

Fundação Oswaldo Cruz

Casa de Oswaldo Cruz

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

Arlene Audi Brasil Gazêta

**Uma Contribuição à História do Combate à Variola no Brasil: do
Controle à Erradicação**

Rio de janeiro

2006

ARLENE AUDI BRASIL GAZÊTA

UMA CONTRIBUIÇÃO À HISTÓRIA DO COMBATE À VARÍOLA NO
BRASIL: DO CONTROLE À ERRADICAÇÃO

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em História das Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Antônio da Silva Teixeira

Rio de Janeiro

2006

FICHA CATALOGRÁFICA

ARLENE AUDI BRASIL GAZÊTA

UMA CONTRIBUIÇÃO À HISTÓRIA DO COMBATE À VARÍOLA NO
BRASIL: do controle à erradicação

Tese apresentada ao curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Doutor. Área de Concentração: História das ciências.

Aprovada em dezembro de 2006.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Antônio da Silva Teixeira (Orientador/COC/Fiocruz)

Profa. Dra. Tânia Maria Fernandes (COC/Fiocruz)

Profa. Dra. Dilene Raimundo do Nascimento (COC/Fiocruz)

Profa. Dra. Diana Maul de Carvalho (Nesc/UFRJ)

Profa. Dra. Marta de Almeida (Mast)

Suplentes

Prof. Luis Otávio Ferreira (COC/Fiocruz)

Prof. Jorge Luiz Prata de Souza (Universidade Salgado de Oliveira/ UNIVERSO)

Dedicatória

AGRADECIMENTOS

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I. Número de casos de varíola e coeficientes de incidência (CI) por 100.000 habitantes – Brasil, 1956-1960-----	98
Quadro II. Coeficientes específicos de mortalidade por poliomielite, varíola, sarampo, raiva e malária (por 100.000 habitantes) – Brasil, 1959.-----	99
Quadro III. Coeficientes específicos de mortalidade (por 100.000 habitantes), por Difteria, Coqueluche, Varíola, Poliomielite, Malária, Febre Tifóide – diversos países, 1959.-----	99
Quadro IV. Número de injetores <i>ped-o-jet</i> e <i>dermo-jet</i> e número de viaturas, 1966-1971 -----	108
Quadro V – Fases do Programa de Erradicação-----	109
Quadro VI. Total de Casos de varíola conhecidos e casos investigados pela CEV, por estados, 1967.-----	113
Quadro VII. Total de casos de varíola conhecidos e casos investigados pela CEV, por Estados, 1968.-----	115
Quadro VIII – Casos Suspeitos de varíola investigados em áreas vacinadas, 1969. ---	116
Quadro IX. Casos Suspeitos de varíola investigados em áreas vacinadas, 1970.-----	118
Quadro X. Número de Vacinações Realizadas durante a Fase de Ataque da Campanha de Erradicação da Varíola no Brasil – 1967-1971.-----	122
Quadro XI – Períodos e Resultados de Vacinação Sistemática por Estados e Percentual de Cobertura – Brasil, 1971.-----	123
Quadro XII. Vacinações realizadas no Brasil, por Unidades da Federação – 1967-1972. -----	124
Quadro XIII – Unidades de Vigilância Epidemiológica e Postos de Notificação Instalados – Brasil, 1970.-----	133
Quadro XIV. Postos de Notificação existentes e média dos que notificaram regularmente durante o ano de 1971 -----	134

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I. Número de pessoas vacinadas por Unidades da Federação – Campanha Nacional Contra a Varíola, 1965.	86
Tabela II. Notificações de casos de varíola por regiões. Brasil, 1956-1966.	87
Tabela III – Casos notificados de varíola por região, 1966-1971.	98
Tabela IV – Pessoal da CEV, 1966-1971.	107
Tabela V. Notificações de casos de varíola por Unidades da Federação de 1966-1971.	120
Tabela VI. Situação do sistema de notificação das unidades de vigilância epidemiológica segundo o número de PN's instalados nos municípios das regiões, 1971.	135
Tabela VII. Situação do sistema de notificação das unidades de vigilância epidemiológica segundo o número de PN's instalados nos municípios das regiões, 1972.	135
Tabela VIII. Situação do sistema de notificação das unidades de vigilância epidemiológica, segundo o número de PN's instalados nos municípios. Brasil, primeiro trimestre 1973.	135
Tabela IX. Casos e óbitos por varíola e “alastrim” nas Américas, 1946-1950.	168
Tabela X. Número de casos notificados de varíola nas Américas, 1951-1954.	174

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
1. A DOENÇA.....	6
1.1. INTRODUÇÃO: PROBLEMATIZANDO A DOENÇA	6
1.2. DOENÇA E HISTÓRIA	8
1.3. A NOVA HISTÓRIA DAS DOENÇAS	12
1.4. DA HISTÓRIA DAS DOENÇAS À VARÍOLA.....	19
1.5. REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO 1	21
1.5.1. Fontes secundárias.....	21
2. SAÚDE PÚBLICA E O COMBATE À VARÍOLA	25
2.1. INTRODUÇÃO.....	25
2.2. A VARÍOLA COMO ENTIDADE BIOMÉDICA	26
2.3. A VARÍOLA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	28
2.4. SOBRE A IMUNIZAÇÃO CONTRA A VARÍOLA	30
2.5. A VARÍOLA NO BRASIL	35
2.5.1 Da Colônia ao Império	35
2.5.2. A varíola em São Paulo: algumas considerações	39
2.5.3. A varíola nas primeiras décadas do período republicano	42
2.5.4. A reforma sanitária da década de 1920	47
2.5.5. O período getulista	52
2.5.6. O Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp/FSESP)	57
2.6. CONSIDERAÇÕES	60
2.7. REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO 2.....	62
2.7.1. Fontes Secundárias	62
3. UMA CAMPANHA NACIONAL CONTRA A VARÍOLA.....	71
3.1. INTRODUÇÃO.....	71
3.2. UMA ERA DE OTIMISMO	72
3.3. CONTROLE, ERRADICAÇÃO E VIGILÂNCIA	78
3.3.1. Vigilância Epidemiológica	80
3.4. A CAMPANHA NACIONAL DE CONTROLE DA VARÍOLA (1962-1966)	84
3.5. REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO 3.....	90

3.5.1. Fontes secundárias	90
3.5.2. Fontes primárias	93
4. A ERRADICAÇÃO DA VARÍOLA NO BRASIL.....	95
4.1. INTRODUÇÃO.....	95
4.2. A CAMPANHA DE ERRADICAÇÃO DA VARÍOLA	96
4.2.1. O Comportamento Epidemiológico da Doença e a Justificativas da Campanha .	96
4.2.2. O Surgimento da Campanha de Erradicação da Varíola	103
4.2.3. A Organização da Campanha	104
4.2.4. A Fase de Ataque (1966-1971).....	109
4.2.5. A Fase de Consolidação: manutenção e vigilância	126
4.3. O LEGADO DA CEV	136
5. A VARÍOLA NAS AGENDAS DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE E DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E A SUA ERRADICAÇÃO NO BRASIL	150
5.1. INTRODUÇÃO.....	150
5.2. A VARÍOLA E A SUA ERRADICAÇÃO NA OFICINA SANITÁRIA PAN- AMERICANA/ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OSP/OPAS)..	151
5.2.1. Do período entre 1930-1938.....	153
5.2.2. Da Segunda Guerra Mundial até o final dos anos 50	158
5.2.3. Da década de 1960 à erradicação continental da varíola.....	181
5.3. REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO 5.....	201
5.3.1. Fontes primárias	201
6. CONCLUSÃO.....	Erro! Indicador não definido.

LISTA DE ABREVIATURAS

Aams – Atas Oficiais da Assembléia Mundial de Saúde

Bosp – Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana/ OPS

CEV – Campanha de Erradicação da Varíola

CEM – Campanha de Erradicação da Malária

CNCV – Campanha Nacional Contra a Varíola

COC – Casa de Oswaldo Cruz

CPDOC – Centro de Pesquisa e Documentação

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

Fanb/DAD/COC – Fundo Alfredo Norberto Bica

FCA/DAD/COC – Fundo Cláudio do Amaral

FSESP – Fundação Serviços de Saúde Pública

FSESP – Fundo Sesp/DAD/COC

Mesp – Ministério da Educação e Saúde Pública

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

OSP – Oficina Sanitária Pan-Americana

Sesp – Serviço Especial de Saúde Pública.

RESUMO

Este trabalho discute as políticas públicas contra a varíola no Brasil centrando-se nas campanhas para o seu controle e erradicação – Campanha Nacional Contra a Varíola (1962) e Campanha de Erradicação da Varíola (1966). Inicialmente, analisamos a história dessa doença no país, observando sua importância epidemiológica e seu significado simbólico como mal epidêmico de grande mortalidade em diversos momentos. A partir dessa análise, procuramos identificar os fatores que a transformaram em alvo de uma campanha de erradicação. Para compreender esse processo voltamos-nos às agências internacionais de saúde – Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde - no pós-guerra, avaliando como influenciaram a mudança de rumo em relação ao combate à varíola a partir da década de 1950. Elaboramos essa discussão através da análise dos Boletins da Oficina Sanitária Pan-Americana e das Atas das Assembleias Mundiais de Saúde e através do material produzido pela própria CEV no Brasil.

Palavras-chave– História, História de doenças, História da Saúde Pública, Varíola.

ABSTRACT

This work discusses public policies for the control and eradication of smallpox in Brazil, focusing on the Campaigns– the National Campaign Against Smallpox (1962) and the Smallpox Eradication Campaign (1966). Initially, we analyse the history of this disease in Brazil, discussing its epidemiological relevance and its symbolic meanings as an epidemic of great lethality in many moments. In sequence, we identify the factors that turned this disease into the object of an eradication campaign. To better understand this process we discuss the role of the international health agencies –Pan-American Health Organization and World Health Organization – post World War II, evaluating their influence on the changes of strategies to deal with smallpox, from the 1950s. To do so, we analyzed the Bulletins of the Pan-American Health Organization, the Proceedings of the World Health Assemblies, and documents produced by the Smallpox Eradication Campaign in Brazil.

Key-words: History, History diseases, History Public Health; smallpox.

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como proposta discutir a história da varíola no Brasil, no que se refere aos serviços e instituições criados na área da Saúde Pública, visando seu combate e, posteriormente, erradicação. Pretendemos ampliar os conhecimentos sobre as formas com as quais o Estado Brasileiro encarou a questão da varíola, desde o final do século XIX até a sua erradicação. A opção por esses dois marcos se refere especialmente ao surgimento das primeiras instituições produtoras de vacina, e ao período em que ocorrem os últimos casos registrados de varíola no país. A parte central do trabalho tem por objetivo analisar as mudanças de orientações políticas que culminaram com a proposta de erradicação da doença, que veio romper com o modelo anterior, já consolidado, de controle, expresso na criação da Campanha Nacional Contra a Varíola em 1962. Privilegiamos a identificação e o entendimento das questões que condicionaram a criação e o desenvolvimento da Campanha de Erradicação da Varíola no Brasil (CEV); e o seu significado como parte de uma política nacional e internacional de saúde.

Mostraremos que a varíola teve importância crucial no desenvolvimento e criação de serviços e instituições de saúde pública no país, caracterizando-se como uma importante peça na engrenagem da saúde pública nacional. Além disso, sua história no país incorpora e revela pontos importantes no que diz respeito às discussões médico-

científicas, políticas, sociais e econômicas.

Desta forma, uma das contribuições que nosso trabalho pretende oferecer à história da saúde pública no Brasil é resgatar e situar o papel que a varíola desempenhou em sua estruturação e orientação política. Nessa perspectiva, a importância da varíola no contexto da saúde pública nacional, assim como a história do seu combate, passa a se constituir como um grande e importante capítulo da história da saúde pública brasileira.

A primeira parte do trabalho discute a doença como objeto da História, trabalhando questões sobre o papel e o lugar que a ela vem ocupando na historiografia. Procuramos resgatar a entidade doença, objeto da medicina e da história, extrapolando o seu significado estritamente biológico, a partir de uma perspectiva sociocultural. O estudo da varíola, à medida que ultrapassa sua caracterização médico-científica, auxilia na reflexão sobre o seu significado no Brasil, nos diversos períodos analisados, mostrando que a mesma doença pode assumir diferentes significados em momentos distintos, gerando ações de saúde pública específicas para o seu controle.

A segunda parte do trabalho analisa a História da varíola no Brasil, através da sua trajetória e do seu significado no país ao longo da República, principalmente a partir do Pós-Segunda Guerra. Observamos as formas como o Estado Brasileiro lidou com a doença, através dos serviços e instituições criados para a sua prevenção, controle e erradicação. Privilegiamos a identificação e o entendimento das questões que condicionaram as mudanças no modelo de controle da doença.

Entendemos que os objetivos propostos na segunda parte do trabalho poderão ser enriquecidos ao resgatarmos o significado biomédico da varíola; a importância que teve ao longo da história como problema de saúde pública em várias regiões e países e o comportamento epidemiológico dessa doença no Brasil.

Na terceira parte do trabalho, detemo-nos na Campanha Nacional Contra a Varíola, realizada entre 1962 e 1966. A importância dessa Campanha para os nossos propósitos está especialmente em pensá-la como embrião da campanha seguinte, ou seja, um prelúdio à Campanha de Erradicação. Indicamos a avaliação que se fez de suas atividades, no período em que estavam sendo realizadas, que apontava diretamente para a possibilidade de transformá-la numa campanha de erradicação da doença, independentemente dos resultados que vinham sendo obtidos.

Na quarta parte do trabalho, temos por objetivo mostrar a Campanha de

Erradicação da Varíola no Brasil (CEV), a partir da documentação produzida pela própria CEV no Brasil. Traçamos um desenho das informações disponíveis sobre o seu funcionamento, focalizando os resultados. Concebemos como resultados dessa Campanha não apenas a erradicação da varíola em território nacional, mas, principalmente, o que ela efetivamente ajudou a construir, no Brasil, no campo sanitário. Entendemos que o seu legado não se restringiu especificamente ao desaparecimento da varíola no país, mas também se deve à importância que teve na estruturação de serviços de notificação de casos e nas ações de Vigilância Epidemiológica, como também na percepção das autoridades médicas e sanitárias locais em relação à importância que tais procedimentos representavam à prevenção e ao controle de outras doenças transmissíveis, através da própria relevância da Vigilância Epidemiológica para outras doenças.

Na quinta parte do trabalho, mostramos como a varíola aparece e o lugar que ocupa nas agendas da Organização Pan-Americana de Saúde e na Organização Mundial de Saúde no período de 1930 a 1975. Nosso propósito é perceber os motivos que reorientaram mudanças de estratégias no campo da saúde pública internacional, em relação a essa doença, que a levaram a desempenhar o papel de protagonista mundial de erradicação a partir de 1950 na OPAS e a partir de 1958 na OMS. Desejamos, ao final desse capítulo, poder indicar a relação da varíola, doença objeto de erradicação continental e mundial, em relação aos motivos da execução da CEV no Brasil.

Para proceder à análise, utilizamos, as fontes primárias do Fundo Cláudio Amaral – material produzido pela CEV no Brasil, as Atas das Assembléias Mundiais de Saúde, os Boletins da Oficina Sanitárias Pan-Americana, as Conferências Nacionais de Saúde, dentre outros documentos. Também utilizamos trabalhos que abordam principalmente a História das Políticas em Saúde, como também a História de Doenças, incorporando estudos analíticos aos debates sobre controle e erradicação de enfermidade no Pós-Segunda Guerra, sobre relações entre orientações internacionais em saúde e as políticas nacionais nesse período, e sobre a operação política e institucional do modelo de erradicação.

No que se refere ao interesse pelo tema, este surgiu a partir de estudos anteriores realizados durante o Mestrado em Saúde Coletiva, no Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Foi desenvolvida, à época, uma

dissertação de mestrado cujo objetivo era descrever o comportamento¹ da varíola no período Pré-Campanha e durante a Campanha de Erradicação, discutindo sua relevância como problema de saúde pública no país; além disso, a proposta era discutir como a Campanha de Erradicação da Varíola foi justificada nos discursos e outros documentos oficiais que construíram a história dessa prática, e entender como esta prática desenvolveu e estruturou o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica no Brasil (Gazeta, 2001).

Através desse estudo, verificamos que a varíola no Brasil, no início da década de 1960, apresentava-se majoritariamente na sua forma benigna (varíola *minor*). O comportamento da doença variava em função do sistema de notificação de casos, ou seja, nos primeiros anos da Campanha Nacional contra a Varíola, ocorreu um aumento no número de casos notificados, que correspondeu a uma melhoria nas ações de vigilância, havendo uma queda nos anos subseqüentes. O mesmo comportamento da doença foi observado durante o desenvolvimento da CEV, quando, nos anos de 1968 e 1969, ocorreu também um grande aumento no número de casos notificados. No entanto, a incidência da doença, já nos primeiros anos da década de 1960, apresentou uma tendência à queda. Dessa forma, mesmo ainda presente, a varíola não mais ocupava lugar de destaque no quadro epidemiológico do país, sendo que, no ano de 1971, foram notificados os últimos 19 casos da doença, e, a partir desse ano, não foram registrados novos casos (Gazeta, 2001).

Verificamos que os discursos que justificaram a CEV se apoiaram no que a doença representou para a humanidade no passado, na epidemiologia do vírus e no conhecimento de uma vacina eficaz. Além disso, destacamos a posição de destaque do Brasil em relação aos demais países das Américas no que se refere à incidência da doença (Gazeta, 2001).

Tais argumentos, somados à consideração de que a Campanha Nacional contra a Varíola (1962), pela fragilidade de sua estrutura e ineficiência, segundo discursos oficiais, deveria ser substituída, foi um outro ponto importante considerado pelo trabalho, visto que os dados analisados até então indicaram que tais argumentos não se sustentavam, no que dizia respeito à cobertura vacinal, como também no que se referia ao aumento do número de casos notificados, que parece corresponder a uma melhoria

¹ Descrição da ocorrência da doença no espaço/tempo utilizando os indicadores epidemiológicos.

das atividades de notificação (Gazeta, 2001).

Sabemos que a erradicação da varíola, além de importante do ponto de vista médico-científico, do ponto de vista social e no que concerne à saúde pública, constituiu um grande feito para a humanidade, porém, o que nos impulsiona a entendê-la além de seus resultados, frutíferos, é justamente o que a antecede. A mudança de orientação política que se materializa através da CEV, que se sobrepõe ao modelo descentralizado da campanha anterior como a única forma de alcançar o objetivo da erradicação, parece um caminho frutífero para a nossa discussão. O Estado brasileiro, através de mudanças de orientações das políticas de saúde pública em relação à varíola, passando da prevenção e controle para sua erradicação, corrobora um modelo que é discutido, justificado e legitimado através de instituições internacionais como a OMS e OPAS.

1. A DOENÇA

1.1. INTRODUÇÃO: PROBLEMATIZANDO A DOENÇA

(...) a doença é um fenômeno que ultrapassa a medicina moderna. (...) Por ser um fenômeno que ameaça ou modifica, às vezes irremediavelmente, nossa vida individual, nossa inserção social e, portanto, o equilíbrio coletivo, a doença engendra sempre uma necessidade de discurso, a necessidade de uma interpretação complexa e contínua da sociedade inteira. (...) Por outro lado, nas representações da saúde e da doença aparecem, relacionadas, nossas visões do biológico e do social. (Herzlich, 1991, p. 33)

Este capítulo aborda algumas discussões sobre o papel e o lugar que a doença vem ocupando no campo da História. Como questão central, pretendemos problematizar o que, sem maiores reflexões, nomeamos como doença. De forma geral, percebemos que existe uma necessidade de extrapolarmos sua significação estrita de entidade biológica e nos enveredarmos para sua significação social.

Vários autores explicitam certo incômodo diante da dificuldade em dar um significado à doença, e nos convidam a complexificá-la, no sentido de entendermos o que concebemos como tal e principalmente porque assim a concebemos.² Trabalhos na

². Dentre outros, podemos citar Crosby (1993); Le Goff (1985); Herzlich (1991); Revel & Peter (1976) e

área médica, estudos históricos ou de cunho teórico e metodológico nesse mesmo campo; trabalhos na área da psicologia e antropologia social, trabalhos na área da saúde pública e trabalhos na área da epidemiologia, dentre outros, contribuem de forma complementar e muito rica com visões, concepções e discussões distintas para um melhor entendimento desse fenômeno biológico e social, que constitui o binômio a doença e o doente, e, em contrapartida, saúde e homem saudável.

Inserir a doença em contextos e épocas específicas, assim como percebê-la para além de sua nomeação médico-científica, é tarefa básica para um historiador, e, ainda, útil para o reconhecimento e o entendimento de orientações políticas na área da saúde pública. Afinal, a atribuição de prioridade ao combate de uma enfermidade, ou mesmo a escolha das doenças que merecerão maior quantidade de fundos para seu combate, depende da concepção que temos sobre as doenças e sobre as formas de combatê-las (Berridge, 2000; Zylberman, 2001).

Os modelos médicos de compreensão de doença carregam concepções que se estruturaram a partir de relações que a sociedade e a comunidade científica estabeleceram. Sendo assim, não podemos imaginar a doença como algo forjado somente nos bastidores da ciência, mas devemos pensá-la a partir de complexas relações que abarcam as instâncias socioeconômicas, políticas, culturais, sociais etc. Sua nomeação e aceitação fazem parte de um conjunto de relações, contextos, interesses, saberes e também do que é produzido a partir da própria cultura.³

De forma geral, os estudos recentes, mesmo com abordagens distintas, vêm a construção da doença como atrelada a realidades específicas em espaço-tempo definidos em uma dada sociedade. Consideram que os contextos e as relações que neles e a partir deles se estabelecem são moduladores ou estruturadores de percepções, dos conceitos, e das práticas sociais, científicas, políticas, econômicas e culturais relacionadas às doenças. Nessa perspectiva, cada sociedade, em particular, constrói sua compreensão e sua resposta a uma doença. Por outro lado, a crise desencadeada por um evento epidêmico pode revelar as concepções culturais, os valores sociais e as práticas institucionais de uma determinada sociedade. Assim, a doença ao mesmo tempo que é revelada pela sociedade, também ajuda a revelá-la (Rosenberg, 1992).

Rosenberg (1992).

³. Sobre esta discussão, optamos pela proposta de Charles Rosenberg (1992, 1995).

O processo de construção do fenômeno doença é um processo biossocial, onde distintas variáveis interferem tanto no que tange a sua percepção como a sua definição. As teorias médico-científicas em constante transformação, os valores culturais de uma determinada comunidade, as questões relacionadas aos interesses dos atores sociais, médicos e científicos, as convicções religiosas, as questões relacionadas à nacionalidade, às etnias, dentre outras, e os fatores relacionados às políticas e às responsabilidades estatais fazem parte desse imenso conjunto de qualificadores sociais da doença. Estes interagem, ainda, com os fatores orgânicos do adoecer e com a forma com que os diferentes grupos vivenciam esse processo.⁴

A doença, muitas vezes vista como um simples objeto da epidemiologia, da clínica, da biologia, dentre outras áreas, é, antes de tudo, constitutiva da própria vida. Não somente da vida biológica individual, mas também da vida social dos indivíduos. Assim, a doença, como parte das relações que se processam na vida em sociedade, constitui-se como objeto da História Social. A doença revelada socialmente também revela a sociedade em seus mais variados aspectos. No seu aspecto individual e coletivo, ela revela concepções, aspirações, medos, dúvidas, práticas médicas oficiais e alternativas, interesses, poder, conhecimentos, aspectos culturais e simbólicos. Enfim, a doença extrapola a concepção biológica e o lugar em que ficou confinada por muito tempo. Ela se revela agora de forma mais livre, carregando, revelando e se revelando pelos mais “estranhos” mecanismos sociais. E é sobre essa “nova” doença que a história cultural e social se debruça na tentativa de desconstruí-la a ponto de percebê-la e entendê-la em suas mais variadas e complexas relações.

1.2. DOENÇA E HISTÓRIA

A presença da doença na historiografia merece algumas considerações pelo papel cada vez mais importante que vem assumindo. Sua inserção na história somente como entidade biológica foi, por muito tempo, lugar-comum em muitos trabalhos, sendo que as descobertas no campo médico-científico serviam como alavancas e reforços para entendê-la apenas a partir deste referencial. No entanto, é necessário afirmar que a

⁴ Essas discussões também se fazem presentes no texto Introduction de T. Ranger e P. Slack (1992) e nos de Armus (2002).

doença, como fenômeno fundamentalmente biológico, vincula-se a um determinado modo de produzir a história, hoje em desuso entre os historiadores profissionais, no qual os grandes feitos e homens tinham um lugar privilegiado nas produções acadêmicas. Vários trabalhos apontaram nessa direção⁵ e apresentam a história da medicina e das descobertas científicas numa perspectiva evolucionista, segundo a qual a concepção de doença aparece desvinculada de sua dimensão social, mas imersa num modelo analítico vinculado somente à dimensão biomédica.

Durante o século XX, essa situação aos poucos foi se transformando e os temas relacionados à saúde e à doença foram se tornando objetos de estudo bastante férteis em várias áreas, na medida em que passaram a englobar concepções culturais, valores sociais e práticas institucionais; evidenciando o estado de saúde de uma determinada população, assim como a infra-estrutura do serviço de saúde pública e as formas de cuidado com a saúde de uma sociedade; como também as orientações das políticas do setor saúde e suas implicações com interesses e modelos diversos.⁶

O processo de renovação da história da saúde e da medicina é recente e marca uma ruptura com os trabalhos precedentes. A produção de narrativas retrospectivas sobre esses temas teve como principais artífices os próprios médicos, ciosos da importância de elaboração de um discurso valorativo de sua atividade profissional. Seus escritos normalmente se traduziram em observações teleológicas e evolutivas de seu ofício, mas várias vezes ultrapassaram a auto-valorização, mostrando-se como valiosas análises das transformações das práticas e saberes médicos e de suas relações com a sociedade. Um ótimo exemplo dessa literatura é o trabalho de George Rosen, *The History of Public Health*, escrito em 1958. Fruto de um período de desmedida fé na atuação das ciências médicas no controle das doenças e de clamor social pela ampliação da atuação dos Estados em relação à saúde das populações, surgido com o fim da Segunda Guerra Mundial, esse trabalho se caracterizou como um amplo e detalhado painel da saúde pública através de diversas eras, tendo como principal atributo o fato de ter sido um precursor de análises no campo da saúde coletiva voltadas para as interfaces

⁵ São exemplos dessa perspectiva os trabalhos de Lourival Ribeiro (1971) e o de Lycurgo de Castro Santos Filho (1947), dentre outros autores que escreveram histórias da medicina no Brasil. Esses dois trabalhos, de grande importância pelo manancial de informações que apresentam, muitas vezes o desenvolvimento das ciências medidas como um processo inexorável, frito do desenvolvimento humano.

⁶ Como exemplos de trabalhos que fazem esta discussão, podemos citar Rosenberg (1992); Armus (2003); Asa Briggs (1961), Richard Evans (1992), dentre outras.

entre saúde, medicina e Estado.

Apesar das iniciativas pioneiras, somente no último quartel do século passado observa-se o definitivo ingresso das questões de saúde e doença nos domínios dos historiadores. Essa nova inserção pode ser vista como consequência tardia do processo de renovação da disciplina histórica iniciada com os *Annales* e efetivado com o posterior desenvolvimento da *história nova*. Num contexto de valorização da interdisciplinaridade, da análise de diferentes fontes documentais e de objetos até então alheios às preocupações dos historiadores, saúde e doença, corpo e sexualidade passam a ser legítimos objetos de estudos históricos. Foi nada menos que o próprio Le Goff, em conjunto com Pierre Nora, que impulsionou esses estudos, inserindo, em sua clássica coletânea voltada para os novos problemas, objetos e abordagens da história, artigo sobre o corpo e a doença. Outras visões disciplinares também seriam de grande importância nas novas formas de pensar esses temas numa perspectiva histórica. Dentre eles, sobressaem os trabalhos do filósofo Michel Foucault, dedicados ao nascimento da medicina e da saúde pública modernas, que mostram como a institucionalização dos saberes e práticas ligados à medicina se relacionaram ao surgimento de novas formas de controle social.

Surge, assim, uma nova história da medicina, que, seguindo as pegadas da história das ciências, passa a valorizar também as iniciativas infrutíferas de sua trajetória, a voz dos grupos sociais que se relacionaram com a instituição médica e as diversas práticas de cura que em vários momentos da história rivalizaram com a medicina oficial. No campo da saúde pública, as análises passam a se voltar para as relações entre poder público, medicina e sociedade, espraiando-se numa multiplicidade de temas, nos quais a construção nacional muitas vezes assume centralidade. No campo da história social da doença, cada vez mais se problematiza a predominância de seus aspectos biológicos, com a valorização dos aspectos sociais de sua construção. Nesse contexto, saúde, doença e medicina, agora vistas como fenômenos sociais, passam a ser analisadas por diferentes enfoques metodológicos, agora compondo um campo de análises bem definido e um campo profissional em vias de institucionalização.

Em recente trabalho sobre a historiografia da doença na América Latina, o historiador Argentino Diego Armus elaborou um balanço do desenvolvimento dessa disciplina, que, de forma bastante didática, apresenta as principais dimensões que as

análises recentes sobre o tema vêm explorando (Armus, 2005). Segundo Diego Armus, a nova historiografia social e cultural que pretende romper com a tradicional história da medicina organiza-se em três estilos narrativos. O primeiro refere-se a uma história biomédica que pretende compreender as tensões entre a história natural da doença e algumas das dimensões de seu impacto na sociedade e as relações entre natureza e sociedade, buscando contextualizar o saber médico, explorando muitas das variáveis e transformações que marcam as etapas do processo de produção do conhecimento científico, assim como o seu resultado, especificamente no que se refere ao campo do conhecimento biomédico. Esta vertente da historiografia analisa as redes individuais e institucionais, os intercâmbios internacionais, as comunidades científicas, a construção do lugar dos cientistas, dos médicos e a medicina nas sociedades modernas, como também as possibilidades de se produzir ciência fora dos centros hegemônicos. Este estilo historiográfico, segundo Armus (2005), dialoga com a agenda geral da história das ciências, especialmente as linhas inauguradas por Robert K. Merton e Thomas Kuhn, como também, e mais recentemente, com os estudos sociais da ciência, que no Brasil apresentam-se fortemente influenciados por Bruno Latour e Ludwik Fleck (Armus, 2005).

Um segundo estilo refere-se a uma história da saúde pública, que leva em conta as relações entre instituições de saúde e estruturas econômicas, sociais e políticas, focalizando o poder, o Estado, as políticas, as instituições e os profissionais de saúde, o impacto das intervenções na área da saúde pública e as respostas públicas e sociais à chamada transição epidemiológica. Essas perspectivas históricas no campo da saúde pública e da medicina social se apresentam, especialmente no Brasil, sob grande influência dos trabalhos de George Rosen, de Juan César Garcia, dentre outros (Armus, 2005).

O terceiro estilo refere-se a uma história sociocultural da doença, em que a dimensão biomédica apresenta porosidade e, nesse sentido, está incorporada pela subjetividade humana e pelos fatos objetivos. É fortemente influenciada pela antropologia e pelos estudos culturais.

(...) investiga os processos de profissionalização e burocratização, as relações entre medicina, conhecimento e poder, as dimensões culturais e sociais da doença em sentido amplo, suas representações e metáforas sociais, as condições de vida e seus efeitos no que refere-se

as taxas de morbidade; as respostas estatais e sociais às epidemias; o higienismo como ciência e a higiene como cultura, práticas e praticantes de curas e 'outras medicinas', assim como seus praticantes; as instituições e os instrumentos de controle social, as influências externas e os intercâmbios internacionais no desenvolvimento médico-sanitário nacional e local, as políticas de saúde, ideologias e os processos mais amplos de construção dos Estados nacionais. É esse estilo que tem sido freqüentado pela produção universitária em história social e história cultural que toma a saúde e a doença como objetos de pesquisa e reflexão. (Hochman e Armus, 2004, p. 15)

A doença e a saúde analisadas à luz dessas três dimensões constituem fenômenos que ultrapassam os limites estritos da biomedicina. Como evento biossocial, a doença estimula ações de saúde pública ou privada específicas com profundas conseqüências na vida social, e também reorganiza e redefine, através do processo coletivo de atribuição de sentido, várias outras construções sociais e culturais, que não se limitam à área da saúde, mas que se entrelaçam e se inter-relacionam conformando realidades e ações nos vários setores da vida em sociedade (Hochman & Armus, 2004).

1.3. A NOVA HISTÓRIA DAS DOENÇAS

A renovação do campo da história nos permite pensar a doença não somente a partir de referenciais médicos, mas, sobretudo, a partir de uma concepção ampliada que evoca também seus aspectos sociais nos leva por diferentes caminhos, no entanto, uma enorme diversidade de abordagens torna-se possível nesse processo. Vários autores, em seus trabalhos, ressaltaram diferentes aspectos que a análise sobre a doença deve enfocar, algumas das quais complementares e outras antagônicas, principalmente em relação aos limites da doença como construção social. Vejamos, de forma bastante resumida, um pouco do panorama desse campo.

Le Goff, em sua obra intitulada *As doenças têm história* (1985), aborda as doenças como fenômeno construído socialmente, mediando relações e mediadas por elas, mostrando sua efetiva e milenar participação e importância em variados momentos e em situações específicas, assim como também em sua trajetória conceitual ao longo da história humana. Em sua concepção, a doença revela, por um lado, o saber médico-científico e os seus respectivos e vitoriosos avanços, que se dão principalmente a partir

da prática médica em relação aos diagnósticos e terapêuticas; porém, e ao mesmo tempo, as questões relacionadas ao universo das crenças, da magia, do curandeirismo, que convivem lado a lado com os conhecimentos da medicina científica, participam do processo que dá sentido, significado à doença desde a Antiguidade até os dias atuais.

Para os fins deste trabalho, queremos enfatizar que a contribuição de Le Goff (1985), ao recuperar várias trajetórias de várias medicinas e de suas relações com as sociedades ao longo do tempo e com as várias instâncias sociais, econômicas, políticas, culturais, simbólicas no qual estão inseridas todas essas relações, remete-nos à doença como espaço e conceito privilegiado que explicita as mais variadas relações, formas de conceber, sentir e se relacionar com a sociedade onde se está doente. O autor reafirma que a doença e o doente são construções sociais que se delineiam através de complexos processos na vida em sociedade, onde a significação de ambos apresenta relação direta com todas as relações que se estabelecem dentro e fora da arena médico-científica e institucional.

Numa perspectiva de análise próxima à de Le Goff, alguns autores se voltam para a análise do corpo como ponto de partida para o estudo das doenças. Muitos desses estudos procuram mostrar como o corpo, elemento fortemente objetivado pela prática médica, deveria ser revisto numa perspectiva que levasse em conta suas diversas subjetividades geradas nas diferentes culturas.

Nessa linha de análise, Revel & Peter (1976) chamam atenção para o fato de que o estudo das doenças pode ajudar a esclarecer algumas articulações e transformações por que passam determinadas sociedades ao longo do tempo. Fazem menção ao papel atribuído ao corpo pela medicina, que se desvincula do indivíduo como um todo, e passa a ver o homem como apenas um sujeito de estudo, um objeto. Segundo os autores, é esse homem doente, esse objeto, esse corpo doente que, através dos registros médicos, chega até nós, historiadores. A certeza ali materializada e registrada, ao desconsiderar fatores complexos, condiciona a limitação da informação. Nesse sentido, chamam atenção para os cuidados que os historiadores devem ter ao lidar com as fontes médicas. Estes não podem considerá-las o único material necessário ou possível para a construção de suas narrativas nem se dar por satisfeitos com o tipo de informações nelas existentes.

Assim, Revel & Peter (1976), postulam que a doença e os acontecimentos, que

nela e partir dela em correlação com outras instâncias se estabelecem, estruturam-se e se desestruturam; problematizam os poderes ilusórios que contemplam os seus dados, os seus números, visto que o documento acaba revelando um limite, uma incapacidade, pois falta-nos a leitura do não dito, do silêncio, que simultaneamente, margeia o significado médico da doença e se distancia dele.

Ainda na chave da análise da saúde e doença através do estudo do corpo, Roy Porter (1992) mostra a importância de se pensar as questões de saúde e doença de uma forma ampla, que leve em conta também o paciente, não se limitando à visão médica da doença. Além disso, ele postula que o historiador não deve tratar o corpo simplesmente como fenômeno biológico, mas encará-lo como algo mediado por sistemas de sinais de cultura, muitas vezes construídos em desacordo com as postulações da medicina oficial. O autor mostra como a cultura, dotada de porosidade e permeabilidade, interfere direta e/ou tangencialmente nas formas como as sociedades percebem, lidam, elaboram e constroem o significado do corpo, das doenças e das formas de tratá-las. As sociedades, através de suas estruturas religiosas, sociais, econômicas, políticas e culturais, vão moldando e/ou estruturando a realidade através dos significados que o corpo e suas relações vão adquirindo em contextos específicos e épocas específicas.

Porter destaca o importante papel que teve a antropologia cultural e a sociologia (especialmente a médica), dentre outros campos do conhecimento, ao proporcionarem aos historiadores em seu aspecto teórico e prático linguagens para a discussão dos significados simbólicos do corpo, em particular contextualizados no interior de sistemas de mudança social. Ele também chama atenção para o fato de ser fundamental rompermos com o “significado” do corpo humano, que sempre existiu como objeto natural, não problemático, com necessidades e desejos universais, afetado de formas distintas pela cultura e pela sociedade.

Para Porter (1992), “(...) devemos enxergar o corpo como ele tem sido vivenciado e expresso no interior de sistemas culturais particulares (...) por eles mesmos alterados através dos tempos” (p. 205). Isso significa, dentre outras coisas, que a expressão e o entendimento do corpo são dinâmicas, plásticas, e seu significado social, médico, político, cultural é constantemente reelaborado e ressignificado.

O corpo e a doença, para Porter (1992), extrapolam o seu papel e o lugar natural nas sociedades ao longo do tempo que lhes foi designado por várias áreas do

conhecimento. Desta forma, como construções sociais complexas, e forjados dentro de culturas específicas em espaço/tempo definidos, incorporam em seu trajeto e processo de significação/construção e reconstrução outros significados que também são construídos nas várias instâncias que compõem as sociedades e que são ao mesmo tempo ressignificadas constantemente.

Distanciando-se das questões prontamente relacionadas ao corpo, outros estudiosos se centraram na problemática da doença como representação social. Nessa chave de análise, destacam-se os trabalhos da socióloga Claudine Herzlich (1991, 1993). Ela postula a impossibilidade de considerar a saúde e a doença como realidades orgânicas independentes tanto do espaço e do tempo quanto das características individuais e coletivas dos atingidos. Isto as restringiria à leitura exclusiva do saber médico e não possibilitaria percebê-las como realidades que são portadoras de dimensões sociais. Herzlich mostra que a doença é um fenômeno que ultrapassa a medicina, caracterizando-se como uma representação, e nesse sentido, não é apenas um esforço de formulação mais ou menos coerente de um saber, mas também interpretação e atribuição de sentido. Através da análise das representações sobre saúde e doença temos acesso à imagem da sociedade e de suas imposições aos indivíduos.

Analisando a representação social das doenças e a construção social do doente em épocas distintas, assim como os diferentes significados da morte, Herzlich elabora uma distinção entre a doença crônica e individual, que incide sobre a esfera privada, e a doença epidêmica infecciosa, que tem ação na esfera pública. Ela ressalta que ambas provocam significados distintos de morte a cada época. No caso das epidemias – cujas características são o grande número de vítimas, a impotência diante da morte e a exclusão dos doentes – a explicação para a doença e para a morte, na maioria das vezes, centra-se no castigo divino ou em outras conjurações de cunho moral que estigmatizam determinados grupos sociais. Estes contextos, muitas vezes, engendram revoltas, terror e discriminação. Para Herzlich, a atitude do homem diante da morte é historicamente construída, sendo que a morte, assim como a doença, não se reduz à sua evidência orgânica, natural, objetiva; ao contrário, ela porta significados sociais de cunho simbólico que ultrapassam a dimensão biológica⁷ (Herzlich, 1993).

⁷ Os trabalhos de Nibert Elias (2001) e Philippe Aries (1982), mostram, ainda, que por caminhos diferentes, que a atitude do homem diante da morte é historicamente construída.

O estudo de Herzlich parte do princípio de que o indivíduo doente é doente sempre aos olhos da sociedade e em função dela e segundo as modalidades por ela fixadas. Assim, a representação social da doença sempre leva em conta a articulação entre a patologia de uma época, a configuração histórica e ideológica que a contextualiza e o estágio de desenvolvimento da medicina. Isto porque a representação social está enraizada na realidade social e histórica que, ao mesmo tempo, ajuda a construir. Segundo a autora, a doença adquire significação somente a partir do momento em que se insere na imagem de uma dada sociedade. Esses postulados permitem à autora analisar as representações sociais da saúde e da doença fora dos modelos médicos, inspirando em estudos antropológicos sobre o tema e a existência, em cada sociedade, de um discurso sobre a doença que não independe do conjunto das construções mentais de expressão dominante.

Apesar da valorização do saber e das representações dos doentes, Herzlich pontua que esse aspectos são em parte dependentes do saber dos médicos, o que não coloca em questão a existência e autonomia das representações, porque não se pode reduzi-las à pura reprodução de um saber. A história da medicina evidencia de que modo as relações entre os saber médico e concepções do senso comum podem estabelecer-se nos dois sentidos, e, sendo assim, com intercâmbios entre o pensamento erudito e o pensamento de senso comum. Nesse sentido, a saúde e a doença, além de possuírem elementos de estabilidade, parecem ter características particulares que as tornam objetos privilegiados, posto que são suscetíveis de inscrever-se em relações de sentido móveis.

Partindo de uma perspectiva diametralmente oposta de análise, que muito valoriza os aspectos biológicos da enfermidade e as circunstâncias ecológicas de suas manifestações, estão os trabalhos de Willian McNeill (1976) e Alfred Crosby (1993).

McNeill criticou a ausência de percepção até então revelada pelos historiadores quanto à importância da doença, acusando-os de não valorizarem seu papel na história. Para o autor, essa dificuldade em lidar com a doença ligava-se ao fato de ela ser concebida como mera contingência, como desvio no curso normal dos acontecimentos, sem ter um papel decisivo sobre a dinâmica dos próprios acontecimentos.

Ao analisar os encontros dos homens com as doenças infecciosas e suas profundas conseqüências a partir de novos contatos entre populações com experiências

imunológicas diferentes, McNeill correlaciona tais doenças à história política e cultural de populações específicas, mostrando e afirmando que a circulação de doenças afetou as relações humanas desde a pré-história. Assim, o autor, destaca o papel que as doenças infecciosas tiveram, assim como a importância de se analisar o impacto das doenças infecciosas sobre o processo histórico. Em seu entendimento, as doenças infecciosas seriam um dos parâmetros fundamentais e determinantes da história da humanidade. Nessa perspectiva, a doença infecciosa, através de suas repercussões e relações com os diversos aspectos constitutivos de uma dada realidade, possui valor fundamental à medida que determina processos históricos em seus mais diversos campos.⁸ A história das doenças de McNeill não contempla a análise do modo como as diferentes sociedades compreenderam e compreendem a sua experiência patológica, desconsiderando, desta forma, a rede de significados e ressignificados construídos e atribuídos, que envolve o complexo processo de construção social da doença.

Abordagem semelhante é realizada por Alfred Crosby (1993), na qual enfatiza a importância dos fatores biológicos e ecológicos no processo de expansão europeia da época moderna. Ele atribui o êxito dos europeus na América, Austrália e Nova Zelândia não apenas à sua superioridade militar, mas também aos poderosos aliados, como os germes e as doenças, que contribuíram na sua vitória sobre os povos nativos. Além da circulação de plantas e animais, as trocas ecológicas também incluíram patógenos responsáveis por doenças como a varíola, contribuição dos europeus para os povos nativos, e a sífilis, “talvez única exportação importante de doença do Novo Mundo”, que, apesar de sua notoriedade, jamais “estancou o crescimento populacional do Velho Mundo” (Crosby, 1993, p. 192).

Crosby (1993) examina a história dos patógenos do Velho Mundo e, para ele, o seu sucesso constitui um dos exemplos mais espetaculares do poder das realidades biogeográficas subjacentes ao êxito dos imperialistas europeus. Segundo ele, foram os seus germes (patógenos), e não os imperialistas em si, os principais responsáveis pela devastação dos indígenas e pela abertura das neo-europas à dominação demográfica. Utiliza como argumentos para fundamentar sua tese a questão do pouco conhecimento da história epidemiológica das colônias e as informações disponíveis, que se juntam aos

⁸ Como exemplo, ele afirma que a história da conquista da América seria incompreensível sem a percepção do papel que a epidemia de varíola teve dizimando as populações nativas e propiciando a vitória dos espanhóis (McNeill, 1976).

relatos de experiências modernas com povos isolados.

A tese postulada por Crosby (1993) reforça a concepção de doença defendida por McNeill (1976). Nessa perspectiva, o papel desempenhado pela doença é central na construção do processo histórico, pois ela não apenas o conduz, mas o delinea e o direciona.

Já Rosenberg (1992) nos oferece um caminho radicalmente diferente de McNeill e Crosby, mas que não os exclui, porém os redefine, amplia e complexifica. Isto porque Rosenberg procura caracterizar a doença como um fenômeno tanto do âmbito da construção social como também balizado por uma realidade biológica que o encerra. Sua concepção se afasta tanto dos excessos construtivistas que procuram ver a doença somente como uma construção social, como dos biologicistas, que a vêem apenas como produto de disfunções orgânicas ou ações de agentes patogênicos externos. Para Rosenberg, a relação que se estabelece entre doença biológica, o indivíduo e a sociedade é complexa, sendo que as fronteiras entre esses elementos são de difícil acesso ou discernimento. Em sua proposta, torna-se central a idéia de enquadramento da doença, onde existe uma interação entre os aspectos sociais, políticos, culturais, econômicos etc. Ele não trabalha com o conceito de construção social da doença, mas enquadramento, no qual a doença se caracteriza como um sistema interativo cuja compreensão interage com suas manifestações particulares. No seu entender, “Em todas as interfaces entre pacientes e médicos; entre médicos e famílias; entre instituições médicas e os que praticam a medicina, os conceitos de doenças fazem mediações e estruturam relações” (Rosenberg, 1992, p. 23). Nesse sentido, Rosenberg vê a doença como um amálgama que envolve tanto sua natureza biológica como também os sentidos que lhe são atribuídos pelas sociedades, constituindo-se, assim, “*uma construção intelectual complexa*”. E o mesmo processo pode ser creditado aos eventos epidêmicos, posto que os significados que adquirem emergem do contexto em que são produzidos e das mudanças e reações que promovem no âmbito econômico, social, político e cultural.

Rosenberg (1992) inter-relaciona a concepção da doença, assim como seu impacto social, com as discussões sobre saúde pública, ambiente social, políticas estatais, responsabilidade médica e culpa individual. Em sua concepção, doença é um problema substantivo fundamental e um instrumento analítico em várias áreas científicas. Ela começa com a percepção e, frequentemente, com sintomas e

manifestações físicas. A cura constitui a base histórica para o papel social dos médicos.

O processo de enquadramento compreende um componente explicativo: de que maneira (como) e porque um homem ou mulher sofre uma doença particular? Para o autor, uma questão fundamental é que as concepções resultantes de doença e suas origens hipotéticas não são simples abstrações do conhecimento da matéria-prima de livros e debates acadêmicos, elas inevitavelmente representam um papel de intermediação nas interações entre médicos e pacientes.

Rosenberg (1987), ao analisar três epidemias de cólera ocorridas nos Estados Unidos, nas décadas de 1830, 1840 e 1860, afirma que o impacto e a representação da doença mudam de acordo com as características da sociedade em cada período, ocorrendo, dessa forma, uma alteração na própria percepção da doença em função das transformações ocorridas em relação às crenças e comportamentos. Para ele, as mudanças por que passa uma determinada sociedade ao longo do tempo alteram a percepção desta mesma sociedade em relação às doenças. Assim, uma sociedade não apresenta as mesmas percepções, representações, e, desta forma, o significado da doença não é único, podendo variar ao longo do tempo. A doença, uma vez cristalizada na forma de entidade específica, é vista como existindo dentro de indivíduos particulares, servindo como um fator estruturante e mediador de situações sociais.

1.4. DA HISTÓRIA DAS DOENÇAS À VARÍOLA

O caminho à conclusão, de caráter sempre provisório, faz-nos conceber a doença, incorporando aspectos de distintas dimensões no que se refere à sua inserção em sociedades e realidades específicas, em tempo e espaço também específicos. Desta forma, ao considerarmos a doença, estamos, de fato, ampliando sua dimensão para além de uma perspectiva médico-científica, mas que com ela dialoga. Nesse sentido, a doença torna-se algo mais que somente um fenômeno biológico, e os cuidados ou as ações e políticas de controle, cura e erradicação levam em conta também as dimensões sociais, culturais e econômicas da doença.

Problematizar a doença e concebê-la, para além de seu significado biomédico, não constitui tarefa nada simples. Ao trazermos para nossa discussão os trabalhos citados, tivemos como objetivo mostrar, ainda que de forma sucinta, o estado da arte de

tal campo. Ressaltamos os trabalhos de Charles Rosenberg, por considerá-los de grande valia para a reflexão de nosso objeto de estudo. Ao trabalhar a complexidade do processo que envolve a conceituação da doença; ao expor os vários sentidos que tal conceito abarca dentro de processos e contextos, o movimento que ele faz é de desconstrução do conceito estático e monolítico de doença. Nesse ponto, o autor nos abre uma perspectiva, na qual a conceituação da doença evidencia que ela não é uma e nem única, assim, doenças são várias e ao mesmo tempo existem a partir de uma complexa relação/negociação entre sociedade, indivíduo, médicos, medicina, ciência, comunidade política e científica etc. O que Rosenberg elucida de forma brilhante é justamente a plasticidade do conceito e sua permeabilidade, que podemos entrever através do que ele considera fundamental, que é a necessidade de se conhecer mais sobre a experiência individual da doença no tempo e no espaço, a influência da cultura sobre suas definições, assim como o papel da doença na criação da cultura e o papel do Estado em sua definição e no que se refere à sua responsabilidade. Segundo ele, torna-se necessário entender a organização da profissão médica e da provisão dos cuidados das instituições médicas como parte de complexas relações que participam do processo de emolduração da doença, dentre outras questões.

Ainda que não tenhamos condições de cobrir suas indicações e trilhar todas as etapas do caminho proposto por ele, as questões colocadas e problematizadas vieram reforçar nossa opção de análise. Olhar a varíola, de forma ampla, englobando tanto o que diz respeito ao aspecto propriamente epidemiológico, que se revela através das fontes da saúde pública, como através de seu significado para as orientações políticas e institucionais, que ultrapassam o aspecto epidemiológico, carregando consigo toda a força simbólica historicamente construída sobre a doença.

Como ponto de partida para entendemos alguns dos motivos que contribuíram para a criação de um projeto nacional/continental e posteriormente mundial de erradicação da varíola, adotamos como ponto reflexivo fundamental que a varíola não é apenas o que a ciência médica diz ser, ou seja, a varíola será, aqui, considerada também em sua dimensão social, como um problema orgânico socialmente apropriado e constantemente ressignificado. Dessa forma, sua concepção e as formas de ação frente a ela são o resultado de complexas relações sociais em sociedades e épocas específicas. O conceito de varíola com que lidamos não pode ser, em nossa análise, um conceito

estático, monolítico e tampouco linear.

A varíola da segunda metade do século XX não é a varíola do final do século XIX e início do século XX. Sendo assim, não podemos entender as ações que se destinaram à sua erradicação, pensando somente no seu perfil de doença grave e fortemente letal que determinou a criação de campanhas de vacinação e até mesmo revoltas contra a imposição da vacina. Com o passar dos anos, as transformações sociais e as inovações médicas, a varíola passou a incorporar significados bastante diferentes e as campanhas para o seu controle e posterior erradicação no final do século XX responderam a lógicas diferenciadas, nas quais ganham centralidade o grande desenvolvimento técnico da medicina, o extraordinário otimismo em sua capacidade de resolver problemas de saúde e o surgimento de agências internacionais voltadas para a melhoria das condições de saúde.

1.5. REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO 1

1.5.1. Fontes secundárias.

ARIÈS, P. *O homem diante da morte*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

ARMUS, D. Cultura, historia y enfermedad. A modo de introducción, In: ARMUS, D. (Ed.) *Entre Médicos y Curandeiros. Cultura, historia Y enfermedad en la América latina moderna*. Buenos Aires: Grupo Editorial Norma, 2002.

