

O governo JK e o Grupo de Trabalho de Controle e Erradicação da Malária no Brasil: encontros e desencontros nas agendas brasileira e internacional de saúde, 1958-1961

The Juscelino Kubitschek government and the Brazilian Malaria Control and Eradication Working Group: collaboration and conflicts in Brazilian and international health agenda, 1958-1961

Renato da Silva

Professor, Programa de Mestrado de Letras e Ciências Humanas/Unigranrio.
Rua Prof. José de Souza Herdy, 1160, Jardim 25 de Agosto
25071-201 – Duque de Caxias – RJ – Brasil
redslv@hotmail.com

Carlos Henrique Assunção Paiva

Pesquisador, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz; professor, Programa de Mestrado em Saúde Global e Diplomacia em Saúde/Fiocruz e Mestrado em Saúde da Família/Universidade Estácio de Sá.
Av. Brasil, 4036, sala 416-A
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
cpaiva@coc.fiocruz.br

Recebido para publicação em julho de 2013.

Aprovado para publicação em maio de 2014.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702015000100006>

SILVA, Renato da; PAIVA, Carlos Henrique Assunção. O governo JK e o Grupo de Trabalho de Controle e Erradicação da Malária no Brasil: encontros e desencontros nas agendas brasileira e internacional de saúde, 1958-1961. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.22, n.1, jan.-mar. 2015, p.95-114.

Resumo

A malária, doença que estava controlada no início do governo de Juscelino Kubitschek, torna-se a mais importante endemia em 1958, quando o Brasil assumiu o compromisso com a Organização Mundial da Saúde de converter seus programas de controle em programas de erradicação. Para isso foi instalado um Grupo de Controle e Erradicação da Malária sob a direção do malariologista Mário Pinotti. A malária seria uma importante moeda de negociação no contexto da política de desenvolvimento de Kubitschek. Este artigo tem como foco a trajetória do Grupo de Trabalho de Controle e Erradicação da Malária no Brasil, em suas diferentes relações com as discussões e normativas travadas e estabelecidas em âmbito internacional.

Palavras-chave: Organização Mundial da Saúde; Juscelino Kubitschek (1902-1976); saúde pública; malária; Mário Pinotti (1894-1972).

Abstract

Malaria, a disease which was under control in the beginning of Juscelino Kubitschek government, became the most important endemic disease in 1958, when Brazil made a commitment with the World Health Organization to convert its control programs into eradication programs. For this purpose a Malaria Control and Eradication Group was set up under the leadership of the malaria specialist Mário Pinotti. Malaria would become an important bargaining chip in the context of the development policies of Kubitschek. This article focuses on path of the Malaria Control and Eradication Working Group in Brazil, in its varying relationships with the arguments and guidelines established at international level.

Keywords: World Health Organization; Juscelino Kubitschek (1902-1976); public health; malaria; Mário Pinotti (1894-1972).

A descoberta das propriedades residuais do dicloro-difenil-tricloroetano (DDT) durante a Segunda Guerra Mundial, e sua utilização em massa após o término do conflito, gerou um ambiente favorável e otimista em relação à erradicação de doenças transmissíveis por insetos como a malária. As discussões da comunidade de especialistas em malária ocorreram com mais frequência nos anos 1950, produzindo ecos nas Conferências Sanitárias Pan-Americanas, nos Encontros Regionais do Comitê de Especialistas em Malária e nas Assembleias Mundiais de Saúde. Segundo J. Jackson (1998, p.193), a construção da necessidade de um programa de erradicação da malária em uma esfera global foi idealizada nas reuniões dessa comunidade.

Em 1950, na 13ª Conferência Sanitária Pan-Americana, chegava-se à conclusão que: “Da adoção de novas técnicas na luta antimalárica e do esforço dos países-membros e territórios, pode-se obter a erradicação total da malária” (Brasil, 1966, p.2).

A Repartição Sanitária Pan-Americana foi pioneira na convicção da possibilidade de erradicação da malária. Desse modo, incentivou os programas existentes, promovendo intercâmbio e fornecendo assistência técnica e, em muitos casos, assistência econômica, com a finalidade de obter a erradicação da malária na região das Américas (Brasil, 1967, p.2). Grande parte do entusiasmo da Repartição Sanitária Pan-Americana – a partir de 1958, Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) – vem do fato de que seu diretor entre 1947 e 1959 foi justamente Fred L. Soper, que trabalhou mais de uma década no Brasil e comandou a campanha que erradicou o *Anopheles gambiae* no Nordeste brasileiro e, a partir dessa experiência, foi um dos elaboradores da doutrina da erradicação (Cueto, 2004).

Na 14ª Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em 1954, na cidade de Santiago do Chile, foi recomendada para os países a conversão dos programas de controle em campanhas de erradicação. Em 1955, na Oitava Assembleia Mundial de Saúde, na cidade do México, foi aprovada uma resolução na qual se recomendava que os países-membros buscassem a erradicação da malária antes que as espécies vetoras adquirissem resistência aos inseticidas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) tomou a iniciativa fornecendo auxílio técnico e incentivo aos programas nacionais (Cueto, 2004, p.3).

Nesse sentido, a 14ª Conferência Sanitária Pan-Americana (1954) e a oitava Assembleia Mundial de Saúde (1955) fortaleceram o debate sobre o aumento da resistência dos vetores ao DDT quando utilizado por um longo período. O argumento da resistência criaria a necessidade de erradicação da malária (Packard, 1998, p.217). Esses dois encontros internacionais de saúde podem ser considerados marcos da erradicação da malária em nível global. A proposta principal surgida a partir desses acontecimentos foi a recomendação de que os países-membros da OMS transformassem seus programas de controle da malária em programas de erradicação o mais breve possível (Rachou, 1956, p.8-9). O início do processo de conversão dos programas de controle de malária existentes no Brasil em Campanha de Erradicação da Malária (CEM) só ocorreria no final da década de 1950 (Brasil, 1967, p.3).

A compreensão do termo “erradicação” foi imprescindível para o desenvolvimento de programas que objetivavam acabar com a malária. Segundo Rita B. Barata (1998, p.64), esse conceito foi proposto no Quarto Congresso Internacional de Medicina Tropical e Malária, em 1948. Essa concepção seria resultado da experiência adquirida nos programas de controle na Grécia, na Venezuela e nos EUA. A tentativa de erradicar a *Anopheles labranchiae* (um dos vetores da malária) na região da Sardenha não teve êxito. O programa mudou de estratégia,

não sendo mais centrada no vetor, e sim no parasita da malária. A nova tática consistia no combate intenso aos anofelinos infectantes, erradicando o parasita na população (Brown, 1998, p.128). A distinção entre “controle” e “erradicação” foi finalmente estabelecida pelo Comitê de Peritos em Malária da OMS em 1955. Segundo o comitê, nas ações de controle o objetivo era reduzir a transmissão a um grau suportável, enquanto na erradicação almejava-se o extermínio da doença (Brasil, 1967, p.2).

O Sexto Informe do Comitê de Malária da OMS, de 1956, estabeleceu as diretrizes que deveriam orientar a transformação dos programas de controle em programas de erradicação (Pampana, 1966, p.303). As campanhas deveriam obedecer às seguintes orientações: eliminação total e persistente da transmissão em todos os locais onde ela ocorresse; operações exclusivas cujos custos são vistos como investimento, e não como gastos permanentes; diagnóstico e classificação de todos os casos e avaliações periódicas de cunho epidemiológico e administrativo.¹

Em vocabulário típico do dito “sanitarismo campanhista”, em que se apela para imagens bélicas, o Programa da Malária, em sua “fase de ataque”, seria orientado por dois objetivos principais: “operações de ataque” e “operações de avaliação”. As operações de ataque seriam propriamente os programas de erradicação com o borrifamento de inseticida residual em todas as residências na área malárica até interromper a transmissão. A duração mínima da fase de ataque seria de três anos, podendo se estender até sete anos. Em alguns casos excepcionais, as operações de ataque poderiam consistir em métodos antilarvários, com ou sem borrifamento domiciliar, e intensa profilaxia com o uso de medicamentos. As operações de avaliação representariam as pesquisas “malariométricas” realizadas nos casos e locais positivos, ou seja, as pesquisas realizadas em indivíduos e áreas com malária. Segundo Pampana (1966, p.304), essas operações de avaliação seriam de responsabilidade dos serviços nacionais de erradicação da malária de cada país.

