 2005: Fita 1/ Lado B).

Com a estruturação de uma rede de vigilância epidemiológica ativa através das UVEs, a partir de 1969, e com a conclusão da Fase de Ataque, desenvolvida em 1970, a CEV, sob a coordenação do médico Cláudio do Amaral Júnior, antigo coordenador da Campanha no Maranhão e no Mato Grosso, conseguiu reduzir significativamente o índice de casos da varíola, tendo sido o último registrado em 1971. Ao assegurar a aplicação das medidas recomendadas para erradicar a varíola nos estados, a CEV possibilitou a continuidade local das atividades de vacinação e vigilância, contribuindo com uma nova perspectiva para o controle de doenças na saúde pública nacional.

Em 1972, foi realizado o Iº Seminário Brasileiro de Vigilância Epidemiológica da Varíola, em João Pessoa, na Paraíba, estado aonde se deu o surto que motivou a reorganização da estratégia de vacinação da CEV. Henderson, diretor mundial do programa de erradicação da varíola, por ocasião do evento enviou carta a Claudio do Amaral, onde demonstrava seu apreço pelo trabalho desenvolvido pela campanha brasileira. Nesta, comentava a realização do seminário e parabenizava os esforços empregados no Brasil, e a estrutura desenvolvida que, segundo sua recomendação, poderia servir de veículo para, a partir da aplicação de outros antígenos, operar, similarmente, um sistema de vigilância que admitisse outras doenças. Afirmava, ainda que “o exemplo do programa brasileiro para erradicar a varíola, poderia representar um modelo para programas em todas as partes do mundo”¹²³.

A varíola foi considerada erradicada no Brasil em 1973, dois anos após a verificação de sua última ocorrência. A experiência alcançada com a vigilância epidemiológica da varíola foi aproveitada no, então, criado Programa Nacional de Imunização, vinculado ao Ministério da Saúde, subsidiando a busca ativa de casos de doenças transmissíveis e estabelecendo parâmetros de vacinação de bloqueio condizentes com as novas doenças focadas pelo Ministério da Saúde, passíveis de controle, ou até mesmo de erradicação, caso da Poliomielite.

A varíola continuou endêmica em regiões da África e da Ásia, até 1977, quando foi registrado o último caso do vírus autóctone no mundo. As especificidades sociais,

¹²³ Ofício de D. A. Henderson, chefe da Unidade de Erradicação da Varíola, da OMS, ao coordenador brasileiro da CEV, Cláudio do Amaral Jr, remetido em 26 de dezembro de 1972. Fiocruz/ COC/ DAD/ Setor de Arquivos Pessoais/ Fundo Claudio do Amaral.

econômicas, políticas e culturais destas regiões, mostraram-se como um campo ideal para o recurso à vigilância ativa. Para implementar a vigilância epidemiológica ativa nestes locais, no período em que se intensificou o Programa Mundial de Erradicação da Varíola, foram convidados, alguns profissionais que viveram a experiência brasileira.

No Brasil, a implementação da vigilância epidemiológica ativa na Campanha de Erradicação da Varíola, foi tema de duas dissertações de mestrado, defendidas por Airton Fischmann e José Fernando de Souza Verani, em 1978 e 1991, respectivamente.

A erradicação da varíola cria uma nova geração de sanitaristas brasileiros

O processo de erradicação da varíola, além de capacitar pessoal de nível local, criou uma nova geração de sanitaristas, cujo papel fundamental, foi o de implementar novos parâmetros conceituais para a saúde pública, onde a vigilância epidemiológica ocupava papel de destaque. Foram, então, incorporados e capacitados, profissionais da área médica recém-formados, que, em sua maioria, não haviam tido nenhum contato com a saúde pública. Estes profissionais, ao serem convidados para atuar na erradicação da varíola, se viram diante da oportunidade de engajamento numa atividade de saúde inovadora. Integraram, além disso, um movimento que tomou corpo na década seguinte, conhecido como “Reforma Sanitária”, caracterizado pela elaboração de novas propostas para a saúde pública brasileira, afinadas com a conjuntura de democratização do país (Escorel; Nascimento & Edler, 2005).

Dentre os atores que participaram das transformações técnicas, científicas e políticas que tomaram curso na erradicação da varíola, destacamos cinco profissionais, formados em medicina entre os anos de 1966 e 1967¹²⁴. Um deles, João Baptista Risi Jr, teve a oportunidade de travar contato com o modelo anterior de combate à doença, nos termos em que esta se deu na Campanha Nacional Contra a Varíola. A este respeito, nos conta:

A minha primeira experiência com a varíola foi no meu tempo ainda de faculdade. Eu estava recém ingresso na Faculdade de Medicina, na Fluminense [UFF]. Em 1962, no meu primeiro ano, teve uma iniciativa de um programa de vacinação contra a varíola, e os organizadores procuraram a faculdade de Medicina, buscando voluntários para uma campanha de vacinação que iam fazer na cidade de Niterói, naquele momento. (...) Não tinha

¹²⁴ As entrevistas, aqui utilizadas, foram realizadas no âmbito do projeto “Vacinação antivariolosa: das práticas de variolização à erradicação da varíola no Brasil”, sob coordenação de Tania Maria Fernandes, na Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz.

nenhuma ligação com o tema, mas fui voluntário. Fiz parte dessa campanha como vacinador, só. Foi um dia, dois dias, não sei. Esse foi o meu primeiro contato (Risi Jr, 2005. Fita 1/ Lado A).

Risi era filho de um médico sanitarista que teve atuação destacada na saúde pública brasileira, e através dele, estabeleceu contato com alguns personagens na esfera da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, e adquiriu conhecimento sobre algumas das principais ações de saúde no Brasil durante o período de sua formação profissional. Mas o re-encontro com a varíola, segundo suas lembranças, se deu da seguinte forma:

Eu fiz um curso normal, encaminhado para a área Clínica. Quando eu estava para me formar eu soube, que o Ministério da Saúde tinha feito um acordo com a Secretaria de Saúde do Estado para começar a Campanha de Erradicação da Varíola. Isso já foi em 1967. E também procuravam, nessa época, médicos recém formados para ingressarem nisso – é um Programa Nacional – e eu me interessei pelo assunto (Risi Jr, 2005: fita 1/ lado A).

Na ocasião da entrevista de seleção, na Superintendência da Campanha, havia também outro colega de turma, Cláudio do Amaral Júnior, que viria a ser, posteriormente, coordenador da CEV no Brasil. Sobre este encontro, Risi Jr nos narra:

Nós dois nos empolgamos. Já saímos dali direcionados para aquilo. E estava começando, naquele momento, a Campanha da Erradicação no Estado do Rio de Janeiro. Estavam já em fase de treinamento de uma equipe de vacinadores. Então, nós fomos participar desse treinamento. (...) O Cláudio Amaral manifestou interesse para ir para o Maranhão, onde ia começar em breve o trabalho. E eu ia ficar no Estado do Rio mesmo. Então, foi assim que nós começamos nesse Programa da Erradicação (Risi Jr, 2005: fita 1/ lado A).

Para os médicos Cláudio da Silveira e Eduardo Costa, entretanto, o contato com a varíola foi estabelecido num movimento de busca por uma nova identidade profissional. Ambos, apesar de já terem se encaminhado para alguma especialidade médica, re-orientaram suas trajetórias diante da perspectiva de atuarem na saúde pública. Com relação a esta opção, Silveira nos narrou:

Eu me formei em Medicina, em 1967, na Fundação Faculdade de Ciências Médicas de Porto Alegre. (...) e tive interesse pela Psiquiatria. E comecei uma residência em Psiquiatria, em 68. Mas, com o passar do tempo, eu não estava me achando naquilo. Não era exatamente o que eu queria, porque, na verdade, o meu desejo era fazer Saúde Mental, fazer Psiquiatria em Saúde Pública. Mas a formação da gente era individual. Eu não estava

me achando naquele atendimento individual, embora admire muito e goste muito da atividade médica individual, mas não estava me achando (Silveira, 2005: fita 1/ lado A).

Eduardo Costa, que também estudou na faculdade de Porto Alegre, da mesma forma que Cláudio da Silveira, buscava uma atividade médica de âmbito mais coletivo, apesar de ter iniciado a faculdade idealizando a formação em cirurgião.

Mas o que é importante é que, de repente, especialmente pós-64, comecei a procurar um outro tipo de caminho profissional. E, primeiro, eu pensei naquela célebre questão que todos nós passamos que é a “doença dos pobres”, entre aspas. E acabei me engajando em atividades relacionadas com as doenças infecciosas parasitárias (Costa, 2004: fita 1/ lado A).

Para a opção de Eduardo Costa tiveram papel importante, tanto seu pai, que era professor da faculdade na área de endocrinologia e nutrição, e segundo ele, apontava para uma abordagem que relacionava saúde e fome, quanto Ernani Braga que, a partir de uma palestra, ajudou-o a traçar uma nova perspectiva. E sobre o resultado destas influências afirma:

Quando eu saí da faculdade, tinha essa coisa nítida de que não era comum, era completamente incomum... Incomum, não: não havia precedente! No horizonte que nós víamos, de alguém, durante a faculdade, ter decidido fazer Saúde Pública (Costa, 2004: fita 1/ lado A).