ARMUS, D. Legados y tendencias em la historiografía sobre la enfermedad em América Latina Moderna. In: MINAYO, M. C. de S. e COIMBRA JÚNIOR, Carlos E. A. (Orgs.). *Críticas e Atuentes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

BERRIDGE, Virginia. History in public health: who needs it? *Lancet* 2000, n. 356: 1923-1925.

BRIGGS, Asa. Cholera and society en 19th century. *Past and Present*, n. 19, 1961.

BURKE, P. *A escrita da História: novas perspectivas*. São Paulo: USP, 1992.

CARRARA, S. Estratégias anticoloniais: sífilis, raça e identidade nacional no Brasil do

entre-guerras. In: HOCHMAN, G. & ARMUS, D. (Orgs.) *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

CROSBY, A. *Imperialismo ecológico. A expansão biológica da Europa, 900-1900*. São Paulo: Cia. Das Letras, 1993.

CUETO, M. (Ed.) *Salud, Cultura Y Sociedad em América Latina: nuevas perspectivas históricas*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos/Opas, 1996.

DELUMEAU, Jean. *História do medo no Ocidente: 1300-1800*. São Paulo: Cia. das Letras, 1989.

DIAMOND, Jared. O presente letal dos animais domésticos: a evolução dos germes. In: *Armas, germes e aço: os destinos das sociedades humanas*. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2001. p. 195-214.

ELIAS, Nobert. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 2001.

FOUCAULT, Michel. A política da saúde no século XVIII. In: FOUCAULT, Michel. *A Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1984. p. 193-207.

_____. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, Michel. *A Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1984. p.79-98.

_____. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, Michel *A Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1984. p. 99-111.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, n.2, v. 1, 1991.

HERZLICH, C. *Os encargos da morte*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, 1993. (Série Estudos em Saúde Coletiva.)

HOCHMAN, G. & ARMUS, D. Cuidar, controlar, curar em perspectiva histórica: uma introdução. In: HOCHMAN G. e ARMUS, Diego (Orgs.) *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

LE GOFF, J. e NORA, P. *História: novos problemas*. 2.ed. Rio de Janeiro: F. Alves, 1979.

LE GOFF, J. (Org.) *Uma história dramática. As doenças têm história*. Lisboa: Terramar, 1985.

LE GOFF, J. *História e memória*. 4.ed. Campinas: Editora da Unicamp, 1996.

LE GOFF, J.; CHARTIER, R. e REVEL, P. (Orgs.) *A história nova*. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

McNEILL, W. H. *Plagues and peoples*. New York: Doubleday, 1976.

McNEILL, William H. Transoceanic Exchanges: 1500-1700. In: McNEILL, William. *Plagues and peoples*. New York: Anchor Books, 1998. p. 208-241. Ou, em francês: MCNEILL, William. Echanges transoceaniques. 1500-1700. In: McNEILL, William. *Le temps de la peste: essay sur les épidémies dans l'histoire*. Paris: Hachete, 1978.

NASCIMENTO, D. R. do. *Da diferença do poder a uma vida diferente: Tuberculose e Aids no Brasil*. Tese de Doutorado apresentada à Universidade Federal Fluminense. Niterói, 1999. (Mimeo.)

NASCIMENTO, D. R. do e CARVALHO, D. M. *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004.

PORTER, R. História do corpo. In: BURKE, P. (Org.) *A escrita da história: novas perspectivas*. São Paulo: USP, 1992.

PORTER, Roy. The patient's view. Doing medical history from below. *Theory and Society: renewal and critique in social theory*, v.14, n.2: 175-198, mar. 1985.

PORTOCARRERO, Vera. (Org.) *Filosofia, história e Sociologia das Ciências I: abordagens contemporâneas*. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 1994.

REVEL, J. e PETER, J. O corpo: o homem doente e sua história. In: J. LE GOFF, J. & MORA, P. (orgs.). *História: novos objetos*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1976.

RIBEIRO. Lourival. *Medicina no Brasil colonial*. Rio de Janeiro (GB): Editorial Sul Americana S.A., 1971.

ROSEN, George. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: Unesp/Hucitec/Abrasco, 1994.

ROSENBERG, C. E. *The cholera years: the United States in 1832, 1842 and 1866*.

Chicago. University of Chicago Press, 1987.

ROSENBERG, C. E. Introduction. Framing Disease: illness, society and history. In: ROSENBERG, C. E. e GOLDEN, J. (Eds.) *Framing Disease: studies in cultural history*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1992.

ROSENBERG, C. E. *Explaining Epidemics and other Studies in the History of Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

SANTOS FILHO, L. de C. *História da medicina no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1947.

SILVEIRA, A. J. T. da e NASCIMENTO, D. R. do. A doença revelando a história. In: NASCIMENTO, D. R. do e CARVALHO, D. M. *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004.

ZYLBERMAN, Patrick. Le regard d'hier pour les concepts de demain. *ASSP*, n.34, mar. 2001. p. 69-72.

2. SAÚDE PÚBLICA E O COMBATE À VARÍOLA

2.1. INTRODUÇÃO

Este capítulo discutirá primordialmente o significado que a varíola adquiriu para a saúde pública brasileira no período que se estende do final do século XIX até a década de 1970, correlacionando esse significado às formas como o Estado brasileiro lidou com a doença, através dos serviços e instituições criadas para preveni-la, combatê-la e, finalmente, erradicá-la.

Recuperaremos as primeiras experiências da doença no país e o seu impacto para a saúde pública nacional e para os serviços criados à época, assim como sua trajetória ao longo do período republicano até sua erradicação da década de 1970 no país. No que se refere ao processo geral de estruturação dos serviços e de políticas de saúde pública e o seu impacto no quadro nosológico brasileiro, esperamos compreender as mudanças de orientações das políticas de saúde pública em relação a essa doença, principalmente no tocante aos motivos que participaram efetivamente no processo de institucionalização da Campanha de Erradicação da Varíola no Brasil, como parte de um Programa Mundial de Erradicação da Varíola, proposto pela Organização Mundial de Saúde no ano de 1958, em sua Décima Primeira Assembléia Mundial de Saúde.

Subdividimos este capítulo em vários segmentos. Nos primeiros procuramos fazer um contraponto com o capítulo 1 – no qual se discute a doença em sua dimensão sociocultural – apresentando sua trajetória como problema de saúde pública em distintas partes do mundo. Em seguida, tratamos do desenvolvimento das técnicas de imunização contra a doença, buscando mostrar como se deu o processo de descoberta do imunizante e seu desenvolvimento posterior, tema já bastante debatido pela historiografia e pela literatura médica. Nos segmentos finais, procuramos traçar a trajetória da varíola no país até sua erradicação no que se refere especificamente às estruturas estatais criadas para o seu controle e ao comportamento que teve no território nacional. Também mostramos de que forma as transformações ocorridas no campo da medicina científica e da saúde pública interferiram no comportamento dessa doença no país.

2.2. A VARÍOLA COMO ENTIDADE BIOMÉDICA

A varíola foi a primeira doença erradicada da face da Terra pela ação da medicina. Anteriormente, constituiu-se como uma das grandes pragas da humanidade, ocorrendo de forma endêmica e epidêmica em todo o mundo, inclusive no Brasil.⁹ Ela foi caracterizada pela medicina como uma doença viral de transmissão pessoa-pessoa. Doença exantemática caracterizava-se por início súbito, com febre, calafrios, cefalalgia, raquialgia intensa e prostração, que perduravam por três ou quatro dias. Após esse período, ocorria uma queda da temperatura e surgia a erupção, que passava pelas fases de mácula, pápula, vesícula e pústula, com formação de crostas que se secavam e se destacavam, ao término da terceira semana. A erupção normalmente era generalizada, e mais intensa nas proeminências, nas superfícies flexoras e extensoras e nas depressões. Aparecia inicialmente na face (onde era mais intensa), posteriormente nos antebraços, punhos e mãos, apresentando maior predileção pelos membros, especialmente em suas partes distais, que pelo tronco. A erupção era ainda mais abundante nos ombros e no peito que no dorso e abdômen (Relatório Oficial da Associação Americana de Saúde Pública – OPAS/OMS, 1960).

⁹ Apesar de erradicada, a existência do vírus da varíola em laboratórios traz de volta ao cenário mundial a doença, pela possibilidade de seu uso como arma biológica. Vários trabalhos discutem essa possibilidade e as conseqüências atuais diante de uma população mundial susceptível (Schatzmayer, 2001; Silva, 2001; Moulin; 2003, dentre outros).

A varíola clássica (*varíola major*) se constituiu como doença grave com letalidade de 30%, porém, a outra forma, chamada varíola hemorrágica, que era rara, caracterizava-se pelo aparecimento de manchas púrpuras e hemorragias cutâneas, sobrevivendo a morte em três ou quatro dias, geralmente antes que se manifeste a erupção típica. Já o alastrim (*varíola minor*) era a forma mais benigna da doença; com letalidade inferior a 1%, apresentava sintomas prodrômicos brandos, erupção discreta e pouco extensa, com evolução mais rápida das lesões (Relatório Oficial da Associação Americana de Saúde Pública – OPAS/OMS, 1960).

Os registros sobre o século XX mostram que, em relação à prevalência da doença, sua distribuição mundial não era uniforme, podendo apresentar-se sob forma esporádica, endêmica ou epidêmica, conforme o estado de imunidade da respectiva população e a frequência com que ela era importada. Sua incidência era maior no período do inverno e menor no verão. O homem se constituiu o único reservatório do vírus, e a fonte de infecção eram as secreções das vias respiratórias e as lesões da pele e das mucosas do paciente, bem como os objetos por elas contaminados.

O modo de transmissão se dava por contágio direto. Não era necessário o contato íntimo com o paciente; a transmissão poder-se-ia realizar pelo ar, a curtas distâncias e em ambientes fechados, e também através de objetos ou de indivíduos recentemente contaminados com secreções respiratórias ou material proveniente das lesões da pele ou das mucosas do paciente. As crostas permaneciam infectantes por prazo de tempo indeterminado (Relatório Oficial da Associação Americana de Saúde Pública – OPAS/OMS, 1960).

A varíola era causada pelo *Poxvirus variolae*, que pertence a um grupo de vírus (grupo varíola-vacínia). O vírus da varíola era um dos mais resistentes, em particular aos agentes físicos. Crostas de lesão abandonadas por mais de um ano à temperatura ambiente conservavam a infectividade na poeira dos cômodos habitados por variolosos, e durante longo tempo poderia ser encontrado o vírus (Angulo, 1982).

O período de incubação se dava de 7 a 16 dias; geralmente 12 dias. O período de transmissibilidade ocorria entre o aparecimento dos primeiros sintomas e a queda completa das crostas, ou seja, de duas a três semanas. A doença era mais contagiosa nas primeiras fases de sua evolução (Angulo, 1982).

A susceptibilidade à doença era geral, embora nem todo indivíduo susceptível,

exposto ao contágio, contraísse a doença. A varíola trazia, geralmente, imunidade permanente. Outro fato importante na patogenia e epidemiologia da varíola era a existência de infecções variólicas sem manifestações clínicas, mesmo em indivíduos não vacinados ou sem varíola prévia. Este fato foi também demonstrado pela primeira vez no Brasil e confirmado, inclusive para a *v. major* (Relatório Oficial da Associação Americana de Saúde Pública – OPAS/OMS, 1960).

A contagiosidade dos casos de varíola parecia variar paralelamente à sua severidade clínica. Diversos autores são da opinião de que, pelo menos praticamente, as infecções subclínicas não são contagiantes.

A varíola sempre foi tida como uma das doenças mais contagiosas e perigosas, porém, no século XX, predominou a varíola *minor*, que não passava, na prática, de uma doença um pouco mais severa que a varicela. A similaridade era tão grande que, no Brasil, apelidava-se a *v. minor* de “varicela”, enquanto a verdadeira varicela era denominada “catapora”. A intensidade da doença, a mortalidade que causava e sua contagiosidade variavam muito com o tempo e a contínua exposição do organismo humano ao vírus. Na segunda metade do século XX, a doença era muito menos grave do que havia sido entre o final do século XIX e o início do XX. Segundo os especialistas, reduzida a números, a mortalidade pela forma severa (*v. major*) não se afastava muito de 20%, e, *em nenhuma das duas formas, um caso dá origem a mais de três a cinco outros casos*. Existe evidência epidemiológica de que a varíola era menos contagiosa que a maioria das moléstias exantemáticas da infância, em particular, menos que o sarampo e ainda menos que a gripe (Angulo, 1982).

2.3. A VARÍOLA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A varíola constituiu um sério problema de saúde pública no mundo, inclusive no Brasil, ocorrendo de forma endêmica e epidêmica em muitas regiões. Foi uma das grandes pestes da humanidade. Sua presença associa-se aos caminhos e deslocamentos do homem na Terra, e o combate à doença está intimamente relacionado com a história das descobertas científicas do século XIX e início do século XX.¹⁰

¹⁰ Vários trabalhos analisam a presença da varíola desde a Antiguidade, assim como também mostram através de estudos e relatos sua trajetória em algumas partes do mundo ocidental e oriental. Dentre eles, podemos citar McNeill (1976); Crosby (1993); Hopkins (1983); Darmon (1986); Esparza (2000);

Há muitos séculos, a varíola era conhecida na Ásia e na África. Na época Medieval, foi difundida na Europa. Após a descoberta do Novo Mundo, ela foi introduzida nas Américas, primeiro pelos europeus e, depois, pelos escravos africanos. Assim, ocorreu endêmica e epidemicamente em todas as regiões do mundo.

O vírus da varíola surgiu como um vírus *pox* de animais existente nas espécies domesticadas, quando as populações humanas começaram as práticas agrícolas e a criação de animais. Acredita-se que ele evoluiu, e se adaptou gradualmente a humanos. As primeiras vítimas humanas viveram, provavelmente, em uma das primeiras áreas de concentração agrícola na Ásia ou África, há aproximadamente 10.000 anos (Hopkins, 1983).

Historiadores sugerem que as marcas na face mumificada do faraó egípcio Ramsés V são consequência de varíola. No ano de 1100 a.C., já era conhecida na China, com o nome de “tai-tu”, onde aparecem relatos de grandes epidemias (Horwitz, 1965).

No ano 312 de nossa era, a varíola causou um grande número de mortes em Roma. A partir do ano 675, é registrada na Irlanda e, posteriormente, na Espanha, onde a introdução da doença pode ser atribuída a invasores sarracenos. Rosen (1994) menciona um tratado de Razes (Abu Barrk El Razi), do início do século X, onde os aspectos clínicos e a evolução da doença foram pela primeira vez caracterizados e descritos de forma detalhada, bem como é relatada a disseminação da moléstia a partir do Oriente, opinião compartilhada por Avicena e outros escritores muçulmanos dos séculos X e XI. Estudiosos de sua história parecem concordar que, ao fim do século VI, a varíola se tenha tornado epidêmica na Arábia e se espalhado, através da área mediterrânea, até a Europa.

As epidemias relatadas na Itália e França, em 570, por Marius, bispo de Avenches, e por Gregório, de Tours (em 581), parecem se dever a surtos de varíola. Segundo Horwitz (1965), Marius cita, pela primeira vez, a palavra varíola, possivelmente derivada do latim *varius* (moteado, salpicado) ou *varus* (granilho), significando, para Rosen (1994), simplesmente pintado, pontilhado.

Já nos séculos XVI e XVII, a varíola começou a ser reconhecida como doença comum na Inglaterra, sendo que os primeiros Boletins de Mortalidade impressos para Londres registram-na como enfermidade distinta, com certa regularidade nos registros, e

Raymond (1982); Moulin (1996); Watts (1997); Guerra Perez (1974); WHO (1980); Fenner *et al.* (1988); Gicklhorn & Schadewaldt (1968), dentre outros.

crescente gravidade (Rosen, 1994). No século XVII, considerava-se a doença uma parte inevitável da infância, dada a extensão de sua presença entre as sociedades européias.

A varíola, presente há muitos séculos na Europa e Ásia, não era conhecida no Novo Mundo antes da chegada dos europeus, e, quando apareceu neste continente, provocou devastadoras epidemias, chegando a exterminar tribos inteiras americanas (McNeill, 1976). O exército de Hernán Cortez introduziu a varíola na América em 1520, quando do início da conquista espanhola. Segundo se afirma, mais de três milhões de mexicanos morreram da doença, o que facilitou a empresa dos conquistadores espanhóis. Em 1563, ela apareceu pela primeira vez no Brasil, e, em 1640, penetrou na América do Norte. Afirma-se que as epidemias mais mortíferas se registraram sempre na parte ocidental da América indo-latina, a mais densamente povoada. As epidemias assolaram também o Peru, entre 1720 e 1729, o México, nos anos de 1763, 1779 e 1797, e, em 1802, toda a América central e a América do Sul. Durante a conquista da América do Norte, os índios de Massachussets e de Narragansett, que somavam cerca de 40 mil em 1633, sofreram grande redução em virtude de sua presença. Ao todo, atribui-se à varíola, durante a penetração espanhola na América, a morte de seis milhões de índios, aproximadamente a metade da população original (Rodrigues, 1977).

Estima-se que, na Europa, durante o séc. XVII, morreram de varíola mais de 60 milhões de pessoas. No século XVIII, morreram 14 mil pessoas em Paris no ano de 1707, e, em toda a França, país europeu onde a varíola fez maiores danos, a última epidemia grave ocorreu durante a Guerra Franco-Prussiana (1870). Entre 1893 e 1897, uma epidemia de varíola causou mais de 275 mil vítimas na Rússia, e, no século XX, apareceram muitos casos na União Soviética: 102 mil casos em 1919; 57.590 casos em 1920; 71.605 casos em 1921 e 25.047 casos em 1922; sendo que a última cifra coincide com a introdução da prática de vacinação sistemática (Horwitz, 1965).

2.4. SOBRE A IMUNIZAÇÃO CONTRA A VARÍOLA

A historiografia e a literatura médica sugerem que, desde os tempos mais remotos, o homem buscou um modo de se defender da varíola; neste sentido, a tentativa de imunização contra a doença se configura como prática milenar, antecedendo a elaboração de teorias e conceitos que envolvem a elucidação científica dos processos

imunitários e a fabricação de vacinas (Moulin, 1996; Hopkins, 1983; Darmon, 1986).

Desde a Antiguidade, já se tinha observado que a varíola poderia ser evitada totalmente ou em sua forma mais grave através do contato entre homem sadio e doente, ou através do contato do homem sadio com as crostas originadas das pústulas dos variolosos. Tais constatações estimularam a disseminação de práticas conhecidas como “variolização”, “inoculação” ou “transplantação” (Moulin, 1996).

Apesar de tecnicamente diferentes entre si, tais práticas consistiam em implantar no homem sadio o vírus variólico contido na secreção retirada das pústulas de pessoas doentes, objetivando-se provocar a doença em sua forma mais branda, evitando-se a forma mais grave.

Segundo Fenner *et al.* (1988), por volta do ano 1000, os hindus guardavam durante certo tempo as roupas contaminadas dos variolosos para depois aplicar pedacinhos do seu pano sobre escarificações feitas intencionalmente na pele dos indivíduos sãos. Tal procedimento sugere tanto o conhecimento empírico das vantagens profiláticas da inoculação do pus como a observação de que era possível obter uma atenuação do agente da moléstia pelo uso tardio dos fragmentos das roupas.

Práticos chineses coletavam as crostas das feridas dos variolosos, reduziam-nas a pó, e então sopravam alguns grãos, às vezes com o auxílio de um tubo de bambu, nas narinas de pessoas em busca de proteção. Hindus e chineses tinham observado a possibilidade de se adquirir imunidade contra certas doenças, e haviam entendido que, se determinada moléstia grave normalmente atacava um indivíduo apenas uma vez, provocando um ataque atenuado do mal, assegurava-se a proteção das vítimas em potencial (Fenner *et al.*, 1988). Foram encontrados nas referências relatos distintos sobre a introdução da prática de variolização na Europa. A primeira afirma que a prática de inoculação surgiu em Constantinopla em fins do século XVII e início do XVIII: dois médicos gregos, Pylarini e Timoni, removiam a matéria pastosa das pústulas dos variolosos e, utilizando-se de uma agulha previamente molhada no pus, faziam pequenas incisões em pessoas sãs. Timoni enviou uma descrição de seu método ao Dr. John Woodward, de Londres, tendo este apresentado um relatório sobre o assunto na *Royal Society*, publicado em 1714 (Chalhoub, 1996). Após realização de experiências em cobaias humanas selecionadas, o método ganhou notoriedade. Ainda na década de 1720, passou a ser utilizado na Alemanha, chegando mais tarde à França e à Rússia.

Apesar da propagação na Inglaterra e em outros países da Europa, a variolização tornou-se logo matéria de controvérsias, sendo reconhecido que a variolização às vezes causava a morte dos inoculados. A segunda referência à chegada da variolização à Europa narra que no início do século XVIII, a esposa do embaixador da Inglaterra na Turquia ali aprendeu o método da variolização e, entusiasmada com a estranha terapêutica, propagou esta prática quando regressou à Inglaterra em 1718. Em abril de 1721, inoculou sua filha na presença dos médicos da Corte. Posteriormente, repetiu-se tal prática em seis presos condenados (Hopkins, 1983).

A variolização nas colônias inglesas da América chegou oficialmente junto com a epidemia de 1721, que parece ter viajado da metrópole para as colônias, atingindo primeiro o Caribe e depois a Nova Inglaterra. No século XVIII, a varíola era uma doença que atingia a América, África, Ásia e Europa, sendo que a variolização era a prática preventiva adotada por muitos países. Os portugueses não compartilhavam do entusiasmo europeu e norte-americano com a variolização. Parece que a explicação para isso se deve ao fato de que, em Portugal, a varíola não era um grave problema de Saúde Pública. Por outro lado, a doença era freqüente no tráfico negreiro e nas colônias, porém, a oposição das autoridades médicas portuguesas evitou a adoção da variolização, a não ser de forma esporádica (Chalhoub, 1996).

A vacina antivariólica, surgida em fins do século XVIII (1797), resultou da observação do médico inglês Edward Jenner, de que ordenhadeiras de vacas com *cowpox*, ficavam protegidas contra a varíola. A observação o estimulou a desenvolver testes em pessoas saudáveis, com a finalidade de reproduzir o fenômeno. Em 14 de maio de 1796, Jenner efetuou sua primeira vacinação em um menino de oito anos e, em 1º de julho do mesmo ano, inoculou-o com pus de um caso de varíola. Com o passar do tempo, os sinais da vacinação desapareceram, e o menino não apresentou sinais nem sintomas da doença (Fischmann, 1978). Desta forma, Jenner, a partir da pústula da vaca, obteve um produto que passou a denominar vacina, que, ao ser inoculado no homem, fazia surgir, no local das inoculações, erupções semelhantes à varíola. Dessas erupções, era retirado o “pus vaccínico”, utilizado para novas inoculações. Formava-se, assim, uma cadeia de imunização entre homens, funcionando o *cowpox* da vaca como um primeiro agente imunizador, e o homem como produtor e disseminador da vacina, conhecida como vacina jenneriana ou humanizada (Fernandes, 1991). O método

desenvolvido por Jenner modificou as práticas de controle da doença e a variolização foi sendo pouco a pouco substituída pela prática de vacinação.

A vacina de E. Jenner foi acolhida com grande entusiasmo no continente Americano. A partir de 1801, os periódicos mais importantes da América-latina, tais como *Almanaque Peruviano* e *Gazeta de México*, publicavam freqüentemente artigos comentando a propagação da varíola, sua suposta relação com as mudanças meteorológicas e, principalmente, informavam sobre as ações que estavam sendo desenvolvidas para introduzir a vacinação antivariólica, despertando grande interesse em amplas camadas da população.(Gicklhorn & Schadewaldt, 1968).

Nesta parte da América, os primeiros esforços ficaram inicialmente reduzidos a ações locais. De forma bem diferente, na América do Norte, a vacinação antivariólica se propagou rapidamente desde o ano de 1800, o que se deveu principalmente ao trabalho desenvolvido por Benjamin Waterhouse e James Smith, e já em 1802, inaugurou-se em Baltimore o Primeiro Instituto de Vacinação Antivariólica (idem).

A prática da vacinação tinha como inconveniente o fato de seu efeito diminuir com o tempo. Além disso, para muitas pessoas, a reinoculação constante da vacina era fonte de preconceitos, imaginando-se que uma grande gama de doenças, como a sífilis e a tuberculose, eram transmitidas pela vacinação. No último quartel do século XIX, esta forma de vacinação caíria em desuso com o desenvolvimento da vacina animal. Esta mantinha o mesmo princípio da técnica precedente – obtenção de imunidade através da inoculação de doença semelhante – só que era replicada a partir das próprias pústulas das vacas (posteriormente, a partir da pele de vitelos), eliminando a prática da inoculação braço a braço (Fernandes, 1991). A vacinação animal pela técnica de inoculação e retirada das pústulas de vitelos foi utilizada durante dezenas de anos, sendo a base para a criação de diversos institutos vacínicos (ou vacinogênicos) que replicaram em todo o mundo a mesma técnica com poucas modificações. Nos últimos anos do século XIX, esses institutos de produção de vacina imprimiram maior sofisticação a esse processo com a colheita da polpa, pesagem e armazenamento em frigorífico. Antes de ser processada, uma mostra dessa polpa era examinada para evitar as possíveis contaminações por outros microorganismos patogênicos. Depois de triturada e filtrada, adicionava-se água – posteriormente glicerina – à polpa que era colocada em tubos fechados a maçarico e finalmente embaladas para a distribuição.

A forma de elaboração da vacina antivariólica não mudou muito até meados do século XX. A título ilustrativo, apresento, a seguir, um extrato de depoimento do acervo do Programa de História Oral da Casa Oswaldo Cruz, no qual o técnico do Instituto Oswaldo Cruz, Fonseca da Cunha mostra como era esse processo até os anos 50. Fonseca da Cunha chefiou durante muitos anos a produção da vacina no Instituto. A citação, embora bastante longa, é interessante por trazer à tona o processo ainda artesanal de produção vigente por toda a primeira metade do século XX.

Eu, durante 10 anos, produzi vacina contra a varíola. Nesse período passamos da vacina clássica, tradicional, (...) pra uma vacina moderna, liofilizada, feita com todas as técnicas consideradas formidáveis. (...) Quando assumi o laboratório, não se fazia ainda a vacina liofilizada. (...) Os animais eram selecionados por nós do laboratório. Saíamos por essas fazendas aí no Estado do Rio, no Sul de Minas, escolhendo. (...)

Primeiro comprávamos os animais, que ficavam aqui fora, em observação. Porque a gente tinha que ver se o animal não vinha doente. Depois de um certo período nos pastos mais distantes, eles vinham, entravam os grupos de 10 ou de 12, colocávamos ali. Depois íamos recolhendo para as baias (...). Então os animais entravam para as baias, e eram lavados diariamente com mangueira d'água, escova e sabão grosso. Como se fosse um bebê. Duas vezes por dia. De manhã e de tarde. Hoje não seria possível nada disso, mas naquela época era assim. Quando os animais estavam prontos, passavam para a inoculação: 3 de cada vez. Houve época em que inoculávamos 6 por semana.

O método de inoculação dos animais eu chamaria um método bárbaro. Havia 3 mesas, os animais eram amarrados sobre as mesas. Só se usavam machos, porque as fêmeas era sempre mais caras. O animal era amarrado, raspava-se o pelo do flanco direito, até os membros, até embaixo, fazia-se uma desinfecção com álcool, e aí vinha um processo do tempo da Inquisição. O operador dos técnicos, com lixa número 0, lixava a perna do animal, até ficar em carne viva. O animal urrava muito, chorava muito. Já pensou? Lixar, esfolar... Bom. Mas era assim. Ele não estava inventando nada. Esse era o processo. Então enxugava bem, tirava aquele sangue, secava e vinha com vírus vacínico num frasquinho, quer dizer, o vírus em glicerina. Com um pincel, pincelava aquilo tudo, envolvia o animal com um lençol, um avental esterilizado e levava para a chamada sala de incubação da vacina. No fim de 5 dias, os animais voltavam para a mesma mesa. Então, aquela região toda inoculada ou lixada enchia-se de vírus, estava coberta por uma crosta, como se fosse assim um papelão duro. Lavava-se aquilo, assim mais ou menos, com uma cureta, arrancava-se a crosta toda. Era colocada em frascos com glicerina, anotando-se o número do animal, peso de polpa, data. Essa era a chamada polpa bruta. O material ia para um congelador a menos de 20°. Naquele tempo acho que nem alcançava menos de 20°. E ali ficava, 6 meses, um ano. Porque a glicerina tem uma ação bacteriostática sobre determinados germes. Com o correr do tempo, as bactérias iam morrendo e ficava o vírus que resistia à ação da glicerina. Então, depois de um ano ou dois ou três tinha muita polpa ali. Aquele material era retirado, descongelado, triturado com trituradores

próprios, juntava-se um diluente – entendeu? – fazia-se prova de esterilidade, prova de potência em coelho e, por fim, a vacina era colocada em capilares.

Capilar é um tubinho em vidro branco, fino; na época continha duas dozes de vacina. Ele era fechado de um lado e aberto do outro. A gente colocava dentro de panelas esterilizadas, despejava a vacina dentro, colocava os capilares de boca para baixo, colocava a campânula por cima, fazia e depois desfazia o vácuo. Quando se desfazia o vácuo, como os capilares com boca aberta estavam mergulhados na vacina, a vacina entrava para o interior dos capilares.(...).

Bom. Então esse era o processo: aquele vitelo inoculado, curetado, estava magro, porque ele tinha tido uma viremia, não é, e era sacrificado. (*Apud* Benchimol. Jaime. *Manguinhos: um retrato de corpo inteiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 400-403)

Em relação à vacinação propriamente dita, o procedimento não era menos bárbaro. Como dissemos, na maior parte do século XIX, ela era iniciada com a aplicação do líquido proveniente da pústula de uma vaca acometida pelo *cowpox* e repassada diretamente de homem a homem através da aplicação do pus das pústulas decorrentes da vacinação. A partir do último quartel do século XIX, esta forma de vacinação caíria em desuso, dando lugar à vacina animal. Esta nova prática, embora tivesse o mesmo princípio da técnica precedente, era replicada a partir das próprias pústulas das vacas (posteriormente, a partir da pele de vitelos), eliminando a prática da inoculação braço a braço. A vacina era aplicada na região do braço pela escarificação da pele com objeto cortante e colocação da linfa através de grossas agulhas. Quando a vacina “pegava”, causava uma pústula local dolorida e de demorada cura, indicando que o paciente havia adquirido imunidade ao mal. A dificuldade desse processo era uma das causas da grande resistência à vacinação observada no início do século XX.

2.5. A VARÍOLA NO BRASIL

2.5.1 Da Colônia ao Império

A varíola foi introduzida no Brasil pelos “descobridores” europeus, tornando-se endêmica nas primeiras populações estabelecidas na Região Nordeste, porém, com o processo de colonização e descobrimento de áreas mais favoráveis para a agricultura no Sul, a doença foi se disseminando (Scorzelli Jr, 1965).

A primeira referência à varíola no Brasil foi feita por José de Anchieta, em 1561,

e a primeira epidemia registrada data de 1563, na Ilha de Itaparica, atingindo posteriormente Salvador e o interior da Bahia, com mais de 30 mil óbitos entre os indígenas e despovoando seis colônias jesuítas. Da Bahia, a doença parece ter se difundido para norte e sul do país, ocorrendo nos séculos XVI e XVII epidemias no Maranhão, Pernambuco, Pará, Rio de Janeiro, Espírito Santo (Scorzelli Jr, 1965).

A vacina chegou ao Brasil em 1804, vinda de Portugal. Foi transportada pelo processo de inoculação braço a braço. Segundo Risi, “Para isto seis meninos escravos foram enviados à Lisboa, e de regresso, no navio, vacinados em seqüência, a fim de preservar a vitalidade do vírus. Pelo mesmo sistema a vacina foi transferida para o Rio de Janeiro e, depois, para São Paulo” (Risi, 1968, p.130).

No período colonial, inexistiam ações de saúde pública para o combate à doença. Em 1808, a chegada da Corte Portuguesa ao Brasil propiciou importantes mudanças nas instâncias sociopolíticas, econômicas e sanitárias do país. Nesse contexto, o Rio de Janeiro, como sede provisória do Império português e principal porto do país, tornou-se centro de algumas intervenções sanitárias. Ainda no ano de 1808, foi criada a primeira instância voltada para a saúde pública no Brasil, a Provedoria-Mor de Saúde. Essa instituição era responsável pela salubridade da Corte e pela fiscalização dos navios, com objetivos de impedir a entrada de doenças. Pela relevância que a varíola adquiria, várias tentativas foram assumidas por D.João VI, dentre elas a criação da Junta Vacínica da Corte, no ano de 1811, tornando-se responsável pela vacinação jenneriana. A partir de 1820, essa Junta passou a elaborar mapas relativos à vacinação e relatórios de atividades, o que gerou um melhor conhecimento sobre o comportamento da doença no território nacional (Fernandes, 1999a; 1999b; Teixeira e Almeida, 2003).

Após a independência, com a Constituição de 1824 e a Lei de 1828, os serviços de saúde passaram a ser da competência das Câmaras Municipais, atendendo à proposta de descentralização do poder estatal que, em conjunto com as iniciativas particulares de vacinação jenneriana, estimularam a criação de instituições locais para o controle da varíola. A obrigatoriedade da vacina foi, pela primeira vez, estabelecida no município do Rio de Janeiro em 1832, pelo Código de Posturas, no qual era normatizado o uso da vacinação, tornando-a obrigatória, e a não-vacinação, passível de multa. Em 1846, foi criado o Instituto Vacínico do Império, órgão central que fiscalizava e atuava nas localidades, sendo que a Junta Vacínica foi a ele incorporado e passou a ser responsável

pela vacinação na Corte. A mesma legislação que criou o Instituto Vacínico do Império definiu a obrigatoriedade da vacinação em crianças de até três meses e em grupos determinados, exigindo-se o atestado de vacinação ou comprovação da doença para a admissão em algumas instituições (Fernandes, 1991).

Em meados do século XIX, a ampliação das conjunturas epidêmicas levaram o governo imperial a centralizar as poucas ações de saúde pública existentes no país na Junta de Higiene, criada em 1849. Inicialmente proposta para o controle da febre amarela, ela ampliou suas atividades com a incorporação do Instituto Vacínico e da Inspetoria da Saúde dos Portos, passando, em 1851, a denominar-se Junta Central de Higiene Pública, porém, tais medidas não mudaram significativamente o quadro da varíola no país, havendo mesmo um questionamento da eficiência da vacina como medida profilática (Fernandes, 1999a). Posteriormente, com a criação da Inspetoria Geral de Higiene em 1886, foram extintos a Junta Central de Higiene e o Instituto Vacínico, ficando a vacinação antivariólica sob responsabilidade dessa Inspetoria e das Inspetorias das províncias. Segundo Barreto (1945), a maior parte das ações desses órgãos restringiu-se à cidade do Rio de Janeiro.

No Brasil, mesmo com a introdução da vacinação braço-a-braço, em 1808, e do uso da vacina produzida em vitelos desde 1887, a doença continuou no século XIX produzindo epidemias. Registraram-se no Rio de Janeiro diversos surtos epidêmicos, dentre os quais os ocorridos em 1834, 1836, 1848, 1850, 1865, 1878, 1887 e 1891 (Scorzelli, 1965). O ano de 1887 foi marcado por um forte surto epidêmico. Nesse ano, a vacina cultivada e extraída de vitelos (vacina animal), já desenvolvida na Europa desde meados do século e que se mostrava mais eficiente do que a vacina jenneriana, chegou ao Brasil. Até então, o processo de vacinação se dava através da retirada da linfa de vacas atacadas pelo *cowpox* – vírus próximo ao da varíola – e inoculação em seres humanos. Das pústulas surgidas nos vacinados, era novamente coletava a linfa para vacinar novas pessoas, num processo contínuo de vacinação.

A produção da vacina animal foi uma iniciativa do médico da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, Pedro Affonso Franco (Barão de Pedro Affonso), que obteve do Instituto Chambon de Paris amostras da vacina que chegaram ainda ativas ao Brasil. Em 1887 Pedro Afonso conseguiu reproduzir no país a técnica da vacinação animal. Em pouco tempo, conseguiu subsídios do Governo Imperial para montar um

serviço de vacinação na Santa Casa, onde passou a fabricar a vacina, proceder à vacinação e distribuir linfa para outras Inspetorias (Fernandes, 1999a).

Segundo Tânia Fernandes, “A dificuldade do Estado em enfrentar questões relativas à vacina, tais como vacinação, revacinação e obrigatoriedade, denotava, na realidade, a falta de ‘vontade política’ de intervir nos problemas da saúde pública”. O governo imperial, apesar das tentativas de intervenção com a criação dos órgãos que apontamos ao longo do texto, carecia não só de apoio político por parte do poder local, mas também de assessoramento por parte dos médicos, que discordavam entre si sobre essas questões (Fernandes, 1999a, p.41). Como Pedro Affonso assumiu o serviço de vacinação, o Estado se desincumbiu diretamente dessa tarefa, retomando-a somente em 1920, com a reforma dos serviços de saúde, ocasião em que se criou o Departamento Nacional de Saúde Pública. Subsidiado inicialmente pelo governo imperial, posteriormente pelo governo republicano, e mais tarde pela municipalidade, Pedro Affonso tomou para si, até o início da década de 1920, a produção da vacina antivariólica no Distrito Federal e em algumas províncias. (Fernandes, 1999a).

Mesmo com a ampliação das atividades de saúde no final do período imperial, as estruturas dos serviços neste setor continuavam as mesmas, mantendo a diretriz de se limitarem à Capital do Império. Com o rápido crescimento das cidades e com o aumento considerável da população e as condições de vida e de trabalho, as epidemias tornavam-se mais constantes e evidenciavam as condições dos serviços e das políticas sanitárias então vigentes. Entretanto, as intervenções realizadas pelo poder público continuaram a ser pontuais e insuficientes, mantidas pelo poder local, posto que o Estado agia somente em áreas específicas de interesse econômico, a exemplo das zonas portuárias das cidades de Recife, Salvador, Rio de Janeiro e Santos (Rezende e Heller, 2002).

A organização dos serviços de saúde não se alterou até a última década do Império. Nesse momento, o desenvolvimento urbano das principais capitais do Sudeste e a preocupação governamental com a manutenção da vinda de imigrantes para a agricultura cafeeira determinaram uma nova reforma. Em 1886, deu-se a “Reforma Mármore”, que procurava conceder maior autonomia às repartições de saúde, criando um novo Conselho Superior de Saúde Pública, com nova divisão relativa às atribuições. Pela reforma, os serviços sanitários terrestres ficaram sob a responsabilidade da Inspetoria Geral de Higiene e os serviços marítimos ficaram subordinados à Inspetoria

Geral de Saúde dos Portos. Para substituir a Junta Central de Higiene Pública e o Instituto Vacínico, que foram extintos, foi instituído o Conselho Superior de Saúde Pública, formado pela Inspetoria geral de Higiene, encarregada da higiene terrestre, da capital, e pela inspetoria de saúde dos portos, responsável pela manutenção das condições higiênicas dos portos da República. Embora fossem um pouco centralizadas, as estruturas dos serviços de saúde continuavam as mesmas, funcionando mais no papel do que agindo frente às doenças, sendo as poucas exceções restritas à Corte.

Segundo Teixeira,

Embora seja observável a ampliação das atividades de saúde no final do período imperial, as estruturas dos serviços de saúde continuavam as mesmas, fortemente relacionadas à Capital do Império e dando as costas para o resto do país. Tal situação deixava em penúria a maioria dos municípios, sendo exceção somente os mais ricos. São Paulo, por exemplo, se beneficiou com esse processo pois a extinção do Instituto Vacínico em 1885, determinou o surgimento da primeira estrutura de saúde pública autônoma da província. A Inspetoria Geral de Higiene de São Paulo foi criada em 1886, tendo sua atuação voltada para a fiscalização das profissões médicas, a elaboração de estatísticas sanitárias e o combate à varíola. Embora existisse uma grande distância entre o conjunto dos seus objetivos e a envergadura de suas atividades, nota-se uma forte atuação desse órgão principalmente no combate às epidemias de varíola pela utilização da vacina. (Teixeira, no prelo)

2.5.2. A varíola em São Paulo: algumas considerações

Uma rápida menção ao combate à varíola em São Paulo, merece destaque, pela atuação, em certa medida, diferenciada da saúde pública paulista em relação às demais regiões do país. Como mostraram Teixeira e Almeida (2003, p. 492),

(...) percebemos que a prática de vacinação antivariólica em São Paulo apresentou uma dinâmica bastante complexa, mesmo no final do período imperial, pois, a partir de 1886, a recém-criada Inspetoria Geral de Higiene de São Paulo se voltou prioritariamente para o combate das epidemias da doença nas diversas regiões da província. Com o advento da República, deu-se a organização do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo; nesta fase, a criação do Instituto Vacinogênico de São Paulo foi um marco no desenvolvimento das atividades vinculadas ao combate à varíola, uma vez que a instituição assumia importante função de produção da vacina, considerada de caráter obrigatório desde os primeiros códigos sanitários vigentes no estado.

Vejam, de forma sintética, como essas questões se processaram. Em fins do período Monárquico, a varíola ocupava lugar entre as principais doenças no quadro nosológico da Província de São Paulo, ao lado das febres eruptivas em geral, da malária e das infecções gastrointestinais. Excetuando-se a febre amarela, a varíola foi à doença epidêmica que apresentou o maior número de surtos nos primeiros 15 anos da República, incidindo-se na capital e em todo o Estado de São Paulo. A redução, no que tange às taxas de mortalidade por varíola, coincidiu com os dispositivos legais que tornaram a vacinação prática obrigatória. Entretanto, constituem exceções as epidemias que marcaram a cidade de São Paulo nos anos de 1898 e 1912, apresentando elevado número de óbitos (Telarolli Jr., 1996; Teixeira e Almeida, 2003).

Como já vimos, a vacina animal foi introduzida no país no ano de 1887. No Estado de São Paulo, ela se tornaria obrigatória em 1891 (já no Rio de Janeiro, a vacinação compulsória foi aprovada apenas em 1904, e mesmo assim não foi implementada). Sua produção e sua aplicação foram confiadas a um Instituto Vacinogênico da capital, que também distribuía a linfa para as mais variadas regiões do Estado. Dirigido por longos anos pelo médico Arnaldo Vieira de Carvalho, o Instituto Vacinogênico prestou um importante serviço à saúde pública de São Paulo, produzindo durante muitos anos um número crescente de vacinas que chegaram a ser usadas para conter epidemias até mesmo fora do Estado.

No último quartel do século XIX, as oligarquias paulistas se empenharam em efetuar medidas que visavam garantir a efetiva melhoria das condições de saúde no Estado. O final do Império era palco de intensas epidemias que foram surgindo à medida que se ampliavam os deslocamentos e o número de habitantes da província, em virtude da imigração. As dificuldades do Estado em obter recursos do governo federal para questões de saúde ampliava o sentimento das oligarquias locais de não ser possível ficar às expensas da União nas questões relativas à higiene. A visão corrente era de que as epidemias consistiam em um limitador do desenvolvimento econômico, e, com essa justificativa, seria dado início a uma reforma sanitária que teria como auge a criação do Serviço Sanitário de São Paulo (Teixeira e Almeida, 2003).

Já “em 7 de outubro de 1891, a primeira lei paulista da era republicana voltada para a saúde, reafirmou a obrigatoriedade da vacina antivariólica, que o código de posturas municipais já previa em 1886. Com a nova lei a obrigatoriedade da vacinação

ampliou-se para todo o Estado, ampliando, também, a repressão aos que a ela se opusessem, através de multas”. (Teixeira, 2001, p.171). No ano seguinte, o então presidente do Estado, Cerqueira César, instituiu o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo para substituir a Inspetoria de Higiene da Província.

O novo órgão tinha como principal instância a Diretoria de Higiene, responsável pelo cumprimento das posturas e normas sanitárias. Somava-se às suas diversas seções um conjunto de laboratórios responsáveis pelas práticas que garantiam a manutenção da salubridade no Estado. Entre eles podemos citar o Laboratório Bacteriológico tinha como atividade principal o diagnóstico de doenças epidêmicas e a produção de vacinas para a saúde pública. E o Instituto Vacinogênico que produzia a vacina em seus laboratórios e procedia às atividades de vacinação, através do trabalho dos inspetores sanitários que, em visitas domiciliares, aplicavam o produto. (Teixeira, 1995)

Até o ano de 1925, o Instituto Vacinogênico de São Paulo foi a instituição responsável pela produção da vacina antivariólica no Estado. De seus laboratórios, saíam grandes quantidades da linfa que era aplicada pelos inspetores de saúde em postos fixos e em domicílios. A atuação desses serviços, embora tenha passado por diversas dificuldades, pode ser analisada como uma trajetória de sucesso na contenção de epidemias no Estado. Apesar de uma grande epidemia, surgida no Rio de Janeiro, ter causado um alto número de óbitos em São Paulo no ano de 1908, as cifras da doença em São Paulo foram constantemente decrescentes. Em 1925, a produção da vacina antivariólica passou a ser feita no Instituto Butantan, principal instituição de produção de imunobiológicos e de pesquisas biomédicas paulista do período. Este, posteriormente, seria de fundamental importância no processo de produção de vacina para as campanhas de erradicação da doença na década de 1970.

Essas poucas linhas procuraram mostrar que, diferentemente do conjunto de províncias (depois Estados) do país – com exceção da Corte –, a saúde pública paulista teve uma atuação destacada na busca de institucionalização da vacinação antivariólica entre o final do Império e primeiros anos da República. Apesar do desinteresse de diversas regiões em apoiar a ampliação da vacinação, ou mesmo das dificuldades surgidas no Rio de Janeiro, com a forte resistência à vacina, São Paulo pôs em marcha, desde os últimos anos do Império uma política de saúde com base em instituições microbiológicas, no qual o combate à varíola pela vacinação foi um dos carros-chefe.

2.5.3. A varíola nas primeiras décadas do período republicano

Após a Proclamação da República, em 1889, foi promulgada uma nova Constituição no ano de 1891, na qual se reafirmou a autonomia dos estados em relação à prestação de serviços no campo da saúde pública, incluindo a Vigilância Sanitária. Desta forma, apenas no Distrito Federal, contribuía com recursos financeiros para os Estados e era responsável pela inspeção sanitária dos portos.

Em 1896, a saúde pública seria alvo de uma reforma que daria origem à Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP). Objetivando responder às questões de saúde que escapavam à responsabilidade dos estados, esse órgão ficou sob a responsabilidade direta do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, tendo como principais atribuições a direção dos serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais, os estudos sobre doenças infecciosas, a fiscalização do exercício da medicina e farmácia, a organização de estatísticas demógrafo-sanitárias e o auxílio aos Estados em momentos epidêmicos, uma vez solicitados pelos governos locais. Com a criação do DGSP, o governo republicano tinha como objetivo melhorar os serviços de saúde na capital e nos portos, locais centrais para a relação política de obtenção de mão-de-obra e exportação de produtos agrícolas (Benchimol, 1990).

Como vimos, o combate à varíola, no final do Império, dependia da vacina jenneriana fabricada pelo Barão de Pedro Afonso. No início da República, ele continuou recebendo subvenções governamentais para manter seu serviço na Santa Casa. Em 1891, após a ocorrência de um grande surto de varíola na capital da jovem República, Pedro Afonso obteve um contrato do governo para o fornecimento de vacina à Diretoria Geral de Saúde Pública. No ano seguinte, em virtude de o governo municipal ter se responsabilizado pela vacinação, Pedro Afonso conseguiu um contrato com a municipalidade para a produção da vacina. Este garantia a criação de um instituto exclusivamente voltado para esse fim, que seria financiado pela municipalidade. Surgia o Instituto Vacínico Municipal, que foi instalado no Catete, em 1894, e passou a funcionar elaborando o produto e procedendo à vacinação. A partir de 1897, ele também passou a receber subvenções do governo federal e de outros estados aos quais enviava vacinas. Até o início da década de 1920, o instituto de propriedade do Barão e financiado pela municipalidade seguiria produzindo a vacina utilizada contra a varíola

na capital da República e em algumas outras regiões do país.¹¹

Muito antes de a vacina animal chegar ao país, o combate à varíola pela vacinação já era visto como a forma adequada de profilaxia por grande parte dos nossos médicos. O uso da vacina começou a ser incentivado, a partir de 1837, de forma compulsória por um conjunto de medidas que visavam estender a obrigatoriedade de sua utilização a maior parte possível da população. No entanto, normalmente, essas leis não eram cumpridas tanto pela inexistência de vacina suficiente para toda a população como pela resistência desta em fazer uso do produto.¹²

Nos primeiros anos do século XX, a ampliação da vacinação fez parte de uma série de medidas de saúde pública no contexto de transformações da cidade do Rio de Janeiro. A remoção de cortiços, a drenagem dos mangues e a canalização dos esgotos foram algumas delas. Em março de 1903, em meio às reformas urbanas postas em marcha pelo presidente Rodrigues Alves, para a chefia dos serviços sanitários da república foi indicado o médico cientista Oswaldo Cruz. Este prometera acabar com as epidemias que atacavam anualmente a cidade em pouco tempo, desde que o governo lhe desse possibilidade de agir. Seus principais alvos eram a febre amarela, a varíola e a peste bubônica. Estas três doenças surgiam de forma epidêmica a cada ano, causando milhares de mortos, principalmente entre os imigrantes.

Depois de pôr em prática inovadoras medidas para o combate à febre amarela, baseadas nas descobertas do médico cubano Carlos Finlay, Oswaldo se voltou para a varíola. Em junho de 1904, a seu pedido, o governo enviou ao Congresso um projeto de lei renovando a obrigatoriedade da vacinação e revacinação contra a varíola em toda a República, incluindo cláusulas de multas aos refratários e a exigência do atestado de vacinação como condição necessária para as matrículas em escolas, para o ingresso em

¹¹ É importante afirmar que o modelo empreendido por Pedro Afonso não fugia à lógica de atuação do Estado no início do século XX. Segundo Tânia Fernandes, “é importante assinalar que, no momento em que foi criado, como instituição particular subvencionada pelo Estado, o IVM afinava-se com a lógica vigente: o Estado incentivava, principalmente através de subvenções e da liberação de impostos, as iniciativas particulares, como é o caso também da Policlínica do Rio de Janeiro e de algumas clínicas da Faculdade de Medicina. O próprio Pedro Afonso definiu essa relação, afirmando que ‘o IVM foi criado por nossa iniciativa particular e nos pertence. Não é um estabelecimento oficial nem de caridade’”(Fernandes, 1999b, p.45)

¹² Em relação à obrigatoriedade da vacinação antivariólica e aos motivos da resistência da população à vacinação, ver os trabalhos de Telarolli Jr. (1999; 1996); Carvalho (1987); Chalhoub (1996); Benchimol (1990); Sevcenko (1984). Estes autores não partilham as mesmas opiniões sobre os motivos desencadeadores da resistência à vacinação, porém, suas abordagens nos remetem à reflexões que indicam uma resistência que ultrapassa questões de ordem médica, política e econômico-social, mas que incluem questões culturais mais complexas.

empregos públicos, casamentos, viagens etc. (Benchimol, 1990).

Em outubro de 1904, foi promulgada a Lei Sobre Vacinação e Revacinação Obrigatória Contra a varíola e, em 9 de novembro do mesmo ano, a vacinação obrigatória foi regulamentada e iniciaram-se os choques entre a polícia e a população, culminando com o evento que passou para a história com o nome de Revolta da Vacina.

Naquele momento, a questão era controversa, pois, além do problema da obrigatoriedade, não existia consenso no meio médico sobre a eficácia da vacina. Ademais, o projeto de regulamentação foi duramente criticado pelos adeptos da filosofia positivista filiados ao “Apostolado Positivista”, que discordavam do caráter coercitivo da lei, apontado como cerceamento do direito individual. Em virtude da grito geral, a obrigatoriedade da vacina foi suprimida da redação final do projeto. No ano seguinte, o surgimento de novos surtos de varíola fez com que o executivo enviasse à Câmara um novo projeto visando à obrigatoriedade da vacinação e revacinação contra a varíola em todo o território da república. Aprovada em outubro, a lei foi regulamentada por Oswaldo Cruz que procurou ampliar ao máximo a obrigatoriedade, fazendo com que os artigos da regulamentação prescrevessem multas aos rebeldes e a exigência do atestado de vacinação para as matrículas nas escolas, empregos públicos, casamentos, viagens etc. Ainda em novembro de 1904, o regulamento se tornou público, causando uma intensa agitação que tomou as ruas do centro do Rio, reunindo uma grande massa de descontentes com a medida incentivada pelo Centro das Classes Operárias, pelo Apostolado positivista e pela Liga Contra a Vacinação Obrigatória.