A erradicação da malária planejada pela OMS estabeleceu dois critérios, que todos os países deveriam seguir, para interromper as operações de borrifamento de DDT: primeiro, as operações de vigilância deveriam cobrir uma área grande e contínua, mostrando a interrupção de transmissão completa dessa área; segundo, não poderiam existir casos de malária infantil. No entanto, haveria tolerância para casos autóctones recentes. Em 1964, o Comitê de Especialistas em Malária da OMS adotou o seguinte critério: para interromper o borrifamento de inseticida residual nos domicílios, deveria ser observado se, no período de 12 meses, o número de casos não ultrapassava 0,1% em mil habitantes (Pampana, 1966, p.306).

A fase de consolidação da erradicação seria iniciada depois que houvesse uma cobertura total com inseticida residual na área afetada por malária, pondo fim à fase de ataque. Segundo o Sexto Informe do Comitê de Malária da OMS (Pampana, 1966, p.307), essa fase terminaria depois de três anos de vigilância ativa terem demonstrado ausência de novo caso autóctone. Nesse caso, a erradicação da malária teria sido alcançada. Em 1959, a OMS reelaborou os critérios para a erradicação da malária: (a) a não existência de transmissão; (b) o fim da endemicidade residual; (c) a não utilização de medidas de controle de vetores e de cobertura de quimioterapia de rotina durante três anos consecutivos (p.307).

Apesar de, em 1958, o Oitavo Informe (8th Report..., set. 1960) ter elaborado novos critérios para estabelecer a erradicação da malária, o requisito principal permaneceu inalterado: a

ausência de casos autóctones durante três anos. A fase de manutenção, que se inicia depois de confirmada a erradicação da malária, consistia em rigorosa vigilância epidemiológica contra a reintrodução da doença. A estratégia da campanha mundial de erradicação proposta pela OMS, portanto, envolvia a uniformização das ações adotadas nos diversos países, criando um modelo único a ser seguido.

Desse modo, a campanha de erradicação da malária preconizada pela OMS representaria um modelo de saúde pública. Esse modelo seria orientado por uma política verticalizada, ou seja, as ações para erradicar a malária deveriam ser as mesmas em qualquer lugar do mundo. Como parte fundamental daquele contexto, registre-se forte confiança na técnica e no conhecimento científico como formas de garantir o sucesso da campanha e de qualquer investimento de saúde pública. Na “era do desenvolvimento”, soluções de base técnica, que incluíam medidas de planejamento de tom normativo, apontavam para padrões de intervenção na vida pública que eram compreendidos na forma de *inputs* e *outputs*. Isto é, dada uma intervenção técnica, uma consequência esperada e planejada dela decorreria (Rivera, Artmann, 2012).

A realidade, contudo, revelava-se muito mais complicada e desafiadora. Havia preocupações no que tange à resistência que os vetores alcançaram em relação à principal forma de intervenção técnica na época: o DDT. Essa preocupação acabaria por dar base a um dos principais argumentos para a elaboração de uma campanha de erradicação global com as características que discutimos acima. No caso da campanha da erradicação da malária, o DDT seria o problema e a solução. Problema pela perda de eficácia, e solução porque seria o instrumento principal para a eliminação da doença.

A eleição da malária como a doença mais grave que atingia a população mundial na década de 1950, contudo, não teria, de imediato, o mesmo impacto nos países-membros da OMS. O Brasil seria um desses países em que a malária estaria presente mas parecia não incomodar mais. Pelo menos é o que sinalizava o Programa de saúde pública do então candidato à presidência Juscelino Kubitschek (JK). Escrito pelo médico sanitário Mário Pinotti, diretor do Serviço Nacional de Malária (SNM), o programa fazia uma associação – clássica naquela época – entre saúde e desenvolvimento. Para ele e outros sanitários de vanguarda contemporâneos, as doenças seriam, em parte, responsáveis pela pobreza e pelo atraso das nações subdesenvolvidas. Segundo JK e Pinotti, a medicina dos anos 1950 permitiu a classificação das principais doenças, daquele contexto, em três grandes grupos.

No primeiro grupo estavam as chamadas doenças pestilenciais que, para Juscelino, já haviam sido superadas pelas ações pioneiras de Rodrigues Alves e Oswaldo Cruz. O terceiro grupo de doenças correspondia às patologias degenerativas como o câncer e os males cardiovasculares, que teriam importância menor quando comparadas às doenças do segundo grupo. Estas últimas, em sua perspectiva, eram, de fato, as doenças sobre as quais caberia atenção por parte das autoridades, as doenças de massa por excelência: malária, tuberculose, lepra, verminose, boubá, entre outras – consideradas responsáveis pelo comprometimento do desenvolvimento dos países (Programa..., 1955, p.4).

Apesar de pouco ou quase nada divulgado pela literatura que trata do governo JK, o então candidato Juscelino tinha um programa de metas exclusivo para a saúde pública, que propunha resolver as principais questões de saúde pública no Brasil. Sem se afastar desse debate, este

artigo tem como foco a trajetória do Grupo de Trabalho de Controle e Erradicação da Malária no Brasil, em suas diferentes relações com as discussões e normativas travadas e estabelecidas em âmbito internacional, sobretudo na OMS.

Interessa analisar a maneira como os interesses definidos localmente interferiram na trajetória das orientações vindas de Genebra. Os conflitos entre os mais variados interesses, desde políticos e institucionais, das comunidades de especialistas, até das burocracias públicas, produziram um contexto que não deixou de gerar importantes consequências para a recepção, no Brasil, das diretrizes para a erradicação da Malária como um problema de saúde pública global no pós-guerra. Dividido em duas partes, o texto discute na primeira as tensões em torno do debate sobre o controle e/ou a erradicação da malária. Além da disputa em torno de simples terminologias técnicas, estava em jogo, no contexto dos anos 1950-1960, a definição de prioridades na agenda da saúde brasileira.

Na segunda parte do texto discutiremos o destino do combate à malária no início do período militar, quando é criado o Programa Nacional de Erradicação da Malária, em um movimento de aparente alinhamento do governo brasileiro às orientações da OMS. Na última parte do texto, faremos um balanço, considerando o papel dos diversos interesses em jogo no país e o arrefecimento da malária como questão central na agenda da saúde pública, também em âmbito internacional.

O Grupo de Trabalho de Controle e Erradicação da Malária

Não houve, no Brasil, adesão imediata ao plano de erradicação mundial da malária elaborado pela OMS. A análise histórica da luta contra a malária no país pode sugerir que a construção de certa tradição nacional de controle da doença serviu também para a criação de uma resistência política e científica ao plano. Paradoxalmente, essa tradição de controle da malária apoia-se em um caso bem-sucedido de erradicação do vetor *Anopheles gambiae*.

De todo modo, para o Comitê de Peritos de Malária da OMS de 1955, os programas de erradicação tinham como principal objetivo a extinção da doença, enquanto os programas de controle então experimentados visavam apenas à redução da transmissão. O governo brasileiro aceitaria o plano de erradicação proposto pela OMS em 1955. No entanto, a CEM só seria oficializada dez anos depois, por legislação específica. A lei 4.709/65 altera a lei 2.743, de 1956, e cria a CEM, substituindo os decretos-lei 43.174/58, 14.494/58 e 50.925/61 (Brasil, 1967, p.4).

A legislação antes de 1965 parece ter servido para a preparação ou a conversão dos programas de controle e combate à malária existentes no país em planos de erradicação, o que é, em parte, curioso, uma vez que a OMS e as agências internacionais de financiamento tinham um discurso afinado em relação ao assunto: investimento somente em iniciativas de erradicação. O Brasil, por sua vez, em termos de discurso, reproduzia os enunciados internacionais, mas, na prática, mantinha-se fiel à doutrina do controle. No final das contas, o diagnóstico de nossos malariologistas não convergia para o mesmo sentido de gravidade, em torno da situação da malária, tal como apregoava a OMS (7th Report..., 1957, p.7). Nesse sentido, enquanto a fase preparatória preconizada pela OMS era de um ano para que os países criassem legislação específica para a campanha e efetivassem a transformação imediata das

suas ações de controle em programas de erradicação, no Brasil essa fase inicial se prolongou por mais de três anos (Brasil, 1966. p.36).

No entanto, o governo brasileiro, como dissemos, não foi um seguidor leal dessas recomendações, que, em alguns casos, foram denominadas “exigências” da OMS e do governo americano. Como podemos explicar essa ambiguidade por parte do governo do Brasil no que tange às recomendações vindas da OMS para a erradicação da malária? Devemos considerar que a segunda metade da década de 1950 seria um momento propício no contexto internacional para negociações.