A motivação primordial para que estes personagens se incorporassem à erradicação da varíola foi, como se percebe, um descontentamento com as propostas profissionais que se apresentavam, naquele momento, e a busca, mesmo sem muita clareza, de atividades em que pudessem estabelecer uma conexão com os problemas de saúde coletiva, cujas discussões começavam a tomar um novo rumo no mundo acadêmico.

Além de Eduardo Costa, os amigos de faculdade Ciro de Quadros e Nilton Arnt, também buscaram, no Rio de Janeiro, a oportunidade de se especializar em saúde pública, no curso de mestrado, recém criado na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Porém, o ingresso na ENSP foi adiado por um ano, seguindo orientação de um professor da Escola que defendia um aprendizado mais prático do ofício na saúde pública, e os conduziu para a Fundação SESP, para atuarem como médicos na região norte do país. Neste sentido, Eduardo Costa recorda-se da defesa formulada pelo

professor Oswaldo Costa acerca do ingresso dos três na ENSP quando lhes disse que: “Olha, vocês estão um pouco idealizando a Saúde Pública. Vocês estão idealizando a Saúde Pública e eu acho que vocês deviam trabalhar um pouco antes de vir fazer o curso. Fazer direto esse mestrado não é bom” (Costa, 2004: fita 1/ lado A). O mesmo professor indicou que eles deveriam, “fazer uma experiência de campo”, avaliando que seria positivo, nem que fosse “só trabalhar como médico no interior, alguma coisa assim” (Costa, 2004: fita 1/ lado A). Os três acataram a recomendação, e sobre isto Eduardo Costa nos narrou:

E aí [ele] nos encaminhou – e a gente achou que era uma boa idéia – pra Fundação SESP. Nós acabamos sendo, os três, contratados pra ir trabalhar. Eu, na Amazônia. Comecei a minha vida profissional como médico do SESP (Costa, 2004: fita 1/ lado A).

Após um ano de trabalho junto à Fundação SESP, os três ingressaram no curso de especialização na ENSP, que durou todo o ano de 1968. Ao encerrarem, foram novamente incorporados à Fundação SESP, e direcionados para atuar na Campanha de Erradicação da Varíola. Oriundo da mesma turma que formou Eduardo Costa, Ciro de Quadros e Nilton Arnt, o médico Airton Fischmann, também do Rio Grande do Sul, trilhou um caminho diverso, até se incorporar ao trabalho de erradicação da varíola. Fischmann especializou-se em tisiopneumologia, e sua primeira atividade como profissional foi junto à Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Segundo ele, a especificidade na área de tuberculose já o incitara a pensar a questão da saúde, a partir da perspectiva coletiva da doença. O campo da saúde pública, entretanto, se colocava como uma possibilidade mais ampla, principalmente diante das novas concepções de vigilância epidemiológica que estavam sendo construídas. Nesse sentido, nos narra que:

A perspectiva da erradicação da varíola, no final da década de 60 e início da década de 70, foi o que me levou para a área da Saúde Pública. (...) Naquele momento, então, nós tivemos conhecimento de que algumas mudanças, algumas modificações na estrutura da instituição, e na maneira de ver a questão da saúde, estavam ocorrendo. E uma delas era essa perspectiva de sair daquela visão que se tinha de seção, e setor de Epidemiologia, pra Vigilância Epidemiológica. Eu começava a ter contato com esse nome: Vigilância Epidemiológica (Fischmann, 2005: fita 1/ lado A).

A percepção de Fischmann, sobre sua afinidade com as propostas de saúde pública, que incorporava inovações no controle de doenças, inéditas para ele, se consolidou na sua trajetória, quando, posteriormente, continuou atuando como médico da Secretaria de Saúde, onde pôde desenvolver atividades para implementar o sistema de vigilância epidemiológica no Rio Grande do Sul, no final da década de 1960. Para ele a repercussão da campanha de erradicação da varíola, que trazia no seu bojo a idéia de vigilância epidemiológica, foi o fator crucial para sua decisão de se voltar, efetivamente, para a saúde pública.

Neste período houve um episódio, já comentado por nós anteriormente, que repercutiu de maneira favorável à disseminação da idéia de vigilância epidemiológica. Referimo-nos ao recrudescimento da varíola na cidade de Branquinhas, mesmo depois de a vacinação em massa ter sido aplicada. O médico Oswaldo Silva assumiu a coordenação da CEV, sustentando, porém, a idéia de manter uma vacinação em massa para alcançar a erradicação. O médico Risi Jr, atuando na campanha no Rio de Janeiro, teve oportunidade de trabalhar com o dr. Oswaldo Silva e, a respeito da persistência, no Brasil, do modelo massificado de imunização, elaborou algumas considerações:

A doença se manifestava sempre de uma forma muito fácil de ser identificada, e transmitia-se lentamente. Então, quando você tinha um caso, você podia investigar esse caso para ver os contatos desse caso, e traçar a cadeia epidemiológica. Com isso você fazia a vacinação de bloqueio vacinando os contatos, e eliminava o foco. Mas a estrutura aqui no Brasil... Eles não acreditavam muito nisso, porque achavam que nas condições do Brasil... Que naquela época... Não tinha serviço de Saúde... (...) Você, no interior, não tinha serviços permanentes. Então, o pessoal não acreditava. Os organizadores, uma pessoa como o dr. Oswaldo Silva, que era muito estruturado naqueles padrões antigos, ele só aceitou dirigir isso se fizesse campanha de vacinação em massa, evidente. Ele achava que, se não se assegurasse a vacinação da população inteira, você não conseguiria eliminar a varíola. A experiência depois mostrou que não era bem assim. E as coisas foram se adaptando (Risi Jr, 2005: fita 1/ lado A; fita 1/ lado B).

Apesar de reestruturada, e mesmo reconhecendo a importância da vigilância epidemiológica para a erradicação da varíola, a Campanha permaneceu, sob a gestão de Oswaldo Silva, seguindo a estratégia vacinal de massa. Na Fundação SESP, todavia, Nelson Moraes, seguindo a orientação norte-americana de vigilância epidemiológica, buscava dar prosseguimento à criação do Centro de Investigação Epidemiológica, tendo Eduardo Costa, Ciro de Quadros e Nilton Arnt como protagonistas deste esforço. De

acordo com o relato de Eduardo Costa e de Ciro de Quadros, Nelson Moraes ofereceu-lhes a oportunidade de verificar se vigilância ativa e o bloqueio de surtos constituíam-se como uma estratégia viável para erradicar a varíola. Sobre esta passagem, Eduardo Costa nos conta:

Ele [Nelson Moraes] falou: ‘Bom, tem uma coisa interessante que pode ser pra os três’, que era a Campanha de Erradicação da Varíola. ‘Nós precisamos de uma coisa nova. A gente precisa de uma coisa nova’... Ele tinha uma idéia, deu o artigo pra ler, deu pra mim, deu pra o Nilton e pro Ciro, um artigo pra ler que era uma concepção de... operações de, de... de bloqueio de controle de focos. Ele achava que aquilo ali era uma base, pra estruturar uma vigilância epidemiológica no país. A gente não tinha aqueles conceitos. (...) Eu fui pra Bahia como supervisor de Epidemiologia da Fundação SESP com a missão específica de apoiar a Campanha de Erradicação da Varíola (Costa, 2004: fita 1/ lado A).

O artigo a que se refere Costa, trata-se do texto de autoria de Langmuir, de 1963, referido anteriormente, e que serviu de base para a divulgação dos preceitos de vigilância epidemiológica, aplicados no programa de erradicação da malária nos Estados Unidos, e que serviram, então, de base para a erradicação da varíola.

Sobre a iniciativa de Nelson Moraes para a criação da CIE, Ciro Quadros tece alguns comentários, estabelecendo uma relação com o grupo de jovens sanitaristas, do qual fazia parte:

E o Nelson criou esse centro, que ele chamava CIE, Centro de Investigações Epidemiológicas, no SESP. E aí ele convidou algumas pessoas da Escola Nacional de Saúde Pública, que eram egressos da Escola, para fazer parte desse centro, que eram: Padilha, que já faleceu; Eduardo Costa, que trabalha aqui na Fundação; Nilton Arnt, que agora está aposentado da Opas, e eu. E nós, então, fazíamos parte desse núcleo (Quadros, 2005: fita 1/ lado B).

Ciro Quadros complementa sua narrativa sobre a atuação do Centro de Investigação Epidemiológica e a implantação da vigilância e vacinação de bloqueio.

Mas o Centro de Investigações Epidemiológicas não tinha realmente uma base de como vamos começar tudo isso. Aí coincidiu que o Nelson Moraes se encontrou com o Henderson, numa reunião em Montevideu, uma reunião dessas da OMS. E daí o Henderson estava com essa idéia da vigilância e bloqueio, queriam fazer experimentos. E aí ele propôs para o Nelson: “por que não fazer isso no Brasil”? Aí o Nelson achou que isso era uma idéia muito boa e, ao mesmo tempo, serviria como base para

começar o Centro de Investigações Epidemiológicas (Quadros, 2005: fita 1/ lado B).

A proposta de Henderson suscitou em Nelson Moraes, segundo Quadros, a idéia de promover uma experiência “em três estados do Brasil [Bahia, Minas e Paraná], em que a campanha nacional de varíola não tinha recursos para começar”, explicando, tecnicamente que “para fazer a experiência tinha que ser um estado onde não houvesse vacinação em massa senão, você não via se funcionava” (Quadros, 2005: fita 1/ lado B).