A lei foi o estopim para o levante contra a vacina. Misto de rebelião popular com tentativa de golpe contra o governo, ele reuniu monarquistas, líderes operários e alguns oficiais do exército, que tinham em mente a deposição de Rodrigues Alves.

No dia 10 de novembro, os líderes do movimento anti-vacinista começaram as agitações. Rapidamente, as manifestações nas praças do centro da cidade se transformaram em brigas com a polícia e em quebra-quebras de equipamentos urbanos. No ápice do movimento, um grupo de revoltosos entrincheirou-se no bairro da Saúde. Em 15 de novembro, uma revolta militar planejada por oficiais do exército veio agravar o caos em que já se encontrava a cidade. Vários cadetes, liderados pelo Tenente Coronel Lauro Sodré e pelo General Travassos, sublevaram-se e tentaram marchar até o Palácio do Catete para depor o presidente Rodrigues Alves. Sua ação foi rapidamente

desmontada pelas forças leais ao governo. No entanto, a revolta no bairro da Saúde só foi contida com o auxílio do exército e da marinha, que bombardeou a região com barcos fundeados na Baía da Guanabara.

O confronto foi tão forte que o governo se viu impedido de voltar à questão da vacina obrigatória. A revolta deixou um saldo de muitos mortos e feridos e centenas de revoltosos exilados para o Acre. Além disso, fez aumentar a resistência à vacina, propiciando o surgimento de novas epidemias nos anos posteriores, principalmente em 1908, quando uma grande epidemia da doença fez milhares de vítimas na cidade.

Só para se ter uma idéia do nível do conflito, vejamos uma notícia do Jornal do Commercio do período:

“O Rio se Revolta

Cheio de apreensões e receios despontou o dia de ontem. As arandelas do gás, tombadas, atravessavam-se nas ruas; os combustores da iluminação, partidos, com os postes vergados, estavam imprestáveis; os vidros fragmentados brilhavam na calçada; paralelepípedos revolvidos, que serviam de projéteis para as depredações, coalhavam a via publica; em todos os pontos, destroços de bondes quebrados e incendiados, portas arrancadas, colchões, latas, montes de pedras, mostravam os vestígios das barricadas feitas pela multidão agitada. (...) Muito cedo tiveram início os tumultos e as depredações (...). Começaram como na véspera: apedrejamentos aos combustores restantes da iluminação pública, hostilização a qualquer facção da força policial e ataques aos bondes, que eram virados, quebrados e incendiados. (...) Pela rua Senhor dos Passos, as 7 horas, numeroso grupo de mais de quinhentas pessoas desceu em direção à praça da República, prorrompendo em gritos hostis à polícia e à vacina obrigatória e assaltando os bondes que, nessa ocasião ainda chegavam àquele ponto. (...) Foi grande o tiroteio que se travou, caindo logo ao chão, feridas e ensangüentadas, diversas pessoas. (...) Estavam formadas em toda a rua do Regente, estreita e cheia de casas velhas, grande e fortes barricadas feitas de montões de pedras, sacos de areia, tábuas de portas arrancadas, colchões, bondes virados, latas, fios de arame, postes e pedaços de madeira arrancados às casas e às obras da Avenida Passos, ali perto. (...) Um robusto homem de cor, que vestia calça e camisa pretas, achava-se do alto, numa pequena janela atirando. Ali o alcançou uma bala de carabina que lhe varou o crânio, prostando-o instantaneamente morto. (...) Duas outras vítimas tombaram mortas nesse embate: um infeliz menino de 12 anos de idade (...) chegou à janela na ocasião do conflito e logo foi morto por um tiro que lhe varou a carótida. (...) Outro morto, um homem de cor branca, de bigodes curtos é desconhecido. A bala que o matou penetrou-lhe o meio da testa” (Jornal do Commercio. 15/11/1904)

Benchimol (1990, p. 26) chama atenção para o fato de que:

a denominação Revolta da Vacina, muito mais confunde do que esclarece a natureza desse movimento, reunindo forças sociais tão díspares, e formado, na realidade por duas rebeliões superpostas: o grande motim popular que eclodiu em 10 de novembro, paralisando a cidade por uma semana, e a insurreição militar, deflagrada em 15 de novembro, com o objetivo de depor Rodrigues Alves.

No seu entender, a literatura da época formatou uma representação muito distorcida da Revolta da Vacina, “reduzindo-a a um simples choque entre as massas incivilizadas e brutas contra a imposição irreversível da razão e do progresso. Na verdade, trata-se de um fenômeno complexo, onde se entrelaçam diferentes grupos sociais, com motivações e interesses distintos, *momentaneamente coesionados contra a política modernizadora autoritária* – tanto em seu aspecto sanitário como urbanístico – que o governo oligárquico implementava na capital da República.¹³

Numa perspectiva semelhante, Chalhoub (1996) afirma que alguns dos estudiosos da Revolta da Vacina têm resolvido os problemas decorrentes da falta de informação de forma simplista. Na visão do autor, a conclusão de que a vacina se constituiu em um simples pretexto para uma revolta que tinha motivos outros e mais relevantes permanece como assunto em grande parte desconhecido. Seu trabalho se volta para as atitudes em relação à vacina, em especial para a resistência popular ao imunizante. Elaborando uma hipótese audaciosa e bem construída, ele sugere uma possível relação entre a resistência à vacinação e práticas religiosas de africanos e afro-descendentes que viam na varíola a expressão corporal de um toque de uma divindade que não deveria ser combatida ou merecer intervenção médica (Chalhoub, 1996).

Apesar da ampliação dos limites da ação estatal no Distrito Federal e do sucesso das campanhas sanitárias de Oswaldo Cruz, com a extinção da febre amarela do Rio de Janeiro, a questão da varíola ficou em aberto na capital federal. Os anos seguintes à revolta foram de pouca vacinação, mas, paulatinamente, esta foi se ampliando. Em outras regiões do país, também se observa essa contínua ampliação; no entanto, é

¹³ Sobre a complexidade de questões que envolvem o evento nomeado como Revolta da Vacina, parecem de grande valia os trabalhos de Carvalho (1987) e Sevcecnko (1984), cujas propostas se assemelham. Temos uma outra alternativa analítica no trabalho de Chalhoub (1996), que acrescenta questões inter-relacionadas a processos culturais. Já Benchimol (1992) parece enriquecer tais análises ao fazer um movimento teórico-metodológico no qual as propostas não são excludentes, mas, ao contrário, complexificadas. Sua postura indica maior aproximação com a proposta de Chalhoub.

imperioso lembrar que, naquele momento, somente o distrito Federal e o Estado de São Paulo tinham um sistema de saúde mais amplo, apto a ensinar a vacinação antivariólica de forma regular e colocar em ação campanhas emergenciais contra a doença. Mesmo assim, estes Estados não tiveram sucesso em evitar totalmente o surgimento de epidemias da doença nas primeiras décadas do século XX. Tal impossibilidade em muito estava ligada à forma de pensar e administrar a saúde no país naquele momento que via o setor como um espaço provisório para a resolução de crises epidêmicas.

Como afirma Teixeira,

[um] aspecto que deve ser mencionado diz respeito ao caráter emergencial atribuído às atividades de Saúde Pública. Embora Oswaldo Cruz e vários políticos que o apoiavam tenham insistido junto ao governo federal na transformação da DGSP num órgão permanente, com organização definitiva e orçamento adequado, apto a se voltar para a saúde pública em nível nacional, isto não se concretizou. A convicção dos governantes sobre o caráter excepcional dos serviços de saúde fez com que durante todo esse período, a saúde pública não lograsse obter uma estrutura permanente. Mesmo as reformas de 1903 e 1904 consideraram a DGSP como um órgão provisório e emergencial. Para o Estado brasileiro, a saúde ainda estava intimamente relacionada às crises sanitárias. Uma vez debeladas as epidemias ou outros problemas ocasionais, poder-se-ia prescindir do gasto federal em saúde pública. (Teixeira, no prelo)

2.5.4. A reforma sanitária da década de 1920

Na segunda metade da década de 1910, em meio a um processo de transformação das formas de se pensar o Brasil, o quadro da saúde pública nacional também se transformou. Neste momento, os problemas deixados pela Primeira Guerra Mundial e pelo efeito devastador da pandemia de gripe espanhola de 1918 colaboraram para que a saúde pública passasse a ocupar lugar de destaque nos debates. Os autores que se voltaram para o tema mostram que esse período foi marcado por um pensamento nacionalista que passou a ver o abandono e as precárias condições de saúde das regiões interioranas como principais causas dos problemas da nação. Modificando as formulações que viam na mestiçagem de nossa população o maior entrave ao desenvolvimento nacional, médicos, cientistas e vários outros membros das nossas elites buscaram na expansão das ações de saúde para o interior, ou, na linguagem da época, na salvação dos caboclos brasileiros, a forma de redimir o país. Iniciada como uma campanha contra as verminoses e a malária, a luta pelo saneamento rural acabou por

legar ao país a criação do primeiro órgão centralizado e permanente de saúde, o Departamento Nacional de Saúde, criado em 1919.¹⁴

Todo esse contexto possibilitou o surgimento, em 1918, da Liga Pró-Saneamento do Brasil. Entidade civil organizada e dirigida pelo médico do Instituto Oswaldo Cruz, Belisário Penna, a Liga implementou uma forte luta pela reforma dos serviços de saúde pública e pelo saneamento dos sertões. A nova entidade congregava como sócios um grande número de intelectuais, cientistas, militares, artistas e até o próprio Presidente da República, Wenceslau Brás. Além disso, contava com uma publicação: a revista *Saúde*. Em suas páginas, os sócios exortavam a implementação de uma reforma sanitária que levasse os serviços de saúde nacionais ao interior do país.

O grande movimento pela interiorização da saúde, embora premido pelas estruturas de nossa república oligárquica, que pouco se interessava por uma maior democratização da saúde, conseguiu levar adiante importantes projetos. Dentre eles, destacam-se a criação dos postos do Serviço de Profilaxia Rural, na periferia do Rio de Janeiro, a implantação de um código sanitário rural para o Estado de São Paulo, em 1917, e a criação dos Serviços de Medicamentos Oficiais nos institutos Oswaldo Cruz e Butantan para a fabricação de vermífugos e beneficiamento de sais de quinina, utilizados no combate à malária. No entanto, sua maior reivindicação, a criação de um ministério para a saúde pública, não chegou a se efetivar naquele momento. As condições políticas do período impediram o surgimento de um órgão central que se responsabilizasse totalmente pelas condições de saúde no país. Em seu lugar, seria criado o Departamento Nacional de Saúde Pública que, embora não chegasse a ter o poder normativo e operacional que os militantes do saneamento rural objetivavam, foi de grande importância por expandir a ação estatal em vários aspectos e por conseguir, por meio de acordos voluntários com os Estados, ampliar em muito as ações de saúde pública fora das principais cidades do país.

O Departamento Nacional de Saúde Pública substituiu a Diretoria Geral de Saúde Pública. Seu primeiro diretor foi o médico, cientista e diretor do Instituto

¹⁴ O movimento em prol do saneamento do interior do país congregou cientistas, médicos e intelectuais no final da década de 1910. Entre suas principais propostas estava a criação de um ministério para a saúde pública. Esta acabou não se realizando naquele período, tendo seus militantes de se contentar com a criação de um departamento de abrangência nacional voltado para a saúde pública. Sobre o movimento pelo saneamento dos sertões, ver: Lima, N.T e Hochman, G.(1996).

Oswaldo Cruz, Carlos Chagas.¹⁵ O órgão trouxe como inovações a criação do Serviço de Profilaxia Rural, que a atuava em diversos Estados através de acordos firmados entre estes e o governo central, como a ampliação dos os acordos elaborados com a Fundação Rockefeller para o combate à febre amarela em diversas regiões do país. Esta Fundação filantrópica americana já vinha atuando no combate a doenças epidêmicas e transmissíveis em diversas partes do Brasil, principalmente no combate à febre amarela no Nordeste. No que tange à saúde das populações urbanas, foram criadas, no Rio de Janeiro, as inspetorias de Higiene industrial e Alimentar e de Profilaxia da Tuberculose. Além disso, o DNSP passou a legislar sobre diversos aspectos nos quais o Estado até então era omissivo, como a regulação da venda de produtos alimentícios, a normatização das construções rurais e a regulamentação das condições de trabalho de mulheres e crianças e a fiscalização de produtos farmacêuticos. O DNSP também passou a se responsabilizar pela elaboração de estatísticas demógrafo-sanitárias nacionais e elaborou um Código Sanitário de abrangência nacional. No campo do combate às grandes epidemias, o órgão passou a se responsabilizar pela produção de soros, vacinas e outros medicamentos (Teixeira, no prelo).

Segundo Teixeira (no prelo), citando o sociólogo Gilberto Hochman, “durante os anos que seguiram a criação do DNSP, diversas mudanças ocorreram na legislação de saúde, mas nenhuma com um significado tão grande como a criação desse departamento que, embora tenha distado muito em sua atuação da magnitude do projeto que o concebeu, representou uma transformação de grande monta na saúde pública”. Até então as principais estruturas e ações do setor eram centradas em concepções que as pensavam como emergenciais e provisórias, voltadas principalmente para o combate a epidemias. Não custa lembrar que a DGSP tinha seu orçamento revalidado a cada ano, de acordo com as necessidades oriundas de surtos epidêmicos. Além disso, as

¹⁵ O Instituto Oswaldo Cruz foi criado em 1900 com a denominação de Instituto Soroterápico Federal. Sua trajetória se iniciou de forma modesta, reunindo alguns técnicos dedicados aos exames laboratoriais, à produção de soros e vacinas e às pesquisas biomédicas. Em pouco tempo, graças à sólida formação e iniciativa destes técnicos, à conjuntura favorável e à profícua liderança de Oswaldo Cruz, esta instituição conseguiu pôr em marcha importantes linhas de pesquisa e formação de pessoal nos mais diversos ramos da medicina experimental. Na década de 1910, já se afigurava como um reconhecido centro de pesquisas, produzindo, além de vacinas e soros, vários outros produtos farmacêuticos oriundos de suas pesquisas. Além da produção de imunoterápicos e das pesquisas biomédicas, o Instituto foi um importante celeiro de cérebros voltados para a formulação de políticas de saúde pública. Tal qual Oswaldo Cruz, Carlos Chagas acumularia a direção do Instituto com a direção da saúde pública nacional. A primeira instituição, dirigiu entre 1917 e 1934, e a segunda, entre 1920 e 1924 (Benchimol, 1990).

transformações da saúde pública na década de 1920 representaram uma ampliação de grande magnitude da responsabilidade estatal pelos problemas de saúde nacionais. Como bem demonstrou Gilberto Hochman, em seu estudo denominado *A era do saneamento* (1998), “a ampliação da consciência das elites brasileiras em relação aos problemas sanitários nacionais, aliada à percepção da interdependência das diversas regiões do país nas questões de saúde, principalmente as relativas a doenças epidêmicas, possibilitou o crescimento das atividades públicas de saúde e saneamento no país. Esta, embora não tenha resolvido a maior parte dos problemas de saúde dos brasileiros, logrou a ampliação da infra-estrutura e da autoridade sanitária no território nacional” (Teixeira, no prelo).

No organograma do Departamento Nacional de Saúde Pública, o combate à varíola não mereceu nenhum destaque. A doença não foi objeto de nenhuma inspetoria e nem mesmo no Distrito federal havia alguma seção específica com o objetivo de combatê-la. Sua ausência no organograma da instituição não representa, no entanto, a desatenção estatal com a doença, pois foi somente com a criação do DNSP que se conseguiu finalmente a legitimação legal da obrigatoriedade da vacinação contra a varíola, agora em nível nacional. O que podemos concluir em relação à inserção da doença nessa nova estrutura de saúde é que a rotinização e cada vez maior ampliação do consenso sobre o uso da vacina para o combate à doença fez com que, cada vez mais, a atuação do Estado nessa área se voltasse somente para medidas de incremento à vacinação. Nesse momento, a principal medida nesse sentido – além da obrigatoriedade – foi a transferência da produção da vacina no Rio de Janeiro do Instituto Vacínico (ver capítulo 1) para o Instituto Oswaldo Cruz. Essa mudança, empreendida pelo então diretor do Departamento de Saúde Pública, Calos Chagas, visava à ampliação da produção do imunizante, com vistas a sua utilização rotineira também em outros Estados. A vacinação seria efetuada pelos serviços sanitários das diversas unidades federativas, que obteriam o produto do Instituto Oswaldo Cruz.¹⁶

¹⁶ “Na gestão de Chagas, o instituto Oswaldo Cruz incorporou a fabricação da vacina antivariólica, antigo objeto de disputa com o Instituto de propriedade do Barão de Pedro Afonso, localizado num sobrado à Rua do Catete, 197. Em julho de 1919, às vésperas da criação do DNSP, Chagas iniciou as negociações com Pedro Afonso e com o prefeito Carlos Sampaio, visando à incorporação da antivariólica a Manguinhos, para que ela se fizesse em escala compatível com as necessidades da saúde pública. O acordo só foi concluído em setembro de 1920 (...). O Instituto Vacinogênico continuou a funcionar no Catete até setembro de 1922, quando se transferiu para o novo pavilhão construído em Manguinhos”. (Benchimol, 1990, p.58)

Em relação à incidência da doença, observa-se que a década de 1920 marca um forte decréscimo em suas cifras. Os dados existentes se limitam à capital federal e a São Paulo, e informam que nesses dois estados o número de óbitos foi reduzido à cifra das dezenas, chegando a ser nulo nos últimos anos da década. No entanto, essa situação teve como exceção o ano de 1926, quando uma forte epidemia atingiu primeiramente o Rio de Janeiro e depois se deslocou para São Paulo e outros estados da federação, causando milhares de mortes.

De uma forma geral, podemos afirmar que, ao final da década de 1920, a doença não mais se caracteriza como um grande problema pela mortalidade que produzia.¹⁷ Embora ela continuasse aparecendo em diversos momentos, sua gravidade e capacidade de transmissão foi diminuindo gradativamente. Acreditamos que a cada vez maior aceitação da vacinação e a conseqüente diminuição da prevalência da doença fez com que, cada vez mais, o Estado Brasileiro conferisse valor limitado à doença, que não mais se colocou entre os principais problemas de saúde a ser combatido, limitando-se a integrar uma lista de doenças infecciosas de controle conhecido que deveria ser combatida pela ação rotineira da vacinação.

A historiadora Tânia Fernandes, especialista em estudos sobre o tema, endossa essa afirmação assinalando a progressiva diminuição da importância da doença no quadro nosológico nacional. Seu trabalho traz à tona nosso problema central: a contradição entre seu enfraquecimento e o posterior surgimento e efetivação de uma proposta de erradicação. A seu ver:

Ao longo do século XX, a varíola ainda apresentava-se com um importante problema de saúde pública em alguns países, tendo sido, no entanto, na grande maioria controlada e mesmo erradicada antes de meados do século. No Brasil, indica-se uma diminuição do número de casos de varíola *major* entre as décadas de 1910 e 1930, permanecendo a forma branda, ou *alastrim*, até a erradicação. Apesar do possível controle da doença, as duas principais organizações de saúde do mundo – OMS e OPAS – desfraldaram a bandeira da erradicação, enaltecida por muitos e questionada, ainda hoje, por algumas. (Fernandes, 2004b; p. 215)

¹⁷ Os dados sobre a mortalidade da varíola nesse período se encontram em Fontenelle (1937).

2.5.5. O período getulista

O final da década de 1920 foi um período de profundas mudanças no cenário nacional. Vivenciando um processo de urbanização, industrialização e surgimento de novas idéias, o país foi, aos poucos, mudando suas principais características em processos de transformação geralmente acompanhados de fortes crises. No campo da economia, as periódicas crises do café provocavam as constantes desvalorizações de nossa moeda e ampliavam as dissensões políticas, à medida que colocava em campos opostos cafeicultores e industriais. No campo da política, a organização oligárquica que surgiu no início da República começou a ser minada pela ação das camadas médias urbanas, que passavam a ver com maus olhos o poderio rural e começavam a reivindicar mudanças na estrutura oligárquica coronelista da nação.

Em 1930, a ascensão de Getúlio Vargas à presidência foi a culminância de todo esse processo. No longo período em que esteve à frente do governo, a saúde, da mesma forma que diversos outros setores, muito se transformou, passando a englobar interesses de diversos grupos e se aproximando da proteção social de uma forma que marcaria o setor no país até hoje.

Segundo os autores que se voltaram para o estudo do período, o ideal de salvação dos sertões e dos sertanejos, fonte de todo o movimento social que gerou a ampliação das ações de saúde pública, foi canalizado para um novo projeto de construção nacional voltado para a valorização do trabalho e do operariado urbano e, no âmbito geral, para a integração nacional. Nesses campos, o governo getulista ampliaria as medidas de assistência médica surgidas timidamente na primeira república para atender às crescentes demanda do movimento operário. A grande ampliação da oferta de serviços médicos curativos aos trabalhadores urbanos revela as duas diferentes bases da política de saúde do governo Vargas: a saúde pública e a medicina previdenciária. Essa conformação foi, por muito tempo, mantida pelas políticas de saúde nacionais (Lima, Fonseca e Hochman, 2005).

No que tange à saúde pública, a principal transformação do início do período Vargas foi a criação, ainda em 1930, de um ministério voltado para as áreas da saúde e educação. Assim, a Saúde Pública, que era até então subordinada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, passou, com a Educação, a possuir Ministério próprio.

Segundo Hochman e Fonseca (1999), O surgimento dessa instância veio a se integrar ao projeto de Estado forte, centralizado e baseado em uma nova racionalidade administrativa, que estava na base do movimento de outubro.

O Ministério da Educação e Saúde Pública se dividia em dois grandes setores: o departamento Nacional de Educação e o Departamento Nacional de Saúde. Este segundo nada mais era que o antigo DNSP, realocado no organograma federal. Por isso, em seus primeiros anos de atividade, o Mesp se limitou a dar continuidade às ações do antigo Departamento Nacional de Saúde Pública. Além disso, em virtude das dificuldades políticas, o ministério convivia com uma constante alternância de seus dirigentes,¹⁸ sem conseguir elaborar um projeto de ação apropriado (Hochman e Fonseca, 1999).

Em 1934 foi instituída uma reforma que modificava a organização dos serviços de saúde do Ministério da Educação e Saúde (Decreto 24.814, 07/1934). Através da reforma, instituiu-se um órgão técnico de comando para os vários serviços do setor saúde, que estavam dispersos dentro do novo Ministério. Desta forma, foi dada, pela primeira vez, uma direção especializada aos Hospitais gerais mantidos pelo governo; remodelou-se a organização sanitária do Distrito Federal, instituindo-se o sistema de Centros de Saúde; e a ação federal foi estendida aos Estados (Barreto, 1942).

Segundo Hochman e Fonseca (1999, p. 82),

O marco definitivo no processo de construção institucional, identificado como um marco na saúde pública enquanto política estatal, no período em questão, foi a gestão de Gustavo Capanema no Ministério da Educação e Saúde Pública (1934-45). Foi a reforma do Mesp, proposta em 1935 e implementada por Capanema a partir de janeiro de 1937, que definiu a política de saúde pública, reformulando e consolidando a estrutura administrativa do ministério e adequando-a aos princípios básicos que orientaram a política social do governo Vargas.

Outros passos importantes neste processo foram dados com a criação, em 1937, do Serviço Nacional de Febre Amarela – o primeiro serviço de saúde pública de dimensão nacional – e, em 1939, com a criação do Serviço de Malária do Nordeste, ambos em convênio com a Fundação Rockefeller. O Serviço de Malária da Baixada

¹⁸ Em seus primeiros quatro anos, o Mesp passou por quatro diferentes direções: Francisco Campos (nov. de 1930 a set. 1931), Belisário Penna (set. de 1931 a dez. 1931), Francisco Campos (jan. de 1932 a set. de 1932), Washington Pires (set. 1932 a jul. de 1934) (Lima, Fonseca e Hochman, 2005).

Fluminense foi criado em 1940. Também foram criadas as delegacias federais de saúde, os serviços nacionais e as conferências nacionais de saúde. Essas reformas ampliaram a presença do governo federal nas diversas regiões do país, através da implementação e supervisão das ações no campo da saúde pública (Lima, Fonseca e Hochman, 2005).

Além desses aspectos, observamos que, com a reforma de 1937, o recém-criado Departamento de Saúde e Assistência Médico-Social do MES passou a coordenar os departamentos estaduais de saúde de todo o país. Essa centralização objetivava normatizar e uniformizar as estruturas estaduais que, a partir de então, deveriam contar com uma coordenação de centros de saúde com atuação descentralizada. Estes deveriam realizar as atividades de rotina relacionadas à medicina curativa e preventiva, cabendo-lhes, dentre diversas atividades, a aplicação da vacina antivariólica.

Portanto, somente a partir da reforma Capanema, iniciou-se o processo de reformulação e consolidação da estrutura administrativa da saúde pública, que permaneceria quase inalterada até o ano de 1953, com a criação do Ministério da Saúde. No entanto, um pouco antes, em 1941, uma importante reorganização se verificou no Ministério da Educação e Saúde. O Departamento Nacional de Saúde não só passou a incorporar vários serviços de combate a endemias, já existentes, como assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública e, ademais, institucionalizou as campanhas sanitárias. Assim, foram criados os serviços nacionais voltado para as grandes endemias, que eram a lepra, a tuberculose, a malária, a febre amarela e a peste. Desta forma, consolidava-se a visão de que a saúde pública deveria privilegiar as doenças infecto-contagiosas, que afetavam uma grande maioria da população do país, e não grupos específicos (Hochman e Fonseca, 1999).

Esses serviços nacionais eram supervisionados pelo DNS, que fazia o acompanhamento do trabalho desenvolvido nas distintas regiões do país, e seria uma de suas principais orientações acabar com os surtos epidêmicos e estabelecer métodos de controle e prevenção, através do trabalho conjunto com as delegacias federais e com os governos locais, aumentando e ampliando a presença do governo federal no país, conjugando centralização política com descentralização administrativa (Hochman e Fonseca, 1999).

Reforçado pelo forte apelo ideológico que apontava para um projeto de construção de uma nova nação e da crescente centralização política, a reorganização desses serviços acentuava a intenção do ministério em estender os limites de sua atuação, procurando projetar-se em todo território do país (...). As atividades de saúde pública deveriam se voltar principalmente para a prevenção e o combate de doenças como a tuberculose, a malária, a febre amarela e a peste, visando à sociedade e não os indivíduos” (...) “As preocupações com a saúde do homem rural estavam diretamente vinculadas a doenças infecto contagiosas, que implicavam riscos para a coletividade, e marcaram a atuação do ministério. Toda a estrutura administrativa da saúde pública se construiu tendo como prioridade o combate às doenças transmissíveis, como pode ser observado na organização dos já citados serviços nacionais. O campo de atuação da saúde pública foi sendo delimitado a partir da conjugação da necessidade de uma maior presença do governo federal nos estados traduzida em centralização administrativa, com o foco em doenças transmissíveis, grande parte delas endêmicas nas áreas rurais.(...). (Hochman e Fonseca, 1999, p. 86)

É interessante observar que as doenças que vieram a compor os serviços nacionais foram as identificadas como os grandes problemas de saúde do país. Tuberculose, lepra, febre amarela, malária, peste, câncer e doenças mentais foram alvo da criação de serviços nacionais e de apoio de organismos internacionais – como a febre amarela, que teve seu combate nas mãos da Fundação Rockefeller. Segundo Fonseca (2001), a boubá, a esquistossomose e o tracoma, embora não tenham feito parte dos serviços nacionais, foram alvo das preocupações governamentais.

Em relação aos serviços rotineiros de saúde pública, o principal objetivo do governo era a sua homogeneização via normatização central. Esta diretriz deveria se efetivar através dos postos de saúde estaduais descentralizados. Na década de 1940, depois de anos de intensa controvérsia entre diferentes vertentes de sanitaristas, estes postos de saúde se firmaram entre as diversas unidades sanitárias do país. Sua atuação tinha por base o serviço de enfermeiras visitadoras, o atendimento médico curativo para casos simples e a imunização vacinal de doenças específicas – dentre elas a varíola. Além disso, existiam postos especializados, voltados para a profilaxia de doenças específicas como o tracoma (Castro-Santos e Faria, 2003). Ainda segundo estes autores, apesar da existência de serviços relacionados ao tratamento e profilaxia de doenças específicas como a lepra e febre amarela e a malária, os centros de saúde ocupavam um

papel de destaque no âmbito da saúde pública nacional.¹⁹ A eles cabia toda uma gama de atividades que, embora não aparecessem nos discursos e documentos voltados para as ações de grande porte contra as doenças consideradas problemas nacionais, garantiam a manutenção das condições de saúde, voltando-se para agravos cuja ação rotineira possibilitava um controle efetivo.

É nesse campo que o combate à varíola do período se inscreve. Como viemos indicando, nesse momento, ela não mais se coloca como preocupação central do Estado, merecendo um serviço específico. Sua profilaxia era realizada pela vacinação jenneriana, que era fabricada em laboratórios oficiais situados em diferentes estados do país. Utilizava-se a vacina bovina glicerina aplicada nas escarificações. Em São Paulo, o Instituto Butantan preparava um outro tipo de vacina, obtida pela filtração da popa, que era empregada em injeções subcutâneas (Travassos, 1938). Somente no Instituto Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, desde o início da década de 1930, eram fabricadas anualmente mais de um milhão de doses de vacina contra a doença (Fontenelle, 1939).

A vacina era aplicada em dispensários, na sede dos centros de saúde, e por vacinadores que percorrem sistematicamente as casas, para a vacinação em domicílio. O serviço domiciliar somente fazia as primeiras vacinações. As revacinações eram feitas nas sedes dos centros de saúde, a não ser quando ocorrem casos da doença, pois, nessa hipótese, os habitantes dos focos são também sistematicamente revacinados (Fontenelle, 1939, p. 155).

No que tange à incidência e gravidade da doença, Fontenelle assevera que neste período a incidência de varíola vera era bastante reduzida se comparada à varíola *minor* ou alastrim, que se mostra de muito menor gravidade. “Na prática, a diferença essencial

¹⁹ Castro-Santos e Faria (2003) discutem exaustivamente o processo de implantação e consolidação dos postos de saúde como instituições de atendimento local descentralizado. Divergindo de outros historiadores, que acreditam que a proposta de saúde pública baseada nessas instituições se limitou a São Paulo durante os meados da década de 1920, os autores mostram a continuidade da institucionalização dessas unidades no período getulista. A seu ver: “Durante toda a década de 40, essas unidades sanitárias firmaram seu lugar no cenário nacional. Além de centros de saúde e postos de higiene, foram criados subpostos de higiene, postos de higiene especializados e postos itinerantes” (p.29). “Se forem incluídos os 16 centros de saúde do distrito federal, havia, ao fim da década de 1940, 54 centros de saúde, 54 postos de higiene de primeira classe, 140 de segunda classe, 304 subpostos, além de três postos especializados e 13 itinerantes, perfazendo um total de 578 unidades em todo o território nacional. Essas ações no campo da saúde pública mostram que, apesar da existência de serviços voltados para o tratamento e profilaxia de doenças específicas, como a lepra, para a malária e a febre amarela, os centros de saúde ocupavam um espaço privilegiado” (p.30).

entre o alastrim, varíola *minor* ou pára-varíola, e a varíola vera ou varíola *major*, é a letalidade muito baixa do primeiro. Dezenas e até centenas de casos se acumulam, com exantema confluyente e de aspecto grave, sem que ocorram óbitos, ou esses são apenas uns poucos. Dos 170 casos investigados [no Rio de Janeiro] em 1937, 121 foram confirmados como sendo de alastrim (71,18%); dos 129 casos investigados em 1938, foram confirmados 93 (72,09%)” (Fontenelle, 1939, p. 156).

Tânia Fernandes reitera essa constatação reafirmando a menor gravidade no quadro nosológico nacional:

No Brasil, principalmente a partir de fins da década de 1920, a vacinação provocou um significativo declínio do número de casos e uma diminuição das epidemias, chegando inclusive, depois da década de 1940, a prevalecer a forma menos grave, reconhecida como *minor*, de mais baixa letalidade do que a *major*. Em 1944, o *Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana* informava que como exceção de cinco ou seis países, a varíola não constituía problema sanitário nas repúblicas das Américas, várias das quais, segundo ele se viam completamente livres da enfermidade. Os cinco ou seis países a que se referia o boletim eram latino-americanos pois o continente até o final da década de 50 apresentava varíola endêmica. (Fernandes, 2004, p. 217).

A citação anterior nos deixa entrever um importante aspecto relacionado à doença e sua posterior erradicação. Embora no país ela não mais se caracteriza como um flagelo, a interdependência entre as nações fazia com que a presença da doença nas Américas se mostrasse como uma fonte de preocupação para diversos países.

2.5.6. O Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp/FSESP)

Ainda no governo de Getúlio Vargas, seria organizado um novo serviço de saúde no país, que teria uma grande importância no processo de conformação de nossa saúde pública e no combate a diversas doenças transmissíveis. O Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) surgiu em 1942, no contexto da Segunda Grande Guerra, como decorrência das pressões de nossos aliados americanos, que objetivavam, dentre outros fatores, controlar doenças transmissíveis em regiões brasileiras estratégicas para seus interesses econômicos e, posteriormente, dar maior segurança às trOPAS que faziam do Nordeste brasileiro caminho de passagem para a África e Europa. A criação do Sesp se deu através de um acordo entre o governo brasileiro e o governo norte-americano,

representado pelo Instituto de Assuntos Interamericanos (Iaia), sendo um de seus principais objetivos atender às regiões da Amazônia e Vale do Rio Doce, que apresentavam altos índices de incidência de febre amarela e malária.²⁰ Esse quadro serviu para justificar a implantação de serviços médico-sanitários em regiões de extração de matérias-primas estratégicas para os interesses americanos (Campos, 2006).

O Sesp se constituiu como órgão autônomo do Ministério da Educação e Saúde, subordinado diretamente ao ministro, que contava com verbas vindas da cooperação com o Iaia. A participação do governo americano foi mais intensa nos primeiros anos, porém, gradativamente, foi sendo substituída por um maior número de profissionais brasileiros. Durante o seu processo de expansão, realizou convênios com alguns estados brasileiros, procurando atuar principalmente nas regiões Norte e Nordeste, privilegiando as áreas rurais. Uma das importantes características de sua atuação foi sua ênfase na medicina curativa, que se fazia paralelamente ao trabalho preventivo, criticando o caráter exclusivamente preventivo das unidades sanitárias existentes naquela época, considerando-as inadequadas à realidade brasileira. Sua proposta era de uma prática na qual se conjugava medicina preventiva e curativa. Apesar de se voltar para a profilaxia de diversas doenças, as ações do Sesp, em seus primeiros anos, não se relacionaram ao combate à varíola. Esta não se enquadrava no rol de doenças vistas pelos americanos como relevantes para a facilitação de sua presença no país. A diretoria da divisão de saneamento do Iaia, embora aceitasse que a doença atingia grau preocupante no Nordeste, acreditava que sua existência estava determinada à pouca aceitação da vacina pelos brasileiros. Assim, o problema não atingiria os soldados americanos aqui de passagem, pelo fato de estes já virem vacinados de seu país.

Segundo André Campos,

A comparação entre a agenda sanitária do Sesp e aquela implementada pelo DNS nos indica que não havia contradição entre elas, mas pelo contrário integração ao projeto varguista de extensão da autoridade central sobre o território nacional brasileiro. (...) O Sesp encaminhou políticas sanitárias voltadas para o interior; montou uma rede de unidades sanitárias e outros equipamentos; construiu e administrou escolas de enfermagem, hospitais centros e postos de saúde, sistemas de águas e saneamento, normatizou técnicas e

²⁰ O convênio entre o governo do Brasil e dos Estados Unidos, que resultou na criação do Sesp, encontra-se nos Termos de Contrato. Reimpresso do Diário Oficial de 21 de agosto de 1942, páginas 12.936, 12.937 e 12.938 e Fundação – 40 anos de Saúde Pública – 1942-1982 (1982).

procedimentos, (...) Enfim, nada que fugisse da agenda de saúde do ministério Capanema. (...) Assim, apesar de seu caráter internacional e de sua origem de agência especial de guerra com objetivos militares e produtos específicos, a trajetória do SESP nunca deixou de estar afinada aos interesses do regime Vargas de fortalecimento do Estado Nacional e desenvolvimento econômico do país. (Campos, 2006, p. 56)

A formação do Sesp contou com a participação de profissionais da Fundação Rockefeller, além de possuir, inicialmente, um caráter provisório, buscando atender aos interesses dos Estados Unidos durante a Segunda Guerra Mundial. Entretanto, a multiplicidade dos objetivos e interesses nacionais e internacionais, assim como a crescente demanda por seus serviços e a mobilização de recursos humanos empenhados no setor, dentre outras motivações, fizeram com que o Sesp continuasse a desenvolver ações/programas sanitários até o ano de 1991.

Na década de 1950, o Sesp expandiu geograficamente suas atividades, passando a atender a área da estrada Vitória-Minas e o Vale do São Francisco, ao mesmo tempo aumentando o espectro de suas atividades de assistência médica, educação sanitária, saneamento, combate à malária, controle de doenças transmissíveis e desenvolvimento de pesquisas em medicina “tropical” em convênio com o Instituto Evandro Chagas.

Em 1960, a instituição passou a se constituir Fundação do Ministério da Saúde (Campos, 2006). O Serviço Especial de Saúde Pública manteve sua linha de ação mesmo após sua incorporação ao Ministério da Saúde, em 1960, e seu modelo adquiriu posição hegemônica na prática sanitária, orientando a expansão dos serviços de saúde na área rural. Até a década de 1960, grande parte das atividades do Ministério da Saúde envolveu o Sesp, sendo muitas delas programadas e executadas por essa fundação pela agilidade de atuação que seu modelo lhe propiciava. Como exemplo, temos a Campanha Nacional Contra a Varíola, criada em 1962, e a Campanha de Erradicação da Varíola, instituída no ano de 1966, que tiveram o Ministério da Saúde, através do Sesp, atuando em suas atividades. Em relação ao combate à varíola no Brasil, destacamos como realizações pontuais da Fundação Sesp, no ano de 1961, uma experiência no município de Magé, no Estado do Rio de Janeiro, com objetivos de testar a vacina liofilizada adquirida no Instituto Nacional de Saúde Pública de Lima, Peru. Outras experiências foram realizadas, como as

vacinações em massa nas localidades de Mesquita, Nilópolis e São João de Meriti também no Estado do Rio de Janeiro²¹ (Scorzelli Jr, 1965).

2.6. CONSIDERAÇÕES

Como vimos neste capítulo, a primeira metade do século XX foi um período central na formação das bases da saúde pública brasileira, momento em que surgiram as principais estruturas e formas de atuação que acompanhariam nosso sistema de saúde muitas vezes até os dias de hoje. Além disso, esse longo período foi marcado por um processo de grandes transformações no país. Formação social de base rural organizada politicamente em uma república oligárquica centrada em interesses agrários, o país passaria por um forte processo de urbanização, industrialização, crescimento econômico e ampliação populacional num contexto muitas vezes marcado por períodos de exceção e lutas intra-oligárquicas. Em 1950, finda a ditadura getulista, o Brasil, que entrara no século XX com uma população de 17 milhões de habitantes, já contava com mais de 50 milhões de almas, várias cidades populosas e uma estrutura de administração e serviços públicos bastante complexas. No entanto, apesar da ampliação das políticas sanitárias e do incremento da medicina curativa, a população ainda convivia com diversas doenças, muitas das quais já consideradas pelas agências de saúde internacionais como passíveis de serem suprimidas.

E a varíola nesse contexto? Observamos que ela ocupou um lugar de destaque no quadro epidemiológico brasileiro até as duas primeiras décadas do século XX, podendo-se até dizer que o seu combate foi a primeira atuação relevante de saúde pública no país. No entanto, o crescimento paulatino da aceitação da vacinação e a menor virulência do microorganismo fizeram com que, aos poucos ela deixasse de ser um problema sanitário de grande monta. A partir do início do século XX, a estratégia de combate à doença pela vacina se impõe, sendo que, aos poucos, as grandes querelas sobre o direito do Estado em obrigar o cidadão a se vacinar vão se diluindo em virtude do reconhecimento da interdependência entre os diversos grupos e indivíduos em relação à doença.

²¹ Os trabalhos de Márcio Andrade (2003) e de Angela Peçanha (1977) contribuem para o estudo do Sesp/FSESP no Brasil.

Também aos poucos, as grandes epidemias que varriam as cidades brasileiras até o início do século XX vão desaparecer, dando lugar a surtos da doença, muitas vezes caracterizados como varíola *minor*, cuja mortalidade é muito menos freqüente. Nesse contexto, as ações governamentais de combate à doença vão se normatizando sob a forma rotinizada da vacinação aplicada nos postos ou em campanhas, quando do aparecimento de surtos da doença. No organograma da saúde pública, a varíola, cada vez mais, assume uma importância periférica, sendo relegada aos serviços de controle de doenças imunopreviníveis. No que tange à tecnologia para o combate à doença, também não havia maiores problemas, pois, além de a fabricação da vacina ser uma técnica conhecida, algumas de nossas instituições de produção de imunizantes a elaboravam em quantidades suficientes para a vacinação desde o segundo quartel do século XX.

Todo esse quadro pode levar o leitor a imaginar que os serviços de saúde poderiam dar continuidade ao processo de controle da doença ou intensificá-lo nos moldes que já vinha sendo feito. No entanto, não foi isso que ocorreu. No início da década de 1960, o governo brasileiro instituiria uma campanha nacional para o controle da doença. Na segunda metade dessa mesma década, a campanha se ampliaria e se transformaria em uma grande campanha para a erradicação da varíola no país. Essas transformações, que articulam as questões nacionais às agendas mais amplas das agências de saúde internacionais, serão o objeto de análise dos nossos próximos capítulos.

2.7. REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO 2

2.7.1. Fontes Secundárias

- ANDRADE, M. M. de. Proposta para um resgate historiográfico: as fontes do SESP/FSESP no estudo das campanhas de imunização no Brasil. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, v. 10 (suplemento 2): 843-48, 2003.
- ANGULO, Juan J. Varíola. In: VERONESI, Ricardo. *Doenças Infeciosas e parasitárias*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1982.
- ANTUNES, José L. F. O laboratório de saúde pública na primeira organização do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. *Cadernos de História e Saúde*, n. 2: 74-81, 1992.
- BARATA, R.C.B. Epidemias. *Cadernos de Saúde Pública*, 3(1): 9-15, 1987.
- BARATA, R.C. B. Cem anos de endemias e epidemias. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(2): 333-345, 2000.
- BARRETO, J. de B. O Departamento Nacional de Saúde em 1944. Rio de Janeiro: Arquivos de Higiene, 1945.
- BENCHIMOL, Jaime L. *Manguinhos do sonho à vida. A ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 1990.
- BENCHIMOL, Jaime L. (Org.) *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2001.
- BERTOLLI FILHO, C. *História da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Editora Ática, 1996.
- BODSTEIN, Regina C. de A e FONSECA, Cristina M. O. Desafio da reforma sanitária: consolidação de uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde. In: COSTA, Nilson do R. *et al.* (Orgs.) *Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde*. v.I. Petrópolis: Vozes/Abrasco. 1989. (Ciências Sociais e Saúde Coletiva.)
- BRAGA, J. C. de S. e PAULA, S. G. de. *Saúde e Previdência – estudos de política social*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1984.
- BRITO, Nara e LIMA, Nísia T. Saúde e nação: a proposta do saneamento rural. Um estudo da Revista Saúde (1918-1919). *Estudos de História e Saúde*, v.3, mai. 1991.
- BRITO BASTOS, N. C. *SESP/FSESP: 1942 – Evolução Histórica – 1991*. Brasília:

- Fundação Nacional de Saúde, 1996.
- BUSS, Paulo M.; SHIRAWA, T. e MARANHÃO, Eduardo. *Ministério da Saúde e Saúde Coletiva – A história de 20 anos (1953/1974)*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Uerj, 1979. 32 p. (Mimeo.)
- CAMARGO, A. M. F. de. Os impasses da pesquisa microbiológica e as políticas de saúde pública. *Cadernos de História e Saúde*, n. 2: 82-93, 1992.
- CAMPOS, André L. V. Combatendo nazistas e mosquitos: militares norte-americanos no Nordeste brasileiro (1941-1945). *História, Ciências, Saúde – Maguinhos*, 5(3): 603-620, nov. 1998- fev. 1999.
- CAMPOS, André L. V. Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública. In: GOMES, Angela de C. (Org.) *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.
- CAMPOS, André L. V. International Health policies em Brazil: The Serviço Especial de Saúde, 1942-1960. Tese de Doutorado apresentada à University of Texas. Austin, 1997.
- CARVALHO, José M de. *Os bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.
- CASTRO-SANTOS, Luiz A. de. Estado e saúde pública no Brasil (1889-1930). *Dados – revista de Ciências Sociais*, v. 28, n. 2: 193-210, 1980.
- CASTRO-SANTOS, Luiz A. de. O pensamento sanitaria na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, v. 28, n. 2: 193-210, 1985.
- CASTRO-SANTOS, Luis A. de. A Fundação Rockefeller e o Estado nacional (história e política de uma missão médica e sanitaria no Brasil). *Revista Brasileira de Estudos da População*, v. 6 (1): 105-110, jan.-jun. 1989.
- CASTRO-SANTOS, Luis A. de. A reforma sanitaria ‘pelo alto’: o pioneirismo paulista no início do século XX. *Dados: Revista de Ciências Sociais*, v. 36(3): 361-392, 1993.
- CASTRO-SANTOS, Luiz A. de e FARIA, Lina R. de. *A reforma sanitária no Brasil: Ecos da Primeira República*. Bragança Paulista: Edusp, 2003. (Estudos CDAPH. Série ciência, saúde e educação).
- CHALHOUB, S. *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo,

- Companhia das Letras, 1996.
- CICKHORN, R. e SCHADEWALT, H. Sobre la introducción de la vacuna antivariolosa em América. In: LOPEZ SANCHEZ, José. *Ensayos Científicos: escritos em homenaje a Tomás Romay*. Habana: Academia de Ciencias de Cuba, 1968. p. 393-414.
- COSTA, Nilson do R. *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1985.
- CROSBY, Alfred. *Imperialismo ecológico. A expansão Biológica da Europa, 900-1900*. São Paulo: Cia. das letras, 1993.
- DARMON, Pierre. *La longue traque de la variole*. Paris: Librairie Académique Perrin, 1986. (Collection Pour L'Histoire.)
- EDLER, Flavio e SUÁREZ, Julio Manuel. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 27-58
- ESPARZA, José. La introducción de la viruela em América: epidemias em América Latina durante el siglo XVI. *Terra Firme. Revista de historia y Ciencias Sociales*, v. XVIII, n. 72, año 18, oct.-dic. 2000.
- FARIA, Lina R. de. Os primeiros anos da Reforma Sanitária no Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller (1915-1920). *Physis: Revista de Saúde Pública*, v. 5(1): p. 109-30, 1995.
- FARIA, Lina R. de. A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 9(3): 561-590, set.-dez. 2002.
- FARIA, Lina R. de. O Instituto de Higiene: contribuição à história da ciência e da administração em saúde em São Paulo. *Physis*, 9(1):175-208, 1999.
- FARRELL, Jeanette. *A Assustadora história das pestes e epidemias*. São Paulo: Ediouro, 2003.
- FENNER, F. *et al. Smallpox and its eradication*. Geneva: World Health Organization, 1988.
- FERNANDES, Tânia M. D. Oswaldo Cruz X Barão de Pedro Affonso: polêmica no controle de imunizantes. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 1, n. 1, nov. 1989.
- FERNANDES, Tânia M. D. *A produção da Vacina antivariólica no Brasil da monarquia a 1920: a ciência, a técnica e o poder dos homens*. Dissertação

- apresentada ao curso de mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz. Rio de Janeiro, 1991.
- FERNANDES, Tânia M. *Vacina antivariólica: ciência, técnica e o poder dos homens (1808-1920)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999a.
- FERNANDES, Tânia M. D. Vacina antivariólica: seu primeiro século no Brasil (da vacina jenneriana à animal). *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, 5(1): 29-51, mar.-jun. 1999b.
- FERNANDES, Tânia M. Imunização antivariólica no século XIX no Brasil: inoculação, variolização, vacina e revacinação. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, v. 10 (suplemento 2): 461-74, 2003.
- FERNANDES, Tânia M. D. Vacina antivariólica: visões da Academia de Medicina no Brasil Imperial. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 11 (suplemento 1): 141-63, 2004a.
- FERNANDES, Tânia M. D. varíola: doença e erradicação. In: NASCIMENTO, Dilene R. do e CARVALHO, Diana M. de. *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004b.
- FISCHMANN, A. *Investigação epidemiológica de varíola no Estado do Rio Grande do Sul*. Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Departamento de Epidemiologia. São Paulo, 1978.
- FISCHMANN, A. Vigilância Epidemiológica. In: Rouquayrol, M. Z. *Epidemiologia e Saúde*. 3.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1988. p. 319-341.
- FONSECA, Cristina M. O. As propostas do SESP para a educação em saúde na década de 50 – uma concepção de saúde e sociedade. *Cadernos de Saúde*, v. 1, n. 1, nov. 1989.
- FONSECA, Cristina M. O. Ideologia e políticas públicas: a construção da nação e a reforma do Ministério da Educação e Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1993. 41p. *Conferência. Apresentado em: Seminário Interno do Departamento de Pesquisa*, 3, Rio de Janeiro, 1993.
- FONSECA, Cristina M. Oliveira. As campanhas sanitárias e o Ministério da Saúde, 1953-1990. In: BENCHIMOL, Jaime L. (Coord.). *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- FONTENELLE, J. P. *A saúde pública no Rio de Janeiro: 1935 e 1936*. Rio de Janeiro:

- Imprensa Nacional, 1937.
- FONTENELLE, J. P. *A saúde pública no Rio de Janeiro: 1937 e 1938*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1939.
- FUNDAÇÃO SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA. *Fundação SESP: 40 anos de Saúde Pública – 1942-1982*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz (Caixa 6, Fundo Sesp, Setor de Arquivos).
- GAZÊTA, Arlene A. B. *A campanha de erradicação da varíola no Brasil*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2001.
- GICKLHORN, R. & SCHADEWALDT, H. Sobre la introducción de la vacuna antivariolosa em América. In: LOPEZ SANCHEZ, José. *Ensayos Científicos: escritos em homenagem a Tomás Romay*. Habana, Academia de Ciências de Cuba, 1968.
- GUERRA PEREZ, Francisco. Calendar of the introduction of infectious diseases in the New World after 1942. In: Sociedad Española de História de la Medicina. *Actas del XXXIII Congresso Internacional de História de la Medicina*. Sevilha, Sociedad Española de História de la Medicina, 1974. p.169-75.
- HAMILTON, Wanda. e FONSECA, Cristina. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. *Hist. ciênc. Saúde – Manguinhos*, 10(3): 791-825, set.-dez. 2003.
- HENDERSON, D. A. Smallpox eradication. *Publ. Health Rep.*, 95(5): 422-6, 1968.
- HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases políticas da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Anpocs/Hucitec, 1998.
- HOCHMAN, Gilberto e FONSECA, Cristina. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência. 1937-1945. In: PANDOLFI, Dulce (Org.) *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: FGV, 1999.
- HOCHMAN, Gilberto. A saúde pública em tempos de Capanema: continuidades e inovações. In: BOMENY, Helena. *Constelação Capanema: intelectuais e políticas*. Rio de Janeiro: FGV, 2001. p.127-151.
- HOCHMAN, Gilberto e LIMA, Nísia Trindade. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil redescoberto pelo movimento sanitário da primeira república. In: MAIO, Marcos e VENTURA, Ricardo (Orgs.) *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio

- de Janeiro: Editora Fiocruz/CCBB, 1996. p. 23-40.
- HOPKINS, Donald R. *Princes and peasants. Smallpox in History*. Chicago: University of Chicago Press, 1983.
- LABRA, Maria E. *O movimento sanitarista nos anos 20: da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública no Brasil*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 1985.
- LIMA SOBRINHO, Vivaldo. *A política de saúde pública e o movimento sanitário brasileiro (1920-1950)*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social – UERJ, 1981.
- LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina Maria Oliveira e HOCHMAN, Gilberto. A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica. In: LIMA, Nísia Trindade *et al.* (Orgs.). *Saúde e Democracia – História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 27-58.
- McNEILL, William. *Plaques and peoples*. Nova York: Doubleday, 1976.
- MEIHY, José C. S. e BERTOLLI FILHO, C. História social da saúde: opinião pública *versus* poder, a campanha da vacina 1904. *Estudos Cedhal*, n. 5, 1990.
- MERCADANTE, O. A. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo. *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- MERHY, Emerson E. *O capitalismo e a saúde pública: A emergência das políticas sanitárias no Estado de São Paulo*. Campinas: Papirus, 1985.
- MERHY, Emerson E. *A saúde como política. Um estudo de formuladores de políticas*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- MERHY, Emerson E. *A saúde pública como política. São Paulo, 1920-1948: os movimentos sanitários, os modelos tecno-assistenciais e a formação das políticas governamentais*. São Paulo: Hucitec, 1992. 221 p. (Saúde em Debate, 50).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Termos de Contrato. Reimpresso do Diário Oficial de 21 de Agosto de 1942 – p. 12.936, 12.937, 12.938 – Contrato sobre Saúde e Saneamento, firmado entre o Governo do Brasil e o Governo dos Estados Unidos da América.