O contexto internacional é marcado pela Guerra Fria. A América Latina, composta essencialmente por países agroexportadores, fornecedores de matérias-primas para os EUA e outros países com capitalismo avançado, sofria com precárias condições sanitárias da população e com a desigualdade social (Hobsbawm, 1995, p.350-351). A insatisfação de amplos segmentos sociais dessas nações começou a preocupar o governo norte-americano, que promovia, no ambiente do pós-guerra, a expansão e manutenção de sua hegemonia na região, principalmente com financiamento de programas econômicos e sociais. Multiplicam-se, no período, os esforços de contenção do modelo socialista soviético (Campos, 2006).

Nesse mesmo contexto se encontrava o governo de Juscelino. JK tentava concretizar aquilo que fora definido em seu Plano de Metas, uma série de medidas que tinha em vista a industrialização e modernização do país. Em 1958, no entanto, já eram visíveis as suas dificuldades na condução do governo e nos investimentos necessários para que o Plano de Metas virasse realidade. Nesse contexto, Vizentini (2004, p.89) diz que Kubitschek adotou a barganha nacionalista frente aos EUA. JK aproveitou o cenário criado pelo momento da Guerra Fria para negociar acordos bilaterais com o governo norte-americano. A questão da segurança continental tornou-se um tema iniciador de diálogo com Washington. “Em 1957, Washington formula a Doutrina Eisenhower, destinada a enfrentar o nacionalismo e o esquerdismo no Terceiro Mundo. Embora tal política houvesse sido criada em função da guerra de 1956 e da radicalização política do Oriente Médio, sua aplicação foi generalizada, existindo cooperação com a CIA” (p.95-96).

Segundo Vizentini, o período compreendido entre o suicídio de Vargas, em agosto de 1954, e a constituição da Operação Pan-Americana, em 1958, pode ser caracterizado como uma espécie de “hiato dentro do conjunto da política externa da fase populista” (Vizentini, 2004, p.96). Após 1958, houve o retorno a uma política que procurou posição mais autônoma perante os EUA e a tentativa de estabelecer acordos de cooperação bilateral. Em relação à saúde pública, esses acordos foram aproveitados pelo governo brasileiro, que obteve consideráveis recursos para a manutenção dos programas de controle da malária, mesmo não sendo os recomendados ou exigidos.² No entanto, os recursos das agências internacionais não eram suficientes, e a questão financeira sempre era apontada como um problema para a efetivação do programa de erradicação. A questão estrutural da campanha seria responsável pela manutenção dos programas de controle. Nos relatórios da campanha de erradicação em 1961, o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) foi apontado como a instituição que engessava e manipulava os recursos.

Todavia, a Campanha, estruturada dentro de um Departamento, não dispendo de flexibilidade à manipulação de recursos, estava sem condições para conduzir o programa elaborado. O agravamento da carência financeira foi repercutindo negativamente sobre o órgão, cujas atividades de 'controle' desceram a tal nível que os índices maláricos começaram por se tornar alarmantes. Houve, então, de carrear recursos para incrementação do rociamento [borrifamento] nessas áreas de 'controle', sendo que, em 1959, o número desses rociamentos quase se equilibrou entre as áreas de erradicação e 'controle'. Tais ocorrências debilitariam a ação da Campanha, cuja competente direção não conseguiu alcançar as suas metas através dos fatores fundamentais de um plano de erradicação: continuidade, intensidade e periodicidade (Brasil, 1967, p.37; destaques no original).

Em 1953, o Ministério da Saúde foi desmembrado do Ministério da Educação, e três anos depois, como vimos, foi criado o DNERu. A missão básica do DNERu seria organizar e executar os serviços de investigação e promover o combate às doenças de massa e, mais especificamente, às endemias rurais, doenças que acometiam a população do interior do país, cujas condições sanitárias eram precárias. A partir de 1958, o DNERu "dirigiria"³ também o Grupo de Trabalho de Erradicação e Controle da Malária (Brasil, 1967, p.4).

Ao analisar o Programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek, podemos identificar a malária como um problema considerado quase superado pelas ações de controle datadas desde 1941. Ou seja, na área de saúde pública, o documento nos informa que a malária não era o maior problema sanitário da população brasileira. A malária, como uma questão de ordem não prioritária no campo da saúde pública brasileira, reflete parte da postura adotada pelo governo: fiel às experiências de controle praticadas no país, mas em descompasso com as recomendações da OMS. Não tardaria, contudo, que a primeira sinalização da política de saúde do governo para a erradicação da malária, em uma mudança de rumo, viesse com a criação do Grupo de Trabalho de Erradicação e Controle da Malária, em 1958.

O decreto-lei 43.174, de 4 de fevereiro de 1958, instituiu um grupo de trabalho encarregado das atividades de planejamento e execução da erradicação da doença no Brasil. O GTEM foi criado dentro do DNERu e era composto pelos seguintes membros: diretor-geral do DNERu; coordenador da Campanha Contra a Malária do DNERu; e o representante brasileiro do Ponto IV no Brasil.⁴

O GTEM era presidido pelo diretor-geral do DNERu. No mesmo ano, uma modificação na legislação determinou que o Grupo de Trabalho passasse a ser comandado pelo ministro da Saúde. O governo brasileiro firmou convênios de cooperação com a Repartição Sanitária Pan-americana e com a International Cooperation Administration (ICA), do governo dos EUA (Noticiário, 1958, p.213).

Segundo o então ministro da Saúde Mauricio Medeiros, o GTEM foi constituído para "atender" à exigência da OMS e para "acatar" a vontade do governo norte-americano. A Repartição Sanitária Pan-americana e o Ponto IV estavam empenhados em assistir o Brasil na questão da erradicação da malária. Nesse sentido, essas duas instituições de auxílio exigiam que a ajuda fosse repassada a um órgão especializado e exclusivamente dedicado à erradicação da malária. O GTEM foi criado a partir desses entrecruzamentos de interesses e estruturas nacionais. Nas palavras de Medeiros:

Declaro instalado o Grupo de Trabalho, que se criou no Departamento Nacional de Endemias Rurais, para satisfazer à 'exigência' da Organização Mundial de Saúde e para 'atender ao desejo' do Governo americano que estavam dispostos, a primeira por intermédio da Repartição Sanitária Pan-Americana e o segundo pelo Ponto IV, a auxiliar o Brasil no problema da erradicação da malária. Em ambos havia a vontade de que esse auxílio fosse dado a um órgão especializado e consagrado exclusivamente ao problema da erradicação da malária (Noticiário, 1958, p.214; destaques nossos).

Medeiros, cumprimentando os membros do Grupo de Trabalho, declarou seu desejo de execução do programa nos prazos determinados. O ministro da Saúde assumiu o compromisso com a campanha da OMS sem discutir as especificidades culturais e geográficas do território brasileiro. Acreditava que, seguindo as diretrizes da OMS e da ICA, o Brasil alcançaria a erradicação da malária. O discurso de Medeiros é de total adesão ao que ele chamou de exigência da OMS, mas o governo brasileiro, na prática, assumiu outra posição.⁵

A área malárica do Brasil correspondia a 7.747.398km², grande parte do território nacional, sendo o GTEM responsável pela elaboração de um plano de trabalho que previa a execução do programa de controle e de erradicação por etapas, de acordo com áreas geográficas pré-selecionadas. As áreas definidas para a cobertura por ações de erradicação eram bastante restritas em 1958. O programa de controle prevaleceu em grande parte do território nacional. O objetivo defendido por Pinotti para a manutenção das políticas de controle da malária era programar, gradualmente, a CEM, sem comprometer os resultados considerados positivos já obtidos, ou seja, não interromper as ações de controle até que o programa de erradicação tivesse atingido toda a área malárica no país.

O GTEM iniciou suas atividades no Nordeste, utilizando como principal ação de combate o DDT. Para a região amazônica, o sal cloroquinado foi o método escolhido (Brasil, 1964, p.1). A promessa de que o programa de controle seria mantido por pouco tempo não foi cumprida. Além disso, a fase inicial da campanha de erradicação durou mais tempo que o planejado. Em defesa dessa posição, existia o discurso da "falta" de recursos para proceder conforme a OMS prescrevia. Nesse contexto, os malariologistas brasileiros, em especial Pinotti, estavam tranquilos em relação à representação da malária no Brasil. No entanto, segundo Pinotti e JK, a malária passaria a ser uma ameaça no país após 1958. Na prática, não representava um problema grave de saúde pública.