Ciro Quadros, Nilton Arnt e Eduardo Costa foram encarregados de desenvolver esta experiência matriz, e compuseram uma unidade de atuação que os distinguiu dos demais funcionários da Campanha, pois dispunham dos recursos disponibilizados pela Fundação SESP, para realização do objetivo proposto por Moraes. Este trio partilhou da busca por uma prática continuada de aplicação de um conceito diferenciado de vigilância epidemiológica, levando adiante uma proposta inovadora, e apenas limitadamente incorporada à diretriz geral da Campanha. Partilhavam de uma atividade comum aos demais trabalhadores da Campanha, mas puderam elaborar esta experiência de uma forma bastante específica. O convite que os reuniu nesta tarefa foi elaborado, a partir de uma demanda externa, contudo, a persistência em alcançar este objetivo comum configurou-se como uma atitude integradora, tornando possível identificá-los como um grupo com uma trajetória profissional específica, que integraram uma nova geração de sanitaristas, passível de ser referenciada através das narrativas individuais.

Estes atores tiveram a possibilidade de implementar, inicialmente nestes três estados, o conceito de vigilância epidemiológica, tal como proposto por Nelson Moraes, tendo a vacinação de bloqueio como base. Este desafio os confrontou com uma série de obstáculos, exigindo dos mesmos uma capacidade de responder de maneira inovadora a estas questões. A vacinação em massa continuava sendo realizada pela CEV nos estados aonde esta se instalara gerenciando as atividades locais. No entanto, cabia a estes três profissionais, antecipar-se à vacinação em massa, buscando detectar e conter os casos de varíola, reduzindo-os a zero, antes que esta fosse realizada, pois se a vigilância e a vacinação de bloqueio fossem apenas complementares, não seria possível verificar o sucesso do experimento.

O trabalho deste grupo consistia em contatar as prefeituras e as secretarias municipais de saúde para incitá-las a notificar possíveis casos de varíola. Detectados os casos da doença, estes se dirigiam à localidade infectada, para investigar a cadeia de

transmissão da varíola, acompanhados, geralmente, de um agente vacinador. Iniciavam, assim, a vacinação das pessoas que haviam estabelecido contato com os doentes no período de transmissibilidade do vírus, formando um cordão imunitário que isolaria a doença, impedindo-a de se propagar, encerrando, assim o seu ciclo de transmissão.

Antigo coordenador da campanha no Estado do Rio de Janeiro, Risi Jr elaborou desta forma a contribuição dos seus contemporâneos:

O quê eles fizeram? Nesses três estados [Bahia, Minas Gerais e Paraná] eles pegaram três pessoas que estavam lá, nesse centro de investigações, na época, que eram: Ciro de Quadros, (...) Eduardo Costa (...) e o Nilton Arnt. Então, botaram essas três pessoas no estado, com essa função, de organizar a vigilância, pegar a detecção de casos, investigar surto, etc. E no Paraná a coisa estava paralela, junto com a Campanha. Mas em Minas e na Bahia, que a Campanha não tinha se iniciado, tinha muita varíola, principalmente na Bahia (Risi Jr, 2005: fita 1/ lado B).

Risi refere-se, ainda, à experiência específica do Paraná, aonde a varíola já estava sob controle e a experiência da vigilância epidemiológica pôde ser aplicada a outras doenças imunizáveis, afirmando que “o Ciro não ficou só em varíola. Ele apoiou a Secretaria numa ação de vigilância um pouco mais ampla, com outras doenças evitadas por imunização, estimulou a criação de um boletim estadual” (Risi Jr, 2005: fita 1/ lado B).

Este grupo, envolvido em desenvolver os mecanismos de aplicação da vigilância epidemiológica, através da investigação, estava voltado para a eliminação da varíola nos estados. Contudo, ampliaram a dimensão do trabalho desenvolvido, percebendo que o tipo de estrutura e prática que eles estavam implementando, poderia ser aplicado a outras doenças transmissíveis, passíveis de imunização, bem como poderia se expandir para outros estados aonde a CEV, ainda, não estivesse atuando.

Em janeiro de 1969 foi organizado o primeiro curso de vigilância epidemiológica da varíola, no Rio de Janeiro, no qual experiências puderam ser compartilhadas entre os profissionais de saúde de vários estados brasileiros, sobre o qual Eduardo Costa tece alguns comentários.

Fizeram um curso de Vigilância epidemiológica aqui em 69. O primeiro curso de Vigilância Epidemiológica a gente fez aqui no Rio, chamando todo o pessoal das secretarias... Eu ainda estava na Bahia, mas vim pra cá. Então, o Néelson organizou isso. (...) Havia uma discussão pra estender [a vigilância]... Foi quando aconteceram algumas discussões sobre a vacina de sarampo... Foi

só um mês de curso, mas um curso intensivo (Costa, 2004: fita 1/ lado B).

Nos estados de Minas Gerais, Paraná e Bahia, foi aonde se desenvolveu a experiência piloto de vigilância epidemiológica ativa. Contudo, o compromisso da CEV, assumido com a OMS, previa que se realizasse uma cobertura vacinal em torno de 80% a 85% no país, o que impossibilitou que a estratégia de vigilância e bloqueio pudesse ser mantida, aquém da vacinação em massa, de forma a validar indiscutivelmente a eficácia do método. O depoimento de Ciro de Quadros, responsável pela implementação da vigilância epidemiológica no estado do Paraná, aponta a dicotomia entre as duas estratégias de vacinação em curso na fase final da campanha, quando esta passou para a coordenação de Cláudio do Amaral, companheiro de faculdade de João Risi Jr, que havia atuado, no início da CEV, no nordeste. A primeira estratégia foi protagonizada pela Fundação SESP e a segunda, encampada pela CEV:

No Paraná nós erradicamos a varíola só com a vigilância e bloqueio. Eu fiquei no Paraná oito ou nove meses. Investiguei, eu acho que mais de 800 casos de varíola, vários surtos, e vacinei não mais do que 30 mil pessoas no Paraná, e acabou com a varíola. Quando eu já estava quase saindo o Cláudio Amaral foi para o Paraná... Cláudio Amaral era o vacinador-mór da Campanha. Ele organizava essas grandes campanhas de vacinação em massa. Quando o Cláudio chegou, que foram vacinar em massa todo o estado, eu disse: 'Cláudio, não precisa vacinar porque não tem mais varíola.' Mas vacinaram todo estado, e não encontraram nenhum caso de varíola... Já tinha acabado a varíola, ou seja, foi um absurdo fazer a campanha no Paraná! (Quadros, 2005: fita 1/ lado B).

A possibilidade de replicação do conhecimento que eles estavam adquirindo foi manifestada por Eduardo Costa aos seus antigos companheiros no Rio Grande do Sul. Eduardo Costa chegou a ser convidado pela secretaria de saúde de seu estado natal para coordenar a CEV, convite ao qual recusou, preferindo se manter vinculado à Fundação SESP. Contudo, a semente da estratégia que vinham desenvolvendo já havia se proliferado.

Aqui, no Rio Grande do Sul, foi feita uma coisa híbrida. A campanha começava na capital, e quando terminava a possibilidade de vacinar na capital, ela ia se expandindo para os municípios, ia caminhando, até atingir todo o estado. E nós, jovens, com aquela vontade de investigar, de querer, de conhecer, de sair atrás, nós saímos na frente. Nós íamos nos postos de Saúde dos municípios, implantávamos um posto de notificação. Ele tinha que notificar todas as semanas... Começava aquela idéia

da notificação negativa de casos, ele tinha que notificar todas as semanas. Mesmo que não houvesse casos eles informavam: 'Nessa semana não houve casos de varíola.' E assim nós íamos. E quando havia um caso, a gente ia investigar e tentava eliminar antes que chegasse (rindo)... Era quase que uma competição. Porque iam chegar ali, iam vacinar (Fischmann, 2005: fita 1/ lado A).

O Rio Grande do Sul foi o último estado brasileiro onde se realizou a Campanha de Erradicação da Varíola. As experiências progressas em Minas, Bahia, e Paraná, haviam certificado as autoridades brasileiras de que a estratégia de vigilância e vacinação de bloqueio era eficiente, se corretamente aplicada. Curiosamente, o último surto de varíola no Brasil, em 1971, foi registrado no Rio de Janeiro, sede da coordenação da Campanha, proveniente de um migrante nordestino e com uma cadeia de transmissão que remontava a três meses, antes do encerramento das atividades da CEV na região. Para debelar este foco, foi realizada uma vacinação de bloqueio que eliminou o surto. A certificação de erradicação da varíola no Brasil foi aferida dois anos depois, em 1973.

Neste grupo de profissionais, aqui elencado, encontram-se apenas alguns dos profissionais que atuaram na erradicação da varíola. Outros nomes poderiam juntar-se a estes, sem que houvesse qualquer alteração substancial no perfil geracional que este grupo retrata. Estes jovens médicos compuseram uma comunidade profissional que partilhou do processo de reformulação das práticas em saúde pública, voltadas para o controle de doenças, que marcou o período posterior à década de 1970. Participaram de um mesmo processo coletivo, replicando para as gerações que lhes sucederam, o arcabouço técnico, teórico, político e administrativo que tiveram de estabelecer para erradicar a varíola no Brasil. A experiência singular que compartilharam serviu de referência para atividades de saúde pública posteriores, que mobilizaram outros profissionais, dando prosseguimento ao fluxo de gerações de sanitaristas habilitados para o desenvolvimento de programas de vacinação e de vigilância epidemiológica, no Brasil.