- MOULIN, ANNE M. *L'Aventure de la vaccination*. Lion: Fayard, 1996.
- MOULIN, ANNE M. A hipótese vicinal: por uma abordagem crítica e antropológica de um fenômeno histórico. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 10 (suplemento 2): 499-517, 2003.
- PEÇANHA, Angela M. *Fundação Serviços especiais de Saúde Pública – FSESP: um estudo de desenvolvimento Institucional*. Dissertação de Mestrado em Administração Pública pela Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 1977. 62 p. (Mimeo.)
- PICALUGA, Izabel F. *Políticas de Saúde, campanhas sanitárias e desenvolvimento capitalista na era Vargas*. Apresentado em Reunião Anual da SBPC. Rio de Janeiro, 1976.
- RAYMOND. *Querelle de l'Inoculation: pre histoire de la vaccination*. Paris: Librairie Philosophique, J. Vrin, 1982.
- REZENDE, Sonaly C. e HELLER, Léo. *O saneamento no Brasil. Políticas e interfaces*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.
- RIBEIRO, Ana C. T.; PICALUGA, Izabel F. e COSTA, Nilson do R. *Campanhas Sanitárias e sua institucionalização: um estudo histórico da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Biblioteca da COC. Referência 339. 1975. (texto provisório)
- RIBEIRO, Lourival. *Medicina no Brasil colonial*. Rio de Janeiro: Editorial Sul Americana, 1971.
- RIBEIRO, Maria A. R. *História sem fim inventário da saúde pública: São Paulo. 1880-1930*. São Paulo: Unesp, 1993.
- RISI JR., João B. Varíola. *Separata dos Arquivos de Higiene*, v. 24, tomo único, dez. 1968. (Acervo da Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz./Fiocruz.)
- RISI JR, João Baptista. Varíola. *Arquivos de Higiene*, v. 21, tomo único, dez. 1968. (Ministério da Saúde/DNS)
- RODRIGUES, B. A., ALVES, L. *Evolução Institucional da Saúde Pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 1977.
- ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: Unesp, 1994.
- SCHATZMAYR, Hermann G. A varíola uma antiga inimiga. *Cadernos de Saúde Pública*, 17 (6): 1525-1530, nov.-dez. 2001.
- SCORZELLI JR, A. A importância da varíola no Brasil. *Arquivos de Higiene*, v. 21: 9-

- 18, jun. 1965.
- SESP. NORMAS DO SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA. 31/12/1946.
Fundo SESP, caixa 6, ficha n. 53, Setor de Arquivo – Casa de Oswaldo Cruz.
- SEVCENKO, Nicolau. *A Revolta da Vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- SILVA, Jacinto da. Guerra Biológica, bioterrorismo e saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(6): 1519-1523, nov.-dez. 2001.
- SINGER, Paul *et al.* *Prevenir e curar*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.
- SOPER, Fred L. Rehabilitation of the Eradication Concept in Prevention of Communicable Diseases. *Public Health Reports*, 80(10): 855-869, 1965.
- SOUZA BRAGA, José C. de e PAULA, Sérgio G. de. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: Hucitec, 1986.
- TEIXEIRA, Luiz A. Alastrim varíola é? *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, 7(1): 47-72, mar.-jun. 2000.
- TEIXEIRA, Luiz A. Repensando a história do Instituto Butantan. In: DANTES, Maria A. (Org.) *Espaços da Ciência no Brasil 1800-1930*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. p. 159-82.
- TEIXEIRA, L. A. As políticas de saúde entre o final do império e a primeira república. In: ESCOREL, Sarah *et al.* *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Cebes/Abrasco, no prelo.
- TEIXEIRA, Luiz A. *Ciência e Saúde na terra dos bandeirantes: a trajetória do Instituto Pasteur de São Paulo no período de 1903-1916*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- TEIXEIRA, Luiz A. e ALMEIDA, Marta de. Os primórdios da vacina antivariólica em São Paulo: uma história pouco conhecida. *História, Ciências, saúde – Manguinhos*, v. 10 (suplemento): 475-98, 2003.
- TELAROLLI JR, Rodolfo. *Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Unesp, 1996.
- TELAROLLI JR., Rodolfo. Histórico da vacinação antivariólica no Brasil. *Revista Ciên. Farm.*, 20 (2): 461-70, 1999.
- TIGRE, C. H., FISCHMANN, A. Organização dos serviços de vigilância. In: Seminário Brasileiro de Vigilância Epidemiológica da varíola, 1, João Pessoa, 1972. *Anais*. Rio

de Janeiro, Sucam, Ministério da Saúde, 1973. pp. 81-91.

TRAVASSOS, J. Doenças produzidas por vírus. *Arquivos de Higiene*, v. 8, n 2, 1938.

WATTS, Sheldon. *Epidemics and history: disease, power and imperialism*. New haven: Yale University, 1997. 400p.

3. UMA CAMPANHA NACIONAL CONTRA A VARÍOLA

3.1. INTRODUÇÃO

Este capítulo tratará da trajetória da Campanha Nacional contra a Varíola (CNV), tentando compreender os motivos de sua criação, sua estrutura e forma de funcionamento e principalmente os motivos que determinaram sua transformação em uma campanha para a erradicação da doença no país. Surgida como uma comissão integrada por vários órgãos governamentais em 1962, a campanha foi resultado de um compromisso assumido pelo país na XV Conferência Sanitária Pan-americana de 1958. Sua criação já mostra uma característica que o combate à varíola no Brasil teria a partir de então: uma estreita vinculação às agendas e postulações dos órgãos internacionais de saúde. Essa vinculação seria a tônica de toda a atuação da campanha, mas ela não explica as lógicas internas, seu desempenho e os resultados alcançados. Somente uma observação mais apurada de seu desenrolar, valorizando as relações dessa atividade com os diversos campos da sociedade a ela relacionados e aos processos sociopolíticos de então pode nos proporcionar uma análise mais rica sobre o processo de controle e posterior erradicação da varíola no país.

3.2. UMA ERA DE OTIMISMO

A história da medicina alterna momentos de grande otimismo social em seus conhecimentos e práticas com períodos de menor esperança e críticas mais pesadas à instituição e seus profissionais. Na maioria das vezes, esses sentimentos se relacionam a percepções mais gerais sobre um determinado período vivido. Assim foi na virada do século XIX para o XX, quando os avanços da microbiologia em conexão com o desenvolvimento de diversas facilidades da vida urbana levavam as camadas médias e altas da população a pensar no derradeiro desaparecimento das doenças epidêmicas. No fim da década de 1910, no contexto de desesperança e tristeza determinado pela grande guerra travada na Europa, a pandemia de gripe espanhola levaria em seu vórtice essa esperança. No entanto não seria última vez que um ciclo desses se completava, na metade do século XX: um novo momento de esperança irrestrita na ciência, e em particular na medicina, voltava a se estabelecer.²²

Nesse momento, nem só os avanços da medicina favoreciam a crença em um futuro promissor. Vencida a ameaça do totalitarismo fascista, um novo horizonte parecia se descortinar para o mundo ocidental, principalmente para o Hemisfério Norte. Com o auxílio dos Estados Unidos, a Europa iria se recuperar dos estragos deixados pelo conflito. Já os países subdesenvolvidos aufeririam as vantagens de uma revolução verde, também determinada pelo desenvolvimento tecnológico, que possibilitaria o potencial incremento da produção de alimentos, acabando com a fome o mundo. Instituições plurinacionais regeriam em harmonia o desenvolvimento articulado das nações, também agindo na supressão dos problemas dos mais pobres.

Laurie Garret, em seu livro *A Última Peste*, sintetiza bem o sentimento do período nos Estados Unidos da América. Suas palavras são ainda mais impressionantes se pensarmos na força aglutinadora do pensamento americano no período do imediato pós-guerra. Diz a autora:

Na década seguinte à Segunda Guerra Mundial, parecia que todos os problemas poderiam ser vencidos: o homem podia alcançar a lua, bombas terríveis para jamais serem usadas poderiam criar um equilíbrio de terror que impediria a eclosão de outras guerras

²² Talvez tenha sido a epidemia de aids surgida nos anos 80 que tenha posto um senão a esse novo ciclo de esperança incontida nas ciências médicas

mundiais, agricultores americanos e europeus poderiam ajudar as nações pobres a melhorar a produção agrícola e com isso eliminar a fome, a legislação dos direitos civis poderia apagar as cicatrizes da escravidão e trazer justiça racial, a democracia podia brilhar em chocante contraste com o comunismo e servir de farol para o qual afluiriam rapidamente todos os países, carrões cruzavam rodovias recém-pavimentadas e seus passageiros sonhavam com um novo amanhã. (Garret, 1995, p. 40)

No campo da saúde, as origens desse otimismo encontram-se principalmente no avanços no campo da química e da farmácia, iniciados algum tempo antes, que permitiram o surgimento de medicamentos eficazes contra diversos males. O desenvolvimento da penicilina é paradigmático desse processo.

Em 1929, o cientista escocês Alexander Fleming observou que um punhado de bolor, por acaso existente em uma placa de petrin, estava destruindo uma cultura de estafilococos que ele estudava. Curioso, ele isolou o bolor, identificou-o como pertencente ao gênero *Penicillium* e batizou a sua ação contra as bactérias como “antibiótica”. Também observou que a penicilina destruía somente certas bactérias, em especial algumas causadoras de doenças em seres humanos. Essa descoberta, que se iniciou de forma casual, seria o estopim de uma grande transformação nas formas de se pensar as possibilidades de combater as doenças.

Somente na década de 1940, Fleming e seus colaboradores, associados a indústrias químicas norte-americanas, conseguiram viabilizar a produção de penicilina para uso médico. Em 1944, ela era introduzida no mercado, transformando-se na maior promessa da medicina. No contexto da Segunda Guerra, o produto foi um aliado importante das tropas americanas, atuando no tratamento das pneumonias, das doenças venéreas e dos ferimentos dos soldados. Em pouco tempo, sucedâneos desse medicamento de amplo espectro, voltados para diversas doenças bacterianas, foram desenvolvidos. As drogas milagrosas pareciam resolver de forma rápida e segura problemas de saúde antes visto como de tratamento complicado: algumas doenças, como as venéreas, de infecções passíveis de levar à morte, transformaram-se em problemas facilmente contornados com o uso de antibióticos. Posteriormente, o uso desses produtos permitiria a cura de doenças ainda mais temidas. A descoberta de associações medicamentosas específicas para a tuberculose e outras doenças veio ampliar o otimismo frente à capacidade científica infinita e à criação de novas drogas

para dar fim às mazelas da humanidade.

Mas não foram apenas os antibióticos que estiveram no centro do otimismo médico que se inaugurava com a segunda metade do século. No campo da prevenção, novos conhecimentos também pareciam abrir caminho para um novo mundo, livre das doenças parasitárias. Nesse setor, a principal contribuição veio da química, com o desenvolvimento dos inseticidas organoclorados, em especial o DDT.²³ Este começou a ser utilizado em saúde pública em fins da década de 1940, sendo que sua primeira utilização em grande escala remonta à pulverização de campos italianos por aviões aliados para dar fim a piolhos transmissores do tifo. A possibilidade de utilização do DDT em grande escala através da pulverização aérea fez acender o ideário otimista de erradicação da malária e de outras doenças transmitidas por insetos. Nesse momento, o produto parecia imensamente eficaz no combate à malária em virtude do seu efeito residual; não se sabia que os segredos da evolução biológica trariam surpresas relacionadas ao surgimento de espécies resistentes ao novo inseticida.

Em meados do século XX, a malária matava ou tornava inaptos para o trabalho milhões de pessoas nas regiões tropicais do planeta. Durante a Segunda Guerra, as trOPAS aliadas tinham sofrido muitas baixas em virtude da presença da doença na Itália e em regiões da África. Além disso, o flagelo era um empecilho a grandes empreendimentos americanos nessas regiões, como por exemplo, as obras de abertura do Canal do Panamá. Várias campanhas com fundos americanos eram efetuadas em diversos países para o controle da doença e a descoberta do DDT fazia pensar que finalmente a doença seria controlada pelas mãos da ciência.

Imunobiológicos, antibióticos e inseticidas eram as armas que pareciam levar a ciência médica à glória em seu incansável duelo com os flagelo epidêmicos. Algumas experiências demonstravam o caminho: na década de 1950, as campanhas dos serviços de saúde americanos contra a poliomielite reduziram os casos de doença no país de 76.000 para 1000 no espaço de 12 anos, outras campanhas realizadas contra a malária

²³ O DDT (Diclorodifeniltricloroetano), inseticida organoclorado mais conhecido e utilizado foi sintetizado pela primeira vez em 1874 pelo bioquímico alemão Othmar Zeidler, que não encontrou nenhum uso para o composto e o abandonou. Em 1939, Paul Hermann Muller, estudando o composto, descobriu sua eficiência na destruição de artrópodes, fato que levou-o a ganhar o Prêmio Nobel em 1941 (<http://www.ajc.pt/cienciaj/n33/avulso1.php>).

conseguiram erradicar o anophelles de diversas regiões do país (Garret, 1994). Tudo parecia conspirar a favor, e na base desses sucessos estava a pesquisa médica, cada vez mais incentivada nos países desenvolvidos, onde a imunologia e a genética eram alçadas a posições de destaque em laboratórios e programas muitas vezes mantidos pela iniciativa privada.

Mas a medicina não erguia somente as inovações no campo da profilaxia das doenças frente aos fantasmas da doença e da morte. Os anos 50 foram repletos de inovações técnico-científicas no campo da medicina curativa. Avanços no campo da tecnologia médica transformaram a medicina hospitalar no espaço central da ciência da cura e os hospitais em locais prioritários nas políticas de saúde dos diversos estados. Além disso, cada vez mais, os exames diagnósticos centrados em imagens se ampliaram fortemente, possibilitando a identificação de doenças em seus estágios iniciais. Por fim, os progressos da engenharia genética, já na década de 1950, pareciam prometer uma grande revolução para a medicina. Todos esses aspectos nos fazem voltar às palavras de Garrett para reforçar a tônica da fé no progresso médico de então:

Para os médicos ocidentais, os anos 50 e 60 foram uma época de grande otimismo. Quase todas as semanas, as instituições médicas anunciavam uma “conquista milagrosa” na luta da humanidade contra as doenças infecciosas. Os antibióticos, descobertos no início da década de 40, cresciam agora em número e potência a ponto de clínicos e cientistas minimizarem a importância das doenças bacterianas. No mundo industrializado, antigos flagelos como os estafilococos e a tuberculose tinham sido habilmente transferidos da coluna “extremamente perigosas” para a de “infecções secundárias facilmente controladas”. A medicina era encarada como um enorme gráfico onde se registrava a incidência de doenças no decorrer do tempo. No século XXI, todas as doenças infecciosas teriam índice zero. Poucos cientistas ou médicos de então duvidavam que a humanidade prosseguiria na sua trajetória linear de vitória sobre os micróbios. (Garret, 1995, p. 39)

Dessa era de otimismo, o Brasil também fez parte. Aqui, os anos 50 marcaram a reentrada do país na democracia. Terminado o conflito mundial e expurgadas as estruturas autoritárias do Estado Novo, o país voltava à democracia bastante diferente do que era no final da República Velha. Agora, os barões do café e do leite dividiam seu poder com outros extratos da elite, principalmente a que se formou em virtude da industrialização. Essa mesma industrialização acrescida do crescente processo de

urbanização também originou um proletariado urbano e uma classe média com maior poder de barganha. No campo da organização do Estado, vivia-se uma outra época onde fortes estruturas criadas para manter uma máquina federal centralizadora e unifomizadora tinham de se confrontar com novas demandas pela saúde, muitas delas determinadas pelas agências plurinacionais em expansão e pelo novo papel que a noção de saúde assumia no contexto desenvolvimentista do mundo do pós-guerra.

Para grande parte da intelectualidade de então, a saúde passava a ser considerada o produto principal da cesta básica do desenvolvimento. A questão que se colocava era se a supressão dos principais problemas de saúde – que consensualmente eram considerados entraves ao desenvolvimento – deveria preceder o desenvolvimento econômico permitindo a sua instauração, ou se essas medidas deveriam ser uma consequência desse desenvolvimento, estabelecendo-se *pari passu* à expansão econômica. A citação de Lima, Fonseca e Hochman (2005), dá uma boa idéia desse processo.

Ao longo desse período, o Brasil esteve imerso no debate sobre o significado do subdesenvolvimento e os meios de superá-lo, a necessidade ou não de um maior esforço para acelerar a industrialização e a utilização de técnicas de planejamento e intervenção do Estado na economia. O conflito estruturante foi entre “liberais”, que criticavam o planejamento econômico e vislumbravam o desenvolvimento baseado em maior incentivo às atividades agrícolas e “desenvolvimentistas”, que propugnavam ações para o aumento da produção de bens de consumo, o alargamento do mercado interno e o aumento da renda nacional com a defesa de uma maior intervenção e planificação estatal. A saúde, ainda que não ocupasse mais o mesmo lugar em um discurso civilizador que tivera nas duas últimas décadas da primeira república, foi integrada de diferentes modos à “ideologia do desenvolvimento” e esteve presente mesmo que retoricamente – nas iniciativas de planejamento estatal e nos projetos de desenvolvimento em competição no país. (Lima, Fonseca e Hochman, 2005, p.51)

A criação do Ministério da Saúde em 1953, no segundo governo Vargas, foi o marco institucional mais importante desse processo.²⁴ Embora o novo órgão desse continuidade a um modelo já posto em práticas pelo DNS, ele marca uma nova forma de relacionamento do Estado com as agências de saúde, menos centrado nas ações e

²⁴ Também fazem parte desse mesmo processo a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), voltado para o controle e erradicação de doenças transmissíveis e a implantação da 3ª Conferência Nacional de Saúde em 1963 (Lima, Fonseca e Hochman, 2005).

interesses do poder executivo. Este passa a dividir a responsabilidade pelos desígnios das políticas de saúde com o legislativo, trabalhando junto à esfera política (Hamilton e Fonseca, 2003).

A criação de um ministério exclusivo para a saúde se insere num contexto de valorização econômica da saúde que, vinculando doença, pobreza e subdesenvolvimento, via na supressão de algumas doenças – principalmente as transmissíveis, passíveis de profilaxia via imunobiológicos ou educação sanitária – o ‘caminho para o progresso’. Segundo Lima, Fonseca e Hochman (2005), essa concepção foi a marca de um novo sanitarismo nacional-desenvolvimentista que teve nos médicos Samuel Pessoa, Mário Magalhães e Gentile de Melo seus principais expoentes, e nos anos 60 seu momento de maior radicalização.

Essa forma de ver e lidar com a saúde não se restringiu ao campo médico, ela se espalhou para o mundo da política, passando a fazer parte da agenda legislativa nacional e da plataforma de diversos políticos. Em 1956, em campanha para o executivo federal, o futuro presidente Juscelino afirmava:

Embora não seja possível dar saúde em seu conceito mais amplo (...) torna-se, no entanto, possível evitar o sofrimento de muitas pessoas por meio de medidas simples de custo reduzido. O governo terá o maior empenho em aplicar os métodos modernos e práticos na eliminação dessas doenças. A nosso favor está a coincidência de que para muitas dessas enfermidades que mais afligem as populações dos países subdesenvolvidos, novas descobertas da terapêutica e da profilaxia tenham tornado o seu combate, e conseqüentemente sua grande redução, ou mesmo eliminação independente dos problemas de desenvolvimento econômico e de aparelhamento médico-sanitário de custo elevado. (Kubitschek, 1956 *apud* Hochman, Lima e Fonseca, 2005, p. 53)

O empenho na supressão das doenças vistas como entrave para o desenvolvimento se traduziu em campanhas para o controle das principais endemias que afetavam o país. O já citado DNERu, na década de 1950, moveu esforços para controlar diversas doenças como malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela, esquistossomose, ancilostomose, filariose, bócio endêmico, boubá e tracoma. Além disso, em 1958, o país aderiu ao esforço global para a erradicação da malária movido pela Organização Mundial da Saúde, criando a Campanha de Erradicação da Malária (CEM), que vigeu até a década de 1970 sem, contudo, lograr erradicar a doença

no país.

Como vemos, no início da segunda metade do século XX, o ser humano parecia estar a poucos passos de dar fim aos flagelos que desde sempre aterrorizavam a humanidade. Tal possibilidade abria novos caminhos de ação à saúde pública e dava novos horizontes aos Estados Nacionais, principalmente aos que, como o Brasil, lutavam pelo desenvolvimento. Nesse contexto, a luta contra a varíola rapidamente iria sofrer profundas inflexões em todo o mundo. No Brasil, de uma doença pouco valorizada pelos poderes públicos, ela se transformou em alvo de fortes campanhas de controle e posteriormente de erradicação, ambas arcadas pelo incentivo de agências de saúde internacionais oriundos desse contexto. Essas transformações serão nosso próximo alvo de atenção, mas, antes, vamos nos concentrar na compreensão de alguns conceitos-chave para o entendimento desse processo: as noções de controle e erradicação.

3.3. CONTROLE, ERRADICAÇÃO E VIGILÂNCIA

As discussões em relação à possibilidade de erradicar uma doença ou um vetor emergiam como conceitos desde fins do século XIX, como resultado das descobertas científicas sobre os mecanismos de transmissão de várias doenças, assim como medidas de cura e prevenção. A partir da segunda metade do século XX, essas questões passaram a merecer cada vez mais atenção na agenda das comunidades científicas nacional e internacional, dos médicos e epidemiólogos e de outros profissionais da área da saúde pública em virtude do desenvolvimento da tecnologia de combate a doenças infecciosas via vacinação ou eliminação de vetores. Assim, o problema passou a figurar de forma constante nas agendas dos fóruns de discussões de instituições internacionais como a Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde.

De forma geral, os conceitos de erradicação de uma doença apresentam, em comum a idéia de que a erradicação refere-se ao desaparecimento de um patógeno a partir de ações humanas específicas e que o controle se relaciona à manutenção da doença em níveis socialmente aceitáveis. Apesar dessa concepção mais geral, alguns autores propõem que a erradicação pode significar uma redução na incidência da doença a tal ponto que ela deixaria de se constituir como um problema de saúde pública

(Yakutiel, 1980 *apud* Silva, 1993). O conceito de erradicação foi utilizado pela primeira vez, em relação a políticas de saúde, em 1884, nos Estados Unidos, quando da implantação do Programa da Pleuropneumonia Contagiosa Bovina (Soper, 1965). A partir de então, foi largamente utilizado tanto para designar tanto a possível extinção de uma doença como para indicar o seu controle pela saúde pública em índices desprezíveis.

A concepção de erradicação como extinção de um patógeno pode ser dividida ainda em duas visões diferentes. A primeira propõe que a erradicação de uma doença infecciosa seria a extinção do patógeno que causa a doença, numa escala mundial. Uma segunda visão, que ganhou maior aceitação, admite que o conceito de erradicação de uma doença infecciosa designa a interrupção de sua transmissão numa área grande, definida, tal como países, continentes ou o mundo, enquanto a eliminação seria referente a um único país. A erradicação regional poderia ser alcançada numa situação instável, uma vez que sempre existiria a possibilidade de reintrodução da infecção por portadores ou vetores de áreas sem erradicação. Nessa perspectiva, a ocorrência de episódios ocasionais e isolados de infecção numa área livre não invalida que se considere mantida a erradicação regional, desde que seja comprovada a importação da infecção (Cockburn, 1961; 1963).

Na década de 1960, momento em que a erradicação total de doenças se apresentava como uma promessa viável, e um desafio sedutor, o discurso médico, empolgado com a possibilidade, apresentava-se como defensor da idéia, vendo-a como uma medida de saúde pública de extrema importância. Acreditava-se que a erradicação a longo prazo se traduziria num ganho econômico por prescindir da necessidade de manutenção de medidas de controle. Estes aspectos foram bem sintetizados por Gazêta (2001) e Fernandes (2004b), entre os posicionamentos sobre o tema observados, destaca-se a posição do diretor da OPAS, o Dr. Fred Soper, em seus trabalhos.²⁵

Fred Soper, ao ressaltar a diferença entre o controle e a erradicação, indicava que uma doença poderia estar sob controle quando sua incidência estivesse tão reduzida que não mais se constituiria em um problema de saúde pública. Segundo ele,²⁶ o

²⁵F. L. Soper. El concepto de erradicación de las enfermedades transmissibles. *Bosp*, ano 36, Vol. XLII, n.1, enero 1957, p. 1-5. F. L. Soper. La erradicación y el control en la prevención de enfermedades transmissibles. *Bosp*, ano 39, Vol. XLIX, n.2, ago 1960, p. 122.

²⁶ F. L. Soper. Rehabilitation of the Eradication Concept in Prevention of Communicable Diseases.

objetivo da erradicação seria a total eliminação da possibilidade de ocorrência de uma determinada doença, mesmo na ausência de todas as medidas preventivas.

Os debates sobre o que seria erradicação e eliminação de uma doença se acentuaram nas décadas de 1960 e 1970, especialmente a partir dos resultados vitoriosos conseguidos com a erradicação da varíola, e também pela possibilidade de se erradicarem outras doenças transmissíveis; estes estavam presentes na OSP desde o início do século XX.

Entretanto, é a varíola, em pleno final da década de 1940, que se configurará como a grande protagonista da erradicação. Nesse sentido, os programas nacionais de prevenção e controle que há muito já estavam em execução para a prevenção e para o combate à varíola, ainda que não tivessem explicitado, objetivamente, a meta de erradicá-la, tinham conhecimento de que as ações direcionadas para a sua prevenção e controle, conhecidas as características epidemiológicas da doença e do seu agente patológico, alcançariam a erradicação; era apenas uma questão de tempo.

Nessa perspectiva, mostramos, no item a seguir, um pouco do que foi a primeira tentativa de se fazer uma campanha em nível nacional, objetivando, a princípio, a prevenção e o controle da varíola no país. Tal Campanha, desenvolvida entre os anos de 1962 e 1966, fez parte desse contexto de otimismo médico-sanitário no qual a erradicação se apresentava não mais como uma possibilidade, pois as características epidemiológicas da varíola e do vírus variólico apontavam uma vitória certa da medicina, que transformaria o elemento vacina num grande aliado da saúde e da sobrevivência do próprio homem. Certamente, essa é apenas uma das faces de leituras dessa vitória.

3.3.1. Vigilância Epidemiológica

A partir da segunda metade do século XX, os conceitos de controle ou de erradicação local de uma doença cada vez mais se mostraram viáveis. No entanto, a sua exequibilidade e possibilidade de manutenção por um longo período passou a depender cada vez mais de medidas que garantissem a manutenção de uma determinada região – fosse ela um país, continente ou mesmo todo o planeta – livre dos agentes propagadores

da doença. As medidas nesse sentido se ampliaram fortemente ao sabor do desenvolvimento dos saberes epidemiológicos.

Desde a Antiguidade, a idéia de intervir no ambiente e na sociedade para deter as epidemias existe. Quando a Grande Peste atingiu a Europa, no século XIV, foram estabelecidas medidas para tentar diminuir a propagação da doença. Em Ragusa e em Veneza, na Itália, qualquer navio suspeito de conter casos dessa moléstia deveria ancorar num local isolado e ficar quarenta dias (a quarentena) sem comunicação com a terra (Carvalho e Werneck, 1998). A necessidade de controlar enfermidades estimulou o estabelecimento de uma ação de Saúde Pública até hoje presente: o isolamento de pessoas vítimas de doenças contagiosas. Quando pessoas que sofrem de moléstias transmissíveis podem ameaçar, diretamente, a saúde dos que as circundam, a comunidade, agindo através de suas instituições, sente-se no direito, para proteger-se, de sujeitar o indivíduo a restrições, e até mesmo a sanções. Assim surgiu a obrigação de notificar algumas doenças comunicáveis e, em algumas ocasiões, a liberdade do indivíduo pôde ser gravemente limitada (Rosen, 1994).

Durante o século XIX, com a descoberta dos microorganismos “causadores” de doença e o crescente conhecimento acerca dos seus modos de transmissão, passava-se das medidas preventivas através do isolamento dos doentes para a possibilidade de serem formuladas propostas de controle voltadas para a identificação das “cadeias de transmissão” de doenças e da quebra dos “elos frágeis” de tal cadeia. Cada doença passava então a ter medidas próprias de controle. As primeiras intervenções estatais no campo da prevenção e controle de doenças, desenvolvidas sob bases científicas modernas, datam do início do século XX, e foram orientadas pelo avanço da era bacteriológica e pela descoberta dos ciclos epidemiológicos de algumas doenças infecciosas e parasitárias (Rosen, 1994, Gazêta, 2001). Consistiram na organização de grandes campanhas sanitárias que objetivaram o controle de doenças que comprometiam a economia, a exemplo da febre amarela e varíola, e se valiam de instrumentos precisos para o diagnóstico de casos, combate a vetores, imunização e tratamento em massa com fármacos etc. O modelo operacional se baseava em atuações verticais, sob forte inspiração militar, e compreendia fases bem estabelecidas, como: fase preparatória, fase de ataque, fase de consolidação e manutenção (Costa, 1985).

No século XX, a partir dos anos 40, foram organizadas em vários países

atividades voltadas para o controle de doenças específicas. Na década de 1950, o termo “vigilância” era cada vez mais utilizado para significar acompanhamento sistemático de doenças na comunidade, com o objetivo de estabelecer rapidamente medidas de controle. Aumentou, assim, a necessidade de serem criados sistemas de informação que funcionem continuamente, para o conhecimento, a cada momento, da ocorrência de determinadas doenças ou situações de risco (Langmuir, 1976).

A metodologia aplicada pela vigilância inclui a coleta sistemática de dados relevantes e sua contínua avaliação e disseminação a todos que necessitam conhecê-los. Em 1946, o Serviço de Saúde Pública do Governo dos EUA criou o *Communicable Diseases Center* (CDC) com o objetivo de oferecer apoio técnico aos estados no combate a doenças transmissíveis, sendo que o primeiro programa que foi desenvolvido foi destinado ao combate à malária em áreas de guerra (Langmuir, 1963).

Em 1951, o CDC criou o Serviço de Inteligência para Epidemias, que consiste num amplo programa de treinamento abrangendo basicamente a epidemiologia aplicada (vigilância, investigação de casos e epidemias), procedimentos de laboratórios, avaliação de medidas de prevenção e controle de doenças, administração sanitária e elaboração de relatórios técnicos (Langmuir e Andrews, 1952; Langmuir, 1980).

A designação inicial de sistema de inteligência está vinculada à idéia de uma possível guerra biológica que tornava necessário o estabelecimento de sistemas de informações de morbidade e mortalidade que permitissem a identificação de uma epidemia antes de sua evidência para os serviços médicos e hospitalares (Langmuir e Andrews, 1952). O termo “vigilância”, em substituição ao possível caráter militar de “inteligência”, é aplicado pela primeira vez em 1955, na situação de emergência decorrente do denominado “acidente de Cutter”, quando foi identificada nos Estados Unidos uma epidemia de poliomielite em indivíduos vacinados com vacina de vírus inativo (Langmuir *et al*, 1956; Langmuir, 1971; Nathanson e Langmuir, 1963 *apud* Waldman, 1991). Esse episódio constituiu uma grande oportunidade para o CDC implementar com sucesso um sistema de vigilância, sendo possível identificar a causa da epidemia, que indicou a necessidade de aprimoramento na tecnologia de produção do imunobiológico (Langmuir *et al* 1956).

A vigilância adquire o qualificativo epidemiológica a partir de um artigo publicado por Raska em 1964. A designação é internacionalmente consagrada com a

criação, no ano seguinte, da Unidade de Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis da Organização Mundial da Saúde (Thacker e Berkelman, 1988).

Langmuir (1963) definiu vigilância como a observação contínua da distribuição e tendências de incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regulamentação da disseminação dessas informações a todos que necessitam conhecê-la. Raska (1964) inclui nas atividades da Vigilância Epidemiológica o estudo das doenças como processo dinâmico que compreende a ecologia do agente infeccioso, do hospedeiro, dos reservatórios, dos vetores e do meio, assim como os mecanismos complexos que intervêm na propagação da infecção. Acrescenta, ainda, que a vigilância facilita o reconhecimento e a análise do problema, e que o emprego da metodologia de vigilância permite estabelecer os motivos que explicam o fracasso, por exemplo, de um programa de vacinação (Raska, 1971).

O programa de erradicação da varíola, desenvolvido a partir de meados da década de 1960, definiu vigilância abrangendo as seguintes atividades: coleta regular e sistemática de dados, devidamente complementados com investigações e estudos especiais de campo; análise e interpretação simultânea de dados de notificação; início de atividades apropriadas e definitivas, incluídas as investigações de campo, controle de epidemias, modificações de procedimentos operacionais da campanha e recomendações relativas à vacinação etc.; ampla distribuição, dos dados reunidos e interpretados, às principais fontes de notificação e a outros setores interessados nas atividades da luta contra a varíola (Fenner *et al.* 1988; WHO, 1980). Entre os principais objetivos da vigilância, estava a identificação de todos os casos de doença e a aplicação de medidas eficazes para sua contenção. Assim, os responsáveis pela vigilância deveriam confirmar o diagnóstico, descobrir a fonte de infecção e adotar as medidas de controle cabíveis. Waldman (1991) justifica a ampliação do conceito de vigilância, salientando que, nas campanhas, as ações de controle eram aplicadas de maneira “verticalizada”, incluindo a eventual confirmação diagnóstica e tratamento dos doentes, em substituição aos serviços de saúde de rotina.

3.4. A CAMPANHA NACIONAL DE CONTROLE DA VARÍOLA (1962-1966)

Em 18 de janeiro de 1962, pela portaria n. 23, o Ministro de Saúde, Dr. Estácio Souto Maior, instituiu a Campanha Nacional Contra a Varíola, criando uma Comissão nacional integrada por vários órgãos e presidida pelo próprio Ministro. A iniciativa era um resultado do compromisso assumido pelo país, na XV Conferência Sanitária Pan-Americana, de 1958, e tinha como objetivo o combate à varíola em todo o território nacional. É interessante salientar que, no momento de sua criação, o programa visava somente ao controle da doença, apesar de a XI assembléia Mundial da Saúde da OMS já ter iniciado um programa de erradicação mundial da doença (Scorzelli Jr, 1965; Fernandes, 2004b; Gazêta, 2001).

O programa de vacinação estava previsto para atingir a todos os Estados, atuando sob orientação técnico-normativa do Ministério da Saúde. Objetivava-se imunizar 80% da população em cinco anos, deixando a doença sob controle do sistema de vigilância epidemiológica. Para proceder à vacinação em massa, o Ministério contava com a vacina liofilizada que começou a ser fabricada pelo Instituto Oswaldo Cruz em 1961.

A campanha operou de 1962 a 1966, através dos governos estaduais, e obteve resultados pouco significativos em seus primeiros anos,²⁷ decorrentes de deficiência de recursos financeiros, materiais e humanos, bem como de descontinuidades dos programas estaduais. A estrutura federal se constituía de um pequeno número de funcionários e apenas um médico epidemiologista que exercia atividades de campo, programando o início das atividades estaduais e fazendo o acompanhamento das ações epidemiológicas (Gazêta, 2001).

Segundo Walter Silva (1965), coordenador da Campanha Nacional Contra a Varíola, a dispersão da população em grandes áreas do país, a carência de meios de transporte e os poucos recursos financeiros fizeram com que os programas de vacinação que se realizaram desde julho de 1963 nas Unidades Federadas não progredissem conforme se esperava.

²⁷ As análises realizadas por Gazêta (2001) mostram que, no ano de 1963, houve um aumento do número de notificações de casos de varíola no Brasil, o que, segundo a autora, coincide com uma melhoria nos serviços de notificação de casos; dessa forma, esses números/dados não podem ser considerados e analisados de forma isolada, posto que uma melhoria em tais serviços, incluindo, aí, melhor cobertura, conseqüentemente, mais casos seriam registrados. Isso também acontece durante a execução da CEV.

A campanha pretendeu otimizar o combate à doença através da utilização de algumas inovações tecnológicas. No Território do Amapá, por exemplo, foi realizado um programa piloto específico, com o propósito de imunizar o maior número possível de pessoas, no menor tempo. Este foi o primeiro a empregar os aplicadores *jet injector* nas operações de campo, sob diferentes condições. Visava-se analisar comparativamente a reação da população à técnica de multipuntura realizada de casa em casa, avaliando se esse método poderia ser utilizado para se intensificarem as atividades da campanha. Também objetivava verificar a eficiência da vacina liofilizada nacional quando administrada em distintas diluições através do *jet injector* e finalmente comparar o grau de eficácia da vacina de ovo e de vitelo, produzidas no Brasil e utilizadas nos programas. Os resultados obtidos no Amapá, mostraram que o uso do “jet injector” era vantajoso nos trabalhos da Campanha.²⁸

A Campanha Nacional de Controle da Varíola funcionária até o ano de 1966, quando foi substituída por uma nova campanha, visando à erradicação da doença no país. De acordo com os dados de Gazêta (2001), no período de 1962 a 1966, foram vacinadas 23.490.250 pessoas com os seguintes percentuais de cobertura por região: Norte – 18,0%, Nordeste – 41,9%, Sudeste – 40%, Sul – 8,7 % e Centro-Oeste – 11,7%.

A tabela abaixo mostra as vacinações realizadas através dos serviços de rotina dos Estados, porém, devemos salientar que, em muitos casos, em várias localidades do país, não existiam nem serviços e nem médicos disponíveis à população. De forma geral, esses dados não nos dizem muito, pois não temos a referida população de cada estado. Nesse sentido, utilizaremos a informações dispostas no trabalho de Gazêta (2001).

Conforme as informações dispostas na tabela I, verificamos, entre os anos de 1956 e 1966, a distribuição dos casos de varíola nos Estados e Territórios. Ainda que os dados não estejam completos, posto que não existem informações de todas as localidades, eles evidenciam que a varíola se encontrava disseminada por todo o território nacional, o que parecia mostrar a necessidade de ampliação da campanha.

Percebemos que, após o início da campanha, houve uma queda dos números de casos notificados de varíola no país, e que ainda que os serviços existentes e as ações de

²⁸ O trabalho realizado no Território do Amapá foi desenvolvido por uma equipe de técnicos brasileiros e americanos e se tornou objeto de um relatório especial. Esses dados podem ser visualizados nos , Arquivos de Higiene (1965).

vacinação fossem deficientes e insuficientes para mudar o quadro e o significado da varíola no país, a Campanha Nacional certamente contribuiu para a diminuição da doença.

Os Boletins posteriormente produzidos pela CEV no Brasil mostram que os esforços que estavam sendo realizados pela Campanha Nacional Contra a Varíola (CNCV) estavam surtindo bons resultados, diminuindo o número de casos.²⁹ No entanto, esses resultados seriam utilizados mais fortemente com o objetivo de realizar uma reformulação da estratégia do programa, que o intensificasse ainda mais. O trabalho piloto, realizado em 1965, no Amapá, por epidemiologistas, virologistas e estatísticos do Ministério da Saúde e da OPAS parecia demonstrar, na prática, a nova estratégia a ser utilizada. Esta deveria incluir o uso de novas técnicas (injetor a pressão), táticas (vacinação em postos fixos, unidades volantes e casa-a-casa) e bases de organização (equipes de vacinadores, supervisores, sistemas de registro).

Tabela I. Número de pessoas vacinadas por Unidades da Federação – Campanha Nacional Contra a Varíola, 1965.

Unidade da Federação	Campanha até 31/12/65	Rotina de 01/01a 31/12/1965	Total
Norte	567331	105.237	672.568
Rondônia	-	5.000	5.000
Acre	-	23.738	23.738
Amazonas	-	23.467	23.467
Roraima	13.609	5.609	19.218
Pará	487.769	30.070	517.839
Amapá	65.953	17.353	83.306
Nordeste	9.272.004	614.470	9.886.474
Maranhão	106.400	2.836	109.236
Piauí	250.581	-	250.581
Ceará	1.316.835	529	1.317.364
Rio Grande do Norte	954.812	133	954.945
Paraíba	369.355	-	369.355
Pernambuco	3.038.000	1.529	3.039.529

²⁹ Também a análise das Atas das Assembléias Mundiais de Saúde mostra claramente que as campanhas nacionais/locais de combate à varíola empreendidas antes e após a criação da OMS estavam surtindo efeitos positivos, diminuindo a incidência da varíola no mundo. Também a análise dos Boletins da Oficina Sanitária Pan-Americana mostrou essa mesma tendência.

Continuação da Tabela I

Alagoas	780.245	13.511	793.756
Sergipe	655.776	-	655.776
Bahia	1.800.000	595.932	2.395.932
Sudeste	9.112.009	1.239.479	10.351.488
Minas Gerais	3.696.047	11.527	3.707.574
Espírito Santo	629.231	-	629.231
Rio de Janeiro	2.386.731	2.254	2.388.985
Guanabara	2.400.000	513.618	2.913.618
São Paulo	-	712.080	712.080
Sul	2.731.192	1035	2.732.227
Paraná	2.343.157	-	2.343.157
Santa Catarina	-	-	-
Rio Grande do Sul	388.035	1.035	389.070
Centro-Oeste	461.559	129.293	590.852
Mato Grosso	316.019	15.894	331.913
Goiás	-	40.000	40.000
Distrito Federal	145.540	73.399	218.939
TOTAL	22.144.095	2.089.514	24.233.609

Fonte: Trabalho para Comissão Internacional, 1973 (CEV).

Tabela II. Notificações de casos de varíola por regiões. Brasil, 1956-1966.

Regiões	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	Total por Região
Norte	28	54	41	620	763	325	109	68	32	95	66	370
Nordeste	1.158	703	565	725	1.232	2.835	3.262	2.745	445	947	980	8.379
Sudeste	2.734	1056	833	2.640	2.799	3.567	3.606	1.886	1.536	1.400	1.703	10.131
Sul	741	765	698	813	1.212	1.615	2.436	1.191	804	608	386	5.425
Centro-Oeste	23	55	53	42	42	204	187	563	259	254	488	1.751
Brasil	4.684	2.633	2.190	4.840	6.048	8.546	9.600	6.433	3.076	3.304	3.623	26.056

Fonte: Gazêta (2001).

Ainda em 1965, a Organização Pan-Americana de Saúde realizou um relatório sobre a Campanha de Controle da Varíola no Brasil.³⁰ Esse documento faz uma ampla

³⁰ O relatório foi produzido por J. D. Millar, Chefe da Unidade de varíola, Centro de Doenças Transmissíveis, Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos; M. Mack, Unidade da varíola, Centro de Doenças Transmissíveis, Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos; Antone A. Mdeiros, Estação de Campo da Cidade de Kansas, Centro de Doenças Transmissíveis, Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos e William Dyal, Unidade de Inquéritos, Seção de Estatística, Serviço de Saúde Pública dos

avaliação do programa, reforçando algumas críticas já visualizadas por profissionais que atuavam na campanha. A principal delas referia-se a pouca ação federal na sua organização, o que dificultava a ampliação das ações de forma simultânea em vários estados da federação. Imaginava-se ser necessário dar precedência principalmente às grandes populações urbanas para tirar vantagem imediata das concentrações demográficas maiores e da publicidade e repercussão política que daí poderiam advir. Outro aspecto a que o documento se volta, que seria bem trabalhado na campanha de erradicação, dizia respeito à impossibilidade de implantação de um sistema de vigilância eficiente com o pessoal existente. Além disso, o documento se volta para problemas mais específicos, como as grandes dificuldades de transporte e comunicação dos profissionais e materiais.

No campo das recomendações, o documento afirmava a necessidade de proporcionar treinamento adequado em técnicas de vigilância sanitária e epidemiológica às autoridades sanitárias municipais, estaduais e federais para possibilitar-lhes meios de estabelecer uma vigilância eficiente no Brasil; a necessidade de intensificação da campanha em curto espaço de tempo para não deixar diminuir os níveis de imunidade das populações; a importância da vacinação em massa com a utilização de injetores de pressão e, principalmente, a intensificação da colaboração do país com agências internacionais. Nesse campo, a recomendação específica era que a Organização Pan-Americana da Saúde procurasse aumentar seu apoio ao programa brasileiro, mediante a provisão de material e pessoal.

Recomenda-se que a Organização Pan-Americana da Saúde assinale ao Ministério da Saúde do Brasil que a Campanha Nacional Contra a Varíola se acha atualmente num ponto crucial. A menos que o programa seja apoiado mediante provisão substancial de pessoal e numerário, as possibilidades de fracasso são grandes. Esse fracasso teria para a erradicação da varíola repercussões que se estenderiam muito além das fronteiras do Brasil. Recomenda-se instar com o Ministério da Saúde brasileiro para que aumente consideravelmente a prioridade da campanha ou revise substancialmente o programa atual. (Scorzeli, 1965. p.72)

Ainda como parte do relatório do item sobre Recomendações (letra C), transcrevemos abaixo um subitem que traz algumas considerações importantes sobre a necessidade de maior apoio das agências internacionais para a intensificação da

campanha:

8 ~ Colaboração com Agências Internacionais ~ Recomenda-se que a Organização Pan-Americana da Saúde procure aumentar seu apoio ao programa brasileiro, mediante a provisão de material e pessoal. Essa colaboração poderá compreender o fornecimento de injetoras a pressão, treinamento para epidemiologistas e laboratoristas e a lotação direta de epidemiologistas internacionais no programa contra a varíola, para apoiar e desenvolver suas atividades de vigilância. Infelizmente, esse último aspecto, que é talvez a necessidade mais importante do programa será, de limitada eficácia enquanto o Comitê Executivo não for ampliado de modo a contar com pessoal suficiente para tornar significativa a assessoria internacional. Se e quando o programa nacional for ampliado, a assistência internacional será extremamente frutífera e bem poderá fazer pender a balança em favor da erradicação final da varíola no Brasil. Em vista disso, deve-se procurar fazer com que os funcionários do Ministério brasileiro se capacitem da importância internacional do problema e encaminhem para êsse esforço, quantidade mais considerável dos recursos de saúde pública do Brasil. (Scorzeli, 1965; p. 74)

Esse relatório dá à tônica das mudanças pelas quais a campanha iria passar. Na base dessas transformações, estaria a ampla utilização dos recursos da OMS e a transformação do objetivo em curso: do controle da varíola se passaria para a sua erradicação. Seguindo-se a receita da OMS e tomando como base os resultados alcançados na primeira campanha, o Ministério da Saúde lançaria as bases para a erradicação da doença com a criação da CEV em 1966. Esta será alvo de análise do nosso próximo capítulo.

3.5. REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO 3

3.5.1. Fontes secundárias

- ANDREWS, J., LANGMUIR, A. The Philosophy of Disease Eradication. *American Journal of Public Health*, 53 (I), 1963.
- COCKBURN, T. A. Eradication of infectious diseases. *Science*, 133: 1050-8, 1961.
- COCKBURN, A. *The evolution and eradication of infectious diseases*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1963.
- COSTA, Nilson do R. *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1985.
- FENNER, F. Poxviruses. In: FIELDS, B.N. *et al. Field Virology*. Philadelphia: Raven Publishers, 1996.
- FERNANDES, Tânia M. D. Varíola: doença e erradicação. In: NASCIMENTO, Dilene R. do e CARVALHO, Diana M. de. *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004b.
- FONSECA, Cristina M. Oliveira. As campanhas sanitárias e o Ministério da Saúde, 1953-1990. In: Benchimol, Jaime L. (Coord.). *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- GARRETT, Laurie. *A próxima peste*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995.
- GAZÊTA, Arlene A. B. *A campanha de erradicação da varíola no Brasil*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2001.
- HAMILTON, Wanda. e FONSECA, Cristina. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. *Hist. ciênc. Saúde –Manguinhos*, 10(3):791-825, set.-dez. 2003.
- LANGMUIR, A.D. e ANDREWS, J. M. Biological Warfare defence. 2- The Epidemic Intelligence Service of the Communicable Disease Center. *Amer. J. Publ. Health*, 42:235-238, 1952.

- LANGMUIR, A.D. The surveillance of communicable diseases of national importance. *New Engl. J. Med*, 268(4): 182-192, 1963.
- LANGMUIR, A.D. William Farr: founder of modern concepts of surveillance. *Int. Journal of Epidem.*, 5: 13-18, 1976.
- LANGMUIR, A. D. “The Epidemic Intelligence Service” of the Centers for Disease Control. *Publ. Health Rep.*, 95:470-477, 1980.
- LAST, J. M. *A dictionary of epidemiology*. New York: Oxford University Press, 1983.
- LAST, J. M. *A dictionary of epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2001.
- LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina Maria Oliveira e HOCHMAN, Gilberto. A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica. In: LIMA, Nísia Trindade *et al.* (Orgs.). *Saúde e Democracia – História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 27-58.
- LIMA SOBRINHO, Vivaldo. *A política de saúde pública e o movimento sanitário brasileiro (1920-1950)*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Medicina Social da Uerj. Rio de Janeiro, 1981.
- MEIHY, José C. S. e BERTOLLI FILHO, C. História social da saúde: opinião pública *versus* poder, a campanha da vacina de 1904. *Estudos Cedhal*, n. 5, 1990.
- MERHY, Emerson E. O capitalismo e a saúde pública: a emergência das políticas sanitárias no Estado de São Paulo. Campinas: Papius, 1985
- PICALUGA, Izabel F. Políticas de Saúde, campanhas sanitárias e desenvolvimento capitalista na era Vargas. Reunião Anual da SBPC. Rio de Janeiro, 1976.
- PORTER, Roy. *Das Tripas Coração: uma Breve História da Medicina*. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2004.
- RIBEIRO, Ana C. T.; PICALUGA, Izabel F. e COSTA, Nilson do R. *Campanhas Sanitárias e sua institucionalização: um estudo histórico da saúde pública no Brasil*. Biblioteca da COC. Referência 339. 1975. (texto provisório). [Dois pontos??](#)
- RISI JR., João B. Varíola. *Separata dos Arquivos de Higiene*, v. 24, tomo único, dez. 1968. (Acervo da Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz./Fiocruz.)

- ROCHA, Gino C. Praça das Armas, Namur, Bélgica. Contribuição de um estudo paleoparasitológico. Tese. Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 145 pp, 2003
- ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: Unesp, 1994.
- SCORZELLI JR, A. A importância da varíola no Brasil. *Arquivos de Higiene*. Vol. 21: 9-18, junho 1965.
- SEVCENKO, Nicolau. *A Revolta da Vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- SILVA, L. P. *Erradicação do sarampo: uma possibilidade real? Revisão crítica da teoria e das estratégias de eliminação*. Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1993.
- SINGER, Paul *et al.* *Prevenir e curar*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.
- SOPER, Fred L. Rehabilitation of the Eradication Concept in Prevention of Communicable Diseases. *Public Health Reports*, 80(10): 855-869, 1965.
- SOPER, Fred L. El concepto de erradicación de las enfermedades transmissibles. *Bosp*, año 36, V. XLII, n.1, ener. 1957. p. 1-5.
- SOPER, Fred L. La erradicación y el control en la prevención de enfermedades transmissibles. *Bosp*, año 39, v. XLIX, n. 2, ago. 1960. pp. 122.
- SOPER, Fred L. Rehabilitation of the Eradication Concept in Prevention of Communicable Diseases. *Public Health Reports*, 80(10): 865-869, 1965.
- TELAROLLI JR., Rodolfo. Histórico da vacinação antivariólica no Brasil. *Revista Ciên. Farm.*, 20 (2): 461-70, 1999.
- WALDMAN. Eliseu Alves. *Vigilância Epidemiológica como prática de Saúde Pública*. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1991.

3.5.2. Fontes primárias

1. Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz

Fundo Cláudio Amaral:

-Campanha de Erradicação da Varíola no Brasil (CEV).

-Ministério da Saúde/ Sucam/CEV. Boletins Semanais da Campanha de Erradicação da Varíola, 1967-1974.

-Trabalho para Comissão Internacional, 1973. Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz

2. Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz)

Boletins da Oficina Sanitária Pan-Americana

BOSP. Actualidades Médicas y Sanitarias. Revistas. *Viruela*, año 36, V. XLII, n. 2: 193-200, febr. 1957.