Como vimos, o DNERu foi criado nos primeiros meses do governo de Juscelino Kubitschek, incorporando os Serviços Nacionais de Saúde criados em 1941. Essa nova instituição tinha como prioridade as doenças que afetavam o mundo rural e seus habitantes. A escolha da malária como a principal doença que ameaçava a humanidade, a "criação da necessidade" de erradicá-la, não foi suficiente para construir o mesmo sentimento de gravidade no contexto brasileiro. O DNERu era um movimento justamente na direção contrária das recomendações a um departamento que seria responsável por várias endemias rurais. Tudo indica que a comunidade científica e a burocracia sanitária brasileira iam em sentido oposto ao definido pela OMS.

De fato, as ações de combate à malária no país representariam exemplos bem-sucedidos de controle para outras endemias rurais. Segundo JK, ainda em 1946 existiam oito milhões de doentes com malária. A malária estava presente desde a região do Amazonas até o Rio Grande

do Sul. Viviam em regiões endêmicas 26 milhões de brasileiros.⁶ No entanto, Kubitschek afirmava que, com as ações de borrifamento de inseticidas e do tratamento dos doentes com drogas antimaláricas, a doença atingiu níveis baixos de incidência, e o número de infectados diminuiu, alcançando a marca de duzentos mil. Nas palavras de Juscelino:

Essa redução espetacular, que se conseguiu em tão pouco tempo, foi na proporção de 97%. A malária foi praticamente expulsa do Brasil, conquistamos uma grande vitória. Mas, para isso, não bastaram os recursos da técnica e da ciência. Foi e será sempre necessário que, ao lado dos recursos modernos da técnica e da ciência, exista uma equipe competente e devotada de especialistas, organizada e comandada por homens como Mário Pinotti (Programa..., 1955, p.16).

Durante seu governo em Minas Gerais (1951-1955), Kubitschek assinou convênios com o SNM, para o controle da malária e do mal de Chagas, resultando em ações sanitárias associadas às suas prioridades de eletrificação, industrialização e construção de rodovias para modernizar o estado. Para JK, a experiência da política de controle de malária forneceu três lições básicas para servir de modelo para futuras políticas de saúde no Brasil. A primeira lição era que os recursos técnicos e financeiros para empreender ações eficazes de saúde deveriam ser significativos e estar disponíveis. Segunda lição: o gerenciamento dos recursos e empreendimentos deveriam ser conduzidos por profissionais capazes e que estivessem fora do ambiente político. A terceira lição era que a capacidade dos profissionais brasileiros no campo da saúde pública seria exemplar, superando obstáculos e dificuldades de todas as ordens. Como indicamos, JK percebia, na época, o exemplo das ações de controle da malária como modelo de política de saúde. Para ele, o programa de controle da malária havia superado enormes obstáculos tanto de recursos como territoriais. O programa obteve sucesso, tendo praticamente erradicado a doença (Programa..., 1955, p.24).

Superado esse contexto, no dia 11 de março de 1958 foi realizada a sessão de instalação do Grupo de Trabalho criado para erradicar a malária no Brasil. O GTEM contou com os principais personagens vinculados às endemias rurais: o professor Mauricio Medeiros, ministro da Saúde; Mário Pinotti, presidente do Grupo de Trabalho; Fernando Bustamante, coordenador da CEM; Guilherme de Aragão, representante brasileiro do Ponto IV no Brasil; E. Ross Jenney, representante da ICA; Kenneth O. Courtney, representante da Repartição Sanitária Pan-americana; e Antônio Franco de Oliveira, secretário do Grupo de Trabalho (Noticiário, 1958, p.213).

Na mesma sessão de instalação do Grupo de Trabalho, Mário Pinotti fez um discurso norteado pela crença na erradicação da malária em que assumia uma posição bastante diferente em relação ao seu prefácio do *Programa de saúde pública do candidato Juscelino Kubitschek* (1955). Ou seja, conforme mencionado, na ocasião do início do governo de Juscelino, Pinotti e o presidente não identificavam a malária como uma questão de saúde pública tão grave. A malária era vista como um exemplo bem-sucedido de política de saúde pública baseada no controle da doença – um problema sanitário quase superado.

Em perspectiva renovada, Pinotti fez um balanço do programa de controle da malária desenvolvido principalmente pelo SNM, nos anos 1940, e pelo DNERu, a partir de 1956. Segundo Pinotti, com a descoberta do DDT e sua utilização em massa no pós-Segunda Guerra Mundial, conseguiu-se cobertura quase completa de todo o território nacional. O Distrito

Federal, por exemplo, não registrava caso autóctone algum desde 1951. O mesmo ocorria em 114 municípios nos quais a malária fora erradicada. Para Mário Pinotti, o sucesso do programa de controle brasileiro seria a estrutura e organização de um serviço bem-orientado de aplicação domiciliar de DDT (Programa..., 1955, p.27).

Em 1958, portanto, na solenidade de criação do Grupo de Trabalho, como presidente do GTEM, Mário Pinotti mostrava-se bastante preocupado com a situação da malária no país. Seu discurso apontou a necessidade de ações rápidas contra a doença. As armas apontadas por Pinotti na luta pela erradicação eram o DDT e o sal cloroquinado (Silva, Hochman, 2011). O DDT, como ação direta contra o mosquito. O sal cloroquinado, contra o parasito no sangue. O prazo estipulado para a erradicação da doença era de cinco anos, de acordo com as recomendações da OMS. No entanto, Pinotti afirmou, oportunamente, que a meta só poderia ser cumprida se houvesse auxílio do governo norte-americano, representado pelo Ponto IV. Pelo prognóstico do presidente do GTEM, sem auxílio, o Brasil só alcançaria a erradicação da malária no prazo mínimo de sete anos.

Agora, o que quero salientar é o seguinte: mesmo com o programa de controle, houve realmente um grande investimento de capital pela recuperação econômica de vastas áreas do país, antes completamente abandonadas. Basta dizer que em 1940, com uma população de 40 milhões de habitantes, a nossa estimativa era de 8 milhões de casos de malária no Brasil, enquanto agora, em 1957, com uma população de 62 milhões de habitantes, contamos apenas com 250 mil casos de malária. Evidentemente, isso propiciou uma grande recuperação econômica do território nacional. ... Nós, Sr. Ministro, já estamos em condições de enfrentar o programa de erradicação da malária. Primeiro, porque o Governo, graças ao interesse sempre prestimoso de V. Ex.^a, nos permitiu maiores dotações orçamentárias e, segundo, porque há a cooperação do Governo americano, representada pelo Ponto IV, o qual nos dará uma 'ajuda expressiva' nessa campanha de erradicação e, por fim, a Repartição Sanitária Pan-americana, que sempre está presente nesses trabalhos de caráter internacional (Noticiário, 1958, p.216; destaque nosso).

Dada sua trajetória, Pinotti foi escolhido presidente do Grupo de Trabalho. O reconhecimento de seu trabalho de sanitarista e a direção exercida frente ao SNM e ao DNERu faziam dele quase uma unanimidade. Seu nome, aliás, foi dado ao método do sal cloroquinado que se pretendia ser a contribuição brasileira à malariologia mundial. Nesse contexto, o discurso de Mário Pinotti, informando a gravidade da malária no Brasil em 1958, intentava transmitir confiança e seriedade à proposta apresentada pelo governo brasileiro para a erradicação da malária. O pedido de auxílio financeiro para a campanha feito por Pinotti seria atendido, em parte, por causa do reconhecimento do trabalho do sanitarista brasileiro. Ele representava a principal autoridade de malária no Brasil. Não seria estranho o compromisso de Pinotti com a campanha de erradicação, se ele de fato acreditasse que a malária representava um grave problema de saúde pública nacional. Teria ele, de fato, mudado de ideia? (Programa..., 1955, p.31).

Para o coordenador da campanha de erradicação do Grupo de Trabalho, Fernando Bustamante, a campanha de erradicação da malária no território nacional não seria uma empreitada fácil. A região amazônica constituía um dos problemas que o programa iria enfrentar. As condições epidemiológicas da região, relacionadas à biologia do vetor mais comum, o *Anopheles darlingi*, seriam os obstáculos iniciais. Os tipos de habitações, o modo de

vida da população, os problemas administrativos, consequência da extensão do território e da baixa densidade demográfica, representariam também sérias ameaças à campanha. Nessa conjuntura, Bustamante era um dos defensores da utilização do sal cloroquinado (Silva, Hochman, 2011).