O legado da erradicação da varíola para a saúde pública nacional: o Serviço Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) e o Programa Nacional de Imunização (PNI)

Quando as atividades da Fase de Ataque da Campanha cessaram em 1971, encerrou-se, em parte, a origem do esforço coletivo que mobilizou uma geração de sanitaristas. A CEV, como órgão autônomo, já vinha sendo desmobilizada, em razão da nova organização da área de saúde, no governo federal, em 1970¹²⁵, que criou a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), como resultado da fusão do Departamento Nacional de Endemias Rurais, da Campanha de Erradicação da Malária, e da Campanha de Erradicação da Varíola. A função da SUCAM constituía-se na execução direta de atividades de erradicação e de controle de endemias, nas áreas em que houvesse transmissão atual ou potencial.

Com esta reorganização, o Serviço de Estatística da Saúde foi incorporado à, então criada, Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística da Saúde, que tinha a função de levantar, interpretar e divulgar estatísticas médico-sanitárias, além de efetuar estudos epidemiológicos de doenças endêmicas e de surtos epidêmicos. Também foi alterada a direção dos serviços de educação sanitária e dos órgãos de atuação local do ministério, que passaram para a responsabilidade da Divisão Nacional de Educação Sanitária e das Delegacias Federais de Saúde¹²⁶, respectivamente.

As atividades compreendidas na Fase de Manutenção e Vigilância da extinta CEV, permaneceram a cargo das UVEs, coordenadas, desde 1968, pelo Centro de Investigação Epidemiológica (CIE), da Fundação SESP, mesmo depois da criação da SUCAM. No âmbito da Fundação SESP, os personagens que atuaram na Campanha de Erradicação da Varíola, em sintonia com o sanitarista Nelson de Moraes, responsável, na Fundação, pela implementação da rede de vigilância epidemiológica da varíola, assumiram a possibilidade de aplicar, de forma diferenciada, os preceitos de vigilância epidemiológica estipulados para a Campanha.

O grupo compreendido por Ciro de Quadros, Airton Fishmann, Cláudio da Silveira, Eduardo Costa e João Risi Jr, em suas trajetórias subseqüentes, permaneceu vinculado à atividades de saúde pública, após o término do trabalho na CEV. Ciro e Eduardo foram convidados a dar consultoria à OMS no programa de erradicação da varíola na Etiópia e na Índia, aonde puderam observar a utilização plena da estratégia de

¹²⁵ Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970. Dispõe sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde, e dá outras providências.

¹²⁶ Mantendo a denominação de Delegacias Federais de Saúde, o novo órgão incorporou as antigas delegacias, bem como as circunscrições de incumbência do extinto DNERu e das Delegacias Federais da Criança.

vigilância aplicada à erradicação. Nestes países, o diretor geral do programa mundial de erradicação da varíola, Henderson, decidiu implementar diretamente a vigilância, sem recorrer à vacinação em massa, numa população de alta densidade e, em boa parte da Etiópia, nômade.

O médico Ciro Quadros permaneceu na OMS, tomando parte na organização do Programa Ampliado de Imunização (PAI), mas, em seguida, levou para a Opa a tarefa de estruturar o PAI no continente americano, ficando responsável pela Divisão de Imunizações e Vacinas nas Américas. Eduardo Costa retornou suas atividades como docente na Escola Nacional de Saúde Pública atuando, ocasionalmente, como consultor da OMS.

Fischmann e Cláudio da Silveira permaneceram na Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, aonde tiveram a oportunidade de organizar um dos mais bem sucedidos programas de vigilância em saúde do país. A semente plantada na campanha da varíola, neste estado, aonde se correu contra o tempo, e contra a vacinação, balizou a organização de sólidos mecanismos de vigilância em saúde, integrando as áreas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e vigilância ambiental, numa secretaria intercoordenada (Fischmann, 2005: fita 2/ lado B). Cláudio da Silveira ainda atuou, posteriormente, como consultor sobre a varíola para a Opa na Américas, e para a OMS, em Bangladesh e na Somália, e, alguns anos depois, seria agraciado com a comenda da Ordem da Agulha Bifurcada, como reconhecimento ao seu trabalho na erradicação mundial da varíola¹²⁷.

Quando, em 1972, a SUCAM organizou o Iº Seminário Brasileiro de Vigilância Epidemiológica da Varíola, na Paraíba, foram apresentados os principais resultados da campanha, por aqueles que a desenvolveram, em várias regiões do país. Na sessão inaugural dos trabalhos o delegado federal de saúde, Gilberto Carvalho, representando o Ministro da Saúde, Francisco de Rocha Lagoa, aproveitou a oportunidade para lembrar que, na tarefa de erradicar a varíola no país convergiram esforços de todas as partes da sociedade. Gilberto Carvalho destacava a mobilização promovida por entidades culturais, religiosas, militares, representantes da sociedade civil, como comerciantes, jornalistas, artistas, educadores e pais, com a finalidade de estimular o máximo de participação social, para o comparecimento às campanhas regionais de vacinação. Enfatizava, ainda, que o “problema da varíola” não podia ser limitado às fronteiras

¹²⁷ Arquivo pessoal de Claudio da Silveira.

políticas e, para garantir o seu sucesso, impunha-se ter a colaboração de todos (Ministério da Saúde, 1972: 26). Conforme destacou Carvalho, também teve importância na mobilização para a campanha, o papel desempenhado pela educação sanitária, através da produção de grande vulto de material panfletário, como pôsteres, cartazes e cartilhas que incitavam à vacinação.

O formato previsto para a CEV, baseado na estratégia de vacinação em massa, se referenciou no tradicional modelo de campanhas de erradicação de doenças, que vigoraram, por mais de meio século, no país. O desenvolvimento da CEV, além de acrescentar a vigilância epidemiológica como uma nova prática na saúde pública brasileira, obteve também o mérito de avalizar uma campanha vertical de vacinação como uma política eficiente de saúde, para a erradicação de doenças, em oposição à vacinação rotineira, pulverizada pelos serviços locais e federais. Inaugurou, além disso, a perspectiva de mobilizar a própria comunidade, através da convocação para o comparecimento aos locais de vacinação, em postos improvisados, instalados, muitas vezes, em praça pública ou em locais de importância estratégica, como escolas, clubes e prédios militares.

Em 1973, quando a varíola foi considerada como erradicada do país, o Ministério da Saúde lançava as bases para a criação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), alterando, com esta medida, a forma como a vacinação contra doenças transmissíveis era realizada, há mais de trinta anos, no Brasil. Até a criação do PNI, a administração de vacinas era realizada de forma pouco controlada pelo ministério, que recomendava sua realização – o que, no caso da varíola, era uma exigência da legislação –, incentivava a produção de imunoterápicos e, ocasionalmente, cooperava tecnicamente na implementação de laboratórios. A iniciativa por aumentar a cobertura vacinal contra doenças transmissíveis cabia, via de regra, aos estados e municípios (Risi Jr, 2003).

A discussão sobre a criação de um programa nacional de estímulo à vacinação, se deu de forma concomitante ao debate que envolvia a proposta de implementação de um sistema de vigilância epidemiológica, de amplitude nacional, para doenças de interesse nacional. Ambas propostas tiveram lugar na Fundação SESP, onde era possível aproveitar a estrutura montada, e ainda em uso, do Centro de Investigação Epidemiológica. Segundo João Risi Júnior, um dos médicos que participou da CEV, em seus primórdios, o desenvolvimento destas propostas depararam-se com algumas

dificuldades político-administrativas, em decorrência, principalmente, da mudança do Ministério da Saúde para Brasília, em 1974. Este médico, após especializar-se em vigilância epidemiológica no CDC, de Atlanta, nos Estados Unidos, assumiu o cargo de chefe do setor de epidemiologia da Fundação SESP, onde participou da elaboração e execução do PNI, além de atuar no Plano Nacional de Controle da Poliomielite, que começava a tomar forma, no início da década de 1970, no Brasil.

Com a consolidação da experiência adquirida na vigilância epidemiológica para a erradicação da varíola, na qual se incluiu, conforme visto acima, a vigilância ativa e a busca de casos, foi introduzido, no país, um novo campo na saúde pública. Em 1975, foi instituída a legislação segundo à qual cabia ao Ministério da Saúde assumir a coordenação das ações de controle de doenças transmissíveis, dentre as quais incluía-se a vigilância epidemiológica das mesmas, a notificação compulsória e o programa de imunizações¹²⁸.

No ano seguinte, esta lei foi regulamentada e criou-se, no Ministério da Saúde, o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), que passou a centralizar as informações sobre as doenças de notificação obrigatória no país e o Programa Nacional de Imunizações¹²⁹. As ações do SNVE compreendiam, a coleta de informações necessárias ao controle de doenças; o diagnóstico daquelas sob o regime de notificação compulsória; a averiguação da disseminação da doença notificada e a determinação da população sob risco; a proposição e execução das medidas de controle pertinentes; e a adoção de mecanismos de comunicação e coordenação do Sistema. A vigilância epidemiológica ficou assim, constituída como um novo campo da saúde pública brasileira.