BOSP. Editorial. *Seminário de Vacunacion Antivariólica*, año 36, v. XLII, n. 2, 191-192, febr. 1957.

BOSP. *Viruela*, año 38, v. XLVI, n. 3: 292-295, mar. 1959. (Informe Cuadrienal (1954-57) del Director de la Oficina Sanitaria Pannamericana.)

BOSP. Editorial. *El parte de las Organizaciones Internacionales de Salud*, sept. 1959. p. 251-253.

BOSP. Actualidades Médicas y Sanitarias. Revistas. Enfermedades Cuarentenables. *Viruela*, año 39, v. XLIX, n. 2: 172-178, ago. 1960.

BOSP. Reunión de Ministros de Salud – Grupo de Estudio. *Informe Final*, año 42, v. LV, n. 1: 1-47, jul. 1963.

BOSP. Actualidades Médicas y de Salud. Revistas. *Enfermedades Cuarentenables*, mar. 1964. p. 258-259.

BOSP. Información general. *XV reunion del Consejo Directivo de la Organizacion Panamericana de la salud*, nov. 1964. p. 496-536.

CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA (XVII). (Actualidades)
Boletín de la Oficina Sanitaria Pan-Americana, v. LXI, n. 6: 550-559, dec. 1966.

DIA MUNDIAL DE LA SALUD. 7 de abril de 1975. Viruela: Imposible Retroceder. *Boletín de la Oficina Sanitaria Pan-Americana*, v. LXXVII, n. 4, abr. 1975. (Mensaje del Dr. Halfdan T. Mahler- Diretor General de la Organización Mundial de la Salud.)

ESTADO DE LA ERRADICACION DE LA VIRUELA EN LAS AMERICAS.
Boletín de la Oficina Sanitaria Pan-Americana. Resenha, V. LX, n. 1, en. 1966.

Estado de las Enfermedades Transmisibles em las Americas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Pan-Americana. Resenha*, Vol. LXXVI, n. 2, febr. 1969.

HORWITZ, A. La viruela – (Editorial) Amenaza constante. *Boletín de la Oficina Sanitaria Pan-Americana*, V. LVIII, n. 4, abr. 1965.

Información General Dia Mundial de la Salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Pan-Americana*. Vol. LVIII, n. 4: 364-377, abr. 1965.

AS CONDICIONES DE SALUD EN LAS AMERICAS – 1961-1962. *Boletín de la Oficina Pan-Americana*, V. LVIII, n. 1(Suplemento): 34-35, en. 1965.

2. Acervo da Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz

Arquivos de Higiene:

-RISI JR, J. B. Varíola. *Separata dos Arquivos de Higiene*, v. 24, tomo único, dez. 1968.

-SILVA, Walter. *Arquivos de Higiene*, vol.21, tomo 1, jun. 1965.

4. A ERRADICAÇÃO DA VARÍOLA NO BRASIL

4.1. INTRODUÇÃO

Neste capítulo, centraremos nossa atenção na atuação da CEV no Brasil, desde o período de sua criação, em 1966, até sua finalização, em abril de 1974, momento em que a varíola não mais grassava no país. Nosso propósito é mostrar o que foi essa campanha, partindo de sua estrutura e de sua execução.

Tomando como base os documentos produzidos pela própria CEV no Brasil, além dos pouquíssimos trabalhos que existem a esse respeito, analisamos os diversos aspectos da campanha, suas ações e conseqüências. A Campanha, além de ter alcançado o objetivo de erradicar a varíola do país, garantindo ao Brasil a certificação internacional da erradicação da varíola em 1973, deixou como legado à saúde pública nacional o desenvolvimento dos sistemas de Vigilância Epidemiológica, e sua valorização como elemento central no controle ou erradicação de doenças.

Ainda neste capítulo, fazemos algumas menções sobre a repercussão dos serviços e ações criados e desenvolvidos com a CEV, para a melhoria dos mesmos e sua aplicabilidade em relação às ações de controle e de erradicação de outras doenças no país. Dessa forma, o último segmento do capítulo tem objetivamente o propósito de mostrar algumas das repercussões para o campo sanitário brasileiro.

4.2. A CAMPANHA DE ERRADICAÇÃO DA VARÍOLA

4.2.1. O Comportamento Epidemiológico da Doença e a Justificativas da Campanha

Como viemos demonstrando, a varíola foi um importante problema de saúde pública, no século XIX e início do XX. Fortes epidemias da doença assolaram o país em 1904, 1908 e 1928. Além delas, a doença surgia em constantes surtos nas regiões rurais. A presença da doença, além de originar as primeiras ações de saúde pública no país, foi responsável por campanhas diversas e pelo surgimento das primeiras instituições produtoras de imunizantes.

No entanto, esse quadro, aos poucos, foi se transformando (ver Quadro I). Na segunda metade da década de 1960, momento em que se inicia a campanha para a erradicação, a forma mais grave da doença já não era importante no cenário nacional, e mesmo a varíola *minor* começava a ser controlada nos grandes centros urbanos, mantendo-se ainda em surtos espalhados pelo interior do país, conforme é mostrado na Tabela III, que mostra o número de casos notificados de varíola por região no Brasil de 1966-1971, quando ocorrem os últimos casos notificados (Gazêta, 2001). Se observarmos comparativamente alguns dados epidemiológicos, observamos que a varíola aparece de forma tímida entre as principais doenças transmissíveis ainda existentes no país, predominando a varíola *minor*, de baixa letalidade naquele momento. Só para se ter uma idéia, vale notar que, no ano de 1959, a mortalidade da doença por 100.000 habitantes atingia a cifra de 1,4 enquanto a difteria alçava a 6,1 e a febre tifóide a 3,8 (ver Quadro I). O Quadro III mostra que essa situação não era muito diferente em diversas partes do mundo.

Essa situação pode ser observada nas temáticas discutidas nas Conferências Nacionais de Saúde³¹ realizada no período. A 3ª CNS de 1963, por exemplo, tinha como principais temas: a situação sanitária da população brasileira; distribuição das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; municipalização dos serviços de saúde e estabelecimento de um plano nacional de saúde. Um grande destaque era

³¹ A Primeira Conferência Nacional de Saúde data de 1941, constituindo-se como um espaço de articulação entre o governo federal e os Estados, na viabilização e sistematização das normas técnicas e administrativas para a área da saúde. Posteriormente, tornaram-se fóruns públicos de discussão das questões sanitárias nacionais (Hochman e Fonseca, 1999; Fonseca, 2005).

dado às doenças de massa, que incluíam, principalmente, tuberculose, malária, lepra, esquistossomose, doença de Chagas, ancilostomíase, tracoma, calazar, boubá, filariose, doenças carenciais, diarreias infecciosas. Em relação às doenças causadoras de grandes epidemias, como a varíola, a peste e a febre amarela, o relatório da Conferência admitia que elas já haviam sido vencidas pela saúde pública, embora ainda ocorressem esporadicamente. Nessa conferência, a Campanha Nacional Contra a Varíola, iniciada um ano antes, é justificada pelas condições favoráveis à erradicação, e não pela importância da doença no quadro nosológico brasileiro, onde outras doenças, como a tuberculose, o sarampo, a malária e a febre amarela, ocupavam lugar de maior destaque. A 4ª CNS, de 1967, não chegou a fazer referência à varíola ou à campanha para a sua erradicação iniciada um ano antes.

Vale notar que na 5ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1975, a já vitoriosa campanha para a erradicação da varíola se fez presente, como crônica de um grande feito, sendo que a varíola apareceu apenas como pano de fundo para apresentar a relevância do programa de erradicação. A CEV só é referida a partir da estrutura das ações de vigilância organizadas em função dela, e representou elemento essencial para a implementação da vigilância para outras doenças transmissíveis.

A observação da varíola nestas três conferências mostra que a doença não ocupava um lugar de destaque no quadro da saúde pública no país. Sua ausência nas grandes discussões é sintomática do real valor atribuído à doença, visto que, no período, um programa em nível mundial para a sua erradicação estava em curso.

Um outro aspecto interessante em relação às justificativas da campanha diz respeito à utilização das estatísticas de notificação para atestar a intensidade de sua presença no país. Estas passam a ser vistas sob uma nova perspectiva comparativa, relacionada não mais à progressiva diminuição do número de casos da doença, e sim à grandeza desses níveis, se comparados aos de outras regiões.

Quadro I. Número de casos de varíola e coeficientes de incidência (CI) por 100.000 habitantes – Brasil, 1956-1960

CAPITAIS	1956		1957		1958		1959		1960	
	Nº	CI.	Nº	CI.	Nº	CI.	Nº	CI.	Nº	CI.
Manaus	24	18,3	9	5,8	2	1,2	353	210,5	544	312,2
Belém	24	7,0	54	15,2	11	3,0	19	4,9	50	12,5
São Luís	15	11,0	66	46,4	180	121,8	22	14,4	-	-
Teresina	9	7,3	7	5,5	14	10,5	18	13,0	12	8,3
Fortaleza	131	31,6	69	15,7	38	8,2	140	28,8	369	72,2
Natal	1	0,7	1	0,7	-	-	11	7,1	1	0,6
João Pessoa	3	2,2	6	4,3	22	15,2	14	9,4	-	-
Recife	128	18,7	81	11,4	48	6,5	67	8,7	-	-
Maceió	73	48,7	50	32,3	23	14,4	18	10,9	53	31,3
Aracajú	17	16,9	16	15,4	8	7,4	-	-	-	-
Salvador	301	53,9	159	27,3	162	26,8	380	60,5	-	-
Vitória	5	7,0	2	2,7	7	9,0	4	4,9	12	14,2
Niterói	127	57,4	-	-	-	-	52	21,8	-	-
Guanabara	813	27,8	353	11,7	247	7,9	231	7,2	662	20,1
São Paulo	243	7,7	71	2,1	214	6,2	312	8,6	307	8,1
Curitiba	314	102,3	262	85,9	69	21,4	418	122,7	-	-
Florianópolis	39	45,4	63	70,9	2	2,2	3	3,2	-	-
Porto Alegre	27	5,0	63	11,2	106	18,0	61	9,9	90	14,1
B. Horizonte	62	11,2	26	4,4	30	4,8	472	72,1	-	-
Goiânia	15	13,4	29	23,8	41	31,1	-	-	-	-
Cuiabá	9	18,7	27	53,6	8	15,2	35	63,5	-	-

Fonte: Serviço Federal de Bioestatística (3ª Conferência Nacional de Saúde, 1963).³²

Nº – Número de casos.

Cf. – Coeficiente de Incidência por 100.000 habitantes.

Tabela III – Casos notificados de varíola por região, 1966-1971.

Regiões	1966	1967	1968	1969	1970	1971
Norte	66	22	40	9	-	-
Nordeste	980	701	911	2.243	498	-
Sudeste	1.703	2.701	2.290	3.271	253	19
Sul	386	679	770	1.839	1.016	-
Centro-Oeste	488	411	361	45	4	-
Total / Brasil	3.623	4.514	4.372	7.407	1.771	19

Fonte: Gazêta (2001).

³² Percebemos pelos dados dispostos nesse Quadro que, com o passar do tempo, há um aumento do número de casos de varíola, que pode ter relação com a melhoria dos serviços sanitários ou a criação dos mesmos.

Quadro II. Coeficientes específicos de mortalidade por poliomielite, varíola, sarampo, raiva e malária (por 100.000 habitantes) – Brasil, 1959.

Capitais	Poliomielite	Varíola	Sarampo	Raiva	Malária
Manaus	-	3,6	8,9	3,0	7,8
Belém	-	-	0,8	0,3	5,7
São Luiz	-	3,3	8,5	1,3	3,9
Teresina	-	9,4	0,7	-	2,2
Fortaleza	0,2	-	1,8	-	0,4
Natal	0,6	0,6	20,6	-	-
João Pessoa	-	4,0	4,7	-	-
Recife	0,3	0,9	7,2	1,4	0,3
Maceió	0,6	1,2	20,7	1,2	0,6
Aracaju	0,9	-	0,9	-	-
Salvador	0,3	1,1	3,0	0,6	2,2
Belo Horizonte	1,4	2,0	6,1	-	-
Vitória	-	-	9,8	-	-
Niterói	0,4	-	15,9	0,4	-
Guanabara	0,3	0,1	6,5	0,2	0,2
São Paulo	2,5	0,1	5,9	0,2	0,0
Curitiba	1,2	0,6	2,3	0,3	-
Florianópolis	-	-	7,4	-	-
Porto Alegre	0,8	1,2	-	-	-
Cuiabá	1,8	-	1,8	1,8	6,4
Goiânia (1958)	0,7	1,5	6,6	-	0,7

Fonte: Gazeta (2001).

Quadro III. Coeficientes específicos de mortalidade (por 100.000 habitantes), por Difteria, Coqueluche, Varíola, Poliomielite, Malária, Febre Tifóide – diversos países, 1959.

<i>Países</i>	Difteria	Coqueluche	Varíola	Poliomielite	Malária	Febre Tifóide
Canadá	-	0,3	-	1,0	-	0,0
E.U.A.	0,0	0,2	-	0,3	0,0	0,0
México	1,3	22,0	0,6	0,6	45,1	9,8
Guatemala	1,4	111,4	0,0	0,9	3,4	10,3
Rep. Dominicana	2,3	2,3	-	-	32,8	4,8
Colômbia	3,4	20,5	1,2	0,4	9,5	4,9

Continuação Quadro III

Brasil	6,1	4,4	1,4	0,5	1,4	3,9
Portugal	1,6	2,5	-	0,4	-	0,8
Dinamarca	-	0,2	-	0,0	-	-
Tailândia (1958)	4,8	0,4	0,0	0,1	44,1	7,0

Fonte: Serviço de Bioestatística (OMS) e *Annual Epidemiological and Vital Statistics* (WHO). Terceira Conferência Nacional de Saúde, 1963.

Os Anais do I Seminário Brasileiro de Vigilância Epidemiológica da Varíola, realizado em João Pessoa no período de 27 de novembro a 1^o de dezembro de 1972, mostram bem esse aspecto. Nesse evento, além de algumas palestras pertinentes ao tema central, também foram apresentados como temas livres trabalhos sobre clínica da varíola, vacinação antivariólica, diagnóstico laboratorial, organização dos serviços de vigilância epidemiológica e sua importância na multivacinação simultânea, programa de treinamento de pessoal para o desenvolvimento de atividades de vigilância epidemiológica, participação do projeto Rondon nas atividades de vacinação de manutenção no Rio Grande do Sul, integração da CEV na estrutura da coordenadoria de saúde da comunidade em São Paulo, vigilância e vacinação dos suscetíveis no Paraná, investigação epidemiológica da varíola, pesquisas epidemiológicas, sistema de notificação nacional, sistema de notificação estadual de São Paulo, integração dos serviços de saúde e comunidades.

Esses trabalhos fazem uma revisão do que foi a varíola, a Campanha, as atividades que se estruturaram a partir da Campanha e a Vigilância Epidemiológica como componente fundamental do sucesso da erradicação, devendo ser aproveitada para o controle e erradicação de outras doenças. Aqui, a CEV é justificada através dos números de casos notificados no país, que, segundo esses documentos, são bem altos em relação aos demais países, principalmente entre os países das Américas, além de trabalhos científicos apresentarem-na como um problema de saúde que compõe o cenário sanitário nacional. Evidenciam-se também como justificativas a questão do conhecimento da vacina e do comportamento do vírus da varíola. Neste Seminário, a CEV (execução e estrutura das diversas fases) e a vigilância epidemiológica estão nos discursos como algo desenvolvido e plenamente aplicável em outras doenças transmissíveis.

Esse discurso sobre a varíola e as formas de combatê-la é o mesmo presente na vasta documentação produzida pela própria Campanha, sendo que os palestrantes, em sua maioria, são as mesmas pessoas que circulam na CEV no Brasil, na OPAS, na OMS e o no Ministério da Saúde ³³. Esses atores são os responsáveis por uma reconstrução da varíola como problema de saúde pública. A doença deixa de ser vista no quadro de uma evolução temporal e passa a ser analisada por comparações espaciais. Nesse quadro, o Brasil é visto como espaço adequado à uma prática de erradicação, visto ser o país da América com mais casos da doença. Soma-se a tudo isso a questão da tecnologia para esse processo, os trabalhos do período também mostram a evolução das possibilidades de sucesso de programas de erradicação a partir do desenvolvimento tecnológico tanto da vacina como das formas de aplicá-la.

É através da importância que teve a doença em outros momentos da história, e por suas características clínicas e epidemiológicas, que a sua gravidade é afirmada, principalmente pela possibilidade de entrada em áreas já livres da doença. É estabelecida uma forte ligação entre o que a varíola representou historicamente para a saúde pública e o que ela representava à época da campanha. Assim, através de tabelas construídas com os números de casos notificados no mundo, independente da forma em que a doença se apresentava (*major* ou *minor*), é construído o discurso de que ela constitui um grave problema de saúde pública globalmente. Na metade da década de 1960, a varíola não é mais endêmica na Europa, em grande parte da Ásia e nas Américas do Norte e Central, e em alguns países como o Brasil existe apenas na forma *minor*. Sendo assim, é necessário ressaltar o potencial de gravidade da doença com os exemplos do passado e o grande desperdício de recursos e os riscos crescentes de manter indefinidamente a vacinação em áreas não-endêmicas, para justificar a adoção da estratégia de campanha (Gazeta, 2001).

Um outro aspecto importante na justificativa de uma campanha de erradicação diz respeito aos resultados da campanha anterior. Nesse ponto, a justificativa sugere o insucesso da campanha de controle da doença ocorrida entre 1962 e 1966, apontando pra a necessidade de sua radicalização rumo à erradicação da doença.

³³ Bichat de Almeida Rodrigues – Chefe do Departamento de Doenças Transmissíveis do escritório central da OPAS; Ernani Guilherme da Motta – Superintendente de Campanhas de Saúde Pública – Sucam –; Cláudio do Amaral Júnior – Chefe da CEV; Juan Ponce de Leon – Consultor da OPAS/OMS do Programa da Varíola; C. H. Tigre; Ayrton Fischman – UVE – R. G. do Sul.

Um estudo da CEV para a Comissão Internacional, em 1973, faz uma síntese das informações que estão presentes nos boletins semanais da campanha. Este documento, além dos quadros de notificações de casos de varíola por unidades da federação no Brasil de 1956 a 1972, traz também informações sobre os esforços que antecederam a CEV, através da Campanha Nacional Contra a Varíola de 1962-1966. Ele avalia que, pela falta de infra-estrutura e força suficiente para realizar a campanha, os resultados foram precários, tendo em alguns estados um desempenho irrelevante (Trabalho para Comissão Internacional, 1973 – CEV). Estes argumentos foram úteis para justificar a necessidade de uma nova campanha, que deveria ser bem estruturada, dotada de recursos financeiros, humanos e materiais bem mais vultuosos, enfim, uma gigantesca estrutura para garantir a competência capaz de transformar o programa numa realidade vitoriosa.

De 1962 a outubro de 1966, período da Campanha Nacional Contra a Varíola, foi realizada vacinação em massa na maioria das unidades federadas. Os documentos oficiais (principalmente o trabalho citado anteriormente) posteriores mostram que essa investida não atingiu, na maioria das áreas, percentuais adequados de cobertura. No entanto, não dispomos de informação sobre a cobertura vacinal anterior nessas áreas. A leitura dos documentos requer cuidados ao enfatizar os serviços deficientes da primeira campanha, pois o aumento do número de casos notificados durante a campanha de erradicação, como já foi dito, provavelmente corresponde a uma melhoria das atividades de notificação.

Para concluir esta seção, gostaríamos de reafirmar que no período de surgimento da campanha para a erradicação, a varíola é apresentada como problema de saúde pública cada vez mais digno de uma grande intervenção, apesar do predomínio de sua forma mais branda no país e da contínua diminuição do número de casos. Esta inversão, que à primeira vista pode parecer um paradoxo, relaciona-se ao fato de a doença deixar de ser vista pela saúde pública somente em seu contexto local, passando a ser inserida em um contexto mais amplo da saúde e ciência internacional, onde o desenvolvimento das possibilidades técnico-científicas de combatê-la, aliado às dificuldades que ela gerava a países com maior grau de incidência e ao otimismo em relação ao poder da medicina do período, fez com que ela se tornasse um objeto adequado à erradicação.

4.2.2. O Surgimento da Campanha de Erradicação da Varíola

O surgimento da CEV se relaciona diretamente à importância que a varíola foi adquirindo no contexto sanitário internacional, especialmente ao lugar de destaque que passou a ocupar nas agendas da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), que propôs a criação de um Programa Mundial de Erradicação da doença no ano de 1958, pela primeira vez. Na década de 1960, vemos em várias Assembléias Mundiais de Saúde essa reafirmação.

A CEV foi criada em 31 de agosto de 1966 pelo Decreto n. 59.153, nos termos da Lei n. 5.026, de 14.07.1966, substituindo a Campanha Nacional Contra a Varíola. O seu objetivo era a erradicação da varíola no Brasil, através da intensificação e da coordenação, em todo o país, das atividades públicas e particulares de prevenção e combate à varíola, em todas as suas formas clínicas (Decreto n. 59.153/Lei n. 5.026, de 14 de julho de 1966).

A CEV foi executada por uma estrutura técnico-administrativa subordinada inicialmente ao Departamento Nacional de Saúde, no Ministério da Saúde, com uma organização vertical com direção centralizada e responsabilidades específicas delegáveis nos vários níveis, desde a Superintendência até os vacinadores. Através de um acordo assinado com o Ministério da Saúde no ano de 1965, a OMS e a OPAS passariam a colaborar com a Campanha no campo técnico e financeiro.

O Programa de Erradicação cobriu toda a extensão do território nacional. Segundo o Plano de Operação, a Campanha se propunha a interromper a transmissão da doença no país num prazo de cinco anos, através da vacinação em massa de cerca de 90% da população num prazo de três anos. Paralelamente, seria implantado um sistema de vigilância epidemiológica visando à descoberta precoce de casos, evitando a importação dos mesmos, além de um programa de manutenção dos níveis imunitários da população pela sistematização das atividades de rotina, de forma que não ocorressem surtos epidêmicos (CEV/DAD/COC).

Do ponto de vista do discurso oficial, os principais elementos que justificavam a necessidade de instituição e execução da CEV foram: a elevada incidência da varíola em várias áreas do mundo e nas Américas, especialmente no Brasil; o conhecimento de uma vacina eficaz e o conhecimento do comportamento epidemiológico do vírus da

varíola, que tinha no homem o seu único reservatório. A esses aspectos somava-se uma questão de ordem econômica, pois se acreditava que esse tipo de Campanha seria mais viável economicamente, já que se tornava desnecessário que os países já livres da doença permanecessem vacinando sua população indefinidamente. No Brasil, essa justificativa de cunho internacional, que acaba se nacionalizando, aparece conjugada aos resultados da Campanha Nacional Contra a Varíola que, à época, pareciam indicar a possibilidade de uma ação ainda mais efetiva contra a doença.

4.2.3. A Organização da Campanha

A CEV subdividia-se em três fases: A Fase Preparatória, a Fase de Ataque e a Fase de Manutenção e Vigilância Epidemiológica. A Fase Preparatória englobava a coleta de informações básicas relativas ao país, em geral e em particular, a cada um dos Estados e Territórios. Eram dados populacionais por grupos de idade; sua distribuição era geográfica e por anos; características geográficas e climáticas; principais hábitos e padrões culturais da população; meios de transporte e de divulgação, como rádio, televisão, revistas e jornais (Gazeta, 2001). Essas informações deveriam ser coletadas com a devida antecedência, a fim de que os dados fossem utilizados na elaboração dos programas dos Estados e Territórios. Também se procurava aproveitar as informações de outros programas, como os de erradicação da malária, considerando-se que a experiência que se teve com a CEM poderia contribuir para facilitar as tarefas da CEV (CEV/DAD/COC).

Grande parte da fase de preparação se dedicava ao recrutamento e treinamento de pessoal em nível central e de campo. Um programa especial sobre as atividades da Campanha foi elaborado para os médicos, incluindo a atualização de conhecimentos clínicos e epidemiológicos sobre a varíola; os meios de coleta de amostra para exame e diagnóstico laboratorial; a notificação e registro de casos; os sistemas de controle; as técnicas de vacinação (inclusive manejo de injetores à pressão) e sistemas de supervisão e avaliação e educação sanitária. Também ocorreram visitas de observação e prática em hospitais especializados e centros de estudo. Para os supervisores, vacinadores e demais auxiliares, o treinamento se dava, preferencialmente, no próprio campo de trabalho, consistindo principalmente na habilitação nas diversas técnicas de vacinação,

conhecimento de manifestações clínicas da varíola, além de métodos visando à participação da população local (Gazeta, 2001).

Ainda faziam parte desta fase o desenvolvimento de atividades em nível central, através da especificação de cargos e funções, metodologias de supervisão, elaboração de manuais de técnicas e métodos administrativos; relação de material e preparação de formulários específicos para notificação e registro (*idem*).

A partir das informações epidemiológicas então disponíveis, e pela impossibilidade de se elaborarem ações em todas as Unidades da Federação simultaneamente, o Ministro da Saúde aprovou o escalonamento de critério prioritário, levando em consideração as fontes de disseminação conhecidas.

Ainda durante a fase preparatória, foram elaboradas as diretrizes gerais de educação sanitária, assim como os métodos e técnicas de divulgação da CEV, devendo estar a cargo de um funcionário pertencente ao nível central, e, na fase subsequente, contar com a participação de médicos, supervisores, vacinadores e quaisquer outros membros da campanha. Para os formuladores da campanha, grande parte do resultado dependeria da participação efetiva da comunidade no programa de vacinação.

As diretrizes iniciais estabeleceram que as atividades destinadas à Fase de Preparação e à Fase de Ataque começariam em duas frentes: no Nordeste e em São Paulo. Entretanto, as vacinações já realizadas em Alagoas, no Piauí e no Distrito Federal e as atividades que ainda estavam andamento na Paraíba e no Ceará seriam consideradas como programas preliminares, e as atividades nesses estados, assim como nos demais, seriam desenvolvidas a partir de estudos futuros.

A estrutura da CEV compreendia a Superintendência – direção geral da campanha; a Divisão de Epidemiologia e Estatística – responsável pelo recebimento e análise dos dados de notificação, vacinação e outros; a Divisão de Operações – unidade estratégica de articulação com as coordenações estaduais; a Divisão de Administração – responsável pelos insumos e infra-estrutura da Campanha. Todas eram sediadas na cidade do Rio de Janeiro, então Estado da Guanabara (Gazeta *et al.*, 2005).

Em relação à Cooperação Internacional, a Campanha contou com a colaboração técnica e financeira da OPAS/OMS através do fornecimento dos veículos necessários à fase de ataque, do fornecimento de equipamentos e instrumentais de laboratório para os centros de produção de vacinas, além de assistência técnica permanente prestada por

quatro consultores: três médicos e um estatístico (Gazêta, 2001).

Preconizava-se utilizar somente vacina liofilizada, de preferência de fabricação nacional. Sendo assim, em seu início, a CEV utilizou vacina produzida pelo Instituto Oswaldo Cruz. Entretanto, foram realizados convênios com o Instituto de Pesquisas Biológicas do Rio Grande do Sul (IPB) e com o Instituto Butantan, em São Paulo, com a finalidade de garantir as quantidades suficientes e o suprimento de vacinas de boa qualidade. Através de recursos financeiros provenientes da Unidade de Planejamento, Avaliação, Pesquisas e Programas Especiais (Pappe), a Campanha dotou estes laboratórios com os recursos necessários – principalmente pessoal e equipamentos. Além do envolvimento dessas instituições biomédicas nacionais, o Laboratório Connaught de Toronto, no Canadá, serviu de referência através dos exames de comprovação da potência e da pureza das vacinas produzidas para a CEV (Gazêta, 2001).

O quadro de pessoal da CEV foi organizado através do Convênio com a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP) que colocou à sua disposição oito médicos de seu quadro de pessoal técnico, além de quatro funcionários experientes nas áreas de administração, contabilidade, de pessoal e de material. Também foram colocados à disposição da Campanha o pessoal excedente que trabalhava no serviço de campo do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) e da Campanha de Erradicação da Malária (CEM). A maior parte do pessoal de campo foi contratado sob regime de serviços prestados; dessa forma, eram recrutados, selecionados e treinados no local para a execução da vacinação propriamente dita, e dispensados logo após a finalização do trabalho (CEV/DAD/COC).

A composição de pessoal da CEV no Brasil desde sua criação, em 1966, até a finalização da Fase de Ataque se encontra, de forma detalhada, na Tabela IV.

Nesta mesma tabela, observamos que os números de contratações, assim como a utilização de injetores e de viaturas no período que se estende do início até a finalização da Fase de Ataque, indica que a CEV, nos primeiros anos, teve uma infra-estrutura pequena. Somente a partir de 1968, observamos um real incremento de pessoal contratado para as atividades centrais da campanha. Em relação ao desempenho dessas atividades, somente no ano seguinte ele se ampliaria.

Sobre a metodologia empregada no trabalho de vacinação nos Estados, a CEV

contava com um coordenador estadual, que se subordinava diretamente à Divisão de Operações, e desenvolvia as atividades de campo. Ele era responsável, em cada Estado, pelo planejamento do trabalho, pelo treinamento de pessoal, pelo suprimento de equipamentos, de veículos e material, e também pela supervisão geral (CEV/DAD/COC; Gazêta *et al.*, 2005).

Em relação à técnica utilizada na vacinação, utilizou-se nas áreas urbanas a técnica de injeção à pressão em postos fixos (aparelhos ped-jets) e nas áreas rurais se utilizou a técnica de multipuntura com agulhas bifurcadas, casa-a-casa. Para a execução desse trabalho, o pessoal de campo foi organizado em equipes, sendo que o progresso do trabalho era acompanhado por avaliadores que determinavam a cobertura alcançada por amostragem, como também o resultado referente à porcentagem de “pegas” em crianças menores de cinco anos.

Tabela IV – Pessoal da CEV, 1966-1971.

Tarefas	1966	1967	1968	1969	1970	1971	Total
Adjunto				4	3	3	10
Advogado			1				1
Agente de suprimento			1				1
Artífice de impressão			1				1
Assessor			5				5
Assessor técnico de vacinação	-		-				-
Assistente				6	6	7	19
Assistente administrativo				10	9	38	57
Assistente técnico de vacinação			1				1
Auxiliar de almoxarifado			1				1
Auxiliar de administrativo			6	21	20	13	60
Auxiliar de conservação/asseio				11	11	15	37
Auxiliar de contabilidade			2				2
Auxiliar de educação sanitária			3				3
Auxiliar de escritório			10				10
Auxiliar de estatística			2				2
Auxiliar de manutenção				4	7	4	15
Avaliador			28				28
Avaliador de campo de endemias				51	53	44	148
Avaliador regional de endemias				13	24	22	59
Chefe de equipe	12		109				121
Condutor de veículos	16		170	172	165	90	613
Contador				1		1	2
Coordenador Regional						1	1
Divulgador			2				2
Educadora sanitária					2		2
Enfermeira					1		1

Continuação da Tabela IV

Escrevente datilógrafo		6				6
Estatístico			1	1		2
Faxineiro		8				2
Guarda chefe de endemias			93	103	88	284
Guarda de endemias			523	491	220	1.234
Laboratorista auxiliar					2	2
Médico	1	18	14	14	1	47
Prático de laboratório		19				19
Prático de laboratório			19	16		35
Serviços gerais administrativos		1				1
Supervisor de campo	2	26				28
Supervisor injetor		5				5
Técnico de contabilidade		1				1
Técnico de manutenção			1	1	2	4
Técnico injetor pressão	1	1				2
Vacinador	60	594				654
TOTAL	92	1.022	944	927	551	3.536

Fonte: Gazeta (2001).

Quadro IV. Número de injetores *ped-o-jet* e *dermo-jet* e número de viaturas, 1966-1971

ANOS	INJETORES	VIATURAS
1966	72 Ped-o-Jet	5 jeeps e 21 caminhonetas
1967	+ 50 Ped-o-jet= 122	5 jeeps e 21 caminhonetas
1968	(72+50= 122)	+ 45 jeeps e 133 caminhonetas
1969	290 Ped-o-jet + 11 Dermo-Jet = 301	219 veículos
1970	331 Ped-o-Jet + 11 Dermo-Jet = 342	230 veículos
1971	332 injetores à pressão	230 veículos

Fonte: Gazeta (2001).

Segundo o Cronograma de Operações da CEV, a Região Nordeste foi escolhida como região inicial, devido a sua tradição como foco irradiante de varíola para outras áreas do país e pela densidade demográfica relativamente alta e o baixo nível socioeconômico da população. Outro motivo é que nessa região se encontravam os quatro Estados que tiveram os melhores resultados de percentuais de cobertura na Campanha Nacional Contra a Varíola.

No Quadro V, podemos ver as Fases do Programa de Erradicação da Varíola e suas respectivas ações.

Quadro V – Fases do Programa de Erradicação

CEV	FASE DE ATAQUE FASE I	FASE DE CONSOLIDAÇÃO FASE II	FASE DE MANUTENÇÃO FASE III
Vacinação	vacinação sistemática em massa.	vacinação contínua de manutenção.	vacinação contínua de manutenção.
Vigilância	Notificação – Notificação rápida e regular dos casos de varíola por todos os serviços sanitários. Investigação sobre o terreno: Estado epidemiológico dos principais surtos em toda região e de todos os casos – nos municípios onde se faz a vacinação em massa.	Notificação – Extensão do sistema de localização para se conseguir a notificação de todos os casos. Investigação sobre o terreno: rápido estudo epidemiológico de todos os casos para determinar as fontes de infecção e excluir a possibilidade de que alguns casos passem despercebidos.	Notificação: manutenção do sistema de localização para conseguir a notificação de todos os casos suspeitos. Investigação sobre o terreno: estudo urgente de cada caso por um epidemiologista.
Laboratório	Estabelecimento de técnicas e métodos de expedição e de exames de amostras para a confirmação do diagnóstico.	Estudo de amostras de todos os casos isolados e de amostras representativas de cada surto epidêmico.	Estudo das amostras de cada caso isolado.
Bloqueio	Operações localizadas e intensivas de vacinação em coletividades em que se produzam casos ou surtos; isolamento dos doentes se possível, e desinfecção.	Vacinação e observação dos contatos; isolamento dos doentes e desinfecção adequada; operações localizadas e intensivas de vacinação na coletividade.	Vacinação e observação dos contatos; isolamento dos doentes e desinfecção adequada; operações localizadas de vacinação nas coletividades.

Fonte: Organização Mundial da Saúde. Informe Técnico, n. 393 – 1968. Erradicación de la viruela.

4.2.4. A Fase de Ataque (1966-1971)

A Fase de Ataque consistia na vacinação sistemática em massa da população. Preconizava-se, como já mencionado, que essa fase fosse iniciada simultaneamente em dois estados, a fim de que se criassem condições epidemiológicas favoráveis em duas

importantes regiões do país: Nordeste e São Paulo. Esse modelo deveria prevalecer durante toda a fase de ataque, e somente modificado se fatores adversos indicasse.

Nesta fase, era realizado um trabalho sistemático de vacinação, tipo arrastão, e somente após a conclusão do trabalho em cada município que se passava a outro. Procurava-se atingir no mínimo 90% da população, sendo que qualquer número abaixo dessa cifra era considerado insatisfatório e incompatível com os objetivos da campanha. Geralmente o trabalho de vacinação era iniciado pela capital do Estado, em seguida, avançando pelas áreas densamente povoadas, para posteriormente alcançar as zonas menos povoadas (Gazêta *et al.*, 2005).

A equipe de trabalho mínima responsável por sua execução era constituída de um chefe e três vacinadores quando a equipe utilizava injetores à pressão. No entanto, quando a técnica de vacinação era a multipressão ou escarificação, a equipe era constituída por um chefe e cinco vacinadores. Cada grupo de quatro equipes de vacinação contaria com um supervisor de área, e cada grupo de supervisores de área seria controlado e supervisionado por um técnico, sendo que ao mais experiente caberia a função de coordenar os trabalhos dos demais (CEV/DAD/COC).

O sistema de registro da CEV previa a utilização de formulários simples (em anexo) e a atividade de supervisão teria caráter permanente durante todo o desenvolvimento da Campanha. Preconizava-se que nenhum local deveria ser abandonado se não fosse alcançada a cobertura de no mínimo 90% de vacinações sobre o total da população calculada, distribuída em seus diversos grupos etários. Quando existisse a necessidade de mobilização de pessoal para outras áreas que não atingiram os 90% recomendados, era prevista a organização de uma operação de rastreio com número de vacinadores proporcional ao número de habitantes que restasse por vacinar (Gazêta, 2001; CEV/DAD/COC).

Vale ressaltar que a avaliação era considerada um dos elementos mais importantes de todo o programa de erradicação, e se desdobraria em dois tipos: “1- Avaliação realizada diariamente por todas as equipes e destinada a medir o próprio rendimento; 2- A avaliação da vacina e da eficiência das técnicas aplicadas (pegas), assim como o total das vacinações efetuadas por equipes independentes, subordinadas diretamente ao Gabinete do Superintendente” (Plano de Operação para o Programa de Erradicação da Varíola, p.10).

No que se refere aos efeitos adversos atribuídos à vacina antivariólica, os técnicos responsáveis pela supervisão e trabalhos de campo deveriam manter o registro de todos os casos que apresentassem efeitos secundários ou complicações atribuíveis à vacina. Nesse sentido, havia um formulário especial onde se registrariam as manifestações anormais conseqüentes à vacinação, como também a conduta adotada em cada caso (Plano de Operações do Programa de Erradicação da Varíola/ CEV).

1966 – Nos primeiros meses após a sua instalação (setembro de 1966), a CEV enfrentou sérias dificuldades em relação a diversos setores, como pessoal escassamente qualificado, o que demandava maior tempo em seu treinamento, chegando até mesmo a ser necessário fazer algumas substituições; a necessidade de adaptar alguns veículos para o trabalho de campo, através de instalação de bancos para transporte dos vacinadores, entre outras; a recuperação dos injetores então dispersados por diversos órgãos e o processo de aquisição de materiais diversos, impressão de modelos etc. (CEV/DAD/COC).

Em conseqüência desses fatores, o trabalho de vacinação no estado de Alagoas, que deveria dar início à campanha, foi adiado e somente iniciado dois meses depois. A escolha desse estado deveu-se ao fato de ele estar entre os dois estados já vacinados pelo programa anterior (Pernambuco e Sergipe) e pelo fato de seu tamanho ser adequado ao treinamento do pessoal. Os recursos materiais disponíveis no ano de 1966 somaram 72 injetores à pressão e 26 viaturas. No que tange aos recursos humanos, no estado de Alagoas, trabalharam, inicialmente, 60 vacinadores, 16 motoristas, 12 chefes de equipe, 1 técnico de injetores, 2 supervisores e um médico. Como resultado, foram vacinadas 452.093 pessoas até o mês de dezembro de 1966 (Gazeta, 2001).

1967 – No ano de 1967, as atividades da CEV se centraram no estado de Alagoas, onde a Campanha foi encerrada em abril do mesmo ano. Também foram iniciados os trabalhos no Piauí, em janeiro, apenas para completar a vacinação iniciada anteriormente, e na Paraíba, em fevereiro do mesmo ano. Por razões de ordem técnico-administrativa, o calendário de operações foi alterado, tendo sido iniciados programas de três unidades federativas que deveriam ser trabalhadas somente em 1970: Distrito Federal – em virtude de um surto de varíola ocorrido em Brasília; Goiás – para evitar reintrodução da varíola no Distrito Federal, onde as atividades de vacinação já estavam concluídas, e Rio de Janeiro (CEV/DAD/COC).

Como resultado, a vacinação foi completada no Distrito Federal e no Piauí, além de Alagoas, prosseguindo os trabalhos para o ano seguinte nos demais estados. Nesse mesmo ano, a CEV cooperou de forma mais enfática com as Secretarias Estaduais de Saúde através do fornecimento de 13,6 milhões de doses de vacina antivariólica, também prestando ajuda técnica e financeira para a contenção de surtos. A CEV também realizou 16.226 vacinações em instituições federais e privadas no Estado da Guanabara, conforme solicitação das mesmas (Gazêta, 2001; CEV//DAD/COC).

No ano de 1967, também foram realizados estudos em cooperação com a OPAS, para comparar o valor do injetor a pedal (*Ped-o-Jet*), com o injetor manual (*Dermojet*), e os resultados preliminares demonstraram a superioridade do *Ped-o-Jet*. Também com a colaboração da FSESP, foram feitos estudos comparativos entre a vacinação com *Dermojet* e por multipuntura, com resultados equivalentes. A partir deles, introduziu-se a utilização de multipuntura na vacinação feita casa-a-casa (Gazêta, 2001).

1968 – No ano de 1968, a CEV iniciou os trabalhos de campo nos mesmos estados em que a fase de ataque não pôde ser concluída no ano anterior, restando aproximadamente 8.7 milhões de vacinações a serem realizadas. Devido a um surto de varíola em Belo Horizonte, a campanha no estado de Minas Gerais, prevista para 1969, foi antecipada para novembro de 1968. Também foi antecipada a fase de ataque no estado da Bahia, prevista para 1969, pois o governo do estado ofereceu recursos próprios. De acordo com o cronograma de operação, as atividades de vacinação em massa nos Estados de São Paulo e do Maranhão foram iniciadas, totalizando cerca de 15,9 e 3,5 milhões de habitantes, respectivamente (CEV/DAD/COC).

Quadro VI. Total de Casos de varíola conhecidos e casos investigados pela CEV, por estados, 1967.

Estados (*)	Total de casos conhecidos	Casos investigados pela CEV – Total	Casos investigados pela CEV – Confirmados laboratorialmente
Ceará	187	4	4
Paraíba	139	112	4
Alagoas	98	93	5
Goiás	342	13	13
Distrito Federal	32	8	8
TOTAL	789	230	34

Fonte: Trabalho para Comissão Internacional – CEV, 1973.

(*) Estados em Fase de Ataque durante o ano de 1967.

Já no Estado de São Paulo, a CEV foi planejada para ser executada com recursos financeiros próprios, entretanto, pelas dificuldades encontradas pelo governo, o trabalho foi iniciado somente em agosto, com previsão de dois anos de duração. Já no Estado do Maranhão a Campanha somente foi instalada por falta de veículos e de recursos financeiros (Gazêta, 2001). Os resultados de vacinação alcançados nos estados trabalhados totalizaram cerca de 12,2 milhões de pessoas vacinadas.

Até o ano de 1968, a CEV só dispunha de veículos herdados da antiga Campanha Nacional Contra a Varíola (CNCV), que haviam sido doados pela OPAS, ainda em 1965, ou seja, 21 caminhonetes e 5 jipes; porém, ressalta-se que, em 1968, foi decisivo para o incremento da Campanha o apoio da OMS através do fornecimento de 133 caminhonetes e 45 jipes (Gazêta, 2001).

Através dos veículos fornecidos pela OMS foi possível aumentar o pessoal de campo e, conseqüentemente, aumentar o número de vacinações realizadas, completando a fase de ataque nos Estados da Paraíba, Ceará e Goiás, iniciados no ano anterior. Apenas no Estado do Rio de Janeiro, o programa não foi concluído, porque o quadro de pessoal de campo, constituído exclusivamente pelo DNERu, nunca pôde ser preenchido, devido à impossibilidade de admissão de pessoal.

No tocante aos recursos humanos, a CEV contou com um total de 1.022 pessoas de todas as categorias funcionais, das quais 594 eram vacinadores. Contudo, esse número de vacinadores ainda era insuficiente para a realização das vacinações prevista;

porém a precariedade de recursos inviabilizou o seu aumento.

Em relação aos resultados alcançados, foi nesse mesmo ano, 1968, que se conseguiu estruturar definitivamente os trabalhos de campo da CEV. Elaborou-se o Manual de Operações, por meio do qual todas as atividades de campo foram normalizadas, tendo sido criada uma série de modelos para o registro das ações rotineiras, o que permitiu uma constante análise e avaliação do desenvolvimento da Campanha. Paralelamente às atividades da vacinação, colocou-se em prática um sistema de avaliação do índice de “pegas” e da cobertura alcançada, através do método de amostragem, colaborando desta forma, para que se tivesse maior segurança no andamento dos trabalhos.

A utilização de vacinas dá uma idéia da magnitude da Campanha frente aos trabalhos de vacinação rotineiros existentes, assim como o incremento de suas atividades nesse ano. Ainda em 1968, o Instituto Oswaldo Cruz distribuiu 2.993.800 doses para as vacinações de rotina, e quase dez vezes mais, 23.438.800 doses para a Campanha. Além de produzir toda a vacina necessária para os programas de vacinação da CEV, o IOC fabricou também diluentes e solução de mertiolate para esterilização de injetores à pressão. O material excedente, assim como a produção do Instituto de Pesquisas Biológicas do R.G. do Sul, foi fornecido às Secretarias de Saúde Estaduais, para a vacinação de rotina e a OPAS (CEV/DAD/COC)

1969 – Pelas alterações que se processaram com o desenvolvimento do trabalho da CEV, o calendário de operações no que se referia às metas para o ano de 1969 foi dirigido para a conclusão da Fase de Ataque nos estados iniciados em 1968 (Maranhão, Bahia, estado do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo), estimando-se em 34,3 milhões o número de vacinações a realizar; a vacinação de 90% da população dos estados do Espírito Santo, do Paraná, de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul, estimada em aproximadamente 18,7 milhões de habitantes (Gazeta, 2001).

Quadro VII. Total de casos de varíola conhecidos e casos investigados pela CEV, por Estados, 1968.

Estados	Total de casos conhecidos	Casos investigados pela CEV- Total	Casos investigados pela CEV - Confirm. laboratório
(*) Maranhão	51	23	-
Piauí	9	-	-
(*) Ceará	120	11	2
Paraíba	112	106	1
Alagoas	3	-	-
Rio G. do Norte	4	3	-
Sergipe	-	-	-
Pernambuco	-	-	-
Minas Gerais (*)	392	74	-
Rio de Janeiro	74	16	5
Goiás	321	19	19
Distrito Federal	21	6	6
Total	1.107	258	33

Fonte: Trabalho para Comissão Internacional – CEV, 1973.

(*) Estados em fase de ataque durante 1968. Demais Estados em fase de vigilância.

A vacinação nos estados do Rio de Janeiro e do Maranhão foi concluída; todavia não foi possível terminar a Fase de Ataque em São Paulo, Minas Gerais e Bahia. À exceção de Santa Catarina, iniciou-se a vacinação nos demais Estados da Região Sul (Rio Grande do Sul e Paraná), conforme o previsto. O trabalho teve início também no Espírito Santo, sendo concluído em 1969.

Em relação aos recursos materiais, ainda nesse mesmo ano, a CEV contou com 219 veículos para o trabalho de campo. Os veículos eram localizados nos estados para movimentação das equipes de vacinadores e supervisores durante os trabalhos de vacinação, ou ficavam à disposição das unidades de vigilância epidemiológicas. A OMS também forneceu à CEV novos injetores à pressão, totalizando 301 aparelhos.

Contando com a ajuda financeira da CEV, os institutos produtores de vacinas ampliaram ainda mais sua capacidade produtiva. O Instituto Oswaldo Cruz alcançou a cifra de 4 milhões de doses mensais, e, além da vacina e do diluente, produziu soro fisiológico e solução de mertiolate para a esterilização de injetores à pressão. Já o Instituto de Pesquisas Biológicas de Porto Alegre passou a produzir 1,5 milhões de doses mensais. Contudo, como a qualidade do produto dessa última instituição não preenchia as exigências mínimas da OMS, seu uso foi temporariamente suspenso

(Gazeta, 2001; CEV/DAD/COC).

A carência de recursos humanos representou uma das maiores dificuldades da CEV em 1969 para atingir os objetivos propostos. De acordo com o plano de trabalho, a CEV precisaria de 1.365 servidores, porém, durante os primeiros meses, contava apenas com 759, ou seja, quase a metade do número previsto para o cumprimento das metas; somente a partir de final de setembro é que se aprovou o quadro de pessoal, que totalizou 944 servidores. Apesar destas dificuldades, a CEV procurou preparar seu pessoal para as atividades de campo, criando normas de trabalho e levantando os dados necessários para a execução da campanha nos Estados, com o objetivo de alcançar o rendimento no prazo previsto.

No Quadro VIII, mostramos alguns dos resultados realizados em alguns Estados a partir de alguns casos investigados de varíola e sua relação com os casos confirmados por exames de laboratórios.

Quadro VIII – Casos Suspeitos de varíola investigados em áreas vacinadas, 1969.

Estados	Casos Investigados	Nº de Casos confirmados	Casos confirmados c/ exame laboratorial	Nº de Casos não confirmados	Casos confirmados com exame laboratorial
Piauí	-	-	-	-	-
Ceará	9	2	2	7	5
R. G. Norte	2	-	-	2	2
Paraíba	6	-	-	6	3
Pernambuco	5	-	-	5	4
Alagoas	6	-	-	6	6
Sergipe	96	96	4	-	-
R.de Janeiro	27	13	6	14	13
Goiás	24	14	2	10	10
D. Federal	16	10	2	6	6
TOTAL	191	135	16	56	49

Fonte: Trabalho para Comissão Internacional, 1973/CEV.

1970 - Nesse ano, constava entre os objetivos da CEV a conclusão da Fase de ataque nos estados iniciados nos dois anos anteriores (São Paulo, Bahia, Minas Gerais, Paraná e Rio Grande do Sul), estimando-se em 28,6 milhões o número de vacinações a realizar. Ainda fazendo parte de seus objetivos para 1970, havia a proposta de vacinar 90% da população total de Santa Catarina, Mato Grosso, Rondônia, Acre, Amazonas, Pará, Roraima e Amapá, perfazendo um total de 8,2 milhões. O Estado de Sergipe, embora contando com uma população já vacinada na Campanha Nacional Contra a Varíola (CNCV), apresentou no ano de 1969 um surto na cidade de Aracajú, evidenciando a necessidade de execução de uma nova vacinação em todo o estado. Ainda no mês de setembro desse mesmo ano, se detectou um surto de varíola na favela do Parque Proletário da Gávea, no estado da Guanabara, e foi iniciado um programa de vacinação apenas em áreas restritas, totalizando aproximadamente dois milhões de habitantes.

No tocante aos recursos materiais, a CEV utilizou 230 veículos e 342 injetores à pressão, dos quais 11 deles eram *dermo-jets*. No que tange aos recursos humanos, no ano de 1970, a CEV contou com um total de 927 servidores, dentre os quais se encontram os admitidos pela própria Campanha, como também cedidos por outros órgãos.

No que se refere à produção de vacinas antivariólica, foi assinado um convênio com o Instituto de Pesquisas Biológicas do Rio Grande do Sul, no valor de Cr\$111.350,00, e, com o Instituto Oswaldo Cruz, no valor de Cr\$1.000.000,00, para a produção dessa vacina, especificamente. Os três principais laboratórios produtores de vacina antivariólica do país (Instituto Oswaldo Cruz, Inst. Butantan e Inst. de Pesquisas Biológicas) produziram, no ano de 1970, cerca de 75.298.050 doses de vacina, que foram utilizadas em vários setores como na Fase de Ataque da CEV, na vacinação de rotina das Secretarias Estaduais de Saúde, como também em operações de bloqueio de surtos de varíola pelas UVEs (CEV/DAD/COC).

Dentre os resultados obtidos no ano de 1970, ressaltamos que foi concluída toda a vacinação em todos os cinco Estados iniciados no período 1968-69, com 24,5 milhões de pessoas vacinada nesse ano, o que representou 89.2% da meta prevista para o ano na referida área. Dentre os Estados que iniciaram o programa em 1970, a vacinação somente foi concluída em Sergipe e Santa Catarina, perfazendo um total de

aproximadamente 3,7 milhões de vacinações.

Já no Estado da Guanabara, o trabalho foi programado de forma a abranger apenas determinadas instituições como escolas, fábricas e construções, e também a população residente em favelas, na zona rural e na região limítrofe com o estado do Rio de Janeiro. Como vacinadores foram utilizados exclusivamente guardas sanitários do antigo DNERu. Entretanto, pelo número insuficiente e pela necessidade de treinamento completo dos guardas sanitários, a Campanha somente pôde ser iniciada a partir de outubro. Objetivava-se atingir, até o final do ano, cerca de 1.500 escolas existentes no Estado.

Na região Amazônica, a vacinação começou em agosto; entretanto, nessa região, a CEV recebeu a cooperação da Campanha de Erradicação da Malária (CEM), que forneceu pessoal de campo, lanchas e viaturas. Porém, em dezembro desse mesmo ano, foram notificados à CEV vários casos de reação vacinal no território de Rondônia³⁴ (CEV/DAD/COC). O Quadro IX mostra os casos suspeitos de varíola investigados e os confirmados no ano por estados no ano de 1970.