Bustamante (1959), em um discurso afinado com Mário Pinotti, iria colocar como princípio básico para a conversão dos programas de controle em erradicação o aumento do orçamento para a campanha, isto é, o plano de erradicação seria mais dispendioso e só ocorreria se houvesse auxílio financeiro das agências internacionais. A erradicação seria possível, mas com custo acima do que alguns países poderiam arcar. A estrutura institucional seria muito importante para o funcionamento da campanha de erradicação, assim como a experiência dos malariologistas brasileiros, que poderia garantir o sucesso da campanha. No entanto, segundo Bustamante, existia uma resistência por parte de políticos e profissionais da malária em relação aos programas de erradicação.

Segundo a perspectiva destes últimos, a manutenção dos programas de controle era defendida, no caso, por ser considerada uma experiência bem-sucedida. O Brasil já estaria no caminho da erradicação da malária. Adotar o programa de erradicação geraria gastos com que o governo não tinha como arcar. Já na análise de Bustamante, o programa de controle foi responsável pela criação de uma estrutura que “poderia” ser útil na implantação do plano de erradicação. O que podemos concluir é que o programa de controle, em alguns momentos, foi visto positivamente, representando uma boa estrutura capaz de impulsionar a campanha de erradicação. Por ser considerado um sucesso no Brasil e gerar menos gastos, a defesa pela manutenção desse tipo de programa, na prática, seria enorme. Na teoria, percebemos os esforços de produzir discursos sintonizados com as propostas da OMS.

Segundo o coordenador do GTEM, a concepção de controle era utilizada em malariologia e em saúde pública, para determinar a aplicação de medidas que tinham o intuito de reduzir a incidência da doença, sem que a redução provocasse, necessariamente, a erradicação. No Brasil, o combate à malária baseava-se, principalmente, na aplicação de medidas contra os criadouros dos anofelinos vetores; dessa forma, a redução da doença implicava, basicamente, a redução da densidade dos vetores.

Havia casos em que o controle da malária ocorreria com a aplicação de inseticidas sem que houvesse redução da densidade de vetores. Esse tipo de controle poderia ser feito também com os de ação residual como o DDT. As drogas antimaláricas também seriam utilizadas nas ações de controle. Bustamante apresenta os principais remédios contra a malária desenvolvidos após a Segunda Guerra Mundial. Segundo o coordenador do GTEM, a quinina reinou por quase três séculos, sendo as drogas profiláticas como a cloroquina (Aralen, Resoquina, Nivaquina B), a amodiaquina (Camoquim), o proguanil (Paludrina), a perimetamina (Duraprin) e a primaquina as mais eficazes.

No final das contas, o terreno para a erradicação da malária no Brasil estava preparado, tinha os especialistas, a experiência, um novo método, mas faltavam recursos para iniciar a campanha. Nesse sentido, O GTEM foi criado como órgão responsável para gerenciar a campanha. Representou também, como já sinalizamos, uma “imposição” das agências financiadoras da campanha de erradicação da OMS. Ou seja, a ICA, como parte do Ponto IV,

condicionava o auxílio à campanha à criação de uma instituição dinâmica e com certa autonomia.

A criação do GTEM era a primeira etapa do comprometimento do governo brasileiro com a campanha mundial de erradicação, a primeira condição para a obtenção de recursos para a instalação de um programa de erradicação nacional. Ao considerar o planejamento dos especialistas da OMS, o Grupo de Trabalho teria um ano para criar uma legislação específica visando à erradicação e à conversão dos programas de controle, o que não ocorreu. A alegação constante foi sempre a falta de recursos. A imposição da OMS e do governo norte-americano não foi absoluta. No caso brasileiro, ocorreu uma negociação não explícita, o que permitiu a manutenção de práticas de controle da malária por um bom período. Contudo, para Rachou (1960, p.333-334), havia causas que dificultariam o funcionamento das campanhas de erradicação:

Temos a considerar os hábitos de certas espécies de anofelinos. Embora a endofilia seja quase uma constante no comportamento das espécies vetoradas, há vetores com acentuada exofilia, picando o homem fora das casas e mantendo uma transmissão extradomiciliária. ... apresentam-se certos hábitos da população humana a ser protegida. Certas populações, como as dos garimpeiros, balateiros, seringueiros etc., pela própria natureza de seu trabalho, levam uma vida nômade, mudando constantemente de pouso e sem moradia fixa; não têm casas para serem desinsetizadas e que assim os protejam da transmissão da malária. ... a considerar ainda, em certas regiões, os tipos das casas. Casas sem paredes ou com poucas paredes, oferecendo nenhuma ou pouca superfície para aplicação do inseticida. ... certas regiões de rarefeita densidade demográfica, de grandes superfícies e de deficientíssimos meios de comunicação, dificultando e, algumas vezes, impedindo mesmo a periodicidade das desinsetizações domiciliárias.

Rachou estava justificando a utilização do método Pinotti como instrumento alternativo de combate à malária, mas ao mesmo tempo apontando as falhas da doutrina da erradicação, que seria a base da campanha mundial. Essas falhas impossibilitavam proceder conforme o planejamento e a recomendação da OMS. A manutenção de práticas de controle seria justificada mas não aprovada pelas agências promotoras da campanha. Essas dificuldades apresentadas no contexto nacional serviram para a negociação e a obtenção de auxílio. Os recursos deveriam superar esses obstáculos e reafirmar o compromisso com a campanha de erradicação (Rachou, 1960, p.332).

Esse compromisso, em 1958, seria muito mais uma promessa que uma ação de fato. Os discursos de Pinotti e JK, em 1955, que confirmavam a doença como uma questão de saúde pública resolvida fortaleciam os procedimentos de controle (Programa..., 1955). No entanto, a adesão à proposta da OMS poderia ser, para o governo de JK, uma forma de compensar áreas que estavam descobertas por causa da canalização de recursos para o cumprimento do Plano de Metas, pela construção de Brasília e pela crise financeira de meados de seu mandato (Vizentini, 2004, p.100).

Nesse sentido, o planejamento da transformação do programa de controle em erradicação da malária seria apenas um atendimento formal às recomendações da OMS elaboradas em 1955. A organização previa a criação de órgãos (instituições) autônomos e descentralizados administrativamente para planejar e executar a campanha de erradicação. O GTEM era o órgão criado para cumprir esse papel, mas o DNERu, por intermédio de Pinotti, controlou as

ações do GTEM. Bustamante também se refere ao tema da malária em discurso como uma questão grave em 1958. A malária seria apresentada, nesse contexto, como o problema mais sério de saúde pública, que atingia de 200 a 250 milhões de pessoas infectadas em todo o mundo. A área de maior ocorrência era o continente africano, que não tinha acesso às mais avançadas técnicas profiláticas. No entanto, o coordenador do GTEM acreditava firmemente que a estrutura e a tradição nacional de controle da doença garantiriam o sucesso de um possível programa de erradicação no Brasil. Segundo Bustamante, a eliminação da malária seria mais um problema financeiro e administrativo que técnico. O ministro da Saúde, Mauricio Medeiros, na ocasião da instalação do GTEM, afirmou que a malária no país estava sob controle e passaria para a fase de erradicação sem problemas. Segundo o ministro, o programa de erradicação da malária foi planejado, inicialmente, para ocorrer no prazo de cinco anos, podendo ser prorrogado para seis ou sete anos. Ou seja, a erradicação da malária no Brasil ocorreria no prazo máximo de sete anos. Para Medeiros:

O interesse americano está em que não é possível pensar-se na erradicação de uma doença transmitida por insetos se esse trabalho não for coordenado entre várias nações do continente. Desde que o governo americano e a Organização Mundial de Saúde se acham preocupados na erradicação da malária no mundo e, conseqüentemente, no continente sul-americano, era indispensável a colaboração do Brasil que, julgo, no momento presente, era dos poucos países que ainda não tinham aderido nem entrado no plano internacional (Noticiário, 1958, p.214).

Segundo Aragão, que era representante do Ponto IV no Brasil, a instalação do GTEM seria o coroamento da campanha nacional de controle da malária comandada por Mário Pinotti. Para Aragão, o GTEM representaria outra fase da campanha, que teria o intuito de ser internacional. Isto é, o GTEM se entrosaria ao plano global de erradicação proposto pela OMS. Nesse contexto, Aragão acreditava que, além do entrosamento da campanha de controle da malária com o GTEM, deveria existir uma continuidade administrativa (Noticiário, 1958, p.215).