O aparato legislativo criado para dar suporte a erradicação da varíola foi, progressivamente, desmobilizado, na segunda metade da década de 1970, quando percebeu-se que a erradicação já estava consolidada. Em 1976, foi abolida a exigência de atestado de vacinação antivariólica para o ingresso, no território nacional, de pessoas procedentes de outros países do continente¹³⁰. O Brasil havia sido o último país a

¹²⁸ Lei 30 nº 6.259, de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.

¹²⁹ Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a organização das ações de vigilância epidemiológica do país, O Programa Nacional de Imunizações, a notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.

¹³⁰ Decreto nº 78.248, de 16 de agosto de 1979.

erradicar a varíola nas Américas. Dois anos depois, foi revogado o decreto que condicionava a venda de passagens aéreas para o exterior do país, à prévia apresentação do atestado de vacinação ou de revacinação¹³¹. Como último ato das ações concernentes à varíola no país, em 1979¹³², foi extinta a exigência de apresentação do certificado de vacinação antivariólica, para todos os efeitos da legislação brasileira.

¹³¹ Decreto nº 81.785, de 12 de junho de 1978.

¹³² Decreto nº 83.119, de 01 de fevereiro de 1979.

Conclusão

Conclusão

Na década de 1980, os conceitos de erradicação e controle de doenças foram revisitados e redimensionados, segundo parâmetros conformados diante da erradicação mundial da varíola, como parte de um processo historicamente construído. A partir dessa experiência com a varíola, a vigilância epidemiológica se constituiu como uma área consolidada da saúde pública, e o emprego da vacina, como um dos principais benefícios legados à saúde das populações.

Aplicada à erradicação da varíola, a vigilância epidemiológica, no Brasil, foi desenvolvida em consonância com um projeto internacional que visava o controle de doenças transmissíveis no mundo. Tanto a prática de vigilância epidemiológica, quanto a formulação da proposta para erradicar a varíola inserem-se em um contexto histórico definido, no século XX, em que a internacionalização de medidas para o controle de doenças transmissíveis se constituiu, como resultado da interação entre governos nacionais, e da difusão do conhecimento científico sobre a etiologia e a profilaxia de doenças.

O estabelecimento de fóruns e a atuação de organismos internacionais, no campo da saúde pública, explicitavam a importância da elaboração de acordos e regulamentos sanitários, sobre os mecanismos comuns de combate à doenças, principalmente as de caráter epidêmico. Inicialmente voltados para a conformação de regras de quarentena e de notificação de doenças, estes espaços de debate e ações político-científicos, incorporaram a adoção de medidas cooperativas de saúde, com o emprego de ações destinadas à supressão dos riscos de epidemias, dentre as quais destacou-se a varíola, no continente americano, a partir de meados do século. O risco de re-introdução da doença em países aonde a difusão da vacinação antivariólica havia controlado esta enfermidade, afirmou-se como a principal justificativa para a elaboração do programa de erradicação continental, que foi incorporado como meta mundial, de forma a assegurar a difusão da vacinação e, conseqüentemente, a erradicação da doença.

No Brasil, as atividades contra a disseminação da varíola estiveram pulverizadas em departamentos e serviços de saúde pública, ao longo de toda a primeira metade do século XX, relacionadas ao emprego da vacinação e de medidas de vigilância, que se direcionavam para o controle de doenças. Estas medidas se relacionavam, principalmente, à notificação de doenças, ao isolamento de indivíduos, à desinfecção de

objetos e ambientes, à observação do tráfego marítimo e à educação sanitária da população. A notificação compulsória, empreendida a partir da década de 1920, deveria ser realizada para doenças que mais comprometiam a saúde pública nacional, e internacional, como a febre amarela, o cólera, a malária e a varíola, também objeto de acordos internacionais, nesta mesma década. Entretanto, a observância no cumprimento da notificação, se dava, nesta primeira metade do século XX, como forma de construir estatísticas sanitárias, sem que estas orientassem diretamente a adoção de medidas profiláticas. Contra a varíola incidia também a vacinação obrigatória, realizada, no Brasil, de forma descentralizada, sob responsabilidade dos estados, à qual estava condicionado o acesso a serviços públicos e particulares, em todo o território nacional.

Ações contra a varíola também estiveram incluídas em acordos e regulamentos sanitários internacionais de saúde, nos quais o país foi signatário, e apresentaram-se como o principal incentivo à criação, em 1962, do primeiro órgão destinado à sua erradicação, a Campanha Nacional Contra a Varíola. Esta primeira Campanha dedicou-se à difusão da vacinação em larga escala nos estados e municípios, como a proposta de suprimir a doença, em um curto espaço de tempo. Entretanto, o contexto político nacional em que foi implementada, não favoreceu as medidas adotadas para o combate à doença, no sentido de superar as dificuldades encontradas em relação à difusão da vacinação. A mudança de regime político, com um cunho centralizador, em 1964, não implicou na adesão de medidas mais efetivas para incrementar as atividades da CNCV, que só foram efetivamente intensificadas a partir do lançamento da Campanha de Erradicação da Varíola, em 1966.

Este novo órgão foi criado como resultado de um convênio estabelecido entre o governo brasileiro e a Organização Mundial de Saúde, através de sua agência regional, a Oficina Sanitária Panamericana. Sobre ele vigoraram, as mesmas prerrogativas da Campanha anterior, de ampliar a cobertura vacinal, através da vacinação em massa da população, como forma de erradicar a doença. Entretanto, as orientações do programa da OMS, impetrados na CEV, indicavam além disso, para a implantação de uma nova metodologia para a aferição dos níveis de incidência da doença, através da estruturação de um sistema de vigilância epidemiológica. A construção das atividades de vigilância epidemiológica, no âmbito da Campanha, apontaram para o campo de negociações políticas, científicas, institucionais e pessoais próprias na construção de uma nova

metodologia em saúde, especificamente voltado para o combate de doenças transmissíveis.

Desenvolvida no contexto histórico de internacionalização das atividades de saúde contra doenças epidêmicas, a vigilância epidemiológica foi construída como uma metodologia que alicerçava ações de erradicação de doenças no Estados Unidos. Estruturou-se tendo por base a notificação compulsória, como forma de orientar a adoção de medidas profiláticas de contenção de surtos epidêmicos, e foi uma das atividades das quais se ocupou o nascente ramo da epidemiologia, ciência médica dedicada a compreender as interações entre doença e indivíduo, procurando estabelecer mecanismos profiláticos contra as mesmas.

No âmbito da Campanha de Erradicação da Varíola, a vacinação em massa deveria ser a principal atividade, buscando assegurar um alto índice de cobertura vacinal. A ela se seguiria a vigilância epidemiológica caracterizada, através da investigação epidemiológica, dos possíveis casos notificados, o que direcionaria uma nova etapa de vacinação dos comunicantes. As atividades de vigilância epidemiológica ficariam sob a responsabilidade da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, que implementou as Unidades de Vigilância Epidemiológica como forma de coordenar a notificação de casos da doença. Nesta Fundação, tradicionalmente orientada por uma lógica de saúde pública norte-americana, o trabalho desenvolvido por Langmuir no *Communicable Disease Control*, sobre a vigilância epidemiológica aplicada à erradicação de doenças, já encontrava ressonância. Esta forma de trabalho teria influenciado a criação do Centro de Investigação Epidemiológica, da Fundação SESP e sugerido a possibilidade de aplicação da metodologia de vigilância epidemiológica, para a erradicação da varíola, de uma forma diferenciada.

Segundo os depoimentos de alguns profissionais da Fundação SESP, encarregados de implementar atividades de vigilância epidemiológica da CEV, foi possível implementar, em alguns estados, um sistema de vigilância epidemiológica ativa. Esta vigilância prescindia da vacinação em massa para erradicar a doença, pois se caracterizava pela investigação dos possíveis casos notificados para a implementação de uma vacinação de bloqueio, nos contaminantes, de forma a impedir a disseminação da doença. Apesar de contrapor-se à orientação central da CEV, de vacinação em massa, como forma de alcançar a erradicação, a experiência desses profissionais comprovou

que, mais do que vacinar a totalidade da população, era necessário direcionar a vacina para onde ela fosse necessária.

A experiência brasileira na implementação de um sistema de vigilância epidemiológica para a varíola foi, posteriormente, incorporada ao programa internacional de erradicação da doença, nos quais os profissionais brasileiros também tiveram a oportunidade de participar. Erradicada a varíola no Brasil, a estrutura implantada para a viabilização da Campanha, e a conformação do conhecimento produzido, possibilitaram a criação do Programa Nacional de Imunizações e do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.