Quadro IX. Casos Suspeitos de varíola investigados em áreas vacinadas, 1970.

Estados	Casos Investigados	Nº Casos confirmados	Casos confirmados com exame laboratorial	Nº Casos não confirmados	Casos confirmados com exame laboratorial
Maranhão	35	-	-	35	3
Piauí	-	-	-	-	-
Ceará	33	-	-	33	29
R. G. Norte	-	-	-	1	-
Paraíba	1	-	-	27	1
Pernambuco	27	-	-	1	27
Alagoas	1	-	-	48	1
Sergipe	154	106	3	50	8
Esp. Santo	50	-	-	72	44
R. Janeiro	79	7	5	72	18
Goiás	28	-	-	28	16
D. Federal	4	3	1	1	1
TOTAL	412	116	9	296	148

Fonte: Trabalho para Comissão Internacional, 1973/CEV.

³⁴ As investigações realizadas registraram 16 casos em Porto Velho; dez dos quais apresentaram necrose tissular no local de aplicação da vacina antivariólica. Na documentação, destaca-se que não foi possível se chegar a uma conclusão definitiva sobre a causa.

1971 – As atividades da CEV prosseguiram através da complementação da vacinação nas últimas oito Unidades Federadas, posto que a Fase de Ataque deveria ser concluída nos primeiros meses do ano em todo o país. Devido ao longo tempo decorrido desde o início do programa de controle da varíola no Brasil, foi decidido que se faria a recobertura em alguns Estados da região Nordeste, como Pernambuco, Rio Grande do Norte e Piauí, que haviam sido trabalhados pela antiga Campanha Nacional Contra a Varíola, além do Estado de Alagoas, onde haviam sido verificadas falhas na vacinação realizada (CEV-FCA/DAD/COC).

No que se refere aos recursos³⁵ materiais e humanos foram empregados, nessa última etapa da Fase de Ataque, 230 veículos e 332 injetores à pressão, e foram utilizados 551 servidores nesse ano.

Como resultado, ainda no mês de janeiro de 1971, foram concluídos os trabalhos em todas as Unidades Federadas da Região Norte (Amazonas, Pará, Acre e Territórios). Entretanto, nos estados do Mato Grosso e da Guanabara, a vacinação somente foi encerrada nos meses de agosto e de outubro, respectivamente. O total de pessoas vacinadas nessas áreas foi da ordem de 2,5 milhões.

Nos estados que se encontravam em fase de recobertura (Pernambuco, Rio Grande do Norte, Alagoas e Piauí), as atividades se desenvolveram no período de abril a setembro, com vacinação de aproximadamente 9,5 milhões de pessoas, representando cerca de 90% da população estimada para 1971 nestes Estados. Observamos que no Estado da Guanabara, durante a vacinação que foi realizada em áreas carentes, detectou-se um surto de varíola, que correspondeu aos 19 últimos casos conhecidos no Brasil.

Na Tabela V, são mostradas as notificações de casos de varíola no país, desde o ano de 1966 até 1971, cobrindo toda a Fase de Ataque da Campanha. Os dados revelam uma subida sensível nas notificações no ano de 1969, que é exatamente o período em que a CEV ganha maior força, através da ampliação do número de pessoal que trabalha no Programa, assim como de injetores e veículos.

Os resultados obtidos pela CEV, em sua Fase de Ataque, incluindo o total de vacinações realizadas anualmente e os percentuais de cobertura, podem ser observados

³⁵ Em relação aos recursos financeiros, foram utilizados no período recursos orçamentários do Ministério da Saúde (Cr\$1.276.223,36), da Pape (Cr\$ 17.625, 37), da Usaid (Cr\$ 2.244.444,70) e do Fundo Nacional de Saúde (Cr\$253.867,04), totalizando Cr\$ 3.792.160,97 (TCI, 1973/ CEV).

em conjunto no Quadro X, onde são apresentados os trabalhos desenvolvidos nos estados. A observação desse quadro também mostra a gradual intensificação do trabalho no período.

Tabela V. Notificações de casos de varíola por Unidades da Federação de 1966-1971.

Unidades da Federação	1966	1967	1968	1969	1970	1971 1º/sem	TOTAL.
Região Norte	66	22	40	9	-		137
Rondônia	-	-	-	-	-		-
Acre	-	-	-	-	-		-
Amazonas	7	13	5	4	-		29
Roraima	2	-	7	1	-		10
Pará	34	9	4	2	-		49
Amapá	23	-	24	2	-		49
Região Nordeste	980	701	911	2.243	498		
Maranhão	75	62	51	4	-		192
Piauí	563	9	9	-	-		581
Ceará	291	178	120	2	-		591
Rio G. do Norte	-	-	4	-	-		4
Paraíba	20	139	112	-	-		271
Pernambuco	8	1	-	-	-		9
Alagoas	8	98	3	-	-		109
Sergipe	2	-	-	97	109		208
Bahia	(a) 13	214	612	2.140	389		3368
Região Sudeste	1703	2701	2.290	3271	132		10094
Minas Gerais	143	95	392	1.402	114		2146
Espírito Santo	12	228	157	384	-		781
Rio de Janeiro	44	81	74	19	7		225
Guanabara	44	36	69	34	18	(B)19	220
São Paulo	1.460	2.261	1.598	1.432	114		6865
Região Sul	386	679	770	1839	1016		4030
Paraná	42	137	218	992	56		1445
Santa Catarina	9	158	93	11	28		299
Rio Grande do Sul	335	384	459	836	932		2946
Região C-Oeste	488	411	361	45	4		1254
Mato Grosso	32	37	19	21	1		110
Goiás	455	342	321	14	-		1132
Distrito Federal	1	32	21	10	3		67
Brasil – Total	3.623	4.514	4.372	7.407	1.771	19	21687

(a) Notificações somente do Interior das áreas abrangidas pela totalidade dos serviços de das Unidades Sanitárias da FSESP.

(b) O último caso ocorreu no mês de Abril.

Fonte: Trabalho para Comissão Internacional (1973).

Já o Quadro XI mostra o período de vacinação nos estados, desde o início da Campanha até setembro de 1971, ano em que termina a Fase de Ataque da Campanha. Em sentido complementar, podemos observar, através das informações do Quadro XII, encontramos, no Quadro XII, os números de vacinações realizadas no Brasil, por unidades da Federação, entre 1967 e 1972, abrangendo, inclusive, a Fase de Manutenção.

Após a conclusão da Fase de Ataque, não tendo sido registrado nenhum caso de varíola no país desde o mês de abril de 1971, foi feita uma avaliação da situação epidemiológica da varíola no país com a colaboração da OPAS/OMS. Essa avaliação foi realizada através de dois inquéritos epidemiológicos nas áreas consideradas de grande risco, e teve por objetivo detectar a presença de possíveis focos residuais da doença. O objetivo dessas pesquisas era comprovar a interrupção da transmissão da varíola e verificar os níveis de imunidade da população (CEV/DAD/COC).

Foram realizadas duas pesquisas, uma em 1971 e outra em 1972. Como resultado, durante o período de investigação, não foi identificado nenhum caso de varíola, o que fez supor que a transmissão da varíola foi interrompida.³⁶ A pesquisa realizada no ano de 1972 se estendeu às áreas de cobertura mais recente, as que não apresentavam casos desde 1969, como também a todos os lugares onde ocorreram casos de varíola desde o ano de 1970, inclusive. No que se refere à avaliação da situação epidemiológica, ela mostrou que apesar da inexistência de casos, havia fortes variações do número de susceptíveis de uma localidade para outra, incluindo aí não somente os não-vacinados, mas também aquelas pessoas que foram vacinadas e não apresentavam cicatriz vacinal.³⁷

Muito em virtude dessas pesquisas, após concluídas as atividades de vacinação em massa, a atuação da CEV se concentrou no aprimoramento do Sistema de Vigilância Epidemiológica, que já havia sido parcialmente implantado, e também nos programas que objetivassem a manutenção dos níveis imunitários já alcançados pela Campanha.

³⁶ O Plano e o resultado dessa pesquisa se encontram no Informe Sobre o Programa de Erradicação da varíola no Brasil, 1971 – Comitê de Peritos em Erradicação da varíola da Organização Mundial de Saúde. (Publicação SE/WP/71.48).

³⁷ Os resultados dessa pesquisa e as avaliações por Região se encontram no Trabalho para Comissão Internacional, 1973 (Fundo Cláudio Amaral/CEV/DAD/COC).

Quadro X. Número de Vacinações Realizadas durante a Fase de Ataque da Campanha de Erradicação da Varíola no Brasil – 1967-1971.

UNIDADES DA FEDERAÇÃO	POP. CENSO 1970	1967	1968	1969	1970	1971 (a)	TOTAL GLOBAL
Norte							
Rondônia	116.620	-	-	-	86.183	2.464	88.647
Acre	218.006	-	-	-	139.718	14.745	154.463
Amazonas	960.934	-	-	-	742.526	26.631	769.157
Roraima	41.638	-	-	-	16.684	14.992	31.676
Pará	2.197.072	-	-	-	1.602.725	158.139	1.760.864
Amapá	116.480	-	-	-	92.811	7.505	100.316
Nordeste							
Maranhão	3.037.135	-	1.106.633	1.186.059	-	-	2.292.692
Piauí	1.734.865	(326.170)	-	-	-	1.497.319	1.497.319(b)
Ceará	4.491.590	2.528.610	1.180.433	-	-	-	3.709.043
R. G. Norte	1.611.606	-	-	-	-	1.495.980	1.425.980
Paraíba	2.445.419	1.525.083	794.501	-	-	-	2.319.584
Pernambuco	5.252.590	-	-	-	-	5.025.094	5.025.094
Alagoas	1.606.174	(1.263.293)	-	-	-	1.517.295	1.517.295(b)
F. de Noronha	1.311	-	1.240	-	-	-	1.240
Sergipe	911.251	-	-	-	844.664	-	844.664
Bahia	7.583.140	-	1.355.157,00	2.193.609	2.809.133	-	6.357.899
Sudeste							
Minas Gerais	11.645.095	-	995.926	5.241.195	4.150.537	-	10.387.658
Espírito Santo	1.617.857	-	-	1.455.393	-	-	1.455.398
Rio de Janeiro	4.794.578	69.698	3.483.458	396.595	-	-	3.949.751
Guanabara	4.315.746	-	-	-	356.656	1.310.891	1.667.547
São Paulo	17.958.693	-	1.693.341	5.943.675	8.046.401	-	15.683.417
Sul							
Paraná	6.997.682	-	-	3.320.015	4.065.097	-	7.385.112
Santa Catarina	2.930.411	-	-	-	2.855.306	-	2.855.306
R. G. Sul	6.755.458	-	-	1.132.218	5.395.154	-	6.527.372
Centro-Oeste							
Mato Grosso	1.623.618	-	-	-	433.603	1.008.169	1.411.772
Goiás	2.997.570	507.878	1.613.237	-	-	-	2.121.115
Distrito Federal							
Federal	546.015	374.914	-	-	-	-	374.914
BRASIL - TOTAL	94.508.554	6.595.646	12.223.926	20.868.759	31.637.198	12.009.224	81.745.290 (b)

Fonte: Trabalho para Comissão Internacional (1973)

* Recenseamento realizado em 01/09/1970.

(a) Até 16 de Outubro. Encerramento da fase de Ataque.

(b) Exceto a vacinação do Piauí e Alagoas em 1967.

A Cev iniciou suas atividades em novembro de 1966, no Estado de Alagoas com 452.093. No período de 1962 a 1966, a Campanha contra a varíola realizou vacinações na Região Nordeste, alcançando um total de 6.437.834 vacinações.

Quadro XI – Períodos e Resultados de Vacinação Sistemática por Estados e Percentual de Cobertura – Brasil, 1971.

ESTADOS	INÍCIO	TÉRMINO	POPULAÇÃO		%
			(*)	VACINADA	
Paraíba	27/02/1967	24/07/1968	2.492.900	2.319.584	93
Ceará	02/05/1967	10/08/1968	4.626.900	3.709.043	80,2
Distrito Federal	22/06/1967	08/1967	567.900	374.914	66
Goiás	01/09/1967	20/12/1968	3.128.500	2.121.115	67,8
Rio de Janeiro	18/12/1967	08/03/1969	4.961.900	3.949.751	79,6
São Paulo	05/08/1968	31/08/1970	18.552.200	15.683.417	84,5
Bahia	08/08/1968	10/09/1970	7.764.000	6.357.899	81,9
Maranhão	14/08/1968	14/06/1969	3.097.800	2.292.692	74
Minas Gerais	20/11/1968	16/09/1970	11.828.500	10.387.658	87,8
F. de Noronha	23/12/1968	30/12/1968	1.300	1.240	95,4
Paraná	25/03/1969	30/04/1970	7.347.500	7.385.112	-
Espírito Santo	24/04/1969	29/11/1969	1.639.300	1.455.393	88,8
R.G. Sul	29/09/1969	30/11/1970	6.902.300	6.527.372	94,6
Santa Catarina	21/05/1970	30/09/1970	3.023.000	2.855.306	94,5
Guanabara	18/10/1970	16/10/1971	4.411.600 (1)	1.667.547 (1)	83,3 (2)
Sergipe	12/10/1970	12/12/1970	927.900	844.664 (3)	91
Mato Grosso	10/10/1970	08/05/1971	1.720.400	1.441.772	83,8
Rondônia	02/08/1970	23/01/1971	122.600	88.647	72,3 (4)
Acre	16/08/1970	21/01/1971	224.800	154.463	68,7
Amazonas	02/08/1970	23/01/1971	988.900	769.157	77,8
Roraima	02/08/1970	23/01/1971	43.100	31.676	73,5
Pará	16/08/1970	23/01/1971	2.274.900	1.760.864	77,4
Amapá	23/08/1970	23/01/1971	122.800	100.316	81,7
Pernambuco	11/04/1971	21/08/1971	5.379.500	5.025.094 (3)	93,4
Rio G. do Norte	03/07/1971	01/09/1971	1.665.600	1.425.980 (3)	85,6
Alagoas	09/05/1971	03/07/1971	1.644.200	1.517.295 (3)	92,3
Piauí	30/05/1971	17/09/1971	1.790.800	1.497.319 (3)	83,6
TOTAL			97.251.700	81.745.290	84,1

Períodos e resultados da vacinação sistemática por estados e percentual de cobertura.

Obs: (*) censo nacional em 01/09/1970 – população estimada para 1971.

(1) A população-meta foi de apenas 2.000.000.

(2) Percentual em relação à população-meta.

(3) População vacinada durante a recobertura.

(4) Áreas de cobertura baixa, cuja prioridade foi dada às atividades de vigilância e vacinação de manutenção.

Quadro XII. Vacinações realizadas no Brasil, por Unidades da Federação – 1967-1972.

UNIDADES DA FEDERAÇÃO	1967		1968		1969		1970		1971		1972
	Fase Ataque	Rotina/ Manutenção	Fase Ataque	Rotina/ Manutenção	Fase Ataque	Rotina/ Manutenção	Fase Ataque	Rotina/ Manutenção	Fase Ataque	Fase Manutenção	Fase Manutenção
Rondônia	-	12.243	-	13.928	-	-	86.183	-	2.464	971	10.883
Acre	-	668	-	-	-	-	139.718	-	14.745	-	13.040
Amazonas	-	231.817	-	68.060	-	47.022	742.526	35.767	26.631	18.596	97.305
Roraima	-	352	-	403	-	-	16.684	72	14.992	3.254	4.615
Pará	-	170.684	-	118.271	-	19.969	1.602.725	72.709	158.139	-	247.843
Amapá	-	7.294	-	21.155	-	-	92.811	-	7.505	-	473
Maranhão	-	1.132.344	1.106.633	387.332	1.186.059	103.373	-	61.279	1.497.319	87.791	499.461
Piauí	326170	21.064	-	48.484	-	72.512	-	199.173	-	38.968	69.357
Ceará	2.528.610	135.417	1.180.433	144.363	-	132.490	-	408.283	1.425.980	334.858	484.690
Rio Grande do Norte	-	116.689	-	62.393	-	63.613	-	215.185	-	114.401	79.924
Paraíba	1.525.083	54.893	794.501	-	-	15.114	-	390.722	-	196.907	392.374
Pernambuco	-	272.988	-	476.526	-	468.988	-	572.137	5.025.094	194.950	255.441
Alagoas	1.263.293	66.718	-	46.030	-	127.826	-	73.341	1.517.295	54.466	189.203
Fernando de Noronha	-	-	1.240	-	-	-	-	-	-	-	669
Sergipe	-	28.243	-	36.532	-	270.160	844.664	107.301	-	35.166	62.956
Bahia	-	599.627	1.355.157	52.474	2.193.609	247.139	2.809.133	104.540	-	258.621	2.329.989
Minas Gerais	-	497.871	995.926	850.815	5.241.195	-	4.150.537	49.350	-	232.991	1.257.348
Espírito Santo	-	195.856	-	286.611	1.455.393	207.641	-	74.530	-	221.444	500.475

Continuação Quadro XII

Rio de Janeiro	69.698	391.371	3.483.458	560.190	396.595	412.993	-	1.221.811	-	576.146	1.539.873
Guanabara	-	899.585	-	838.229	-	506.986	356.656	443.438	1.310.891	460.030	964.727
São Paulo	-	5.371.171	1.693.341	2.162.362	5.943.675	1.364.462	8.046.401	1.183.672	-	2.062.209	1.446.039
Paraná	-	207.650	-	1.151.439	3.320.015	191.000	4.065.097	-	-	298.550	1.279.167
Santa Catarina	-	94.121	-	623.064	-	63.726	2.855.306	35.472	-	145.764	321.322
Rio Grande do Sul	-	465.175	-	765.421	1.132.218	381.357	5.395.154	9.077	-	395.721	672.208
Mato Grosso	-	108.648	?	-	-	-	433.603	-	1.008.169	5.017	128.594
Goiás	507.878	70.442	1.613.237	122.363	-	116.840	-	213.137	-	-	564.003
Distrito Federal	374.914	123.682	-	199.309	-	43.361	-	41.368	-	43.152	225.265
S .S.dos Portos	-	111.401	-	145.340	-	125.380	-	175.637	-	220.901	245.680
BRASIL - TOTAL	6.595.646	11.388.014	12.223.926	9.181.904	20.868.759	4.981.952	31.637.198	5.688.011	12.009.224	6.000.874	13.882.924

Fonte: CEV (Escritório Central).

A Fase de Ataque pode ser entendida como o coração da CEV, visto que, além de incluir e representar um esforço conjunto de estratégias e ações no campo sanitário, foi o período em que se criou uma rede de defesa sanitária e informações, através dos serviços sanitários locais preexistentes, ou dos recém-criados. Tudo isso possibilitaria a interrupção do processo de transmissão da doença no país, garantindo sua erradicação, certificada pela OMS no ano de 1973. Nessa fase, foi montada uma estratégia de intervenção fortemente relacionada à epidemiologia do vírus e ao comportamento da doença, e também à especificidade sociopolítica das regiões específicas. O trabalho de levantamento de informações, que seria na fase de preparação, dava-se, na realidade ao mesmo tempo que a fase de ataque estava começando. Também as ações e os serviços de vigilância epidemiológica foram fomentados e estruturados durante a trajetória da fase de ataque, já que, desde o início, buscou-se o desenvolvimento de ações de vigilância. Essas ações foram concebidas durante toda a existência da CEV como peça-chave para o sucesso de uma campanha que objetivava a erradicação de uma doença. Nesse sentido, além de se ter conseguido a não-ocorrência da varíola em território nacional, a CEV, em sua fase de ataque, ajudou incisivamente na estruturação de uma rede de ação fundamental para a mudança do quadro nosológico nacional, principalmente no que se referia à existência de doenças transmissíveis.

4.2.5. A Fase de Consolidação: manutenção e vigilância

De acordo com o Plano Geral da Campanha de Erradicação da Varíola, a fase de ataque foi completada no ano de 1971, e, desta forma, foi iniciada a fase de consolidação que consistia na manutenção e vigilância epidemiológica em todo o Território Nacional. Nesta fase, buscava-se elevar a barreira imunitária, vacinando 90% da população brasileira. O propósito era consolidar e assegurar a supressão de ocorrências de casos autóctones ou importados; manter e elevar os níveis imunitários da população, através da dinamização e manutenção ativa e passiva. A área de ação que deveria ser coberta pelo plano de vigilância e manutenção era o país em sua totalidade. Cada Estado era considerado uma Unidade de Vigilância Epidemiológica (UVE), já os Territórios, pelo número reduzido de municípios e habitantes, eram considerados como subunidades e ficavam subordinados aos estados que ofereciam maiores condições de

acessibilidade de recursos.

Essa Fase ficava sob a responsabilidade dos serviços locais de saúde (federais, estaduais ou municipais). De forma geral, cabia às Unidades Locais, diluindo-se através da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, da Divisão Regional de Saúde; do Serviço Local de Saúde e do pessoal supervisor. Competia à Coordenadoria de Saúde da Comunidade estudar, planejar, coordenar, superintender e executar o programa geral de saúde para todo o estado, de acordo com as normas técnicas dos órgãos competentes. Entretanto, a Superintendência da Campanha, diretamente ou com a assistência técnica da OPAS/OMS, poderia prestar assessoria às Secretarias de Saúde. Nos estados, nos territórios e no Distrito Federal, a direção desta fase cabia ao funcionário encarregado de doenças transmissíveis agudas ou a um médico de tempo integral, especialmente contratado para tal fim (Gazêta, 2001; CEV-FCA/DAD/COC).

As metas fundamentais da Fase de Consolidação eram: a vacinação e a revacinação da população do grupo etário de 0 a 4 anos; a vacinação de 100% dos escolares, susceptíveis, de todos os níveis, considerando como tais todos aqueles que não apresentavam cicatriz vacinal; a vacinação das populações em risco: moradores de comunidades carentes, imigrantes, trabalhadores fabris, de construções. Também deveriam completar o sistema de notificação, através do estabelecimento de PNs nos municípios onde não existisse tal serviço; fazer a investigação de todos os casos suspeitos notificados; a coleta de material para a confirmação de diagnóstico laboratorial e realizar estudos especiais de pesquisa sobre os níveis imunitários nas áreas de risco.

A vacinação deveria ser contínua e permanente, mantendo um alto nível de imunidade da população, de forma a evitar a propagação da varíola em virtude do surgimento de casos importados. Buscava-se atingir 90% de todos os nascidos vivos durante os anos nos municípios, com a vacinação de todas as pessoas que foram vacinadas na Fase de Ataque, especialmente as procedentes de outras áreas fora do município. Em relação à revacinação, buscava-se atingir 20% da população de cada município, cinco anos depois de concluída a Fase de Ataque, e, em seguida, mais 20% anualmente, com o propósito de serem atingidos distintos grupos populacionais.

Como alvos prioritários destacavam-se as crianças, nas quais a vacinação e o seu resultado deveriam ser registrados na “caderneta de vacinações”; as pessoas de qualquer

idade que não apresentassem cicatriz vacinal também deveriam ser examinadas, os escolares que foram vacinados entre os anos de 1969 e 1972, nos casos em que não houvesse cicatriz vacinal, deveriam ser vacinados – a família do aluno que não apresentasse cicatriz vacinal seria procurada para vacinação. Também o pessoal das Forças Armadas, quando do ingresso, e o pessoal dos serviços médico-hospitalares.

Enfermidade altamente contagiosa, a varíola era um exemplo de doença de notificação compulsória e “quarentenável”, por isso, a notificação de casos era de vital importância. Todos os casos de varíola ocorridos no Brasil eram notificados à Organização Pan-Americana de Saúde, através do Ministério da Saúde. Nesse contexto, o estabelecimento de um sistema de notificação constituiu um dos principais objetivos de cada unidade sanitária, pois, através desse sistema, seria possível obter o bloqueio de surtos da varíola, contendo a sua disseminação, alcançando, dessa forma, o objetivo maior, que era o de erradicá-la.

Como a Vigilância Epidemiológica era requisito fundamental para a continuidade e bom andamento da campanha, foi necessária a criação de um sistema eficaz de descobertas de casos de varíola, em cada unidade sanitária, através da intensificação da vigilância epidemiológica. Ainda fazendo parte das ações de vigilância epidemiológica, buscou-se organizar a comunidade em uma luta sistemática contra a varíola através de um sistema de notificação que abrangia a classe médica, os professores primários e a mobilização de notificantes voluntários.

Todos os casos notificados deveriam ser imediatamente investigados, e, nesse sentido, tanto o investigador como a unidade sanitária responsável deveriam estar aptos e preparados para o trabalho de campo. O objetivo da investigação epidemiológica era o de determinar o diagnóstico clínico, que deveria ser sempre confirmado através de exame laboratorial. Nesse sentido, todo o caso de varíola, suspeito ou não, deveria ser submetido a exame de laboratório, a fim de que se confirmasse o diagnóstico clínico. As instruções em relação aos procedimentos de colheita de material e de sua remessa ao laboratório eram feitas de acordo com as normas prescritas pela OMS e elaboradas para a aplicação no Brasil pelos técnicos do Instituto Adolfo Lutz, em São Paulo. Os casos positivos eram seguidos de medidas de bloqueio para impedir a disseminação do vírus (CEV – Instruções para a colheita de material suspeito de varíola. Rio de Janeiro, 1968).

Para resumirmos, podemos dizer que a profilaxia da varíola na Fase de

Consolidação era realizada através da vacinação contínua e permanente; da organização de um sistema de notificação que possibilitava o conhecimento de todos os casos, e, dessa forma, permitia a investigação epidemiológica dos mesmos; do rápido estudo epidemiológico de todos os casos para se determinarem as fontes de infecção, do controle de comunicantes, a fim de que fosse excluída a possibilidade de que alguns casos passassem despercebidos e da vacinação concorrente ou de bloqueio frente aos casos inesperados. Este último se realizava através de um conjunto de operações que visava conter a propagação através de casos inesperados. Faziam parte dessa ação: o isolamento do varioloso – hospitalar ou domiciliar; quarentena de comunicantes familiares e extra-familiares; operações localizadas e intensivas de vacinação na localidade. A operação de bloqueio era considerada complementar à investigação epidemiológica e concebida como o único meio eficiente para deter a disseminação e o conseqüente aumento de casos. Sua execução competia à unidade local de saúde pública (CEV – Manual de Operações de Vigilância e Bloqueio. Rio de Janeiro, 1969).

A proposta da CEV era que se implantasse um Sistema de Vigilância Epidemiológica concomitante com as atividades de vacinação em massa, devendo ser desenvolvido nas áreas já vacinadas à medida que a Fase de Ataque fosse sendo completada. Devido às dificuldades iniciais, como a insuficiência de recursos materiais e financeiros e escassez de pessoal técnico em nível central, este trabalho não foi desenvolvido no tempo previsto. No entanto, na segunda fase da campanha, consolidou a infra-estrutura operacional das Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVEs), dotando-as de recursos materiais e humanos que fossem necessários às suas necessidades. Assim, a rede de Unidades de Vigilância (UVEs e Sub-UVEs) foi estendida a todas as Unidades Federadas. Nesse período, também foram realizados diversos cursos relacionados à epidemiologia para a capacitação de pessoal no exercício das funções, além de vários encontros, em que compareceram representantes de diversas entidades estaduais e federais. Estes tinham o propósito de desenvolver uma política de integração das Unidades de Vigilância Epidemiológica com as atividades gerais de saúde.

Em relação à participação de órgãos sanitários e de instituições nacionais e internacionais nessa Fase do Programa, as Secretarias de Saúde dos estados colaboraram com a CEV, que coordenava o trabalho de manutenção e vigilância durante a fase de

consolidação, assumindo a responsabilidade da execução. A Fundação Sesp, cedeu o pessoal técnico em convênio. A OMS, através da Repartição Pan-americana de Saúde, forneceria assistência técnica, através de um consultor médico epidemiologista, um estatístico, equipamentos, veículos e material.

De acordo com o Plano de Manutenção e Vigilância Epidemiológica, a longo prazo, os organismos de nível estadual deveriam assumir integralmente a responsabilidade. As normas técnicas desta fase deveriam ser elaboradas em nível central, e executadas por este nível naquelas áreas onde não existissem serviços de saúde ou onde fossem insuficientes, e em áreas de risco epidemiológico; a manutenção e vigilância deveria ser uma responsabilidade permanente dos governos estaduais, através das secretarias de saúde, a fim de preservar o nível de saúde alcançado e manter erradicada a doença; o pessoal a serviço da manutenção e vigilância deveria ser constituído por profissionais técnicos e auxiliares, em regime de tempo integral; as UVEs deveriam contar com recursos financeiros, materiais e humanos necessários ao cumprimento do plano de trabalho.

Em relação ao Sistema Organizacional, as unidades de vigilância epidemiológica eram os órgãos específicos encarregados das atividades de manutenção e vigilância da varíola nos estados. Desta forma, considerando que as Secretarias de Saúde deveriam assumir as responsabilidades, este organismo deveria ser uma dependência da mesma, funcionando em coordenação com o Departamento de Doenças Transmissíveis ou o de Epidemiologia. Em cada município ou povoado, deveria se estabelecer um posto de notificação, a cargo de um funcionário municipal, estadual ou do ministério. O sistema de notificação estaria centralizado na Unidade de Vigilância Epidemiológica e estaria representado pelos postos de notificação periféricos, nos centros de saúde, hospitais, escolas e distritos da Sucam. Como meta, propunha-se a organização de uma unidade de manutenção e vigilância para cada Unidade da Federação. O pessoal previsto para cada unidade era um avaliador de campo de endemias, responsável pela coordenação, supervisão e execução do trabalho na área, e um vacinador.³⁸

³⁸ A Amazônia teria duas unidades (em Manaus e Belém) e quatro subunidades (Acre e territórios de Roraima, Rondônia e Amapá). Para os estados do Maranhão, Goiás, Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Guanabara, pelo tamanho da população, deficiência das estruturas sanitárias e área de risco epidemiológico, foram consideradas três ou quatro equipes de vacinadores, dois a quatro avaliadores regionais e dois médicos. Os estados de São Paulo e Rio Grande do Sul possuíam recursos próprios para a execução da fase de manutenção e vigilância epidemiológica e receberiam da CEV orientação técnica e

Destacam-se como medidas importantes tomadas em relação à Vigilância Epidemiológica um convênio realizado no ano de 1967, com a Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública, no Rio de Janeiro, para instalação e manutenção de um laboratório de referência para diagnóstico da varíola. A CEV participou com verba de Cr\$30.000,00 para aquisição de equipamento e material necessário. Também através de entendimentos feitos com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, permitiu-se a utilização do Instituto Adolfo Lutz como laboratório de referência para todo o país, tendo a CEV colaborado com pequena ajuda em ovos fertilizados.

As primeiras unidades de vigilância epidemiológicas (Uves) da varíola foram instaladas, nos Estados de Alagoas, Piauí, Ceará e no Distrito Federal, sob a responsabilidade de um médico da Secretaria de Saúde. As informações sobre a ocorrência da varíola foram centralizadas no Escritório Central da CEV, no Rio de Janeiro, e estabelecido um sistema de notificação semanal pelas Secretarias de Saúde Estaduais através de modelo padronizado, incluindo informação negativa sobre a ocorrência de varíola.

Apesar das deficiências, segundo informações dos relatórios, o sistema de notificação melhorou muito, devido ao maior interesse dos Estados, decorrente da publicação do Boletim da CEV,³⁹ e também devido ao próprio desenvolvimento da campanha de vacinação, que contribuiu para melhorar a informação sobre a ocorrência da varíola.

Interessados que estavam, tanto a CEV como a Fundação Sesp, na organização de um Centro de Investigação Epidemiológica, no mês de outubro de 1968, resolveu-se executar um programa com o objetivo de intensificar a investigação de casos de varíola nas áreas de alta endemicidade, que ainda não tinham integrado a Fase de Ataque. Também se organizaria a vigilância epidemiológica nos estados onde a vacinação já tivesse sido concluída. No entanto, pelas dificuldades relacionadas à contratação de

material. O total de recursos estimado para o cumprimento deste plano era de Cr\$4.048.587.21 (quatro milhões quarenta e oito mil quinhentos e oitenta e sete cruzeiros e vinte e um centavos), inclusive a participação da Usaid.

³⁹ Boletins da Campanha de Erradicação da Varíola. O primeiro exemplar data de 15 de junho de 1967. (v. 1, n. 1), e o último exemplar data do mês de maio de 1974 (n. 9, semanas ns. 17 e 18, terminadas em 27 de abril e 04 de maio de 1974). Esses Boletins constituíram-se em instrumento de divulgação das atividades e resultados alcançados pela Campanha de Erradicação da Varíola. Em relação ao conteúdo básico dos mesmos, destacamos os resumos das informações relativas à Campanha de Erradicação da Varíola no Brasil, nas várias Unidades da Federação.

técnicos em tempo integral para os serviços de vigilância nas Secretarias Estaduais de Saúde, ficou decidido que esta tarefa ficaria sob a responsabilidade da Fundação Sesp, posto que a mesma dispunha de suficiente pessoal técnico habilitado para esta função. Desta maneira, foi firmado o dito convênio entre a CEV e a FSESP, recebendo esta última a responsabilidade de manter e expandir a rede de Vigilância Epidemiológica no país, parcialmente organizada pela CEV.

Em janeiro de 1969, foi realizado um curso sobre epidemiologia da varíola, no Hospital Emílio Ribas, em São Paulo, com o objetivo de se estruturarem as UVEs estaduais. As Unidades de Vigilância Epidemiológica da Varíola foram instaladas dentro das próprias Secretarias Estaduais de Saúde e integradas aos órgãos de epidemiologia; buscava-se, dessa forma, uma participação cada vez mais efetiva dos estados no programa. Para o funcionamento das UVEs, o quadro de pessoal previsto inicialmente era integrado por um médico epidemiologista em regime de tempo integral, um motorista e uma equipe de quatro vacinadores, para serem utilizados em operações de bloqueio de surtos, sendo mais tarde acrescentados os auxiliares de epidemiologia.

As UVEs foram instituídas tendo por atribuições:

- a) Instalar e manter em funcionamento uma rede de postos de notificação, que informasse semanalmente, através de modelo próprio (CEV-E-2), sobre a ocorrência ou não de casos suspeitos de varíola. Pelo menos um posto de notificação deveria haver em cada município, e na ausência de unidade sanitária ou outro serviço oficial de saúde, deveria ser conseguida a colaboração da entidade que apresentasse melhores condições de fornecer as informações solicitadas.
- b) Manter contatos com outras fontes de informação colaboradoras (hospitais, médicos, escolas, Instituições Previdenciárias, líderes comunitários, etc.), para que estas informassem imediatamente ao Posto de Notificação mais próximo sobre casos suspeitos de varíola.
- c) Realizar prontamente a investigação epidemiológica de todo o caso suspeito notificado, recomendando-se sempre a coleta de material para ser remetido a um dos laboratórios nacionais de referência (...)
- d) Promover inquéritos periódicos para avaliar o estado imunitário da população.
- e) Proporcionar treinamento de pessoal local nas atividades de prevenção e vigilância da varíola, e organizar anualmente programas de vacinação de manutenção.

Durante o ano de 1969, à medida que iam sendo instaladas novas UVEs, foram realizados cursos e estágios para treinamento de médicos no diagnóstico clínico e epidemiológico da varíola, em São Paulo e no Rio Grande do Sul. (Trabalho para Comissão Internacional, 1973, p. 47-48)

No Quadro XIII, são mostradas as Unidades de Vigilância Epidemiológica instaladas no ano de 1970 em várias Unidades da Federação, e no Quadro XIV, são mostrados os Postos de Notificação Existentes e a média que notificaram regularmente durante o ano de 1971. Através das informações presentes nas Tabelas VI, VII e VIII, percebemos uma progressiva ampliação da rede de notificações, entre os anos de 1971 e 1973.

Quadro XIII – Unidades de Vigilância Epidemiológica e Postos de Notificação Instalados – Brasil, 1970.

UNIDADES. DA FEDERAÇÃO (*)	POSTOS DE NOTIFICAÇÃO			DADOS ATUALIZADOS ATÉ
	CAPITAL	INTERIOR	TOTAL	
Rondônia	-	-	-	-
Acre	-	-	-	-
Roraima	-	-	-	-
Amapá	-	-	-	-
Amazonas	-	-	-	-
Pará	-	-	-	-
Maranhão	23	120	143	31/12/1970
Piauí	25	94	119	31/12/1970
Ceará	25	97	122	30/11/1970
Rio Grande do Norte	17	99	116	31/12/1970
Paraíba	4	96	100	30/11/1970
Pernambuco	28	77	105	30/11/1970
Fernando de Noronha	-	-	-	-
Alagoas	3	93	96	31/12/1970
Sergipe	7	73	80	31/12/1970
Bahia	20	124	144	31/12/1970
Minas Gerais	5	236	241	31/12/1970
Espírito Santo	4	63	67	31/12/1970
Guanabara	-	-	-	-
Rio de Janeiro	4	67	71	30/09/1970
São Paulo	1	483	484	31/12/1970
Paraná	28	255	283	31/12/1970
Santa Catarina	5	30	35	31/12/1970
Rio Grande do Sul	13	216	229	31/12/1970
Mato Grosso	-	-	-	-
Goiás	7	215	222	31/12/1970
Distrito Federal	8	-	8	31/12/1970
TOTAL	227	2.438	2.665	-

Fonte: Trabalho para Comissão Internacional (1973).

Cada Capital é sede de uma Unidade de Vigilância Epidemiológica.

Quadro XIV. Postos de Notificação existentes e média dos que notificaram regularmente durante o ano de 1971

UVE por UF (a)	Número de municípios	Número de postos	Número de municípios com PN's	% de cobertura	Média de PN's pontuais	Média semanal
Norte						
Rondônia	2	1	1	50	1	-
Acre	7	1	1	14,3	1	-
Amazonas	44	1	1	2,3	1	-
Roraima	2	1	1	50	1	-
Pará	83	1	1	1,2	1	-
Amapá	5	1	1	20	1	-
Nordeste						
Maranhão	129	142	122	94,6	67	47
Piauí	114	140	114	100	66	47
Ceará	142	150	118	83,1	46	31
Rio G. do Norte	150	130	101	67,3	33	25
Paraíba	171	100	83	48,5	40	40
Pernambuco	164	135	108	65,2	61	45
Alagoas	94	96	94	100	53	55
Fernando de Noronha	1	1	1	100	1	100
Sergipe	76	80	76	100	70	88
Bahia	336	214	180	55,4	86	40
Sudeste						
Minas Gerais	722	288	283	35,9	147	51
Espírito Santo	53	83	53	100	77	93
Rio de Janeiro	63	71	63	100	22	31
Guanabara	1	23	1	100	23	100
São Paulo	571	584	571	100	489	84
Sul						
Paraná	288	318	287	98,6	267	84
Santa Catarina	197	188	173	76,6	148	79
Rio Grande do Sul	232	227	219	93,5	211	93
Centro-Oeste						
Mato Grosso	84	34	25	40,4	34	100
Goiás	221	222	216	97,7	82	37
Distrito Federal	1	11	1	100	11	100
BRASIL						
TOTAL	3.953	3.243	2.904	73,5	680	

Fonte: Trabalho para a Comissão Internacional, 1973 (CEV).

Tabela VI. Situação do sistema de notificação das unidades de vigilância epidemiológica segundo o número de PN's instalados nos municípios das regiões, 1971.

Regiões	Total de Municípios	Total de Pn's Instalados	Número de Municípios Com Pn's	% de Cobertura
Norte	143	6	6	4,25
Nordeste	1.377	1.188	997	72,4
Sudeste	1.410	1.049	971	68,86
Sul	717	733	679	94,7
Centro-Oeste	306	267	242	79,08
BRASIL	3.953	3237	2.904	73,5

Fonte: Gazêta *et al.* (2005).

Observações: 1- O critério utilizado para medir a cobertura baseia-se na hipótese de que um município está coberto 100% quando há nele, pelo menos, um PN instalado, o que na realidade nem sempre indica uma cobertura funcional real. 2- Em cada Unidade da Federação, há uma UVE instalada, por Capital, bem como uma rede de PN's distribuída pelos municípios.

Tabela VII. Situação do sistema de notificação das unidades de vigilância epidemiológica segundo o número de PN's instalados nos municípios das regiões, 1972.

Regiões	Total de Municípios	Total de PN's Instalados	Número de Municípios com PN's	% Cobertura
Norte	143	165	99	69,23
Nordeste	1.375	1.412	1.236	89,89
Sudeste	1.410	3.410	1.178	83,54
Sul	717	757	699	97,48
Centro-Oeste	306	331	301	98,36
BRASIL	3.951	6.074	3.513	88,9

Fonte: Gazêta *et al.* (2005).

Observações: idem.

Tabela VIII. Situação do sistema de notificação das unidades de vigilância epidemiológica, segundo o número de PN's instalados nos municípios. Brasil, primeiro trimestre 1973.

Regiões	Total de Municípios	Total de PN's Instalados	Número de Municípios com PN's	% de Cobertura
Norte	143	177	111	77,62
Nordeste	1.375	1.415	1.237	89,96
Sudeste	1.410	3.687	1.194	84,68
Sul	717	766	708	98,74
Centro-Oeste	306	336	304	99,34
BRASIL	3.951	6.381	3.554	89,95

Gazêta *et al.* (2005).

Observações: 1- idem.

Em *Evolução Institucional da Saúde Pública*, Rodrigues e Alves (1977) já afirmam a grande contribuição da CEV para a institucionalização do Sistema de Vigilância Epidemiológica no Brasil, assertiva que seria retomada por diversos outros autores posteriormente (veremos esse ponto à frente). Eventos do período como as já citadas Conferências Nacionais de Saúde e o Seminário Brasileiro de Vigilância Epidemiológica da Varíola também se voltam para o valor da Vigilância Epidemiológica como eixo da campanha e mencionam a CEV como marco importante para a estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.

Os boletins da campanha e outros materiais impressos mostram a amplitude da estrutura formada para sua execução. A rede de informações criada visava não somente ao acompanhamento da cobertura vacinal, como também à concentração de informações e sua disseminação para os postos de notificação e unidades de vigilância epidemiológica e o processamento de tais informações na coordenação da CEV. A estrutura desses documentos revela uma organização bem planejada, que, colocada em prática, possibilitou a difusão da noção de vigilância epidemiológica em diversos espaços dos serviços de saúde.

4.3. O LEGADO DA CEV

A Campanha de Erradicação da Varíola no Brasil (CEV) teve importância singular para o campo sanitário nacional em vários de seus aspectos. Além de erradicar pela primeira vez uma doença do território nacional, posteriormente, colaborou incisivamente para uma melhoria das ações e dos serviços de saúde pública no país, fomentando mudanças e avanços desde os serviços locais aos federais em relação à prevenção e combate de várias doenças e, em especial, as transmissíveis.

Os serviços e as ações de vigilância epidemiológica desenvolvidos durante praticamente toda a trajetória da Campanha configuraram-se como grandes protagonistas para a erradicação da varíola, pois foi através deles que a CEV conseguiu atingir os objetivos propostos pelo Programa de Erradicação. A partir deles, foi criada uma cultura de vigilância epidemiológica de fundamental importância na prevenção e no controle de diversas doenças no país.

Nesse sentido, após a comprovação da erradicação da varíola no país, alguns

estados tiveram interesse em organizar ou reorganizar a Vigilância Epidemiológica, através da melhoria dos procedimentos relativos à notificação de doenças transmissíveis, padronização dos dados estatísticos e estímulo à investigação epidemiológica (Gazeta, 2001; Gazeta *et al.*, 2005).

Em relação à importância que teve a CEV no processo de instituição da Vigilância Epidemiológica no país, verificamos que a 5^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1975, atribuiu à CEV a introdução da Vigilância Epidemiológica no Brasil, organizando as Unidades de Vigilância Epidemiológica em cooperação com Secretarias Estaduais de Saúde e suprindo com recursos federais as necessidades de alguns Estados.

Seguindo os passos dos trabalhos de Verani (1991), podemos caracterizar o desenvolvimento da vigilância epidemiológica a partir da CEV da seguinte forma. No ano de 1967, a notificação de casos de varíola se incorpora em todos os níveis do programa, o que caracterizava uma vigilância passiva dos casos e gerava freqüentes discrepâncias entre os informes de várias instituições nacionais e internacionais. Entretanto, a partir de 1973, o programa passou por uma importante reformulação, traduzindo um maior empenho dos organismos internacionais e dos governos locais no sentido de intensificar a luta pela erradicação. Essas transformações acabaram por interferir na própria metodologia da vigilância epidemiológica, resultando na reelaboração do próprio conceito de vigilância (Verani, 1991; 1993).

O Programa da CEV despertou grande interesse no Ministério da Saúde, tanto pela importância que representava a erradicação da varíola como pelo papel crucial que tinha a vigilância epidemiológica no controle das doenças transmissíveis. Deste modo, a Fundação Sesp durante a execução da CEV, assumiu algumas obrigações em termos de pessoal e material, imprescindíveis à execução do convênio, e manteve um médico sanitário em cada Secretaria ou Departamento de saúde (conforme a necessidade e a realidade local), para prestar serviços na Unidade de Vigilância Epidemiológica (CEV/DAD/COC). A Fundação Sesp proporcionou, também, treinamento especial, através da realização de curso intensivo sobre a epidemiologia da varíola, realizado no Hospital Emílio Ribas, em São Paulo, e um estágio prático na UVE da secretaria do Rio Grande do Sul, uma das três implantadas antes do término da Fase de Ataque da CEV (CEV/DAD/COC; Gazeta, 2001; Brito Bastos, 1996).

Com a erradicação da varíola em 1975, a vacinação obrigatória foi suspensa, e a estrutura montada para a campanha de erradicação foi aproveitada pela FSESP para criar um sistema de vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis (Brito Bastos, 1996). Em 1975, o Ministério da Saúde, procurando ampliar o uso desse instrumento de saúde pública para todo o país, promoveu uma reunião técnica para formular uma estratégia. Desta reunião, surgiram recomendações que nortearam a política implementada nos anos seguintes, para a implantação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE). Dentre as ações empreendidas, destacamos a implantação de formulário padronizado de declaração de óbito para todo o país; definição de critérios de prioridade no estabelecimento das doenças de notificação compulsória; padronização de fichas de investigação epidemiológica a serem utilizadas em todo o país, pelos níveis locais dos serviços de saúde e que serão utilizadas como fonte de informação pelo nível central; criação de uma rede nacional de laboratório de saúde pública, regionalizada e hierarquizada, para apoio aos programas de controle de doenças; criação do laboratório nacional de referência para doenças específicas ou grupos, que, por sua vez, deve articular-se com um laboratório internacional de referência; criação do laboratório para controle de qualidade de vacinas; elaboração de indicadores de mortalidade e morbidade para contínuo acompanhamento do comportamento das doenças, inclusive o aparecimento de agravos inusitados, e de indicadores operacionais visando avaliar o desempenho desse sistema de informação (Gazeta, 2001).

Destaca-se, dentre os resultados, a padronização dos formulários de declaração de óbito, pois permitiu a implantação, a partir de 1976, de um sistema nacional de informações sobre mortalidade, que constitui um marco no aprimoramento das estatísticas vitais no país. Em 1975, entra em vigor a lei n. 6529, que organiza, e em 12 de agosto de 1976, o decreto lei n. 78.231, que regulamenta as ações de vigilância epidemiológica, o programa nacional de imunizações e estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças. Esta lei define como ações de vigilância epidemiológica as informações, investigações e levantamentos necessários à avaliação de medidas de controle de doenças e de agravos à saúde (Rodrigues e Alves, 1977; Waldman, 1991; Gazeta, 2001; Gazeta *et al.*, 2005).

As ações de vigilância epidemiológica de doenças, objeto de programações

verticais, desenvolvidas pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), constituíram um subsistema especial de serviços com atribuições e mecanismos de coordenação e comunicação próprios, diretamente vinculados aos subsistemas das Unidades Federadas (Waldman, 1991).

Em 1977 o Ministério da Saúde instituiu o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SNLSP) para servir de apoio ao SNVE. Outro marco importante foi a criação junto à Fiocruz, do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), com o objetivo de constituir-se em órgão de pesquisa, normatizador e de apoio técnico à elaboração de legislação específica, voltada ao controle sanitário de produtos de consumo humano. Esse elenco de medidas expressa a importância do período de 1975 a 1980, para o reordenamento do setor saúde no Brasil (Rodrigues e Alves, 1977; Waldman, 1991).

A CEV, através do sistema de notificação de casos de varíola, criado durante a Campanha em complementaridade aos serviços já existentes; da criação das UVEs e dos postos de notificação, que agiam de forma estruturada para a detecção precoce de surtos e realização de ações de bloqueio; da importância dada à qualidade da vacina, do sistema de informação com criação de modelos de formulários com funções distintas, para conhecer de forma minuciosa a situação da doença e transmitir as informações rapidamente ao nível central da campanha, permitindo agilidade na análise e nas respostas, representou inegavelmente um modelo para a implantação da vigilância epidemiológica no país.

Conforme afirmamos no início desta seção, não foi somente no que concerne à vigilância que a CEV deixou um legado importante. Temporão (2003), ao discutir a trajetória do Programa Nacional de Imunização (PNI), afirma que esse programa segue o sucesso da Campanha de Erradicação da Varíola, e abre uma nova etapa na história das políticas de saúde pública no campo da prevenção.

Para o autor, a CEV fortaleceu, dentro do MS, uma corrente que defendia maiores investimentos no controle de doenças infecciosas preveníveis por imunização.⁴⁰ Desta forma, iniciativas importantes ocorridas no período, que se estende

⁴⁰ Entre os anos de 1953 e 1990, os órgãos que promoveram as campanhas no Brasil foram o Departamento Nacional de Saúde (DNS); seguido pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENRu), depois pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP) e finalmente pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa) (Benchimol, 2001).

de 1973 a 1980, permitiram perceber a construção de uma base técnica, política e institucional que apenas nos anos seguintes se consolidaria como importante ferramenta do Estado no controle efetivo de algumas doenças no quadro nosológico nacional (Temporão, 2003, p. 604).

A conclusão do programa de erradicação da varíola no Brasil, com a certificação pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1973, constituiu um marco fundamental na trajetória da saúde pública no país.

A CEV, que dispunha de estrutura executiva autônoma diretamente, subordinada ao Ministro da Saúde, mobilizou grandes esforços nacionais no desenvolvimento de estratégias de vacinação em massa, apoiou a produção e o controle de qualidade da vacinação antivariólica, introduziu a aplicação dos então recentes conceitos de vigilância epidemiológica e estabeleceu mecanismos de avaliação do programa. (Temporão, 2003, p. 604)

Outro herdeiro direto da CEV foi o Programa Nacional de Imunizações (PNI). Seu surgimento se deu em 1973, no âmbito do processo de formulação de grandes programas nacionais, dos governos militares. O PNI objetivava promover o controle do sarampo, da tuberculose, da difteria, do tétano, da coqueluche e da poliomielite e manter erradicada a varíola no país (Ponte, 2003). Fazia parte de seus objetivos, ainda, entre estender, progressivamente, as vacinações às áreas rurais; ampliar e aperfeiçoar, em todo o país, o sistema de vigilância epidemiológica; aprimorar o instrumental público de aferição de qualidade de antígenos para uso humano; implementar o aparato oficial de diagnóstico laboratorial de enfermidades transmissíveis; e uniformizar as técnicas de administração de vacinas (Ponte, 2003).

Segundo Homma *et al.* (2003, p. 674), “o Programa Nacional de Imunização (PNI), criado em 1973, também no rastro do sucesso da erradicação da varíola, vem obtendo resultados expressivos no controle de doenças imunopreveníveis”. Nas décadas de 1980 e 1990, seus técnicos instituíram os dias nacionais de vacinação, desenvolvendo estratégias específicas no sentido de alcançar consideráveis coberturas de forma homogênea em todos os municípios do país. Além de incorporar em seus serviços e rotinas de imunização vacinas contra várias doenças, objetos de controle, “como resultado desse programa, o Brasil possui atualmente o menor número de notificação de doenças imunopreveníveis na história da saúde pública” (Homma *et al.*, 2003, p. 674).

Outro programa que viria a seguir os passos da erradicação da varíola, principalmente no que tange à valorização da vigilância epidemiológica, foi o que obteve o controle da poliomielite no país. O Plano Nacional de Controle da Poliomielite (1971-1973), instituído pelo Ministério da Saúde, constituiu um marco, por se tratar da primeira tentativa organizada nacionalmente para controlar a doença no país. Segundo Campos, Nascimento e Maranhão (2003), a vigilância epidemiológica foi o elemento central para a definição das necessidades que determinaram a implantação do programa assim como o sucesso de sua ação.