O período que iniciou com as propostas da erradicação da malária pela 14ª Conferência Sanitária Pan-americana (1954) e a oitava Assembleia Mundial de Saúde (1955) coincide com a apresentação do Programa de saúde pública, em 1955, do candidato Juscelino Kubitschek. Como demonstramos, no início do governo JK, a malária não ocuparia espaço de maior relevância em detrimento de outras endemias rurais. Apenas em 1958 são realizadas ações em direção às propostas pela OMS. A criação do GTEM, subordinado inicialmente ao DNERu, seria um tímido passo em direção à proposta da OMS. O governo JK termina em 1961, sem ter ainda cumprido a fase inicial do Programa de Erradicação da Malária, que previa a criação de uma legislação específica.

Em 1961, o GTEM sofreu a primeira reformulação. É criado um plano emergencial para corrigir as falhas do planejamento de 1958. Nesse momento, nem Mário Pinotti nem JK seriam mais governo. Pinotti, afastado do Ministério da Saúde no ano anterior, deixou a vida pública e também suas atividades como malariologista. O método do sal cloroquinado começaria a ser questionado no contexto nacional (Hochman, 2008, p.182-183; Silva, Hochman, 2011). O DNERu foi responsabilizado, parcialmente, pela situação crítica em que se encontrava a campanha. A estrutura administrativa do DNERu, centralizando os recursos

e as ações, impossibilitava o funcionamento do GTEM (Brasil, 1967, p.37). Após três anos de sua instalação, durante o governo Jânio Quadros, o GTEM sofreu uma modificação por conta do decreto-lei 50.925, de 7 de julho de 1961, que estabeleceu que o GTEM passaria a ter o encargo de planejar e executar os trabalhos de controle e de erradicação da malária no território nacional. Isto é, as chefias dos trabalhos de controle e erradicação foram unificadas.

Resultante desse entendimento, publicou o governo novo Decreto reunificando a Campanha e concedendo-lhe mais autonomia. A antiga chefia executiva foi substituída por uma superintendência; procurou-se suprir, com novos recursos, graves deficiências de pessoal, de inseticida e equipamentos indispensáveis; novas frentes de trabalho foram abertas. O 'Plano de Emergência' foi estabelecido pelo prazo de 2 anos, findos os quais as atividades de controle estariam ultrapassadas pelo programa de erradicação (Brasil, 1967, p.36; destaque no original).

A equipe que criou o GTEM em 1958 foi alterada, principalmente a chefia executiva, que foi transformada em superintendência. O plano emergencial de 1961 marca o fim da atuação de um grupo que coordenava os programas de controle da malária por mais de uma década. Pinotti esteve à frente das ações contra a doença por intermédio do SNM e do DNERu desde 1942, e manteve-se na direção das instituições mesmo com as mudanças de governo. O GTEM foi, até o início da década de 1960, um braço do DNERu associado à campanha de controle da malária promovida pela instituição. Nos primeiros três anos, o GTEM esteve sempre subordinado à direção de Mário Pinotti, tanto no DNERu como no Ministério da Saúde.

Após 1961, o programa foi denominado Campanha de Controle e Erradicação da Malária (CEM), e seria executado de acordo com um novo plano elaborado pelo Grupo de Trabalho de Erradicação da Malária. Esse novo plano previa maior autonomia da campanha e a diminuição gradual das atividades de controle. A execução da CEM ocorreria em duas etapas. A primeira, de caráter emergencial, devia executar a fusão da fase preparatória com a fase de ataque, que incidia no reconhecimento geográfico, na passagem progressiva de ciclo para ciclo, buscando abranger toda a área malárica do país.⁷

A segunda etapa correspondia ao momento de cobertura integral (erradicação). Esse novo Grupo de Trabalho era composto por: ministro da Saúde; diretor-geral do DNERu; diretor-geral do Departamento Nacional de Saúde; superintendente da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública; superintendente da CEM; e representante do governo brasileiro junto ao Ponto IV (Brasil, 1965, p.1-2). O diferencial desse GTEM em relação ao de 1958 era a influência menor do DNERu na campanha. Ou seja, havia ações de controle, mas diminuíram, sendo os recursos mais direcionados para a campanha de erradicação.

A essa altura, o Brasil ainda não havia, de fato, convertido seu programa de controle em campanha de erradicação. Dados da Opas apontavam que apenas em algumas localidades do Nordeste a conversão iniciou-se. O método Pinotti era largamente utilizado na região amazônica, e era apresentado nos relatórios internacionais como uma ação de combate à malária. No entanto, a partir de dezembro de 1961, o sal cloroquinado deixou de ser utilizado, e a Amazônia retornou ao estágio preparatório da campanha. O questionamento em relação ao método teria ocorrido, inicialmente, no contexto nacional, após a saída de seu idealizador. Um ano depois, as críticas no cenário internacional ressurgem, apontando diversas falhas (Silva, Hochman, 2011).

O superintendente da CEM, Mário Pinotti, nomeado pelo ministro da Saúde, era um técnico do Ministério da Saúde de reconhecida competência. Nesse cargo, tinha como missão principal realizar a CEM em todo o país. Seus poderes e funções equiparavam-se aos mesmos do diretor-geral do DNERu no que diz respeito à malária, tendo a competência de movimentar verbas orçamentárias, créditos especiais e créditos extraordinários.

Nesse contexto, constatamos o crescimento da campanha nas esferas política e econômica. Na esfera política, a CEM iguala-se ao DNERu, ao qual era subordinada. Na esfera econômica em 1961, os recursos do Ministério da Saúde destinados à CEM eram cerca de vinte vezes maiores, se comparados aos de 1958, e, aproximadamente, quatro vezes maiores que os recursos oriundos da United States Agency for International Development e da Opas e da OMS. A estrutura principal da CEM incluía a superintendência formada pela Auditoria Técnica e Administrativa; pela Assessoria Técnica Internacional e das Seções de Epidemiologia; pelas Operações de Inseticida, Divulgação Sanitária e Formação de Pessoal; e pela Administração, Transportes e Abastecimento (Brasil, 1965, p.2).

As regiões privilegiadas nesse período foram as áreas de fronteira do Brasil com outros países e territórios limítrofes. O método principal de ação foi a cobertura dessas regiões com inseticida. Em fase de manutenção (vigilância epidemiológica) em 1960, encontravam-se: (a) os estados da região Nordeste; (b) parte do Sudeste, como o sul de Minas Gerais e o estado da Guanabara; (c) Santa Catarina e o litoral norte do Rio Grande do Sul (Brasil, 1965, p.2-3).

Ao final desse ciclo, podemos dizer que os três anos de comprometimento do governo JK com a campanha da OMS de erradicação foram marcados mais por discursos e promessas que por ações concretas em direção à eliminação da malária. A criação do GTEM em 1958 mobilizou um grupo de especialistas em malária liderados por Mário Pinotti com larga experiência no controle da doença. O recém-criado DNERu, órgão centralizador das campanhas nacionais contra as endemias rurais, utilizou sua estrutura administrativa para dirigir as ações do GTEM. O DNERu gerenciava os recursos e privilegiava as práticas de controle, contrariando a vontade da OMS e das agências internacionais de assistência patrocinadas pelo governo norte-americano – uma manobra sustentada em parte pelos próprios resultados positivos dos programas de controle, que consideravam Pinotti a maior autoridade nacional em malária. O sanitarista político idealizador do sal cloroquinado conseguiu estender a fase inicial da campanha por três anos, sempre responsabilizando a ausência de recursos. O afastamento de Pinotti do Ministério da Saúde em 1960 e, em consequência, do DNERu e do GTEM, provocou inevitáveis mudanças administrativas no rumo da campanha.

A CEM depois de 1961

Em 1965, no contexto do governo militar, a CEM foi finalmente oficializada, mediante a criação de uma legislação específica, como orientava a OMS. O Grupo de Trabalho e a Campanha de Controle e Erradicação da Malária foram extintos. Para auxiliar o Ministério da Saúde, foi criado um Conselho Consultivo de Erradicação da Malária, que deveria tratar dos assuntos técnico-administrativos e operacionais do programa de combate à doença no país. O conselho era presidido pelo ministro da Saúde e tinha assessoria dos diretores do DNERu e do DNS, contando, também, com os representantes do Ministério da Fazenda e dos

ministros extraordinários para o Planejamento e Coordenação Econômica e para Coordenação dos Organismos Regionais. Participava ainda o superintendente da CEM e os representantes dos organismos internacionais (Brasil, 1967, p.4 e s.).