Bibliografia

Bibliografia

- ALMEIDA, A. B. de S.; NASCIMENTO, D. R. & MACIEL, L. R. (2005) (Orgs.) *Memória da poliomielite no Brasil: acervo de depoimentos orais*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- ALONSO, A. (2002). “Introdução”. In: _____. *Idéias em movimento: a geração de 1870 na crise do Império Brasileiro*. São Paulo: Paz e Terra. p: 21-49.
- ANAIS da 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963); Ministério da Saúde. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992.
- ANDREWS, J. M. & LANGMUIR, A. D. (1963). “The philosophy of disease eradication”. In: *American Journal of Public Health*. v. 53, nº 1, january. p: 1-6.
- ARAÚJO, M. P. & FERNANDES, T. M. (2006). “O diálogo da história oral com a historiografia contemporânea”. In: VISCARDI, C. M. R. & DELGADO, L. de A. N. (orgs.). *História Oral: teoria, educação e sociedade*. Juiz de Fora: Ed. UFJF. p: 13-32.
- BARATA, R. B. (1997). “Causalidade e epidemiologia” In: *História, ciências, saúde – Manguinhos*. vol. IV (1). mar-jun. p: 31-49.
- BASTOS, N. C. de B. (1959). “A educação sanitária nos programas de saúde pública”. In: *Revista do Serviço Especial de Saúde Pública*. Tomo X, nº 2, dezembro. p: 633-654.
- BASTOS, N. C. de B. (1970). Educação Sanitária: (Relatório). In: *Revista do Serviço Especial de Saúde Pública*. Tomo XV, nº2. p: 59-88.
- BASTOS, N. C. de B. & SILVA, O. J. da. (1953). “Programas educativos nas Unidades Sanitárias do Serviço Especial de Saúde Pública” In: *Revista do Serviço Especial de Saúde Pública*. Tomo VI, nº 1, junho. p: 219-277.
- BENCHIMOL, J. L. (2001) (coord.) *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. 20ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Bio-Manguinhos, v. 1.
- BLOCH, M. (2001). *Apologia da História ou O ofício do Historiador*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- BODSTEIN, R. (1987) (Org.). *História e saúde pública: a política de controle do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: PEC/ ENSP.
- BOLETÍN de la Oficina Sanitária Panamericana. Año 19, nº 7, jul. 1940. p: 704-706 (“Viruela”).
- BOLETÍN de la Oficina Sanitária Panamericana. Vol. 21, nº 1, ene. 1942: 61-62 (“Viruela”).
- BOLETÍN de la Oficina Sanitária Panamericana. Año 23, nº 2, feb. 1942. p:107-109.
- BOLETÍN de la Oficina Sanitária Panamericana. Vol 22, nº 1, ene. 1943. p: 66-73.
- BOLETÍN de la Oficina Sanitária Panamericana. Año 23, nº 2, feb. 1944 p: 107
- BOLETÍN de la Oficina Sanitária Panamericana. Año 24, nº 5, may. 1945. p: 459.

- BOLETÍN *de la Oficina Sanitária Panamericana*. Año 24, nº 7, jul. 1945. p: 643-646.
 (“Editorial: A qué llamamos epidemiólogo”)
- BOLETÍN *de la Oficina Sanitária Panamericana*. Año 26, nº 4, abr. 1947. p: 333-338.
- BOLETÍN *de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Año 28, nº 9, sep. 1949. p: 957-960.
- BOLETÍN *de la Oficina Sanitária Panamericana*. Año 28, nº 11, nov. 1949. p: 1118-1123.
- BOLETÍN *de la Oficina Sanitária Panamericana*. Año 31, nº 2, feb. 1952, p.167
 (“Editoriales”).
- BOLETÍN *de la Oficina Sanitária Panamericana*. Año 34, v. XXXVIII, nº 2, feb. 1955. p: 168-169 (“Erradicación de la viruela en las Américas”).
- BOLETÍN *de la Oficina Sanitária Panamericana*. Año 36, vol XLII, nº 2, feb. 1957.
 p: 191-192 (Editorial: Seminario de Vacunación Antivariólica).
- BOLETÍN *de la Oficina Sanitária Panamericana*. Año 38, vol. XLVI, nº 3, mar. 1959. p: 293-295.
- BOLETÍN *de la Oficina Sanitária Panamericana*. Año 47, vol. LXIV, nº 3, mar. 1968.
 p: 249-255.
- BOLETÍN *de la Oficina Sanitária Panamericana*. Año 58, vol. LXXXVI, nº 1, ene. 1979. p.77-78.
- BRAGA, J. C. de S. & PAULA, S. G. de. (1981) *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: CEBES-HUCITEC.
- BRITO, N. (1995). *Oswaldo Cruz: a construção de um mito na ciência brasileira*. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz.
- BROWN, T. M.; CUETO, M. & FEE, E. (2006). “A transição da saúde pública ‘internacional’ para ‘global’ e a Organização Mundial da Saúde”. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro. vol. 13, nº 3, jul-set: 623-647.
- BROWN, T.; CUETO, M. & FEE, E. (2006). “The World Health Organization and the transition from international to global public health”. In: *American Journal of Public Health*. vol. 96, nº 1, january. p: 62-72.
- BURKE, P. (1992). *A escrita da história: novas perspectivas*. São Paulo: Editora da UNESP.
- BUSTAMANTE, M. E. (1972). “Cincuentenario del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana – 1922-1972”. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Año 51, v. 72, nº 5, may. p: 375-396.
- CAMPOS, A. L. V. de (2004). “Os conceitos da epidemiologia aplicados a programas de controle de doenças imunopreveníveis”. In: NASCIMENTO, D. R. (org.) *Projeto a história da Poliomielite e de sua erradicação no Brasil: seminários*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz. p: 9-12.
- CAMPOS, A. L. V. de. (2000). “Políticas internacionais de saúde na era Vargas: O Serviço Especial de Saúde Pública”. In: GOMES, A. de C. (org.) *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Editora FGV. p: 196-220.

- CAMPOS, A. L. V. de. (2006). *Políticas internacionais de saúde na era Vargas: O Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. (Coleção História e Saúde).
- CARRARA, S. (2004). “Estratégias anticoloniais: sífilis, raça e identidade nacional no Brasil de entreguerras”. In: HOCHMAN, G; ARMUS, D. (Org.) *Controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- CHALHOUB, S. (1996). *Cidade febril: Cortiços e epidemias na Corte Imperial*. São Paulo: Companhia das Letras.
- CHRONICLE of the World Health Organization (jul-aug. 1958). Vol. 12, nº 7-8: 263-268. (“The evolution of the international co-operation in public health”).
- CONSTITUTION of the World Health Organization (1942). In: *Chronicle of the World Health Organization*. Vol 1, nº 12: 29-43.
- CUETO, M. (1996). “Los ciclos de la erradicación: la Fundación Rockefeller y la salud pública latinoamericana, 1918-1940” In: CUETO, Marcos. *Salud, cultura y sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas*. Lima: IEP/ Opas. p: 179-201 (Estudios históricos, 20).
- CUETO, M. (2004). *El valor de la salud: Historia de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington, D.C.: OPS. (Publicación Científica y Técnica nº 600).
- CZERESNIA, D. (1997). “Do contágio à transmissão: uma mudança na estrutura perceptiva da apreensão da epidemia”. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. v.4, n.1; mar-jun. p: 75-94.
- D’ALLESSIO, M. M. (1998). *Reflexões sobre o saber histórico*. São Paulo: Fundação Editora da UNESP.
- DIAMOND, J. (2001). *Armas, Germes e Aço*. Rio de Janeiro/ São Paulo: Editora Record.
- DONGHI, T. H. (1969). *Historia Contemporánea de América Latina*. Madrid: Alianza Editorial. (El Libro de Bolsillo).
- EDITORIAL: Analisis en perspectiva de la erradicación del hambre y de las enfermedades. (1963). In: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Año 42, v. LIV, nº 2, febrero. p: 152-154.
- EDITORIALS: What and Who is an epidemiologist? (1942). In: *American Journal of Public Health*. Vol. 32, april. p:414-415.
- EDITORIALS: What and Who is an epidemiologist? (1942). In: *American Journal of Public Health*. Vol. 32, august. p:867-869.
- EDITORIALS: What and Who is an epidemiologist? (1942). In: *American Journal of Public Health*. Vol. 32, september. p:1040-1043.
- EDITORIALS: What and Who is an epidemiologist: Curtain (1942). In: *American Journal of Public Health*. Vol. 32, november. p:1279-1280.
- ESCOREL, S. & BLOCH, R. A. de. (2005). “As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS.” In: TRINDADE, N. L.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.