O Ministério da Saúde, ao implantar o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, incluiu a vigilância da poliomielite, estabelecendo normas técnicas referentes à notificação de casos, confirmação laboratorial e avaliação de seqüelas. Isso exigiu uma rede de laboratórios de saúde pública com a responsabilidade do diagnóstico da infecção pelo poliovírus nas amostras de sangue e fezes dos casos. Estas medidas contribuíram para um estudo mais aprofundado sobre as características epidemiológicas da poliomielite no Brasil e, ao mesmo tempo, forneceram subsídios mais precisos para se adotarem metodologias e programas mais incisivos, buscando sua erradicação, recebendo, no ano de 1994, da Comissão Internacional de Certificação da Poliomielite, a Certificação da Poliomielite (Campos, Nascimento e Maranhão, 2003, p.591).

Para fechar o capítulo, gostaríamos de reforçar a importância da CEV. Além de ter executado sua grandiosa missão de erradicar a varíola no país, ela deixou um legado de outras contribuições à saúde pública nacional. O surgimento de ações e instituições seguindo seu modelo de ação e aproveitando a experiência adquirida em suas atividades mostram bem isso, mas acreditamos que seu legado é ainda maior por propiciar um ambiente favorável ao deslanches desses diversos programas. O que percebemos é que os primeiros anos da década de 1970 marcaram um conjunto de iniciativas voltadas para o controle de doenças evitáveis por imunização, tendo como pano de fundo, em escala mundial, o Programa de Erradicação da Varíola da Organização Mundial de Saúde e a consolidação dos conceitos de vigilância epidemiológica difundidos também pela CEV via OMS/OPAS. Entre estas iniciativas, destaca-se

(...) a mobilização de grandes esforços no desenvolvimento de estratégias de vacinação em massa, desenvolvido pela CEV, incluindo: o apoio à produção e ao controle de qualidade de vacina antivariólica; a introdução da aplicação dos conceitos de vigilância

epidemiológica; o estabelecimento de mecanismos de avaliação do programa; e a articulação de ações permanentes junto à FSES e às secretarias estaduais de Saúde. (Temporão, 2003, p. 607)

A Campanha de Erradicação da Varíola no Brasil deixou bons frutos no que se refere à infra-estrutura sanitária nacional, e ainda que não tenha criado de fato instituições, ao criar serviços e desenvolver ações inovadoras no campo da saúde, conseguiu criar demandas que precisaram ter respostas continuadas do Estado, ajudando a conformar os alicerces da saúde pública nacional na década de 1970. Desta forma, ao refletirmos sobre a CEV em seu conjunto, incluindo os erros e os acertos, percebemos que ela significou mais do que a vitória do homem e da medicina no combate a uma doença; ela significou a nacionalização e a disseminação de um modelo de intervenção sanitária, de uma proposta para se pensar o estado da saúde e dos serviços a ela relacionados entre a segunda metade da década de 1960 e a década de 1970.

4.4. REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO 4

4.4.1 Fontes secundárias

- BASTOS, N. C. B. *Sesp/FSESP: 1942 – Evolução Histórica – 1991*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1996.
- CAMPOS, A. L. V. de; NASCIMENTO, D. R. do e MARANHÃO, E. A. A história da poliomielite no Brasil e se controle por imunização. *História, Ciência, Saúde: Manguinhos*, v. 10 (suplemento 2): 573-600, 2003.
- CARVALHO, D. M. e WERNECK, G. L. Vigilância Epidemiológica: história, conceitos básicos e perspectivas. In: ESCOLA POLITÉCNICA JOAQUIM VENÂNCIO (ORG.) *Textos de apoio em Vigilância Epidemiológica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL. *CDC and the smallpox crusade*. Washington: U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service/ Government Printing Office, 1987.
- FISCHMANN, A. *Investigação epidemiológica de varíola no Estado do Rio Grande do Sul*. Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Departamento de Epidemiologia, Saúde Pública. São Paulo, 1978.
- FISCHMAN, A. Vigilância Epidemiológica. In: Rouquayrol, M. Z. *Epidemiologia e Saúde*. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1988. p. 319-341.
- FUNDAÇÃO SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA. *Fundação Sesp: 40 anos de Saúde Pública – 1942-1982*. Rio de Janeiro. Caixa 6, Fundo Sesp, Setor de Arquivos, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.
- GAZÊTA, Arlene A. B. *A campanha de erradicação da varíola no Brasil*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2001.
- GAZÊTA, Arlene A. B. *et al.* A campanha de erradicação da varíola no Brasil e a instituição do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. *Cadernos de Saúde Coletiva*, v. 13, n. 2: 323-338, abr.-jun. 2005. (Universidade Federal do Rio de

Janeiro, Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva.)

HENDERSON, D. A. Epidemiology in the global eradication of smallpox. *Int. Journal of Epidemiology*, V(1): 25, 1972.

OMA, A. *et al.* Desenvolvimento tecnológico: elo ineficiente na inovação tecnológica de vacinas no Brasil. *História, Ciências, Saúde: Maguinhos*, v. 10 (suplemento 2): 671-96, 2003.

PONTE, C. F. Vacinação, controle de qualidade e produção de vacinas a partir de 1960. *História, Ciências, Saúde: Maguinhos*, v. 10 (suplemento 2): 619-53, 2003.

RODRIGUES, B. A. e ALVES, L. *Evolução Institucional da Saúde Pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 1977.

TEMPORÃO, J. G. O Programa Nacional de Imunização (PNI): origens e desenvolvimento. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, v. 10 (suplemento 2): 601-17, 2003.

VERANI, J. F. A vigilância epidemiológica na erradicação das doenças: o caso da varíola e da poliomielite. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Rio de Janeiro, 1991.

VERANI, J. F. S. Desenvolvimento dos sistemas de vigilância epidemiológica da varíola e da poliomielite: a transformação dos conceitos em categorias operacionais. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(1): 28-38, jan.-mar. 1993.

WALDMAN. Eliseu Alves. *Vigilância Epidemiológica como prática de Saúde Pública*. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The global eradication of smallpox*. Final Report of the Global Commission for the Certification of Smallpox Eradication Geneva, 1980.

4.4.2. Fontes primárias

1. Acervo do Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz (DAD)

Fundo Cláudio Amaral

- Campanha de Erradicação da Varíola (CEV)
 - Campanha de Erradicação da varíola no Brasil. Cláudio do Amaral Júnior e Juan Ponce de Leon situação em 1972.
 - Plano de Atividades de Vigilância e Manutenção em nível nacional.
 - Plano de operação para o programa de erradicação da varíola no Brasil.
 - Erradicação da Varíola no Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde. Sucam – Campanha de Erradicação da varíola.
- HENDERSON, D. A. A vigilância na estratégia de erradicação da varíola. *Seminário de Erradicação da Varíola, África Central e Ocidental*, 1969. 11 p. (Mimeo.)
- Metodologia adotada pela CEV para a vacinação em massa. (Orlando José da Silva, Diretor da Divisão de Operações de Campo da Campanha de Erradicação da Varíola, e Alberto Escobar B, Consultor da OMS.)
 - BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *A luta contra a varíola*. Resumo do Plano de Operação 1967.
 - BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Plano de Operação para a fase de vigilância e manutenção da CEV no Brasil*. Fundo Cláudio Amaral. Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz.
 - BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE /Sucam/CEV. *Boletins Semanais da Campanha de Erradicação da Varíola*, 1967-1974.
 - BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Decreto n. 59153, de 31 de agosto de 1966. Institui no Ministério da Saúde a Campanha de Erradicação da varíola e dá outras Providências.
 - Trabalho para Comissão Internacional, 1973.
 - Manual Preparado para servir de orientação ao pessoal da OMS e aos Programas Nacionais de Erradicação da Varíola. Sem timbre e assinatura. Sem data. 31 p. Reúne os princípios fundamentais com objetivo de facilitar o progresso da erradicação nos planos nacional e internacional. (Mimeo.)

BRASIL. Lei nº. 5.026, de 14 de junho de 1966. Documento mimeografado. 5 p. Estabelece normas gerais para instituição e execução de Campanhas de Saúde Pública exercidas ou promovidas pelo Ministério de Saúde e dá outras providências (23 artigos).

BRASIL. Decreto nº. 59.153, de 31 de agosto de 1966. Institui no Ministério da Saúde a Campanha de Erradicação da Varíola. Publicado no Diário Oficial nº 167, de 2-01-1966. p. 10.139-10.140. 7 p. numeradas. Sem timbre. Sem assinatura. (Mimeo.)

BRASIL Decreto nº. 61.376, de 18 de setembro de 1967, que subordina diretamente ao Ministério de Estado a Campanha de Erradicação da Varíola. Brasília, 18 de setembro de 1967; 146. da Independência e 79. da República. ,Publicado no Diário Oficial nº. 177, de 19 de setembro de 1967. p. 9.585 (A. Costa e Silva e Leonel Miranda)

-Ministério da Saúde. *A Luta Contra a Varíola*, 1967.

-Administração simultânea da vacina antivariólica com outros agentes imunizantes (extraído e traduzido do *Handbook for Smallpox Eradication programmes in Endemic Areas*, jul. 1967, OMS). Sem timbre. 3 p. (Mimeo.)

-A varíola no Território do Amapá

-Pan American Health Organization – Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the World Health Organization. Ago. 1968. Por: Dr. Thomas M. Mack, Consultor temporário. Papel timbrado. Sem assinatura. 5 p.

-Diagnóstico diferencial entre varíola e varicela. Ministério da Saúde. Campanha de Erradicação da Varíola. Coordenação Regional. Setor Ceará. Unidade de Vigilância. Documento datilografado. Duas folhas numeradas, carimbo do Ministério da Saúde. Coordenação Regional do Ceará. CEV. .CEV. 3-1/68. (Quadro organizado por: Dr. Thadeu de Paula Brito, Coordenador Regional da CEV no Estado do Ceará).

-MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diagnóstico da Varíola. Campanha de Erradicação da Varíola. Coordenação Regional. Setor Ceará. Unidade de Vigilância. Carimbo do Ministério da Saúde. CEV. 3 –1/68.

- Relatório de Atividades da Campanha de Erradicação da Varíola em 1970. Ministério da Saúde. Sucam. Sem timbre. 10 p. (Mimeo.)
- Produção de Vacina Contra a Varíola. Visita ao Brasil, mar.-abr. 1971. (R. J. Wilson, Diretor Adjunto do *Connaught Medical Research Laboratories Willowdale*, Ontário, Canadá. Consultor da Organização Mundial da Saúde.)
- Vigilancia de la Viruela. Organizacion Pan-Americana de La Salud. Zona V (Tomado del Boletín Epidemiológico Semanal de la OMS, nº. 48, 1971).
- Relatório sobre os Estudos Especiais de Verificação em Áreas de Risco Epidemiológico Realizados pela CEV em 1971. Sem timbre. 3 p. (Mimeo.)
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sucam. Campanha de Erradicação da Varíola.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Saúde Pública. Sucam. Relatório das Atividades da CEV no ano de 1971. Sem timbre. 8 p. e anexos. (Mimeo.)
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública. Boletim Interno. Rio de Janeiro, 18.10.71. BI (G) nº. 15/71. 5 P. Com assinatura.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Campanha de Erradicação da Varíola. Carta Circular CEV nº. 2/72. Sem timbre. Rio de Janeiro, fevereiro de 1972. (Mimeo.)
- CARTA Dr. Cláudio do Amaral Júnior (Resp. pela Chefia da CEV). com assinatura. Assunto: Recomendação em caráter de emergência para que sejam completados os municípios faltosos, pelo menos com um Posto de Notificação (PN), e que seja dado o máximo de ênfase à supervisão aos PN's.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Campanha de Erradicação da Varíola. Carta Circular CEV nº. 3/72. Com assinatura do remetente. Sem timbre. (Mimeo.)
- CARTA Dr. Cláudio do Amaral Júnior (Resp. pela Chefia da CEV). *Data: Rio de Janeiro, 21 de março de 1972.* Assunto: Recomendações da última reunião de Assessores Regionais da Varíola, realizada em Genebra em fins de novembro e começo de dezembro de 1971, visando assegurar a erradicação da varíola..
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Campanha de Erradicação da Varíola. Carta Circular CEV nº. 5/72. CARTA. Dr. Cláudio Amaral Júnior (Resp. pela Chefia da CEV). Assunto: Recomendações especiais referentes a Hospitais e Casas de

Saúde, pela sua grande importância na disseminação de casos. Com assinatura do remetente. Sem timbre. (Mimeo.)

-MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Saúde Pública. Sucam. Programa das Atividades na Fase de Manutenção e Vigilância Epidemiológica, 1972. Sem timbre e assinatura; 6 p. e 1 anexo. (Mimeo.)

-Smallpox Eradication Campaign. Brazil, 1972. Carta Dr. Cláudio do Amaral Júnior, Chief, Smallpox Eradication Campaign M. Health, Brazil, e Dr. Juan Ponce de León, Advisor WHO/PAHO Smallpox Eradication Program. Sem timbre e assinatura. 7 p. (Mimeo.)

-MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Saúde Pública. Sucam. Programa das Atividades na Fase de Manutenção e Vigilância Epidemiológica, 1972. Sem timbre e assinatura. 6 p. e 1 anexo. (Mimeo.)

Conferências Nacionais de Saúde

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 4^a Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. *Anais*. Brasília, 1968.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 5^a Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. *Anais*. Brasília, 1975.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 3^a Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. *Anais*. Brasília, 1963. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992.

Fontes Diversas:

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Saúde Pública. Sucam. *Anais do 1º Seminário Brasileiro de Vigilância Epidemiológica da Varíola*. 27 de nov. a 1º de dez. 1972. João Pessoa – Paraíba.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Termos de Contrato. Reimpresso do Diário Oficial de 21 de Agosto de 1942 – págs. 12.936, 12.937, 12.938) – Contrato sobre Saúde e Saneamento, firmado entre o Governo do Brasil e o Governo dos Estados Unidos da América.

SESP. *Normas do Serviço Especial de Saúde Pública*. 31/12/1946. Fundo Sesp, caixa 6, ficha n. 53, Setor de Arquivo. Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

TIGRE, C. H. e FISCHMANN, A. Organização dos serviços de vigilância. In: *Seminário Brasileiro de Vigilância Epidemiológica da varíola*, 1, João Pessoa, 1972. *Anais*. Rio de Janeiro, Sucam, Ministério da Saúde, 1973. p. 81-91

5. A VARIÓLA NAS AGENDAS DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE E DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E A SUA ERRADICAÇÃO NO BRASIL

5.1. INTRODUÇÃO

Este capítulo tem por propósito apresentar como a varíola se transformou em doença, objeto de erradicação mundial das agências sanitárias internacionais – Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS). Focaliza, especialmente, o período Pós-Segunda Guerra Mundial, com ênfase a partir de 1948, ano que marca oficialmente a criação da OMS. Buscou-se, através dessa análise, entender os motivos que reorientaram as mudanças de estratégias no campo da Saúde Pública, no que se refere às políticas de erradicação da varíola e ao processo de criação da Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) no Brasil, como parte de uma política nacional e internacional de saúde.

A varíola e a sua erradicação ocuparam lugar de destaque nos fóruns internacionais, principalmente, a partir do final da década de 1940. A varíola aparece como tema desde o primeiro número do Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana (Bosp/OSP), em 1922, na I Assembléia Mundial de Saúde (I AMS/OMS), realizada em 1948, nas assembléias mundiais seguintes e nas Conferências Pan-Americanas de Saúde (CPAS). Enfatizamos a importância da análise desses documentos para o entendimento

das mudanças nas orientações das políticas de saúde que marcou o período Pós-Segunda Guerra Mundial.

5.2. A VARÍOLA E A SUA ERRADICAÇÃO NA OFICINA SANITÁRIA PAN-AMERICANA/ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OSP/OPAS)

O nosso propósito nesse segmento é mostrar como a varíola foi discutida e o lugar que ocupou nos debates científicos, técnicos, políticos e nas ações no campo da saúde pública internacional até tornar-se candidata à erradicação e, finalmente, doença erradicada nos boletins da Oficina Sanitária Pan-Americana (BOSP)⁴¹.

A mudança da orientação sobre as medidas de prevenção e controle para a erradicação, não se pautou, conforme a análise dos boletins, na gravidade da infecção. O projeto de erradicação global da varíola foi justificado, especialmente, pela existência de condições técnicas (vacina antivariólica) – aliadas aos diferentes graus de gravidade da doença em diversas partes do mundo (principalmente na África) – ao conhecimento sobre o comportamento epidemiológico do vírus e às questões econômicas.

Na perspectiva da erradicação, segundo seus mentores e seguidores, o combate e o controle, realizados pelas ações de rotina e das campanhas localizadas se mostrariam mais caros e ineficazes do que as ações destinadas à erradicação, através de uma forte campanha mundial. Ou seja, a manutenção infinita das práticas de imunização antivariólica, inclusive nos países e regiões já livres da doença, até que fosse atingida a cobertura vacinal, proposta pela OMS, seria muito mais cara do que uma campanha mundial de erradicação. Assinalamos, porém, que as campanhas não foram executadas ao mesmo tempo nas diversas regiões do planeta e dos continentes. Nesse sentido, a Campanha Mundial de Erradicação da Varíola (CMEV) contou com campanhas nacionais que estavam acontecendo muito antes da própria proposta de erradicação. A proposta da erradicação da infecção nas Américas foi feita em 1949, durante a Sétima Reunião do Comitê Executivo das Américas, pelo então Diretor da OSP, o Dr. Fred

⁴¹ Foram analisados os boletins, entre os anos de 1930 e 1975. Apesar de a análise se concentrar, mais especificamente, no período Pós-Segunda Guerra Mundial, entendemos, à medida que a pesquisa foi avançando, que as mudanças das orientações das políticas sanitárias, advindas a partir da guerra, só poderiam ser percebidas se nos remetêssemos há um período anterior. Por isso, optamos por analisar os 10 anos anteriores do Bosp. Essa consideração refere-se à própria década de 1930, de grande importância histórica, especialmente, em relação à criação de várias instituições de saúde pública, em vários países do continente, incluindo o Brasil

Soper. O Comitê Executivo respaldou a sua proposta e, em outubro de 1950, na XIII Conferência Sanitária Pan-Americana recomendou aos países o desenvolvimento de programas sistemáticos de controle contra a varíola e resolveu que a Oficina tomaria as medidas necessárias para os problemas que pudessem surgir.

A OPAS foi instituída no ano de 1902.⁴² O Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana (Bosp) foi criado em 1922, com o seu primeiro número editado em maio desse mesmo ano. Destacamos que, até o ano de 1948, as publicações do Bosp eram especificamente da OPAS, ou seja, ainda não havia um direcionamento no plano da saúde pública em nível mundial. Somente a partir de 1948, com a I Assembléia Mundial de Saúde e com a criação oficial da OMS, é que a OPAS passava a se constituir uma Oficina Regional da OMS para as Américas. Dessa data em diante os boletins teriam, além de informações sobre os outros continentes, uma direção geral da OMS.

Os boletins constituíam espaço privilegiado de debates, de estudos, de orientações políticas, de divulgação e disseminação de idéias, de conhecimentos médico-científicos e sanitários, como também, suporte para o processo de estruturação e legitimação de modelos no campo da saúde pública internacional. Dessa forma, ao analisarmos os boletins, também nos remeteremos, quando necessário, às Conferências Pan-Americanas de Saúde, por entendermos, que para a região das Américas tais fóruns exerceram, durante o período, papel relevante para a formulação de políticas da saúde pública. Foi também importante para o entendimento, a percepção e a concepção de doença e saúde, e as variadas formas de preveni-las e combatê-las.

A natureza das informações do Bosp, de forma geral, é variada e ao mesmo tempo os temas se deslocam, hora ocupando um lugar de destaque, hora ocupando um lugar secundário. O lugar que um assunto ou um tema específico ocupa nesses boletins pode apresentar relação direta com as necessidades elucidadas pelos países-membros e/ou da própria direção da OPAS. Entretanto, essa trajetória não é linear, posto que os

⁴² O nascimento da Organização Pan-Americana de Saúde, no ano de 1902, se relaciona a realização e criação da Primeira Convenção Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas, realizada em Washington, D.C., no período de 2 a 5 de dezembro de 1902. Sua finalidade consistia em assegurar uma cooperação eficaz para o fomento à Saúde no Continente Americano⁴² (OPAS/Paho, 1992). Entre suas resoluções assinalamos a reafirmação da relação entre saúde marítima e o comércio⁴²; a criação de um fundo recolhido pela Oficina Internacional das Repúblicas Americanas e a eleição dos primeiros membros da Oficina Sanitária Internacional (Cueto, 2004).

temas relacionados às questões internacionais mais globais, podem se configurar como temas relevantes. Nesse sentido, a agenda das conferências e da própria OPAS, obedecia a demandas diversas e não estáticas que, muitas vezes, se configuravam e se estruturavam em espaços político-sanitários distintos. As informações contidas nos boletins vão desde discursos de personalidades de relevo no campo da saúde pública, da medicina, da epidemiologia, que fazem parte do corpo diretivo da OPAS, da OMS e de instituições sanitárias em seu país origem, entre outros; até informes, dados demográficos, epidemiológicos relativos a várias doenças. Também contém questões relacionadas à infra-estrutura, como saneamento básico e sua relação com a demografia, e com a presença ou disseminação de determinadas doenças. Os dados sanitários abrangem um espectro de questões que envolvem desde o significado nosológico de uma determinada doença em relação a um lugar e período específicos, como também questões relacionadas com orientações políticas no campo da saúde pública e as respectivas ações no campo. As informações sócio-culturais também estão presentes em muitas discussões e estudos nos boletins pela importância que apresentam inclusive no que se refere à formação de hábitos, no entendimento de uma dada doença e na forma de tratá-la.

5.2.1. Do período entre 1930-1938

Destacaremos, nesse segmento, as questões relacionadas à forma como a varíola aparecia nas discussões de cunho científico (médico e técnico), incluindo os estudos e relatos sobre as reações adversas obtidas pela vacinação antivariólica. Também, será destacada a situação e o significado sanitário da doença em nível nacional e continental, percebendo o que representava naquele momento, o lugar que ocupava nas orientações das políticas de saúde pública da OSP/OPAS, através dos programas nacionais/locais, e as mudanças que fizeram da varíola objeto de erradicação inicialmente continental e posteriormente mundial através da OMS. Nosso objetivo foi perceber de que forma as questões trazidas pela guerra afetaram as orientações das políticas de saúde.

Nesse período eram apresentados estudos sobre a varíola, mais especificamente, sobre a eficácia da vacinação antivariólica, os problemas adversos em relação às reações

pós-vacinais, as questões que envolviam a produção da vacina,⁴³ como a dotação correta de laboratórios, os recursos e as tecnologias necessárias para a produção de vacina de boa qualidade. Sobre a doença, as informações abrangiam, desde a existência de distintas formas de varíola, em diferentes épocas e localidades, e suas conseqüências; como eram descritas as ocorrências dos casos de varíola (nas formas grave e branda⁴⁴) e de epidemias em várias regiões, assim como as medidas sanitárias adotadas, objetivando sua prevenção e combate. Eram destacados os números de vacinações realizadas (às vezes com percentual de cobertura), em programas nacionais de combate desenvolvidos em diversos países. Observamos que as ações de vigilância se prestavam a conter e ao mesmo tempo impedir a entrada da doença em certas localidades, através importação de casos de varíola. Existem muitas tabelas e quadros nos boletins, onde são mostrados os números de casos de varíola em vários países e cidades, e o número de mortes pela doença.

Uma outra questão, relacionada à anterior, se refere à majoritária presença da varíola branda (*minor*), em relação à forma grave da doença (*major*), na grande parte dos países do continente onde foram registraram casos de varíola. As práticas de vacinação e de quarentena apareciam como aliadas competentes e fundamentais para a prevenção e controle, o que diretamente se relacionaria ao combate. Um outro aspecto diz respeito ao próprio conhecimento da doença, ou seja, o seu diagnóstico clínico e a sua relação com a obrigatoriedade do certificado de vacinação antivariólica. Apesar de a varíola ser facilmente identificada, afirma-se que a forma mais branda da doença, às vezes, era confundida com a forma mais grave da doença, reforçando a obrigatoriedade do certificado de vacinação para todas as pessoas. Nesse sentido, a eficácia da vacinação antivariólica aparecia como caminho prioritário nas ações de saúde pública, para todas as formas de varíola, justamente pela impossibilidade, em alguns casos, de correta identificação.

A VIII Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em Lima, em 1927, declarou que o “alastrim” (varíola branda), deveria ser considerado, por não se conhecer definitivamente sua natureza, como equivalente a varíola respeitando as medidas de

⁴³ Ainda sobre esta questão, aparecem questões sobre as precauções que devem ser tomadas sobre a necessidade ou não de se vacinar, ou seja, ‘quando e porque se deve vacinar, e como?’.

⁴⁴ Inclusive no final da década de 1920, quando ocorreram algumas epidemias.

ordem sanitária internacional. Sobre as medidas de precauções, em relação às vacinações, surgiram considerações sobre o registro da linfa empregada, a fim de que se pudesse identificar sua origem e o tipo de inserção que deveria ser feita. Apareceram também referências, em relação às condições de saúde que a pessoa a ser vacinada deveria apresentar a fim de que pudesse receber a vacina. Outra questão era a prioridade da utilização de vacina dessecada (seca) em regiões de clima quente pela dificuldade de conservação da linfa. A conservação da vacina e a sua inocuidade constituíam tema de grande relevância visto ser notória a preocupação durante todo o período enfocado e, também, em relação às reações pós-vacinais.

As discussões e os relatos sobre as reações adversas da vacinação antivariólica, enfatizavam o número de casos de encefalite pós-vacinal,⁴⁵ e desses, os casos que evoluíram para a morte. Observamos que havia uma preocupação e certa dúvida se a vacinação antivariólica deveria ser realizada em todas as pessoas, à medida que uma de suas principais reações adversas era a encefalite. Outra questão referia-se à discussão sobre o grau de virulência da linfa vacínica e dos novos procedimentos de purificação da linfa vacínica. Havia uma tendência em considerar, na qualidade da vacina e em seu poder de virulência, justamente o problema das reações adversas. Sobre a encefalite pós-vacinal, várias discussões abordavam as pesquisas realizadas no sentido de evitar a ocorrência de tal problema. Afirmava-se não haver observações seguras sobre a persistência da imunidade, conseqüente ao método subcutâneo da vacinação antivariólica. Foram mostradas algumas pesquisas realizadas sobre o assunto incluindo posições distintas de alguns pesquisadores estrangeiros e nacionais.

A produção de vacina e os estudos realizados para o seu aprimoramento também eram vistos com grande destaque. Apareciam observações, de caráter técnico-científico no processo de produção, em relação à cultura do vírus do “alastrim” no embrião de galinha, às pesquisas realizadas por instituições de pesquisa brasileira, como o Instituto Oswaldo Cruz e o Butantan, além de observações de caráter científico sobre a produção da linfa purificada e a linfa dessecada, entre outras questões.

Durante a década de 1930 afirmava-se a obrigatoriedade da vacinação antivariólica em todas as crianças. Contudo, em certas regiões outras vacinações

⁴⁵ Sobre o quadro clínico da encefalite pós-vacinal se apresenta da seguinte forma: a doença começa de uns nove a dez dias depois da vacinação, com hipertemia marcada, inconsciência e com vômitos e típicos sintomas encefalíticos (Bosp, febr., 1930; p. 152).

deveriam ser obrigatórias como, contra o tifo e difteria, escarlatina e sarampo. A necessidade de bons serviços de saúde pública era tema central nessa década a fim de que vários eventos epidêmicos fossem debelados e evitados.

A varíola tinha papel importante, em momentos e casos específicos, pelo lugar que ocupava no quadro nosológico local, determinando ações no campo da saúde pública e no das políticas públicas. No entanto, o espaço destinado à varíola na documentação vinculava-se ao mesmo lugar de destaque ocupado pelas doenças transmissíveis. As doenças transmissíveis eram concebidas como as maiores responsáveis pela situação sócio-econômica em que se encontravam os países do continente. Existia uma relação direta entre doença, pobreza e subdesenvolvimento nesse período, pois a existência e a predominância de doenças transmissíveis se relacionam à situação de subdesenvolvimento do próprio país e de seu povo.

Uma seção do boletim denominada 'Noticiário Brasileiro' trazia temas considerados importantes sobre alguns aspectos da saúde pública. Abordavam discussões sobre a presença de algumas doenças no território nacional, questões relativas à estrutura sanitária brasileira, incluindo serviços, políticas, e a criação de instituições de saúde. As doenças eram referenciadas a partir, tanto de seu significado nosológico, como também da avaliação dos serviços voltados para os seus combates e as ações adotadas (campanhas). Outras medidas eram citadas, compatíveis com as necessidades próprias de cada doença, a exemplo das próprias campanhas de vacinação antivariólica, e a destruição de focos de *Aedes aegypti* acompanhada de outras medidas no caso da febre amarela. Pela análise dos boletins não foi possível perceber um comportamento uniforme, nem da distribuição das doenças, nem das localidades, posto que em alguns momentos havia ausência de registros de uma determinada doença. Sobre a presença da varíola no Brasil, encontramos dados sobre vários Estados, onde eram indicados que, a maior parte dos casos se referia à forma branda da doença. Entretanto, havia informações sobre a ocorrência de que alguns casos que evoluíram para o óbito. Por exemplo, em relação ao Rio de Janeiro foram relatados, entre os anos de 1903 e 1927, 20.654 óbitos de varíola, com a média de 826 óbitos por ano. Nesse período a varíola era endêmica e produzia freqüentes epidemias. Porém, com o incremento e a sistematização das atividades de vacinação antivariólica e pela maior importância dada as primovacinações, tais medidas colaboraram efetivamente para a

supressão da doença em sua forma epidêmica.

Convém lembrar que, durante o período considerado, a estruturação de serviços nacionais de saúde pública nas Américas comporia a agenda sanitária da OSP/OPAS como questão primordial. A organização de um aparato nacional (incluindo as instâncias federal, estadual e municipal) seria prioritariamente um objetivo da OPAS a fim de que fossem estabelecidas condições mais efetivas para se tratar as doenças já existentes e prevenir outras que surgissem e disseminassem nos países e no continente.

No final da década de 1930 se intensifica uma tendência bastante explícita, em relação à importância que tinha a medicina no combate à inimiga ‘doença transmissível’ no continente, e também é exaltada a grande importância da união entre os países americanos para combatê-las. Registramos que no ano de 1939, apareceram dados sobre a varíola, nomeando-a como enfermidade pestilencial, em alguns países do continente, como Colômbia, Equador, Estados Unidos, Guatemala e Venezuela. (Bosp, 1939).

No período em que se inicia a Segunda Guerra Mundial, a doença transmissível passa a ser concebida como uma grande inimiga e, nesse sentido enfatiza-se a necessidade de união entre as Américas para combatê-la⁴⁶.

A cooperação entre as nações americanas e o combate às doenças transmissíveis foram, nesse período, o binômio que iria mover a OPAS. Ela foi o embrião que possibilitaria o surgimento da varíola como entidade passível de erradicação décadas mais tarde. No primeiro Bosp (1939), publicado em janeiro, a comemoração do Dia da Saúde Pan-Americana é registrada, tendo sido ressaltado a grande importância da cooperação entre todos os países membros e a importância da própria Oficina (OSP). Dentre os problemas a serem vencidos, estavam as doenças transmissíveis, a produção de alimentos, a água poluída e a desnutrição. As doenças foram concebidas como inimigas, assim como os agentes que as causavam. Em meio ao contexto da guerra, o estímulo à união e cooperação entre os países americanos para combate às doenças no continente cada vez mais ganharia força. Nos boletins estimulava-se que, mesmo em face das diferenças ideológicas e de opiniões, o campo da saúde deveria se manter coeso o suficiente para alcançar melhorias para todos. Afirmava-se que os momentos de

⁴⁶ Bosp. Editoriales. Las dos Rivaes. Enero, 1939.

angústia e dor oriundos da guerra, deveriam ser ultrapassados por meio da saúde e da ciência, porque somente através deles o futuro seria melhor. Afirmava-se que naquele momento de guerra, a defesa nacional deixava de ser uma teoria para converter-se em uma necessidade, e isso deveria ser alcançado também através da melhoria do fator biológico.

5.2.2. Da Segunda Guerra Mundial até o final dos anos 50

A idéia de defesa do continente está intimamente ligada à saúde pública. Nesse sentido, a saúde pública passava a se configurar como algo a ser decidido externamente a cada país. Era o real nascimento de uma saúde internacional determinada pela interdependência das nações e pela desigualdade de suas relações.

A possibilidade da continuidade e da expansão das hostilidades no mundo, acabou por reforçar a importância dos problemas de saúde pública obrigando os países a intensificarem os preparativos da defesa no campo sanitário. Nesse sentido, a XI Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada no Rio de Janeiro, em 1942 (Bosp, 1942), definiu as medidas que deveriam ser tomadas para melhorar os recursos médicos e outros meios necessários para a conservação da saúde pública e a segurança continental, fomentando, também, o intercâmbio de tais recursos. Nessa perspectiva, foram feitas várias recomendações como o desenvolvimento de pesquisa sobre a distribuição geográfica das enfermidades transmissíveis de importância em tempo de guerra; que os países levassem a cabo pesquisas relativas às suas necessidades médicas e sanitárias, determinando quais deveriam ser atendidas com o auxílio dos outros países; a preparação de informes confidenciais sobre os resultados das pesquisas, os quais, levadas em conta as limitações impostas pelas exigências militares, seriam submetidos para a consideração da OSP e os países interessados; que a cooperação da OSP fosse utilizada em todo assunto concernente aos problemas de saúde e de defesa sanitária, pedindo-se a designação de uma Comissão de Técnicos cujos serviços pudessem ser solicitados pelos diversos países. Dessa forma, quando em qualquer país alguma epidemia se apresentasse como ameaça, que pudesse afetar a saúde das populações dos países vizinhos ou a segurança continental, os demais países deveriam dar toda a assistência e auxílio necessário, de acordo com suas próprias possibilidades, e sob os

auspícios da OSP.

Frente ao incremento do transporte aéreo, tanto civil, como militar, que favoreceu a disseminação das doenças – através dos insetos vetores, ou de doentes e portadores sãos – os diversos governos deveriam adotar medidas extraordinárias e eficientes para prevenir essa disseminação devendo para isto obter a mais ampla cooperação entre as autoridades sanitárias, civis e militares. Nesse contexto, a OSP chamava a atenção para que os países organizassem os seus serviços de saúde nacionais e desenvolvessem programas nacionais para lutar contra algumas doenças.

Em 1943, Aristides A. Moll, Secretário da OSP, fez um discurso que demonstrava, de maneira inequívoca, como o binômio cooperação-epidemias encontrava-se no centro das ações da OSP. Em seu discurso, as considerações sobre a importância que tem a saúde para os povos, voltam à tona. Enfatiza a saúde como direito e patrimônio dos mesmos, afirmando que a profissão sanitária não reconhecia fronteira, e expõe algumas metas a serem atingidas pela Comissão Pan-Americana como: união dos países do continente americano contra a doença; a privação e a morte; impedir a invasão do hemisfério ocidental pelas pestilências da guerra e do homem; combater a desnutrição, a ignorância e toda a miséria humana. Ele reforça a questão da importância da união entre todos os países e seus governantes. E afirmava: “Guerra sem trégua a todos os inimigos da saúde”! Tanto os visíveis como os invisíveis (moscas, carrapatos, vermes e micróbios). Ele chama atenção para o papel da medicina científica na saúde. As necessidades trazidas pela guerra acabaram estimulando vários estudos e desenvolvimento de técnicas (Bosp, 1943). Nesse sentido, afirmava-se que a guerra, trouxe um progresso à medicina, pois os distintos problemas impostos atuaram como estimuladores para que vários trabalhos fossem desenvolvidos na área na busca de resolução de problemas para a população e para as forças armadas (malária, tifo, doenças venéreas, queimaduras, odontologia, penicilina) (Bosp, 1944).

Pela busca da paz e da autonomia nacional, e continental foi realizada, em março de 1945, no México, a Conferência Inter-Americana de Problemas de Guerra e Paz (Bosp, 1945), onde em sua resolução XLV, “Health Security”, fazia referência à consolidação da paz e à garantia da segurança coletiva para o futuro. Considerava, também, o estabelecimento de um regime democrático em que o efetivo exercício da democracia imporia a todos os cidadãos a responsabilidade de todos os deveres, e o

exercício e a defesa de seus direitos. A conferência recomendou que os governos das repúblicas americanas dessem atenção, preferencialmente, aos problemas de saúde pública, particularmente, aos de saneamento, controle de endemias, prevenção e cuidados curativos, à mortalidade infantil, providenciando meios para solucioná-los. Também, que intensificassem a ajuda mútua, em todos os aspectos pertinentes à melhoria da saúde pública, e que a OPAS continuasse atuando como agência na coordenação sanitária das repúblicas americanas⁴⁷.

Com o final da guerra, a necessidade de reconstrução dos países atingidos e, principalmente, de assegurar a manutenção da paz e de um crescimento (capitalista) que afastasse as grandes desigualdades e a conseqüente ameaça de novas guerras fazia com que a necessidade de ações de saúde cooperativas e internacionalizadas permanecesse no centro das questões. Nesse contexto, a possibilidade de ações integradas para o controle de doenças no continente se ampliava, originando as primeiras campanhas.

No período que antecedeu o fim da Segunda Guerra Mundial, a varíola era focalizada, tanto em relação à produção da vacina quanto à questão da infecção em recém-nascidos (Bosp, 1944). Temas sobre a infecção, a vacina e as leis de vacinação, como também sobre a mortalidade e morbidade, além dos eventos observados sobre as reações pós-vacinais – existentes em muitos países do continente americano – faziam parte naquele momento da agenda de discussão (Bosp, 1945). Vale ressaltar que a varíola não aparecia com nenhum tipo de relevância sobre as outras infecções transmissíveis. Era assinalada a importância da continuidade dos programas nacionais de vacinação antivariólica e dos estudos sobre a vacina (Bosp, 1946).

Com o fim da Segunda Guerra Mundial teve início uma discussão sobre a organização da saúde internacional. Os Estados Unidos, então vencedores, promoveram a criação de uma organização política internacional diferente da Liga das Nações,⁴⁸ que apresentava problemas antes da Guerra. Esta nova instituição denominada Nações Unidas, planejou a criação de uma série de corpos técnicos especializados, com autonomia administrativa, entre os quais estava uma organização ‘mundial’,

⁴⁷ A relação entre a guerra e as epidemias (a disseminação de doenças como a influenza, tifo, cólera, disenteria e febre); são discutidas buscando-se viabilizar e adotar ações conjuntas visando combatê-las. Bosp. *La Sanidad y la Guerra*. Mar. 1945. p. 230-254; Bosp. Editorial. *Epidemias de la Guerra*. Mar. 1945. p. 255-258).

⁴⁸ Sobre a participação da América Latina na Organização de Saúde da Liga das Nações entre 1920 e 1940, apontamos o trabalho de Paul Weindling (2006).

‘internacional’ ou ‘universal de saúde (Oliveira e Lessa, 2006).

A proposta de criação de uma organização internacional de saúde foi formulada⁴⁹ no ano de 1945 durante uma Conferência Internacional realizada em São Francisco, Califórnia, Estados Unidos, evento onde foi criada as Nações Unidas (Brown, Cueto & Fee, 2006). Nessa reunião se formou uma Comissão Técnica Preparatória integrada por 16 especialistas em higiene mundial, que se reuniu em Paris duas vezes em 1946, com a finalidade de estabelecer as bases da agenda de uma Conferência Internacional. Estes encontros foram assistidos por observadores da Oficina Internacional de Higiene Pública com sede em Paris, da Seção de Higiene da Liga das Nações e representantes da Oficina Sanitária Pan-Americana e da Administração de Socorro e Reabilitação das Nações Unidas (De Paula Souza, 1948 apud Cueto, 2004).

As reuniões derivaram em uma Conferência Internacional de Saúde realizada em 1946 na cidade de Nova York, nos Estados Unidos; e assistiram-na representantes de todas as nações aliadas, países neutros, alguns que foram derrotados na Guerra e como observadores delegados das autoridades aliadas que controlavam a Alemanha e o Japão. Nessa Conferência foi criada uma Comissão Interina para estabelecer a Organização Mundial de Saúde.

Entre suas finalidades, constava a escolha de uma sede para a nova instituição, assim como determinar as características da *regionalização* da mesma. Entre os anos de 1946 e 1948 essa Comissão se reuniu várias vezes, preparando o terreno para a criação da OMS. Esta Organização foi formalmente constituída na Primeira Assembléia Mundial de Saúde realizada em Genebra em junho de 1948 (Brown, Cueto & Fee, 2006). Nessa mesma Assembléia se aprovou a primeira Constituição da OMS; e em seu artigo 54º reconhecia a Oficina Sanitária Pan-Americana.⁵⁰ (Parran, 1958; Bosp, 1948)

Durante a realização da 1ª Assembléia da OMS a varíola se configurou entre os assuntos discutidos não como doença prioritária. Essa Assembléia outorgou prioridade ao paludismo, a tuberculose, as doenças venéreas e a saúde materno-infantil. Entretanto,

⁴⁹ A proposta de se criar um organismo internacional de saúde foi feita por representantes do Brasil e da China.

⁵⁰ A Oficina Sanitária Pan-Americana (OSP/OPAS) viria a ser uma Oficina Regional da Organização Mundial de saúde para as Américas.

nesse mesmo fórum, se resolveu⁵¹ que o Comitê de Peritos em Epidemiologia e Quarentena Internacional deveria ter a sua disposição um Grupo Misto de Estudos sobre a varíola (Actes Off. Rec. WHO 13, 1948).

Ainda nos últimos anos da década de 40, a realização da XII Conferência Sanitária Pan-Americana,⁵² em janeiro, na cidade de Caracas, Venezuela, marcou as discussões sobre a reestruturação da OPAS. Figuraram entre os temas dessa conferência, além da própria reestruturação da Oficina, a organização dos serviços sanitários nacionais, regionais e locais; as zoonoses transmissíveis ao homem; a epidemiologia da tuberculose e as novas aquisições em matéria da luta anti-tuberculose; controle de doenças venéreas; problemas sanitários do Pós-Guerra,⁵³ especialmente os que se referem às migrações. A varíola não figurou entre os temas que receberam destaque nessa conferência. Entretanto, assinalamos os informes sobre as campanhas antivariólicas desenvolvidas em alguns países do continente. Já a malária era concebida como uma doença de grande prioridade, merecendo, segundo a OSP destaque nas agendas sanitárias nacionais e internacionais, inclusive possuindo uma comissão específica, a Comissão Pan-Americana da Malária.

No ano de 1948, grande destaque foi dado ao papel das imunizações em alguns programas de saúde⁵⁴ de doenças transmissíveis, como varíola, difteria, febre escarlatina e febre tifóide. Sobre a varíola, foram assinalados alguns dos motivos dos fracassos dos programas de imunização, como a problemática do grande espaço de tempo entre as vacinações; o uso de vacinas com potência comprometida, tornando-se ineficaz; questões técnicas que podiam comprometer a eficácia da vacina; a incorreta

⁵¹ Actas, Off. Rec. WHO, 13; 1948 em sua resolução [WHA1.16]

⁵² Bosp. Duodécima Conferencia Sanitária Panamericana. *Acta Final*, año 26, n. 3.: 193-216, mar. 1947.

⁵³ Entre os 'Problemas Sanitários do Pós-Guerra', especialmente os que se referem às migrações, a Comissão que ficou responsável pelo tema fez algumas considerações e conclusões. Destacamos algumas como a necessidade de estudar a situação sanitária do Continente Americano e para melhorar as condições de saúde e solucionar seus problemas, planejar programas coordenados; intensificar a campanha contra as doenças transmissíveis, merecendo especial atenção a tuberculose, doenças venéreas, malária, febre tifóide e disenteria cujo controle pode se beneficiar amplamente das melhorias conseguidas durante a última guerra; fixar e intensificar cada vez mais, sobre bases sólidas, a política alimentícia de auxílio mútuo entre os países do Continente, entre outras.

⁵⁴ Ver Bosp. Ralph, Gregg. The role of immunizations in the health programs, abr. 1948. p. 272-282. O autor começa sua exposição colocando que o período pós-guerra é um período de ajustamento das atividades de saúde pública, assim como de entendimento da sua necessidade. Muitas atividades na saúde pública foram bem expandidas como o controle da tuberculose, higiene industrial, saúde materno-infantil, já outras áreas como higiene mental e controle do câncer ainda ocupam em algumas localidades pouco espaço nos programas locais de saúde.

interpretação dos dados obtidos com a vacinação.

A tendência ascendente da varíola no continente americano foi considerada motivo de preocupação por parte da OSP. O problema foi apresentado à consideração do Comitê Executivo da OSP, em sua sétima reunião, realizada em Washington, D.C., realizada entre 23 a 30 de maio de 1949. O comitê acordou a seguinte resolução que levaria o título de “Resolução nº. 13: da Varíola nas Américas”, de acordo com o BOSP (Setembro, 1949; p. 959):

El Comité Ejecutivo,

Considerando:

Que debe hacerse un esfuerzo internacional de conjunto para la erradicación de la viruela en las Américas;

Que la prevención de la propagación internacional de las enfermedades transmisibles es uno de los objetivos principales de la Oficina Sanitaria Panamericana;

Que es absolutamente necesario mantener en forma intensa y sostenida la vacunación y revacunación antivariólica, y obtener un alto índice de inmunidad en toda la población continental; y

Que en este sentido le corresponde a la Oficina estimular y coordinar más activamente las campañas nacionales de vacunación en las Américas, como el medio más eficaz de eliminar esta importante causa de morbilidad y mortalidad en el Hemisferio Occidental,

Resuelve:

Aprobar la proposición del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana sobre colaboración de los países americanos en la realización de un programa de salubridad cuyo objetivo primordial sea la erradicación de la viruela, y autoriza al Director para dirigirse a los demás países en relación con este problema, ofreciéndoles la colaboración de la Oficina.

Em conformidade a tais prerrogativas, a Oficina ofereceu sua colaboração às repúblicas americanas para a realização de um programa que objetivasse a completa erradicação da varíola no ocidente⁵⁵. De acordo com a proposição apresentada pelo diretor da OSP, ante a sétima reunião do comitê executivo, o programa para combater a varíola começaria a ser desenvolvido em 1950, nos países americanos majoritariamente afetados pela doença tendo sido o Peru o país escolhido para o seu início. Esse programa compreendia:

⁵⁵ Esta é a primeira vez que a varíola aparece com uma proposta de erradicação na OSP. Convém, portanto, assinalar que a OSP já constitui Oficina Regional da OMS para as Américas, porém nem a Primeira e nem Segunda Assembléia Mundial de Saúde da OMS, realizadas, respectivamente em 1948 e 1949 lançam nenhum programa de erradicação. A varíola nessas duas Assembléias é discutida a partir das necessidades explicitadas pela própria Assembléia de se fazer estudos sobre essa doença (Actes Off. Rec. WHO, 13, 1948 & Actes Off. Rec. WHO, 21, 1949).

(1) compilação e distribuição de informações sobre a doença; (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 a sua conservação; (4) promoção de programas de educação sanitária nos diversos países com o objetivo de conseguir a cooperação ativa de seus habitantes; (5) preparação e organização de equipes técnicas de vacinação em cada país para levar a cabo o programa; (6) realização de um programa demonstrativo sobre vacinação total em uma região ou regiões selecionadas do continente, com o fim de estudar experimentalmente as melhores condições de transporte, conservação e distribuição de vacina, assim como os procedimentos administrativos mais adequados para aplica-los em outras localidades onde se desenvolvam programas de erradicação continental. (Bosp, 1949, p. 959-960)

Entendia-se nesse momento que, pelas características da varíola, a forma mais eficaz de combatê-la seria através da vacinação, do diagnóstico precoce e da denúncia imediata de casos. Assim, a vacinação deveria ser praticada nas crianças com vacina de boa qualidade, no terceiro mês de idade, e no resto da população a cada três anos, período este de validade estipulada pela Convenção Sanitária Internacional de 1933, pelas emendas de 1944, adotado pelo Comitê de Peritos em Epidemiologia Internacional e Quarentena da Organização Mundial de Saúde.

Desse período em diante, a varíola aparece cada vez mais, ocupando papel de destaque nos boletins da OSP, pois vários eram os trabalhos que destinavam, de alguma forma, a elucidar questões sobre a infecção. O programa também abordava o tema da vacina antivariólica, em seus vários aspectos de interesse para a enfermagem,⁵⁶ como a utilização da vacina dessecada, utilizada na luta antivariólica nos países de clima quente.⁵⁷ Essa consideração apresenta uma questão de fundamental interesse para as campanhas de vacinação em massa, visto que a vacina, quando dessecada, mantém suas propriedades inalteradas em altas temperaturas em regiões de clima quente.⁵⁸ Algumas das considerações feitas pelo comitê executivo, diziam respeito ao esforço internacional

⁵⁶Bosp. *Preguntas y respuestas sobre vacunación antivariólica (dedicadas a las enfermeras)*, may. 1949.

⁵⁷ Bosp, 1949. Fasquelle R. Trabalho traduzido e resumido pela Seção Editorial da OSP. Trabalho traduzido e resumido do *Public Health Reports*, v. 6, n. 4, Serviço de Sanidad Pública, Estados Unidos, 1946.

⁵⁸ São relatadas várias experiências em países de clima quente que estão usando a vacina dessecada, e os bons resultados alcançados. Como também experiência de laboratório para obtenção dessa vacina com a qualidade esperada. O que esse trabalho faz é mostrar a trajetória de alguns estudos realizados e os bons resultados alcançados diante da fabricação de uma vacina resistente a climas mais quentes. Essas experiências são mostradas em alguns fóruns acadêmicos e demonstrada a superioridade dessa vacina dessecada na luta antivariólica

conjunto que deveria ser feito para a erradicação da varíola nas Américas. Seria absolutamente necessária a manutenção da vacinação e revacinação antivariólica, com a finalidade de obtenção de um alto índice de imunidade (cobertura vacinal) da população continental e que caberia a OSP estimular e coordenar as campanhas de vacinação nas Américas.

O programa de erradicação continental da varíola foi justificado por alguns fatores como: a falta de um sistema de notificação de casos eficientes em muitos países – o diagnóstico era feito depois de muito tempo, o que aumentava o número de casos; a existência de um deficiente sistema de registro de nascimento com finalidades sanitárias – o que tornava a cobertura dos vacinados deficiente; a existência de adultos não imunizados susceptíveis à doença; a falta da regularidade das ações de revacinação sistemática da população, que vinha perdendo sua imunidade, e o uso de vacinas que não mais apresentavam um grau de potência suficiente. A temática relativa ao problema da produção de vacina antivariólica de boa qualidade e na quantidade suficiente para a realização de campanhas sistemáticas de vacinação foi reavivada, através dos vários debates e trabalhos. Um outro ponto reforçado, dizia respeito à importância da colaboração internacional para combatê-la, incluindo a ajuda técnica.

Foi considerado como a varíola encontrava-se distribuída pelo continente; foram descritos os grupos de países onde a infecção se constituiu como um problema endêmico; lugares que apresentavam surtos epidêmicos esporádicos; outros locais onde a varíola não existia ou se manifestava de forma muito reduzida e, finalmente, considerados os Estados Unidos onde a varíola vinha declinando de forma muito intensa. Em relação ao propósito do programa continental da OSP, falava-se de forma muito emotiva sobre a varíola, como uma doença pestilencial: “fueron las que movieron a los hombres de buena voluntad, clara inteligencia, y firmes propósitos, a reunirse en escala internacional para formar organismos útiles a la lucha contra el enemigo común” (Bosp, 1950, p. 1079).⁵⁹

Segundo as prerrogativas do Programa de Erradicação Continental da Varíola (Pecv), o período que deveria ter a campanha, para alcançar os objetivos propostos em conjunto com vários países, dependeria de vários fatores que se relacionavam ao

⁵⁹Acentua-se a importância dos dois organismos internacionais para a erradicação da doença no Hemisfério Ocidental. (Bosp, 1948 – as organizações devem a maior parte de sua existência as doenças pestilenciais como a febre amarela, a varíola, cólera, peste e tifo).

significado nosológico da varíola em cada país, como também, aos serviços disponíveis para a execução do programa de vacinação (Bosp; 1950).

A Conferência Sanitária, realizada na Colômbia, em 1951, teve por objetivo fomentar a estreita colaboração e o mútuo entendimento entre os povos, especialmente no que se relacionava à proteção à saúde e no desenvolvimento, através do que foi estipulado pelo Código Sanitário Pan-Americano e tendo sido ratificado por todas as repúblicas americanas. Na ocasião, a varíola⁶⁰ era destacada juntamente com a malária, tuberculose, febre amarela, tifo exantemático, febre tifóide, tripanossomíases, raiva, peste, meningite meningocócica e a difteria. Em relação aos assuntos discutidos, foram ressaltadas as medidas de profilaxia internacional nos países signatários que seriam dispostas pelas autoridades sanitárias locais; a realização de campanhas conjuntas de educação sanitária; o funcionamento de sociedades médicas fronteiriças e que os países signatários deveriam notificar imediatamente a OSP a despeito de medidas que fossem tomadas em relação a esse acordo.