A lei 4.709, de 28 de junho de 1965, tinha como finalidade principal fornecer os instrumentos jurídico-administrativos ao Ministério da Saúde para efetivo combate à doença, visando flexibilizar o Programa Nacional de Erradicação da Malária. Dentre as várias disposições encontradas na lei, destacam-se: (a) a subordinação direta ao Ministério da Saúde; (b) a autonomia para contratar e remunerar pessoal especialista temporário nas mesmas condições do funcionário público civil; (c) o tipo de dotação orçamentária (global) e a forma de seu desembolso; (d) a isenção de taxas incidentes nas importações de material e equipamento. Segundo Armando Augusto Saraiva Filho, assessor jurídico da CEM, a legislação da campanha era inovadora e descentralizadora, surpreendente para o contexto político no qual fora criada. Nas palavras de Saraiva Filho:

Em 12 de novembro de 1965, pelo Decreto 57.244, o Sr. Presidente da República aprovava o Regimento previsto na citada Lei o qual estabelece, a par de outras determinações, a estrutura administrativa do órgão, na qual podemos ver o interesse inovador da descentralização das decisões, no sentido do fortalecimento das Coordenações Regionais, que a seu nível, poderão resolver os problemas de solução imediata, evitando o acúmulo de decisões a serem tomadas a nível central. A par destas características, o Regimento da CEM cria também um Grupo de Planejamento (artigo 42) com a finalidade não só de elaborar, como também de assessorar o Superintendente, em tudo que se relaciona com os planos técnicos e administrativos necessários para alcance das metas programadas (Brasil, 1967, p.3).

O governo brasileiro firmou acordos e convênios com entidades internacionais para afiançar o funcionamento do programa de erradicação da malária. Os dois principais patrocinadores que participaram da implantação da CEM no Brasil foram a Agency for International Development (AID), do governo norte-americano, que representava a continuidade da ICA e do Ponto IV, e a OMS, representada pelo seu escritório regional, a Repartição Pan-americana da Saúde (RPAS), subsidiária da Opas. O governo norte-americano repassou viaturas, equipamentos, motores para barcos, inseticida, solventes, microscópios, reagentes químicos etc. para a CEM. O auxílio dos EUA representava cerca de US\$13.252.390,00, ou 26% do orçamento total da CEM, entre o período de 1958 a 1964. O acordo foi renovado em 1964 por mais um ano, quando a AID forneceria os mesmos materiais no valor de US\$ 6.500 mil como empréstimo (Brasil, 1967, p.37-38).

Em suma, a evolução do programa brasileiro de erradicação da malária, segundo os relatórios da CEM, obedeceu a três etapas: Plano de Erradicação (1958), com a elaboração do GTEM; sua reformulação em 1961, com a criação do Plano de Emergência; e, finalmente, o Plano Nacional de Erradicação da Malária (1965), que transformou as ações de controle em ações de erradicação. Em 1958, houve o primeiro esforço de transformar as medidas de controle em ações eficazes de erradicação. A fase preparatória do plano foi elaborada no final de 1957. Em 1961, estimava-se a cobertura de 3.534.515 casas, terminando a fase de ataque. A erradicação seria alcançada em 1967, segundo relatórios da CEM. Na realidade, o planejado não ocorreu:

Tantos problemas embaraçaram o plano traçado em 1958 que a necessidade de reexaminá-lo começou por se tornar imperativa. Tal reexame conduziu ao chamado Plano de Emergência, onde nas borrifações de áreas sob 'controle' foi introduzida a inovação de se proceder ao reconhecimento geográfico simultâneo, além de outras medidas peculiares à fase preparatória. Seria a melhor maneira, talvez mesmo a única, de se conter a endemia em níveis aceitáveis nessas áreas não beneficiadas por trabalhos de erradicação (Brasil, 1967, p.36).

Em 1969, a 22ª Assembleia Mundial da Saúde sugeriu a classificação das áreas maláricas em áreas de erradicação a curto e a longo prazos. A OMS acreditava ainda que a erradicação seria possível mesmo em um prazo maior. Na década de 1970, verificou que essa crença era insustentável, por razões epidemiológicas, entomológicas, econômicas e sociais que impediam a erradicação a longo prazo. No Brasil, a CEM e o DNERu foram extintos em 1970, ano da criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM). A CEM não obteve êxito total no território nacional; no entanto, a transmissão da malária foi interrompida nas regiões Nordeste, Sudeste, Centro-Oeste e Sul (Loiola, Silva, Tauil, 2002).

Considerações finais

Nas seções precedentes, discutimos a trajetória do Grupo de Trabalho de Controle e Erradicação da Malária no Brasil. Essa iniciativa se enquadrou nos esforços típicos do pós-guerra, em que a saúde passa a ser percebida como um importante setor para desenvolvimento nacional. A cooperação internacional, especialmente com organismos multilaterais especializados, foi percebida nesse contexto como uma das principais estratégias para alcançar melhores patamares de qualidade de vida e saúde para as populações e também para alavancar o desenvolvimento econômico e social.

O processo de formulação e implementação da agenda de cooperação internacional envolve não só o que é considerado “necessário” ou “prioritário”, mas também recursos destinados às estratégias a adotar para alcançar melhor qualidade de saúde ou desenvolvimento social.

A experiência do Grupo de Trabalho que discutimos ao longo deste texto revela que as diretrizes definidas em fóruns internacionais sofrem constantes injunções frente aos diferentes interesses que habitam o espaço político nacional – particularmente suas burocracias e seus especialistas.

Sinalizou-se um processo de constante divergência – nem sempre com tensões e contradições completamente aparentes – entre a OMS e as posições praticadas pelas autoridades sanitárias brasileiras. Pode-se constatar, aliás, que as indicações e diretrizes da política verticalizada da OMS, relativas ao plano internacional de erradicação da malária, sofreram importantes adaptações por conta das particularidades do cenário brasileiro. A interpretação sugerida é que, no Brasil, o planejamento e a uniformidade propostos pela OMS foram modificados por uma realidade social específica, contextos políticos em transformação e uma tradição de saúde pública e malariologia bastante consolidada. A análise histórica da CEM no Brasil revela, portanto, os encontros e desencontros da política de saúde brasileira com as orientações das agências internacionais e multilaterais.

A análise inicial sobre a CEM desenvolvida no Brasil mostra que o esforço de conversão dos programas de controle em planos nacionais de erradicação ocupou mais tempo que a campanha em si. Ou seja, a fase preparatória da CEM durou cerca de sete anos (1958-1965), quando o recomendado pela OMS seria apenas um ano. As ações de erradicação iniciaram em 1958, com a criação do GTEM, mas os decretos-lei não representariam legislação específica sobre a campanha, o que só ocorreu em 1965. As recomendações da OMS previam nesse período preparatório a formulação legal da CEM. As ações de erradicação antes de 1965 foram combinadas com ações de controle.

Ao longo da década de 1940, foi edificada no Brasil uma estrutura de controle da malária. O Serviço Nacional da Malária e o Serviço Especial de Saúde Pública contribuíram decisivamente para a montagem dessa estrutura que, nos anos 1950, seria transformada com muito custo. Nesse sentido, podemos constatar uma política de saúde experiente no combate à malária no Brasil. Os programas de controle da malária atingiram, também, resultados positivos, o que levou o próprio presidente Juscelino Kubitschek a não considerar a malária a ameaça mais grave à saúde dos trabalhadores. Nas documentações da época e nos discursos de JK e seus assessores em 1956, a malária seria uma questão de saúde pública quase superada. O sucesso de algumas campanhas e dos chamados serviços nacionais de saúde refletiu no aperfeiçoamento da política de saúde pública nos anos 1950. O desmembramento do Ministério da Educação e Saúde, em 1953, a criação do DNERu, em 1956, e a elaboração do GTEM, em 1958, são exemplos significativos das transformações da saúde pública no contexto nacional. A criação do GTEM, especialmente, revela o papel indutor de agências internacionais, pela oferta de recursos, na agenda sanitária nacional.

Já a CEM em nível global não teve êxito. A malária não foi erradicada em apenas alguns países do mundo. Os motivos que compuseram esse “fracasso” não são conhecidos totalmente. Uma das causas possíveis do desinteresse pela erradicação por parte dos países mais ricos é que eles resolveram seus problemas relacionados à malária. Essas nações eram as principais financiadoras da campanha mundial.