- & SUÁREZ, J. M. (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p:83-119.
- ESCOREL, S; NASCIMENTO, D. R. do & EDLER, F. C. (2005). “As origens da Reforma Sanitária e do SUS”. In: LIMA, N. T.; GERSHMAN, S; EDLER, F. C. & SUÁREZ, J. M. (Orgs.) *Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p: 59-81.
- FARIA, L. R. de. (2002). “A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-1930): perspectivas históricas”. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. V. 9, nº 3. Rio de Janeiro, set./dez. p: 561-590.
- FARIA, L. R. de & COSTA, M. C. da (2006). “Cooperação científica internacional: Estilos de atuação da Fundação Rockefeller e da Fundação Ford”. In: *DADOS-Revista de ciências sociais*. Rio de Janeiro, vol. 49, nº 1. p: 159-191.
- FENNER, F. (et alli) (1988). *Smallpox and its eradication*. Geneva: World Health Organization. (History of International Public Health, nº 6)
- FERNANDES, T. M. (1999a). *Vacina antivariólica: ciência técnica e o poder dos homens (1808-1920)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- FERNANDES, T. M. (1999b) “Vacina antivariólica: seu primeiro século no Brasil (da vacina jenneriana à animal)”. In: *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*. Vol. 10, nº 1, mar-jun., p: 29-51.
- FERNANDES, T. M. (2003) “Imunização antivariólica no século XIX no Brasil: inoculação, variolização, vacina e revacinação”. In: *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*. Vol. 10. p: 461-474. Suplemento 2.
- FERNANDES, T. M. D. (2006). “Dimensiones políticas y sociales de la erradicación de la viruela” (livro em fase de revisão) *Salud y religión: el siglo XX a reescrito a través de la historia oral*. In: Martha Beatriz Cahuich Campos. (Org.). *Salud y religión: el siglo XX a reescrito a través de la historia oral*. MEXICO: Asociación mexicana de historia oral.
- FERNANDES, T. M. D. (2004). “Varíola: doença e erradicação”. In: Dilene Raimundo do Nascimento; Diana Maul de Carvalho. (Org.). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15. p. 211-228.
- FERREIRA, M. de M., FERNANDES, T. e ALBERTI, V. (orgs.) (2000). *História Oral: desafios para o século XXI*, Rio de Janeiro: Fiocruz/ FGV.
- FISCHMANN, A. (1978). *A investigação epidemiológica de varíola no Estado do Rio Grande do Sul*. Dissertação de mestrado apresentada ao Departamento de Epidemiologia, da Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- FONSECA, C. M. O. (2007). *Saúde no Governo Vargas (1930-1945). Dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- FONSECA, C. M. O. (2005). *Local e nacional: dualidades da institucionalização da saúde pública no Brasil*. Tese de doutorado, Rio de Janeiro, Iuperj. (mimeo)
- FONSECA, C. M. O. (2001). “As campanhas sanitárias e o Ministério da Saúde, 1953-1990”. In: BENCHIMOL, J. (coord.). *Febre amarela: a doença e a vacina, uma*

- história inacabada*. 20ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Bio-Manguinhos, v. 1.
- FONSECA, C. M. O. (1989). “As propostas do SESP para educação em saúde na década de 50 - uma concepção de saúde e sociedade”. *Cadernos da Casa de Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, v. 1.
- FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. (2000). “A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em Debate no Estado Novo”. In: GOMES, A. de C. (Org.). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. p. 173-193.
- FRANK, R. A. (1992). Memória e a História, In: *Les Cahiers de L' Ihtp*. La Bouche de la Vérité? La recherche historique et les sources orales. Paris: Centre National de la Recherche Scientifique, n.21, nov. Cahier, 21.
- FREITAS FILHO, L. de (1967). “Educação sanitária, saúde pública e SNES”. In: *Arquivos de Higiene*. Tomo 1, vol. 23, setembro. P: 43-59.
- GAZÊTA, A. A. B. (2001). *A Campanha de Erradicação da Varíola no Brasil*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- GAZÊTA, A. A. B. (2006). *Uma Contribuição à História do Combate à Varíola no Brasil: do Controle à Erradicação*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz.
- GAZÊTA, A. A. B.; CARVALHO, D. M.; RANGEL, L. F. & GAZE, R. (2005). “A Campanha de Erradicação da Varíola no Brasil e a instituição do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica”. In: *Cadernos de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 13 (2). p: 323-338.
- GOMES, A. M. C. (Org.) (2000). *Capanema: o ministro e seu ministério*. 1. ed. Rio de Janeiro/Bragança Paulista: Ed. FGV/Ed.USF. 269 p.
- GOMES, A. M. C. (Org.) (2004). *Escrita de si, escrita da história*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- GONZALEZ, C. L. (1952). “Programa de vacunación antivariolica em Venezuela”. In: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Año 31, v. XXXII, nº 2, ago. p: 135.
- GREGG, R. (1948). “The rôle of immunizations in the health programs”. In: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Año 27, nº 4, abr. p: 272-282.
- HALBWACHS, M. (1990). *A memória coletiva*. São Paulo: Edições Vértice.
- HAMILTON, W. & FONSECA, C. (2003). “Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953”. In: *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. v. 10, n. 3, set-dez. p: 791-825.
- HENDERSON, D. A. (1976). “Surveillance of smallpox”. In: *International Journal of Epidemiology*. Oxford: University Press. Vol. 5, nº 1. p:19-28.
- HENDERSON, D. A. (1987). “Principles and lessons from the smallpox eradication programe”. *Bulletin of the World Health Organization*; 65(4). p: 535-46.

- HENDERSON, D. A. (1988). "An appreciation of Karel Raska". In: *International Journal of Epidemiology*. Vol. 17, nº 3, September. p: 491-492.
- HOBSBAWM, E. J. (2003) *Da Revolução Industrial Inglesa ao Imperialismo*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- HOCHMAN, G. (2007) "Agenda internacional e políticas nacionais: uma comparação histórica entre programas de erradicação da malária e da varíola no Brasil". In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M. & MARQUES, E. (Orgs.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- HOCHMAN, G. (2005). "Reformas, instituições e saúde pública no Brasil (1930-1945)". In: *Educar*. Curitiba: editora UFPR, nº 25. p. 127-141.
- HOCHMAN, G. (1998). *A era do saneamento: As bases da política de Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/ Anpocs.
- HOCHMAN, G. & ARMUS, D. (Orgs.) (2004). *Cuidar, Controlar, Curar. Ensaio Históricos sobre saúde e doença na América Latina e no Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- HOCHMAN, G & FONSECA, C. (2000). "A 1ª Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo". In: GOMES, A. C. (org.). *Capanema: O ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: FGV. p: 173-194.
- HOWARD-JONES, N. (1980). "The Pan American Health Organization: Origins and Evolution". In: *WHO Chronicle*, 34. p: 367-426.
- JORNAL Norte do Piauí. *Varíola ainda preocupa médicos da AL*. 01/07/1971.
- KERR, J. A. (1963). "Experiencias derivadas de los fracasos en la erradicación". In: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Año 42, Vol. LIV, nº 1, enero. p: 7-10.
- KURY, L. B. (1990). *O Império dos miasmas: A Academia Imperial de Medicina (1830-1850)*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de História do Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. Niterói: Universidade Federal Fluminense.
- LACERDA, A. (2002). "Retratos do Brasil: uma coleção do Rockefeller Archive Center". In: *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*. v.9, n.3. Rio de Janeiro. set-dez. p: 625-645.
- LANGMUIR, A. D. (1963). "The surveillance of communicable diseases of national importance". In: *The New England journal of medicine*. Vol. 268, nº 4. January, 24. p: 182-192.
- LANGMUIR, A. D. (1970). "Communicable disease surveillance". In: *Proceedings of the Royal Society of medicine*. Vol. 64, nº 6, jun. p: 681-688.
- LANGMUIR, A. D. (1971). "Evolution of the concept of surveillance in the United States". In: *Proceedings of the royal Society of Medicine*. vol. 64, nº 6. jun. p: 681-688.
- LANGMUIR, A. D. (1976). "William Farr: founder of modern concepts of surveillance". In: *International journal of epidemiology*. Oxford: University Press. Vol. 5, nº 1. p: 13-18.

- LANGMUIR, A. D. (1988). “An appreciation of Karel Raska”. In: *International Journal of Epidemiology*. Vol. 17, nº 3, September. p: 491-492.
- LATOUR, B. (2000). *Ciência em ação*. São Paulo: Editora UNESP.
- LE GOFF, J. (1990). *A História Nova*. São Paulo: Martins Fontes.
- LE GOFF, J. (1996). *História e Memória*. 4. ed. Campinas: Editora da UNICAMP.
- LIMA, N. T. (1999). *Um Sertão Chamado Brasil*. Rio de Janeiro: Revan/IUPERJ.
- LIMA, N. T. (2005). “História da saúde na América Latina: o papel das Conferências Sanitárias Pan-Americanas (1902-1958)” In: MINAYO, M. C. de S. & COIMBRA, C. E. A. (orgs.). *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p: 207-223.
- LIMA, N. T. & FONSECA, C. M. O. (2004). “História da especialização em saúde pública no Brasil: nota introdutória”. In: LIMA, N. T., FONSECA, C. M. O & SANTOS, P. R. E. dos (orgs.). *Uma escola para a saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- LIMA, N. T.; HOCHMAN, G. (2002). “Pouca saúde, muita saúde, os males do Brasil são. . .Discurso higienista e interpretação do país”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2. p: 313-332.
- LONG, J. D. (1925). “La importância de la medicina preventiva” In: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Año 4, nº 1, enero. p: 5-12
- LÖWY, I. (1999). “Representação e intervenção em saúde pública: vírus, mosquitos e especialistas da Fundação Rockefeller no Brasil”. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, v(3): 647-77, nov.1998-fev.1999.
- MANNHEIM, K. (1978). “O problema sociológico das gerações”. In: FORACCHI, M. (org.) *Karl Mannheim*. São Paulo: Ática (Coleção “Grandes Cientistas Sociais”). p: 68-95.
- MARANHÃO, E. (2004). “A vigilância epidemiológica na erradicação da doença”. In: NASCIMENTO, D. R. (org.) *Projeto a história da Poliomielite e de sua erradicação no Brasil: Seminários*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz. p:95-96.
- McNEILL, W. H.(1978). *Le temps de la peste: essai sur les épidémies dans l'histoire*. Paris: Hachette.
- MELLO E SILVA, A. (2008). “A política externa brasileira no cenário da Guerra Fria”. Disponível em <<http://www.cpdoc.fgv.br/comum/htm/>>. Acessado em: 01/04/2008.
- MINISTÉRIO da Saúde, Ofício circular a todos os órgãos. s/d.
- MINISTÉRIO da Saúde (1972). *Anais do I Seminário Brasileiro de Vigilância Epidemiológica da Varíola*. 27 de novembro a 19 de dezembro. João Pessoa, Paraíba.
- MINISTÉRIO da Saúde (1973). *Trabalho para comissão internacional*.
- MINISTÉRIO da Saúde (2006). *Guia de Vigilância Epidemiológica*. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

- MORAES, N. L. de A. (1955). “Contribuição ao estudo do método da notificação de casos de doenças”. In: *Revista do Serviço Especial de Saúde Pública*. Tomo VIII, nº 1, dezembro. p: 5-139.
- MORAES, N. L. de A. (1957) “A investigação epidemiológica de rotina e seu emprego pelas unidades sanitárias”. In: *Revista do Serviço Especial de Saúde Pública*. Tomo IX, nº 1, julho. p: 197-204.
- MORAES, N. L. de A.; RODRIGUES, B. A.; FERREIRA, E. & PAIM, E. R. (1959). “Método simplificado para a vacinação antivariólica em massa, com vacina liofilizada” In: *Revista do Serviço Especial de Saúde Pública*. Tomo X, n. 2, dez. p: 643-682.
- MOULIN, A. M. (1996). *L’Aventure de la vaccination*. Lyon : Fayard.
- NASCIMENTO, D. R. (2004). “Sobre o conceito de erradicação de doenças”. In: NASCIMENTO, D. R. (org.) *Projeto a história da Poliomielite e de sua erradicação no Brasil: Seminários*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz. p: 39-50.
- NASCIMENTO, D. R.; CAMPOS, A. L. V. de; MARANHÃO, E. P. (2003). “A história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2. p. 573-600.
- NORA, P. (1993). “Entre Memória e história: a problemática dos lugares”. In: *Projeto História* (Revista do Programa de Estudos pós-graduados em História e do Departamento de História). São Paulo: PUC/SP, n.10.
- NORA, P. (1984). *Les lieux de memoire*. v. 1. La Republique. Paris: Gallimard.
- O GLOBO (1975). *Varíola: Uma doença mortal que ainda resiste ao extermínio*. 07/04/1975.
- OLIVEIRA, J. & TEIXEIRA, S. F. (1986). *(Im)previdência Social: 60 anos da história da previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes/ Abrasco.
- OMS: Organización Mundial de la Salud (1980). *La Erradicación Mundial de la viruela: Informe final de la Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Viruela, diciembre de 1979*. Ginebra: OMS. Anexo 4. p: 78-88.
- PALMER, S. (2004). “Saúde Imperial e Educação Popular: a Fundação Rockefeller na Costa Rica em uma perspectiva centro-americana, 1914-1921”. In: ARMUS, D. & HOCHMAN, G. (org.) *Cuidar, Controlar, Curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. (Coleção História e Saúde). p: 217-248.
- PAMPLONA, M. A. (1996). *Revendo o sonho americano*. São Paulo, Atual Editora Ltda.
- PINHEIRO, T. X. de A. (1992). *A Saúde Pública, Burocracia e Ideologia: um estudo sobre o SESP (1942-1974)*. Dissertação de mestrado. Natal: Departamento de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- PIRES-ALVES, F. A. & PAIVA, C. H. A. (2006). *Recursos Críticos; história da Cooperação Técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos para a Saúde (1975-1988)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- PLOTKIN, S. A. *Variola*. Disponível em: <http://www.aventispasteur.com.br/doencas_template.php3?pagina=variola>. Acessado em 25/07/2003.
- POLLAK, M. (1992). “Memória e Identidade Social”. In: *Estudos Históricos*. Rio de Janeiro, v. 5, nº. 10. p: 200-212.
- POLLAK, M. (1989). “Memória, Esquecimento, Silêncio”. In: *Estudos Históricos*, 2 (3).
- PORTELLI, A. (1996). “A filosofia e os fatos”. *Tempo*, vol 1, n. 2.
- PORTELLI, A. (1996). “O massacre de Civitella Val di Chiana (Toscana: 29 de junho de 1994): mito, política, luto e senso comum”. In: AMADO, J. & FERREIRA, M. de M. (Orgs.) *Usos e Abusos da História Oral*. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getulio Vargas.
- PORTER, D. (1999). “Epidemics and social dislocation in the nineteenth century.” In: PORTER, Dorothy. *Health, Civilization and the State: a history of public health from ancient to modern times*. London/ New Yourk: Routledge. p:79-96.
- RASKA, K. (1966). “National and internacional suveillance of communicable diseases”. In: *WHO Chronicle*. Vol. 20, nº 9, september. p: 315-321.
- RASKA, K. (1971). “Epidemiological surveillance with particular reference to the use of immunological surveys”. In: *Proceedings of The Royal Society of Medicine*. Vol. 64, nº 6, jun. p: 684-688.
- RISI JR, J. B. (2003). “A produção e vacinas é estratégica para o Brasil”. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Vol.10. (suplemento 2). p: 771-783.
- RODRIGUES, B. A. (1961). “Considerações sobre a erradicação e controle de doenças transmissíveis: aspectos epidemiológicos e administrativos”. In: *Revista do Serviço Especial de Saúde Pública*. Tomo XI, nº 2, junho. p: 415-426.
- RODRIGUES, B. A. (1975). “Erradicación de la viruela en las Americas”. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 54, v. LXXVIII, nº 4, abr. p: 358-383.
- ROSEN, G. (1980). “O que é medicina social? Uma análise do conceito.” In: ROSEN, G. *Da polícia médica à assistência social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal. p: 77-141.
- ROSEN, G. (1994). *Uma história da Saúde Pública*. São Paulo: Unesp/ Hucitec/ Abrasco.
- ROSSI, A. L. B. (1963). “Las diferencias del vírus de Alastrim”. In: *Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana*. Año 42, v.LIV, nº 5, may. p: 419-423.
- ROUSSO, H. (1996). “A memória não é mais o que era”. In: FERREIRA, M. de M. & AMADO, J. (Orgs.) *Usos e Abusos da História Oral*. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getulio Vargas.
- SCHORSKE, C. E. (2000). “Tensão geracional e mudança cultural”. In:_____. *Pensando com a história: Indagações na passagem para o modernismo*. São Paulo: Companhia das Letras.
- SEVCENKO, N. (1984). *A revolta da vacina, mentes insanas em corpos rebeldes*. São Paulo: Brasiliense.

- SIDDIQI, J. (1995). *World Health and World Politics: The World Health Organization and the UN system*. London: Hurst & Co.
- SINGER, P. “O Brasil e a Evolução do Capitalismo Mundial”. In: SINGER, Paul. *O Brasil no contexto do Capitalismo Internacional (1889-1930)*. HGCB, vol. 8. p:347-390.
- SOPER, F. L. (1957). “El concepto de erradicación de las enfermedades transmissibles”. In: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Año 36, Vol. XLII, nº 1, enero. p: 1-5.
- SOPER, F. L. (1960). “La erradicación y el control en la prevención de enfermedades transmissibles”. In: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Año 39, Vol. XLIX, nº 2, agosto. p: 121-131.
- SOPER, F. L. (1965). “Rehabilitation of the eradication concept in prevention of communicable diseases”. In: *Public Health Reports*. Vol. 80, nº 10, october. p: 855-869.
- TEMPORÃO, J. G. (2003). “O Programa Nacional de Imunização (PNI): origens e desenvolvimento” In: *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*. v. 10 (suplemento 2): 601-618.
- TIGRE, C. H. & FISCHMAN, A. (1972). “Organização dos Serviços de Vigilância”. In: MINISTÉRIO da Saúde. *Anais do I Seminário Brasileiro de Vigilância Epidemiológica da Varíola*. 27 de novembro a 19 de dezembro. João Pessoa, Paraíba.
- VERANI, J. F. de S. (1993). “Desenvolvimento dos sistemas de vigilância epidemiológica da varíola e da poliomielite: a transformação dos conceitos em categorias operacionais”. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 9, nº 1, jan-mar. p: 28-38.
- VERANI, J. F. de S. (1991). *A vigilância epidemiológica na erradicação de doenças: o caso da varíola e da poliomielite*. Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.
- VIZENTINI, P. F. (2005). *Relações internacionais do Brasil: de Vargas a Lula*. São Paulo: Ed. Fund. Perseu Abramo.
- WHO Chronicle (aug. 1961). Vol. 15, nº 8: 294-297 (“Progress in immunization”).
- YEKUTIEL, P. (1981). “Lessons from the big eradication campaigns”. In: *World health forum*, 1 (4). p:465-190.

Fontes Orais

Acervo de entrevistas concedidas para o projeto “Imunização antivariólica: das práticas de variolização à erradicação da varíola no Brasil”, sob a guarda do Arquivo Sonoro, do Departamento de Arquivo e Documentação, da Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz.

FISCHMANN, Airton. 2005.

QUADROS, Ciro. 2005.

SILVEIRA, Cláudio da. 2005.

COSTA, Eduardo. 2004.

RISI JR, João Baptista. 2005.

VERANI, José Fernando de Souza. 2003.