Nossa análise é delimitada pelo período que correspondeu ao governo JK, um período curto mas extremamente importante, vinculado a antecedentes otimistas e a precedentes decisivos. Da criação do Ministério da Saúde, em 1953, até a oficialização da CEM, em 1965, temos o governo de Juscelino com o Programa de saúde pública, o DNERu e o GTEM. Temos também o reconhecimento do trabalho dos malariologistas brasileiros no cenário internacional, em particular o trabalho de Mário Pinotti e seu método de combate à malária. O método Pinotti foi utilizado e reconhecido pela Omas como ação de erradicação na região amazônica. No entanto, no final de 1961 o programa do sal cloroquinado foi desativado na região – Pinotti não fazia mais parte nem da campanha nem do governo.

A campanha de erradicação da malária preconizada pela OMS só ocorreu, de fato, no Brasil em 1965. Na década de 1970, a organização reconheceu o fracasso da CEM no mundo e declarou que a erradicação seria impossível por razões epidemiológicas, entomológicas, econômicas e sociais. Tardiamente, confirmava-se, em âmbito internacional, a perspectiva cética já adotada por expressiva parte da comunidade brasileira de malariologistas e pela burocracia sanitária brasileira.

NOTAS

¹ Segundo Emilio Pampana, diretor da Divisão de Erradicação da Malária da OMS, em 1956, o programa de erradicação da malária obedeceria a quatro fases consecutivas: preparatória; de ataque; de consolidação; de manutenção. A fase preparatória seguiria três etapas: pesquisa pré-erradicação; planejamento; e operações preliminares. A etapa de pesquisa e preparação do plano de operações é o primeiro passo para a elaboração do programa. E a fase preparatória propriamente dita inicia depois do plano concluído, obedecendo a uma legislação específica adotada pelos governos. A fase preparatória durava, em média, um ano e consistia em: (a) reconhecimento geográfico da região atingida pela malária; (b) conclusão do estudo entomológico e epidemiológico dessa região; (c) organização de um serviço nacional de erradicação da malária, recrutamento de pessoal treinado, aquisição de equipamentos e estabelecimento de laboratórios, oficinas e centros de pesquisas; (d) organização de educação sanitária para o público sobre a erradicação da malária; (e) realização de um plano-piloto de cobertura total por borrifamento de DDT (Pampana, 1966, p.303).

² Em 1961, foi criado um plano de emergência para resolver os problemas surgidos em 1958, no início da campanha. A manutenção de atividades de controle seria um desses problemas (Brasil, 1967, p.37).

³ Mário Pinotti era diretor do DNERu, e seria responsável pela campanha de controle da malária. Pinotti era também presidente do GTEM, encarregado de implantar o programa de erradicação.

⁴ O Ponto IV se situa em uma série de medidas da agenda internacional do governo Truman: o Ponto I, que tinha como meta a elaboração de programas que fortalecessem as Nações Unidas; o Ponto II, que se comprometia a recuperar a economia dos países europeus arrasados pela guerra; o Ponto III, que estabelecia mecanismos de segurança coletiva, pelo Pacto do Atlântico Norte e pelo Tratado do Rio de Janeiro (Tiar); e por fim o Ponto IV, que anunciava, por intermédio de mecanismos de cooperação técnica internacional, a exportação de técnicas e capitais para países menos desenvolvidos.

⁵ A. Horwitz (1960, p.161), diretor da Oficina Sanitária Pan-americana, avaliando a erradicação da malária em 1960, aponta que “problemas de caráter administrativo e financeiro dificultaram o desenvolvimento das campanhas de Brasil, Panamá, Paraguai e República Dominicana”. Antônio Menezes (1968, p.1), chefe da Divisão Administrativa da CEM, em 1966, na abertura do “Curso de erradicação de malária para pessoal de nível profissional”, fez um discurso citando as palavras do diretor-geral da OMS em 1960, Macolino Candau, que dizia que “os governos estavam pouco dispostos a conceder autoridade administrativa e financeira aos seus programas de malária”.

⁶ Esses dados têm origem no livro de João de Barros Barreto (1940) a partir de inferências do caso da Índia.

⁷ O ciclo correspondia ao período de seis meses de borrifamento de DDT (Brasil, 1964, p.4).

REFERÊNCIAS

7th REPORT...

7th Report on The Special Malaria Fund of Paso. 10th Meeting Pan-American Sanitary Organization and 9th Meeting World Health Organization. Washington, DC. 1957.

8th REPORT...

8th Report on the Status of Malaria Eradication in the Americas. 12th Meeting Pan- American Sanitary Organization and 12th Meeting World Health Organization. Washington, DC. set. 1960.

BARATA, Rita Barradas.

Malária e seu controle. São Paulo: Hucitec. 1998.

BARRETO, João de Barros.

Malária: doutrina e prática. Rio de Janeiro: A Noite. 1940.

BRASIL.

Ministério da Saúde. Relatório do Plano Nacional de Erradicação da Malária: operações para quinquênio 1967-1971. 1967.

BRASIL.

Ministério da Saúde. Relatório do Plano Nacional de Erradicação da Malária: operações para quinquênio 1967-1971. 1966.

BRASIL.

Ministério da Saúde. Campanha de Erradicação da Malária. 1965. Relatório da Campanha de Erradicação da Malária e Relatório do Serviço de Erradicação da Malária e Profilaxia da Doença de Chagas (SEMPDC) do Estado de São Paulo: Quinta Reunião de Diretores de Serviço de Erradicação da Malária da América do Sul. Buenos Aires, Argentina, 6 a 11 de dezembro de 1965. 1965.

BRASIL.

Ministério da Saúde. Campanha de Erradicação Da Malária (CEM). Poços de Caldas, Minas Gerais. Quarta Reunião de Diretores de Serviço de Erradicação da Malária da América do Sul. Junho, 1964. Relatório da Campanha de Controle e Erradicação da Malária e Relatório do Serviço de

Erradicação da Malária e Profilaxia da doença de Chagas (SEMPDC) do estado de São Paulo. 1964.

BROWN, P.J.

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

BUSTAMANTE, Fernando Machado.

Considerações sobre certos problemas especiais relacionados com a erradicação da malária no Brasil. *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais*, v.11, n.1, p.9-17. 1959.

CAMPOS, André Luiz Vieira de.

Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2006.

CUETO, Marcos.

El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. 2004.

HOBSBAWM, Eric J.

Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991. São Paulo: Companhia das Letras. 1995.

HOCHMAN, Gilberto.

From autonomy to partial alignment: national malaria programs in the time of global eradication, Brazil, 1941-61. *CBMH/BCHM*, v.25, n.1, p.161-192. 2008.

HORWITZ, Abraham.

Erradicação da malária. *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais*, v.15, n.1, p.191. 1960.

JACKSON, J.

Cognition and the global malaria eradication programme. *Parassitologia*, v.40, p.193-216. 1998.

LOIOLA, Carlos Catão Prates; SILVA, C.J.

Mangabeira da; TAUIL, Pedro Luiz. Controle da malária no Brasil: 1965 a 2001. *Revista Panamericana Salud Publica/Pan-American Journal Public Health*, v.11, n.4, p.235-236. 2002.

MENEZES, Antônio Henrique.

Administração – Campanha de Erradicação da Malária: organização e estrutura. In: Brasil.

Relatório do primeiro Curso de Erradicação da Malária para pessoal de nível profissional no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde/DNERu. 1968.

NOTICIÁRIO.

Noticiário. *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais*, v.10, n.2, p.213. 1958.

PACKARD, Randall.

No other logical choice: malaria eradication and the politics of international health in the post-war era. *Parassitologia*, v.40, p.217-229. 1998.

PAMPANA, Emilio.

Erradicación de la malaria. México: Editorial Limusa-Wiley. 1966.

PROGRAMA...

Programa de saúde pública do candidato Juscelino Kubitschek. São Paulo: L. Nicollini. 1955.

RACHOU, René.

O Método Pinotti nas atuais campanhas de combate à malária. *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais*, v.12, n.2, p.329-337. 1960.

RACHOU, René.

Atual estratégia da luta contra a malária. *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais*, n.4, p.8-9. 1956.

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth.

Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2012.

SILVA, Renato da; HOCHMAN, Gilberto.

Um método chamado Pinotti: sal medicamentoso, malária e saúde internacional (1952-1960). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.18, n.2, p.519-543. 2011.

VIZENTINI, Paulo Fagundes.

Juscelino Kubitschek: do retrocesso à barganha. In: Vizentini, Paulo Fagundes. *Relações exteriores do Brasil (1945-1964): o nacionalismo e a política externa independente*. Petrópolis: Vozes. p.89-121. 2004.