Especificamente sobre a varíola, foi recomendado à OPAS que estimulasse as investigações sobre a produção de vacina dessecada em grande escala, os dispositivos necessários para a sua conservação, assim como o seu emprego em zonas rurais, altas e tropicais. Outra recomendação se referia à realização de investigações em zonas selecionadas dos países com a finalidade de comparar a efetividade dos distintos tipos de vacina. Também, avaliar os métodos empregados para sua aplicação, obter dados mais precisos sobre a duração da imunidade, a resposta sorológica dos vacinados e revacinados. Foi assinalado que tais investigações poderiam compreender ensaios com vacinas combinadas como varíola e febre amarela.⁶¹

A tabela, a seguir, se refere ao número de casos registrados de varíola e de óbitos pela doença, incluindo o “alastrim” em 25 países do continente americano entre 1946 e 1950. Esta tabela foi produzida pela Seção de Epidemiologia e Estatística da OSP, em dezembro de 1951.

⁶⁰ Não há nenhum destaque para a varíola nessa Conferência.

⁶¹ Bosp. Conferencia de Villavicencio. Acuerdo sobre Salubridad Fronteriza firmado em la Conferencia Celebrada al Afecto por los representantes del Brasil, Colômbia, Equador, Peru Y Venezuela. Mayo, 1951.

Tabela IX. Casos e óbitos por varíola e “alastrim” nas Américas, 1946-1950.

Países	1946		1947		1948		1949		1950	
	casos	óbitos	casos	óbitos	Casos	óbitos	casos	óbitos	casos	óbitos
Argentina	71	21	46	1	140	0	500	3	517 ¹	1 ¹
Bolívia	1,033	1,672 ²	501
Brasil *	1,227	17²	867	17²	1,268	17²	670	11	672³	12³
Canadá	2	0	0	0	0	0	0	0	0 ⁴	0 ⁴
Colômbia	877 ⁵	396 ²	4,903	489 ²	7,356	463 ²	3,040	199	4,818	...
Costa Rica	0	0	0	2 ²	0	1 ²	0	0	0	0
Cuba	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0
Chile	0	0	0	0	6	1	2 ⁷	0	3,564	13
Equador	114	3	2,984	27	3,856	237	657	43	241	10
El Salvador	0	1 ²	0	0	0	0	0	0	0	0
E.U.A.	356	25 ²	173	5 ²	56	5 ²	56	...	42 ³	...
Guatemala**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Haiti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Honduras	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
México	327	561 ²	1,125	549 ²	1,541	1,049 ²	1,060	461 ²	769	128 ⁸
Nicarágua	...	3 ²	...	2 ²	0	0	0	0	0	0
Panamá	2 ⁷	0	1 ⁷	0	0	0	0	0	0	0
Paraguai	124	0	2,207	121	1,451	64	175	37	135 ³	1 ³
Peru	700	294 ²	537	476 ²	7,105	1,672 ²	6,305	...	3,604 ³	..
Porto Rico	0	2 ²	0	0	0	0	0	...	0	...
República Dominicana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suriname	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trinidad e Tobago	0	0	0	0	12 ⁶	0	0	0	0	0
Uruguai	167	0	326	1 ²	0	0	11	0	3 ⁸	0
Venezuela	2,114	22 ²	6,315	110	5,280	162	3,109	54	1,905 ³	30 ³

Dados extraídos do Bosp, 1952, p. 152-3.

Não se dispõe de informação.

* Distrito Federal e capitais do Estado.

** O Diretor Nacional de Saúde da Guatemala informa que não existe varíola em seu país desde o ano de 1936.

1 - Dados referentes a cinco meses (janeiro-maio).

2 - Dados da Direção Geral de Estatística e Organismo equivalente; mortes atribuídas à varíola nos certificados de mortalidade.

3 - Cifras provisórias, totais das informações mensais das autoridades sanitárias.

4 - Dados referentes a dez meses (janeiro-outubro).

5 - Dados referentes a seis meses (julho-dezembro).

6 - Epidemia de origem importada.

7 - Casos importados.

8 - Dados referentes a seis meses (janeiro-junho).

Nessa tabela, figuram dois tipos distintos de informações estatísticas: as cifras relativas aos casos de varíola, notificadas às autoridades sanitárias, e as de óbitos, que procedem da Direção Geral de Estatística, baseadas nas certidões de óbito. Devemos prestar atenção, ao analisar a tabela, aos dois tipos de informações oriundas de distintas

fontes, como também do desconhecimento do índice de omissão dos sistemas de notificação de casos dos vários países. Nesse sentido, não devemos estabelecer relação entre casos e óbitos. Isto explica porque, às vezes, as cifras de mortalidade são maiores do que o número de casos. O registro de óbito é muito mais completo do que a notificação de casos, porém é também inexato, em relação à causa precisa da morte, pois ainda que a causa da morte seja notificada por um médico, necessariamente, não é o próprio que registra o certificado do óbito. Também, quando se tem o registro de óbito por varíola, para algum país onde não há registro de casos pelas autoridades sanitárias, existe a possibilidade de não se tratar de varíola, mas sim de outra doença. Uma outra questão que se deve levar em consideração é que o aumento do número de casos de varíola pode ter sido devido à melhoria o sistema de notificação e não, necessariamente, pelo aumento real da doença.

Tais considerações indicam que os dados sobre a varíola aparecem sem uma continuidade, que pode mesmo evidenciar certa despreocupação com a doença especificamente, como também revelar problemas do próprio sistema sanitário local. Concluindo a interpretação da tabela, os dados podem ser lidos de várias maneiras, tanto para se legitimar as ações, como para discordar das mesmas.

Nos primeiros anos da década de 1950 percebemos que, ao se falar sobre a varíola, resgatava-se a sua história e o seu significado na saúde pública, em várias partes e épocas, assim como, os esforços da medicina para combatê-la. Eram mencionadas várias experiências em relação às medidas preventivas. Vários autores e trabalhos publicados reafirmavam que a varíola poderia ser eliminada de todo o mundo, em poucos anos, se a população fosse suficientemente informada e aceitasse a vacinação como única medida disponível para a erradicação da doença. Ainda nesse período, existiam dúvidas sobre a imunidade da vacina em relação ao tempo de proteção, o que fazia da revacinação uma etapa fundamental para que fossem atingidos os resultados previstos.

Concebida como uma das doenças mais contagiosas do mundo (altamente infecciosa) e, não havendo nenhum tipo de obstáculo social, racial, cultural e econômico⁶² que impossibilitasse ou dificultasse a sua disseminação, ela torna todos os

⁶² O Trabalho de Gilberto Hocham (1998) “A Era do Saneamento” faz uma discussão muito interessante sobre a questão da doença que “pega” (a doença transmissível), que ao desconhecer barreiras

seres humanos potencialmente suscetíveis ao agente etiológico. Evidenciava-se que o não cumprimento das leis de vacinação e revacinação, por parte da população, gerava aumento de gastos dos países que mantinham sempre uma população significativa de suscetíveis que podiam, inclusive, contribuir com a disseminação da doença para outras regiões.⁶³ A educação da população foi também percebida como fundamental para a obtenção de bons resultados de cobertura vacinal, através da auto conscientização sobre a importância em se vacinar. A OSP, em cumprimento aos acordos realizados, encontrava-se pronta para repassar seus recursos aos governos membros que os solicitassem. Entendia-se, portanto, que a vacinação sistemática da população de todos os países do continente, aplicada constantemente, permitiria que se tornasse realidade a erradicação da varíola nas Américas (BOSP, 1952).

A par das necessidades que surgiam, em relação às orientações de combate à varíola, a IV Assembléia Mundial de Saúde, realizada em 1951, percebeu a necessidade de um Regulamento Sanitário Internacional que modificasse as disposições das convenções sanitárias internacionais anteriores. Levando-se em consideração, também, os avanços da epidemiologia e da medicina preventiva – que garantiam o máximo de segurança contra a propagação internacional de doenças, com o mínimo de restrições ao tráfego mundial – foi criado, em 25 de maio de 1951, o Novo Regulamento Sanitário Internacional como o Regulamento, nº 2, da OMS.⁶⁴ Esse novo regulamento realçava a necessidade do estabelecimento de medidas de prevenção para o não intercâmbio de doenças de um país a outro. Observava-se ainda, que as medidas contra a febre amarela, a varíola e o cólera haviam sido simplificadas, sendo necessária a intensificação das medidas. Os primeiros anos da década de 1950 foram marcados pela preocupação referente à questão das medidas tradicionais de isolamento e quarentena – entendidas como medidas que não mais contribuíam para a redução das doenças transmissíveis –

sociais, econômicas e culturais para se disseminar; interfere diretamente na percepção do Estado e nas orientações das políticas de saúde, pois evidenciam uma situação de interdependência social entre as pessoas e o micróbio causador.

⁶³ Na América latina tem ocorrido surtos da doença semelhantes ao de N.Y. exemplifica com o número de casos de vários países e as campanhas que tiveram que ser desencadeadas numa situação de emergência. Também é colocada a questão da importação da doença de países vizinhos e quando diminui o número de casos ocorre um desinteresse pela recepção da vacina. Cita vários exemplos que evidenciam a necessidade da manutenção da vacinação adequada e aplicada em um grande numero de suscetíveis para evitar epidemias ou focos endêmicos.

⁶⁴ Bosp. El Nuevo Reglamento Sanitario Internacional, febr. 1952. p. 168-9; Actes Off. Rec. WHO, 35, 1951.

visto que várias doenças ainda não dispunham de meios para o seu combate. Não era o caso da varíola, coqueluche e difteria que já possuíam meios de imunização para o seu combate.⁶⁵

Nesse período, quando a demanda por novas posturas, sobre medidas sanitárias efetivas, eram crescentes as comemorações do Dia Mundial da Saúde tornavam-se aliadas importantes. Celebrado em todos os países, normalmente reforçando e estimulando a importância dos trabalhos realizados em conjunto com a OSP e as nações, destacamos um evento realizado na Academia Nacional do México, em 11 de Abril de 1951, em que foi apresentado um trabalho, na Seção Especial, pelo Dr. Alfonso Pruneda – Secretário Perpétuo da Academia Nacional de Medicina do México. Esse trabalho faz menções à conferência realizada em São Francisco, na Califórnia, em 1945, onde foi firmada a Carta Constitutiva das Nações Unidas que entrou em vigor no mesmo ano; vindo a substituir a Liga das Nações. As Nações Unidas (NU), para realizar seus propósitos iriam contar com vários organismos especializados, entre eles, a OMS. A Carta Constitutiva entrou em vigor em sete de abril de 1948. Nela, são especificados alguns dos propósitos dessa Organização (Bosp, 1952).

A análise dos boletins, produzidos na década de 1950, especialmente, no tocante às doenças transmissíveis, evidenciou temas e pontos, pelos quais a saúde internacional, entendida através da OSP e da OMS, elucida o entendimento que se tinha naquele período em relação ao domínio das doenças transmissíveis. De forma geral, um dos maiores objetivos, ou mesmo, o maior objetivo explicitado se referia à prevenção e ao controle das doenças transmissíveis com a finalidade de se alcançar a erradicação. A palavra erradicar, nessa época e contexto, adquiria cada vez maior importância. Entretanto, para alcançar o objetivo maior deveriam ao mesmo tempo criar, estruturar ou reformular várias estruturas sanitárias locais (nacionais). Nesse sentido, primava-se pelo apoio ao ensino médico e aos programas de saúde pública, como também pela assistência médica e social da população.

O conceito de prevenção, como fim das atividades médico-sanitárias, e como orientação das ciências médicas, repercutiria, indubitavelmente, no bem-estar e no equilíbrio da sociedade, incluindo os aspectos econômicos. Como o domínio das doenças transmissíveis constituía tema atual em grande parte dos países americanos,

⁶⁵ Bosp. Editoriales. Control de las Enfermedades Transmisibles, febr. 1952. p.255-258.

entendia-se que as atividades nacionais no campo sanitário deveriam se relacionar aos serviços de saúde em âmbito internacional, através dos portos marítimos, terrestres e aéreos. Nessa década uma grande importância foi dada às pessoas e animais suscetíveis que conduziam “germes” ou “micróbios”, ou seja, aos portadores infectados.

O papel do portador de um microorganismo, para a manutenção e a disseminação de algumas doenças, passava a se tornar cada vez mais um assunto importante. Assim, ocorre uma ampliação do sentido, tanto da investigação, como também na amplitude do raio de cobertura das ações do campo da saúde. A doença, o doente, o portador doente e o portador sã (assintomático), humanos e animais, e os vários microorganismos passaram a fazer parte e a constituir uma das vias possíveis da disseminação das doenças. Nessa perspectiva, a saúde aparecia, cada vez mais, associada à higiene e à medicina adquirindo mais importância, visto que as descobertas nesses campos e o progresso nas relações internacionais de cooperação atribuíram novas formas, métodos e funções aos organismos internacionais de saúde.

Mesmo considerando o fortalecimento político da Oficina e o seu caráter de apoio e cooperação técnica, a varíola ainda preocupava pelos seus aspectos relacionados à imunidade, às epidemias e à questão da desinfecção de objetos de contato dos infectados (fômites). Sobre a imunidade, em grupos específicos, eram relatadas experiências realizadas no tocante à imunização antivariólica (Bosp, 1953). Sobre a imunidade individual, foram levadas em conta as variações de tempo, as condições locais e regionais; as epidemias, as vacinas utilizadas e a forma adequada da desinfecção, no que se referia aos cuidados que deveria se ter em relação às doenças transmissíveis (Bosp, 1953).

Nos boletins de 1954, um importante informe do Diretor da OSP, o Dr. Fred Soper, deve ser observado, no qual ele apresentava um resumo do trabalho desenvolvido naquele ano, em relação à varíola.⁶⁶ Nele, o diretor afirmava que o número de casos vinha diminuindo nas Américas, ainda que as informações, sobre a ocorrência de varíola, disponíveis fossem incompletas. A varíola já estava ausente em alguns países do continente americano, porém a América do Sul seguia constituindo um sério problema em relação à doença. Uma das grandes dificuldades de todas as campanhas de vacinação dizia respeito à conservação adequada das vacinas, e essa

⁶⁶ Bosp. Actualidades Médicas y Sanitarias. Revistas. *Viruela*, jun.1956. p. 595-600.

questão ainda constituía um empecilho atrasando e comprometendo etapas do programa.

Com vistas a direcionar e fomentar as ações de erradicação o Conselho Diretivo da OSP, em virtude de uma resolução da XIV Conferência Sanitária Pan-Americana, designou fundos especiais para o continente. Assim, em 1953, foi desenvolvido um programa complementar e, em 1954, foram adotadas medidas direcionadas à erradicação. Os planos de expansão dos programas de erradicação da varíola receberam novo impulso tendo sido autorizado o uso do superávit efetivo do ano de 1953, que ultrapassava a soma de \$144.089.

O Programa Ampliado Complementar proporcionou serviços de assessoramento com respeito às técnicas de laboratório para o diagnóstico da varíola e a produção da vacina antivariólica. Especialistas em produção de vacina dessecada da Oficina visitavam vários países prestando assistência técnica (treinamento do pessoal e fornecimento de equipamentos) necessária, às autoridades sanitárias locais, para um efetivo estabelecimento de laboratórios de produção de vacina. Também prestavam serviços de consultoria para o planejamento e execução de campanhas nacionais de erradicação da varíola – problemas de transporte, importação e de armazenagem – concedendo especial atenção a sua integração nos serviços gerais de saúde pública no país; ajuda e assessoramento na preparação de medidas legislativas nos distintos países, direcionadas à prevenção da varíola; provisão e equipamentos de laboratório para as campanhas de vacinação; meios e serviços para o planejamento e execução das atividades de campo e ajuda para melhorar o sistema de notificação de casos da doença⁶⁷ (Bosp, 1956).

Sobre a qualidade das informações, os registros de casos e, ainda que os sistemas de notificação de vários países apresentassem problemas, inclusive com informações incompletas, ocorreu nesse período, nitidamente, uma diminuição no número de casos de varíola. Entretanto, observam-se falhas na construção de indicadores epidemiológicos, como no caso da tabela abaixo.

⁶⁷ Ver Bosp. Actualidades Médicas y Sanitarias. Revistas. *Viruela*, jun. 1956. p. 595-600.

Tabela X. Número de casos notificados de varíola nas Américas, 1951-1954.

Países	1951	1952	1953	1954 ^a
Argentina	984	740	336	202
Bolívia	759	590	398	... ^c
Brasil ^b	1.190	1.318	875	649 ^d
Colômbia	3.844	3.235	5.467	7.146
Chile	44	14	7	0
Equador	233	670	703	2.516
Estados Unidos	11	21	4	0
Guatemala	3	0	1	0
México	27	0	0	0
Paraguai	282	313	0	27 ^d
Peru	1.218	1.370	161	136
Uruguai	0	16	7	1
Venezuela	206	127	250	14
Guiana Britânica	11	0	0	0

Fonte: Dados extraídos do Informe Anual do Diretor, OPS; 1954

^a Cifras preliminares

^b Capitais dos Estados

^c Não há dados

^d Dados incompletos.

As ausências dos valores da população total dos países explicitam um erro metodológico, mas não desqualificam os dados. Porém, torna difícil a inferência epidemiológica à medida que tal desconhecimento não nos permite maiores comparações entre diferentes países ou, entre um mesmo país, ao longo do período.

No ano de 1957, o tema da varíola, da sua erradicação e, mais especificamente, das questões relacionadas à produção da vacina antivariólica, continuavam presentes em vários debates e estudos. O boletim, publicado em fevereiro de 1957, traz muitas discussões a partir de trabalhos apresentados e discutidos no Seminário de Vacinação Antivariólica que aconteceu em Lima, no Peru. Nesse evento, a varíola foi discutida como um problema de saúde pública em várias regiões do mundo, mesmo com a existência de um bioimunizante eficaz e capaz de combatê-la (Bosp, 1957).⁶⁸ Como resultados desse Seminário, houve uma melhora na qualidade da vacina produzida e um estímulo das investigações destinadas a obter um produto cada vez mais eficaz. Ao

⁶⁸ Este Seminário foi realizado em agosto de 1956, em Lima, e as reuniões realizadas no Instituto Nacional de Saúde Pública. Participaram 19 pessoas, entre participantes e observadores de 10 países do Continente⁶⁸ e assistiram como consultores destacadas figuras científicas reconhecidas como autoridades mundiais sobre o tema.

mesmo tempo, contribuiu para a intensificação de campanhas de vacinação, que exerceriam papéis decisivos para alcançar a meta proposta, ou seja, a erradicação continental da varíola.

Soper assinalava que nas Américas, desde 1947, a OSP estava atuando sobre uma base continental e que, desde 1949, o programa da OMS no hemisfério ocidental e o programa da OSP – financiado separadamente pelas nações americanas – tinham formado um programa continental único. Ele destacava o grande incremento que a saúde pública nas Américas apresentou nos últimos dez anos, através da colaboração internacional. Assim, através de uma melhoria da coordenação das atividades dos diversos organismos oficiais participantes, esta colaboração estava determinando algumas mudanças de estratégias, a exemplo da passagem do controle de doenças à erradicação de algumas delas. Exemplificando tal questão, elucidou que, ano de 1958, os países americanos empreenderam quatro campanhas de erradicação, com objetivos claros de se eliminar a varíola, a boubá, a febre amarela urbana e a malária. Soper considerava revelador o interesse crescente das nações de todo o mundo pelo Programa de Erradicação da Malária, doença que produzia, até um decênio atrás, o maior número de vítimas do planeta. Em sua perspectiva, os programas de erradicação representavam apenas uma pequena parte das atividades dos organismos internacionais, pois na realidade, estes programas só se tornaram possíveis pela existência de outras atividades de saúde pública, que estimulavam o desenvolvimento de programas sanitários. Nesse sentido, à medida que os programas de erradicação obtinham êxito, esperava-se encontrar a maneira de erradicar outras doenças.

A erradicação ganhava, cada vez mais, campo e legitimidade, além de seguidores. Os programas de erradicação, especialmente, em relação à malária e à varíola, tanto na OSP, como na OMS, não concentravam a mesma atenção dos diversos países, como também não possuíam a mesma disponibilidade de verbas. As campanhas mundiais de erradicação da malária (CMEM) e da varíola, ainda que tenham nascidas juntas, ou seja, no mesmo ano, eram campanhas diferentes por inúmeros motivos. Dentre eles, a própria característica da infecção malárica que é completamente diferente da variólica, incluindo o próprio agente patogênico (protozoário e vírus, respectivamente). A malária trouxe à tona questões de cunho sócio-econômico, enquanto a varíola e sua transmissão não se relacionavam, necessariamente, às

condições de vida da população.

Para se erradicar a varíola, é imprescindível a existência de uma boa vacina, além de, obviamente, laboratórios que produzam tais imunobiológicos. Já a erradicação da malária envolve questões complexas de saúde, pobreza, moradia, ausência ou incapacidade de uma infra-estrutura sanitária. Ainda que a varíola se configurasse, cada vez mais, como a grande vedete da erradicação, a malária continuava possuindo recursos bem maiores do que os programas da varíola. Ainda nos primeiros anos da década de 1960 percebemos que a malária ainda recebia uma fatia bem maior dos recursos. Essa questão pode não ser significativa, visto que as ações para a prevenção e o combate à varíola já existiam muito antes mesmo da produção da vacina antivariólica e que, após o seu conhecimento, várias foram as campanhas de vacinação destinadas ao seu combate em vários países do mundo.

Tanto a OSP, como a OMS, lançaram propostas de campanhas de vacinação de âmbito nacional. O que faziam na realidade era tornar continental ou internacional as ações que já vinham se desenvolvendo, estimulando e sistematizando essas ações em localidades onde não existiam esses serviços, e proporcionando uma melhoria dos mesmos, onde estes eram deficientes. Também havemos de considerar que os programas propostos por estas duas organizações internacionais surtiram efeitos positivos no próprio desenvolvimento de vacinas antivariólicas de boa qualidade o que demandou o preparo de profissionais para a sua produção, como também a estruturação de laboratórios e a disponibilização de recursos financeiros.

As medidas de quarentena em relação à varíola, ainda em 1958, se faziam necessárias, concernente às viagens internacionais que acabavam por servir como veículos para a locomoção e disseminação de vírus e de doenças. Nesse sentido, a OMS, a partir da declaração do Comitê da OMS de Quarentena Internacional reafirmava a importância de tal prática para evitar a ocorrência de epidemias e a importação de casos para regiões onde ela não mais exista ou mesmo em regiões onde ela se encontrava controlada. Nessa perspectiva, o relaxamento das medidas de quarentena poderia trazer grande prejuízo à saúde internacional (Bosp, 1958). As ações de vacinação antivariólicas, com vacina eficaz, aliadas aos bons métodos de vacinação, mais as medidas de quarentena, poderiam ter grande impacto no impedimento da ocorrência e disseminação das mesmas, além de tornarem-se, medidas, que em seu conjunto,

evitariam novos gastos aos países já livres da varíola⁶⁹.

Uma outra questão bastante discutida no período referia-se às vantagens do emprego da vacina dessecada nas campanhas de vacinação. A necessidade do uso desse tipo de vacina em campanhas de massa é retomada, chamando-se atenção em relação à facilidade que apresentava no processo de transporte das mesmas, como também a preservação de sua eficácia⁷⁰.

Discussões sobre os conceitos de erradicação e de controle que, ora se referiam aos patógenos, ora às doenças, foram temas bastante discutidos na década de 1950. O tema de erradicação, que se arrastava desde há muito tempo, constituía-se como uma questão se não mal resolvida, pelo menos pouco entendida, ou mesmo sem um consenso nos bastidores da ciência. As novas descobertas científicas em relação à causação das doenças, as formas de controlá-las e de combatê-las, aliadas às técnicas mais eficazes e a disponibilidade de drogas, inseticidas e antibióticos colaboravam para a reflexão acerca da erradicação. Algumas experiências relativas à erradicação do *Aedes aegypti* e *Anopheles gambiae*, significavam, no mínimo, que os homens da ciência e os homens das instituições nacionais e internacionais no campo da saúde pública não mais poderiam ignorar a possibilidade de erradicação de doenças infecciosas⁷¹ (Bosp, 1959). Diferentes posturas, em relação ao significado do que seria a erradicação de patógenos, de doenças, ou ambos, e sua relação e diferença, quanto às medidas de controle, fomentariam muitas das discussões sobre a possibilidade da medicina e do homem exterminar uma doença ou um patógeno da face da terra.

Muitas dessas discussões evidenciavam que o termo controle não era um

⁶⁹ São relatados casos em que não se primou pela utilização de medidas de quarentena, concomitante com as ações de vacinação antivariólica, o que acabou propiciando vários eventos epidêmicos em distintos países.

⁷⁰ Nesse período ainda ocorre a declaração de epidemias de varíola em vários países das Américas.

⁷¹ Lembramos que durante a Segunda Guerra mundial foi exterminado o *A. gambiae* do Alto Egito e a partir daí surgiram outros programas inclusive em relação à malária em algumas regiões. Em 1947, a OPAS resolveu que se devia erradicar o *A. aegypti* em todo o hemisfério ocidental como medida decisiva de proteção de seus habitantes contra a febre amarela urbana (Severo, O.P. LA Campana de erradicación del *Aedes aegypti* en las Américas. Su Organización, evolución Y resultados hasta diciembre de 1954. (Bosp, 38: 378-399, 1955). Dois anos depois, a OMS projetou a erradicação da frambesia (boubá) no Haiti, com a ajuda da Unicef. Também salientamos que os Estados Unidos e algumas outras repúblicas têm prestado apoio a estes ambiciosos projetos de erradicação. Por exemplo, no ano de 1958, na primeira sessão do Congresso, foi aprovada a designação de \$23.300.000 à Administração de Cooperação Internacional para a erradicação da malária fora do país. A OPAS contava com um fundo especial para a erradicação da malária que excedia quatro milhões, incluído \$3.500.000 procedentes dos EUA.

conceito duro, mas sim elástico que indicava um movimento de baixa da prevalência das doenças transmissíveis. O controle, nesse sentido, poderia abarcar muitos significados, inclusive, através dele poder se alcançar a erradicação de uma determinada doença. Várias eram as questões levantadas sobre as ações objetivando o controle e a erradicação de doenças transmissíveis. Deveria haver um conhecimento epidemiológico bastante completo sobre os agentes infecciosos, os vetores, hospedeiros e os reservatórios, de suas relações ecológicas e das suas possibilidades de sobrevivência e susceptibilidade. As atividades de vigilância epidemiológica, após a erradicação, assumiam grande importância e seus gastos eram poucos, em relação aos gastos imprevisíveis do controle, porque as ações de vigilância passariam a fazer parte dos serviços ordinários de vigilância epidemiológica contra todas as doenças (Bosp, 1959).

Em 1958 foi realizada a XI Assembléia Mundial de Saúde,⁷² em sua resolução⁷³ intitulada “Erradicación de la viruela”, considerava-se a varíola como doença transmissível, muito difundida e muito perigosa, cujos focos endêmicos em muitas regiões do mundo constituíam risco constante de propagação, e uma ameaça para a vida e para a saúde das populações. A partir dessas considerações, se afirmava que, do ponto de vista econômico, os fundos dedicados à luta contra essa doença e à vacinação no mundo inteiro excederiam o que faria falta para erradicar a varíola nos focos endêmicos eliminando, assim suas fontes de infecção. Nesse sentido, a assembléia considerou que a erradicação da varíola permitiria prescindir da vacinação e faria inúteis todos os gastos que esta ocasionaria⁷⁴. Fundamentando-se nos progressos alcançados pela ciência médica e pelos serviços de saúde na luta contra as doenças infecciosas, particularmente contra a varíola, e na tendência observada da diminuição da doença, assim como, nas decisões e nas disposições adotadas pela OMS para o seu controle, e com vistas a intensificar os programas de luta antivariólica⁷⁵ foi afirmado na assembléia que o

⁷² Actas Of. Org. Mund. Salud, **87**, 1958.

⁷³ Resolução WHA11.54

⁷⁴ No anexo 19. É apresentado um informe do Diretor Geral da OMS, com resumo das decisões anteriores das Assembléias Mundiais de Saúde e do Conselho Executivo, como também um Apêndice, onde através de um Quadro são visualizados os números de casos de varíola declarados e o número de vacinações registradas em diversos países no período de 1954-1957 (população em milhões de habitantes; número de casos; vacinações e revacinações)

⁷⁵E em particular as resoluções WHA3.18, EB11.R58, WHA6.18, EB12.R13, WHA7.5, WHA8.38 e WHA9.49.

problema da erradicação da varíola deveria ser abordado, o mais rápido possível em todo o mundo, e nesse sentido resolvia:

1. PIDE al Director General que estudie las consecuencias financieras, administrativas y técnicas de un programa encaminado a la erradicación de la viruela y que presente en la 23ª, reunión del Consejo Ejecutivo un informe sobre esa cuestión que deberá tratar en particular de los diversos problemas que suscitaría la ejecución de las siguientes actividades:

(a) investigación de los medios apropiados para erradicar la viruela, en el mundo entero, teniendo en cuenta que esa infección persiste en ciertas zonas a pesar de las repetidas campañas de vacunación;

(b) adopción de disposiciones adecuadas para fomentar la preparación de las necesarias cantidades de vacuna antivariólica en los laboratorios e institutos nacionales durante el período 1958-1960;

(c) formación de vacunadores escogidos en la población de los países donde hayan de emprenderse campañas de vacunación en masa;

(d) acopio de las experiencias disponibles y preparación de recomendaciones acerca de la producción en cantidad suficiente de una vacuna antivariólica termoestable que pueda conservarse durante largos periodos de tiempo u que pueda usarse en las regiones tropicales y subtropicales; y

(e) estudio de las medidas de precaución que deban adoptarse para evitar las complicaciones a que pudiera dar lugar la vacunación antivariólica;

2. RECOMIENDA a todos los gobiernos:

(a) que en 1959 y 1960 se proceda a vacunar a la población de los países donde están situados los principales focos endémicos de viruela; y

(b) que en 1961 y 1962, se cueva a vacunar a la población en los focos donde persista la enfermedad y que ulteriormente se proceda a la revacunación en la medida que sea necesaria, habida cuenta de la experiencia de cada país;

3. RECOMIENDA a todos los países donde la vacunación antivariólica tiene carácter obligatorio que sigan aplicando esa medida mientras dure la campana mundial de erradicación de la enfermedad;

4. INVITA a los especialistas en ciencias médicas y a las instituciones científicas que se ocupan de cuestiones de microbiología y epidemiología a que intensifiquen sus esfuerzos con objeto de mejorar la calidad y las técnicas de preparación de una vacuna antivariólica satisfactoria, cuyas propiedades no se alteren por efecto de la temperatura; y

5. PIDE al Director General que informe a la 12ª. Asamblea Mundial de la Salud sobre progresos realizados y sobre los resultados obtenidos.

Séptima sesión plenaria, 12 de junio de 1958.

(Sección 5 del quinto informe de la Comisión del Programa y del Presupuesto) (Actas Of. Org. Mund. Salud, 87, 41-2)

Já na XII Assembléia Mundial de Saúde, realizada em maio de 1959, foram reiterados os argumentos em favor da erradicação da varíola, e se insistiu

particularmente na urgência de erradicar a enfermidade em todo o mundo. Nessa assembléia o Programa Mundial de Erradicação da Varíola da OMS foi discutido e, a partir de então, colocado em prática. O ano de 1959 marca para o continente americano, a saída do médico norte-americano Fred Soper da Direção da OSP, cargo que havia ocupado de 1947 a 1959. Ainda em 1959 foi eleito o novo Diretor da OSP/OPAS, o médico Abraham Horwitz, o primeiro latino-americano a ocupar esse cargo tendo permanecido por 16 anos até o ano de 1975.

Durante a sua gestão, alguns temas foram ganhando mais força dentro do espaço da saúde interamericana. Por exemplo, considerava-se que, nem o programa da malária e nenhum outro programa vertical conseguiriam ser efetivos e duradouros se não houvesse uma forma de integração e um fortalecimento geral dos serviços de saúde. O novo diretor continuou os trabalhos que já estavam sendo desenvolvidos por Soper, porém, introduziu novos objetivos e metodologias, assim como designou maiores recursos para as atividades como saneamento básico, educação médica, tabagismo e nutrição. Horwitz introduziu na agenda da OSP/OPAS, uma íntima relação entre saúde e economia. Para ele, as condições de saúde dependiam do grau de desenvolvimento econômico. Nesse sentido, as questões de saúde não poderiam ser concebidas apenas pela ótica da saúde, sem uma relação intrínseca com o desenvolvimento sócio-econômico.

Até o ano de 1958, segundo a OSP, o programa de erradicação da varíola tinha sido provido através da ajuda técnica da Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Cuba, Chile, Equador, Haiti, México, Peru, Uruguai e Venezuela. No entendimento da OSP/OMS a campanha de erradicação da varíola nas Américas avançava, em fins da década de 1950 lentamente. Apesar dos resultados positivos obtidos pelos diversos países que já haviam completado a erradicação ou reduziram a incidência da varíola a um nível sem importância, a doença ainda constituía, todavia, um importante problema de saúde pública nas Américas. Em muitos países essa demora de resultados efetivos referia-se as dificuldades de caráter administrativo e financeiro. Entre os principais problemas administrativos, havia a questão de equipamentos, a contratação insuficiente de pessoal treinado, qualificado e devidamente remunerado. Também seria preciso vencer os obstáculos dos meios inadequados de transporte e dos deficientes sistemas de pagamento de viagens do pessoal de campo. Os gastos necessários para efetuar e

completar a campanha continental eram considerados pequenos em comparação ao enorme gasto das campanhas de erradicação de outras doenças importantes. A OPAS esperava que os governos pudessem assegurar as concessões necessárias, em seus orçamentos nacionais, para o prosseguimento das atividades de erradicação. A OPAS concedia alta prioridade a esse programa, através de seus corpos diretivos e nos orçamentos, como também através de apoio às campanhas empreendidas nos distintos países.

5.2.3. Da década de 1960 à erradicação continental da varíola

A década de 1960 é marcadamente importante no que se refere às orientações das políticas de erradicação mundial da varíola empreendidas pela OMS e, para as Américas, pela OPAS, que se configura como a Oficina Regional da OMS para as Américas.

O discurso dessas agências reforçava a idéia de que a varíola apresentava-se ainda como ameaça à saúde pública internacional, principalmente em relação aos países livres da doença. O seu controle pelos países requeria um constante e complicado sistema de defesa (vigilância), através de um conjunto de ações como a educação da população, em relação à importância da vacinação; as próprias ações de vacinação e da revacinação de rotina; um sistema eficiente de notificação; medidas de quarentena, através do isolamento e das medidas de desinfecção; serviços de investigação e de registros de casos e de suspeitos; um programa que incluía a vacinação dos contatos e a revacinação geral; a notificação de casos em nível internacional; a centralização dos dados nos organismos de saúde pública nacional e internacional; a certificação e a inspeção médica.

O quadro de distribuição de casos de varíola parecia evidenciar, naquele momento, que a doença avançava as fronteiras internacionais e mostrava a necessidade de medidas de controle, já que nenhuma nação poderia evitar permanentemente a reinfecção.

Na concepção da OSP/OMS, somente através da erradicação da varíola seria possível acabar com a sua ameaça, ou mesmo com os intermináveis esforços e gastos, que o seu controle requeria. Desta forma, as perspectivas de erradicação se

apresentavam como necessárias e viáveis, e se faziam através de um grande esforço, para enfrentar a doença. Um exemplo foram às ações bem sucedidas das campanhas de combate à varíola através da vacinação sistemática. Um programa piloto desenvolvido na Bolívia – este país constituía há época um dos principais focos endêmicos do continente – empreendido pelo Serviço Cooperativo Inter-Americano de Saúde Pública, foi considerado vitorioso pela OSP/OMS pela rápida eliminação de um dos principais focos da varíola nas Américas. Foi realizada uma campanha de vacinação em massa, apesar de uma combinação única de fatores adversos ao controle exercido pelos serviços ordinários, constituiu em uma prova da possibilidade de erradicar a varíola mediante um ataque sistemático das fontes da doença. Destaca-se aqui o papel fundamental dos Informes Quadrienais, enviados pelo país aos dois organismos internacionais, para o êxito do programa na Bolívia⁷⁶. Em 1958, a varíola já havia sido eliminada de oito países das Américas, através de vários programas de erradicação, que foram executados através da colaboração da OSP. Para a OPAS/OMS, esse quadro fazia crer que através da intensificação dos esforços nos três países, onde ainda existiam focos residuais de varíola, a infecção seria eliminada rapidamente⁷⁷.

Nesse período os países vão assumindo, cada vez em maior grau, a obrigação de eliminar a varíola endêmica em reconhecimento ao direito dos outros países de estarem protegidos contra a reinfecção das zonas já liberadas da enfermidade. Dessa forma, a intensificação dos esforços nacionais representava uma contribuição à saúde internacional, em seu conjunto. Entendia-se, que provavelmente, as campanhas de vacinação em massa poderiam se limitar aos focos endêmicos. Entretanto, os custos

⁷⁶ Esses Informes Quadrienais constituem respostas de vários países-membros sobre a situação sanitária. Incluem a notificação de várias doenças contagiosas ou não, as estruturas sanitárias existentes; as deficiências, as doenças que constituem naquele país um problema de peso e por isso prioridade na agenda sanitária nacional, entre muitas outras informações. Essas informações, então sistematizadas servem de fio condutor ou mesmo de material reflexivo para que as Organizações de Saúde Internacionais construam sua agenda, levando em conta os interesses e as necessidades de cada país; porém deve ser considerado que os interesses gerais, ou seja, internacionais, de forma geral, se sobrepõem aos nacionais, específicos. Sobre as medidas de combate à varíola mostram as características do país; as atividades de controle no passado; a campanha; pessoal e equipe; técnicas de vacinação; inspeção, informação pública, operações, evolução e resultados.

⁷⁷ A varíola endêmica desapareceu da Europa, da URSS, Austrália e em certas regiões da África. Entretanto o Hemisfério Oriental apresenta importantes focos endêmicos. Aproximadamente 4/5 dos casos de varíola se registram em países asiáticos, dos que também procede uma grande proporção dos casos que se exportam a outros países (OMS. Los diez primeros años de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1958). O Continente Africano ocupa o segundo lugar em relação aos focos mais importantes.

distribuídos em escala mundial não deveriam constituir um maior obstáculo se fosse levado em conta que os gastos totais da vacinação – por grupos móveis em zonas de população dispersa – não representariam mais do que cinco centavos de dólar *per capita*. Até a metade da década considerava-se que a campanha de erradicação nas Américas apresentava avanços lentos, mais do que havia sido previsto. Entretanto, apesar dos excelentes resultados obtidos pelos diversos países que já haviam completado o seu programa e conseguido a erradicação, ou ainda estavam progressivamente reduzindo a incidência de casos, a varíola ainda constituía, um importante problema sanitário.

Com vistas a dar continuidade ao projeto de erradicação a OSP continuava afirmando que os gastos com a erradicação eram pequenos, se comparados a outros, em relação a outras doenças importantes do ponto de vista da erradicação. Disponha-se de uma arma eficaz contra a doença, que era a vacina, porém a Oficina reforçava que era fundamental que os países abraçassem a causa pela erradicação e vencessem as dificuldades administrativas e financeiras⁷⁸.

A XV Conferência Sanitária Pan-Americana, considerando a necessidade da erradicação da doença em todos os países e, levando em conta as resoluções adotadas pelos corpos diretivos da OPAS/OMS, através da Resolução WHA11. 54 da XI Assembléia Mundial de Saúde resolveu:

- 1) Considerar da erradicação da varíola como uma necessidade de saúde pública que requer urgente atenção em todos os países das Américas.
- 2) Recomendar aos governos dos países onde a varíola existia que procedessem a realização de planos nacionais de erradicação desta doença.
- 3) Solicitar a cooperação dos governos membros para que facilitassem a vacina antivariólica e o assessoramento técnico, com vistas a alcançar a erradicação em escala continental.
- 4) Recomendar à Oficina Sanitária Pan-Americana que adote todas as medidas necessárias, para alcançar esse objetivo. Entre elas a colaboração na produção de vacina, o assessoramento na organização das campanhas em escala nacional e a celebração de reuniões entre países com a finalidade de coordenar as atividades neste campo.
- 5) Solicitar a Oficina Sanitária Panamericana que realiza os estudos necessários a fim de estabelecer uma definição da erradicação que possa ser aplicada uniforme nos diferentes países.

⁷⁸Bosp. Actualidades Médicas y Sanitarias. Revistas. Enfermedades Cuarentenables. *Viruela*, año 39, v. XLIX, n. 2: 172-178, ago. 1960.

Essas resoluções confirmavam a importância que os corpos diretivos da OPAS/OMS concediam ao problema da varíola. Entretanto, ainda que a varíola fosse tema sanitário relevante na década, a OSP/OMS consideraria em suas agendas outros temas cada vez mais relevantes. Refletiam a necessidade de planejamento no campo sanitário, em todos os países, de um projeto nacional, a fim de estruturar de forma mais eficiente os serviços, que minimizassem os graves desníveis existentes entre os recursos disponíveis e as necessidades. Buscava-se uma melhoria efetiva na ampliação e/ou melhoria da rede de abastecimento de água e esgotos.

Outro documento que vale a pena ser mencionado refere-se à Ata de Bogotá. Em 1960 o destino da América Latina se expressou mais ressonante nesse documento que sintetiza as deliberações, que tiveram lugar na Terceira Reunião da Comissão Especial, para estudar a formulação de novas medidas de cooperação econômica, chamada Comissão dos 21 da Organização dos Estados Americanos. Nesse documento o melhoramento social aparece referido as condições da vida rural, ao uso da terra; a moradia e aos serviços das comunidades; aos sistemas educativos e aos serviços de capacitação; a saúde pública; a mobilização dos recursos nacionais. Foi criado um Fundo de Desenvolvimento Social, cujo propósito foi:

(...) o de contribuir com recursos de capital e assistência técnica em termos e condições flexíveis, que incluam pagamentos dos empréstimos em moedas nacionais e a concessão de novos empréstimos com os fundos provenientes das amortizações e os interesses, de acordo com critérios seletivos e apropriados, segundo os recursos disponíveis, para apoiar os esforços dos países latino-americanos que estão dispostos a iniciar ou ampliar melhoras institucionais efetivas e a adotar medidas para utilizar eficazmente seus próprios recursos, com vistas a alcançar um maior progresso social e um crescimento econômico mais equilibrado. (p. 546)

Na perspectiva da OSP/OMS a Ata de Bogotá significava a cristalização de uma doutrina, cujo enunciado por representantes da alta hierarquia dos governos do continente havia sido tanto oportuno como necessário. Reconhecia-se que os efeitos dos programas de desenvolvimento econômico, deveriam ser fortalecidos e ampliados urgentemente, e nesse sentido, deveriam ser tomadas medidas que fizessem frente às necessidades sociais. A etapa seguinte seria tornar realidade as idéias de ordem social e econômica que lhe davam forma.

Dentre as medidas propostas constava fazer a revisão dos programas e políticas

de saúde pública, prestando especial atenção ao fortalecimento e à expansão dos serviços nacionais e locais de saúde; ao desenvolvimento progressivo de sistemas de seguro de saúde, maternidades, acidentes; a dotação de centros de saúde, hospitais e postos sanitários; a extensão dos serviços médicos públicos nas zonas que mais necessitassem; o fortalecimento das campanhas para o controle ou a erradicação de doenças transmissíveis, *com especial atenção à erradicação da malária (grifo meu)*; medidas para o desenvolvimento econômico (cooperação internacional para o desenvolvimento do continente americano) e a cooperação multilateral para o progresso social e econômico⁷⁹.

A OSP entendia o importante papel da epidemiologia para o controle das doenças transmissíveis. A ciência epidemiológica é concebida compreendendo todas as relações do homem com o meio ambiente, tanto quando esse homem está são, como quando está enfermo. A epidemiologia, nesse sentido, segundo Horwitz, era sinônimo de ecologia médica⁸⁰ (Bosp, 1961). A problemática da prevenção e do controle das doenças transmissíveis aparecia como tema de peso. A erradicação da varíola e da malária, especialmente, era referenciada, através da intrínseca relação entre a saúde e o desenvolvimento econômico e social.

As orientações e as ações no tocante às políticas internacionais de saúde pública da OPAS e da OMS, na década de 1960, estavam relacionadas intrinsecamente a alguns acontecimentos internacionais que iriam marcar toda a década e os anos posteriores no campo sanitário das Américas. Marca o arranjo do Primeiro Plano Decenal de Saúde Pública da Aliança para o Progresso.

(...) reunião e documento que não, apenas balizarão os encontros de Ministros da Saúde das Américas, respectivamente em Washington (1963) e Buenos Aires (1968) e Santiago (1972), mas também tratarão de mudanças teóricas, conceituais e práticas relevantes na gestão de recursos humanos e nas políticas de saúde em todo o continente, incluindo o Brasil. (Paiva, 2004)

⁷⁹ Bosp. *Acta de Bogotá. Medidas para el mejoramiento social y el desarrollo econômico dentro del marco de la operacion panamericana*, jul. 1961. p. 76-80. ****

(Documento CECE/III-70) aprovado pela Comissão Especial para Estudar a Formulação de Novas Medidas de Cooperação Econômica do Conselho da Organização dos Estados Americanos, em seu terceiro período de sessões, reunida em Bogotá, Colômbia, de 5 a 13 de setembro de 1960).

⁸⁰ Bosp. *La epidemiologia en la America Latina*, año 40, v. LI, n. 3, sept. 1961.

No ano de 1961 os Estados Unidos, através da Organização dos Estados Americanos (OEA), promoveram uma reunião de Ministros do Interior dos países das Américas, em Punta del Este, Uruguai. A Carta de Punta del Este, que foi o documento assinado pelos países membros da OEA, possui dois documentos anexos: a Resolução A1, intitulada: *Plan Decenal de Educación de la Alianza para el Progreso* e a Resolução A2: *Plan Decenal de Salud Publica de la Alianza para el Progreso*.⁸¹ O Programa “Aliança para o Progresso”⁸² (Bosp, 1961), constituiu parte das estratégias políticas norte-americanas, do período Kennedy, que davam ênfase aos obstáculos internos para o desenvolvimento (Cardoso, 1980). O subdesenvolvimento era entendido como um campo propício para a proliferação das idéias socialistas. Nesse sentido, através do financiamento de projetos sociais a partir da “Aliança para o Progresso”, desejava-se contrapor à expansão dessas idéias. Nessa perspectiva, o programa surge como aliança para o desenvolvimento e contra o socialismo, com clara intenção de controle social (Giovannella, 1991). Horwitz apresentou nesta reunião dois trabalhos intitulados “Planificación del desarrollo econômico y social en América Latina” y “El desarrollo econômico y el bienestar social”.

Para o campo da saúde, a Carta estabeleceu metas para um período de dez anos. Os países signatários se comprometeram a reduzir a mortalidade das crianças menores de cinco anos de idade; erradicar a malária e a varíola; intensificar o controle da tuberculose e das doenças entéricas; melhorar a alimentação e a nutrição, através de uma maior ingestão de proteínas; abastecer de água potável e serviços de esgoto, pelo menos, 70% da população urbana e 50% da população rural; melhorar a organização dos serviços de saúde e torná-los mais eficientes e acessíveis, com ênfase nas ações de prevenção e cura; aumentar o número de profissionais e auxiliares em saúde; criar nos Ministérios de Saúde unidades de planejamento integradas aos organismos de

⁸¹ Segundo Paiva (2004), a Resolução A2, “(...) parece ter lançado as bases de todo um movimento de vanguarda no que se refere à discussão acerca do planejamento em saúde, do aumento da cobertura dos serviços e da reforma dos currículos médicos, que serão pautas importantes de congraçamento e tensão dos campos médicos nacionais no continente” (Paiva, 2004, p.2) Ele acredita haver um importante debate no cerne dessas discussões no campo dos recursos humanos em saúde.

⁸² A revolução cubana teve início no ano de 1959 e fomentou o clima de rivalidade internacional que já se desenhava desde o pós-guerra, com o embate ideológico entre Washington e o Kremlin. Quando do alinhamento de Fidel Castro á causa soviética, a partir de 1961, a gestão de John Kennedy, entre 1961/11 e 1963, passou a se ocupar especialmente com a questão política da manutenção da imunidade e do afastamento da América latina dos ideais comunistas, implicando assim o alinhamento dos vizinhos do sul às propostas e aos interesses norte-americanos (Paiva, 2004).

planejamento do desenvolvimento econômico e social; melhorar as estatísticas vitais e sanitárias; elaborar planos decenais nacionais de saúde e aumentar a esperança de vida ao nascer recomendando também o uso de meios de assistência técnica multilateral. (Bosp, 1961; OPAS/OMS, 1971). Entre as medidas instituídas, consideradas de caráter imediato, assinalamos a erradicação do paludismo (malária) e da varíola do continente, além da intensificação do combate a outras doenças contagiosas, como a tuberculose.

A OPAS ficou encarregada de avaliar os projetos elaborados com vistas a alcançar as metas propostas se encarregando, também, de ser fiadora desses projetos frente às agências financiadoras. No entanto, ainda constava, entre as funções da OPAS, prestar assessoramento aos países na elaboração de seus planos e de promover a formulação de procedimentos para o planejamento da saúde (Giovanella, 1991).

No Brasil, este amplo movimento seria conhecido como “sanitarismo-desenvolvimentista”⁸³ que mesmo sendo um movimento local no campo sanitário, com mudanças institucionais e ideológicas no campo da saúde, guardaria estreitas relações com as orientações da OPAS para o continente. A Carta de Punta del Este, segundo Paiva (2004:2): “(...)constitui o marco político-institucional e simbólico da mudança no entendimento do papel das políticas públicas de saúde e dos profissionais desse campo, no desenvolvimento social e econômico das nações latino-americanas”.

Ainda que não fosse um debate específico sobre as questões que envolviam a erradicação da varíola em nível regional e continental, no ano de 1963, o tema da erradicação das doenças transmissíveis permanecia presente, através análise e apresentação de exemplos sobre os programas de erradicação.⁸⁴ Chamamos atenção para o trabalho⁸⁵ apresentado pelo Dr. Anthony M. M. Payne, professor e presidente do Departamento de Epidemiologia e Saúde Pública, da Escola de Medicina da Universidade de Yale, EUA, no Simpósio da Associação Americana de Saúde Pública (19ª Reunião Anual), Miami Beach, Florida, EUA, em 1962. Nele, o Dr. Payne traça algumas considerações sobre o equilíbrio entre o esforço sanitário e o esforço

⁸³ Ver André Campos (1999; 2000) e 3ª. Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963.

⁸⁴ O Bosp. *Organización Mundial de la Salud. Contribución del Vaticano a la Campana Mundial contra la malaria*, oct. 1963. p. 456-457. Mostra que o vaticano estava contribuindo para o Programa Mundial de Erradicação da Malária desde o ano de 1959.

⁸⁵ Bosp. *La erradicacion de enfermedades como factor econômico*, año 42, v. LV, n. 6: 608-616, dic. 1963.

econômico. Segundo ele, a erradicação seria apenas um pequeno aspecto do esforço geral.

Nesse trabalho a erradicação era concebida como a última fase de uma seqüência de ações cada vez mais complexa. A primeira fase seria o controle, que reduziria a incidência de uma enfermidade a um grau aceitável, mesmo persistindo, tanto casos da doença, quanto o seu agente causal. A segunda fase consistiria na eliminação das doenças do homem. De maneira geral, poderia se permitir a existência do agente enquanto não causasse doença ao homem. A fase final seria a erradicação que, segundo sua etimologia, requereria a eliminação total da enfermidade e do seu agente ou causa. A avaliação do significado de cada uma dessas fases, evidencia a necessidade de se delimitar expressamente a zona dentro da qual se pretenderia alcançar a erradicação. Segundo ele, a diferença entre erradicação mundial e local ou regional pode se revestir de importância fundamental. Enfatizava ainda que essas fases constituíam apenas um dos caminhos, porém não o único. Nesse sentido, abrir-se-iam outros em direção à saúde, que seriam os do desenvolvimento sócio-econômico, das oportunidades culturais, intelectuais e científicas. Daí em diante o autor, começava a mostrar quais são as questões que se relacionavam diretamente à saúde, chamando atenção para o campo econômico.

Na 14ª Reunião do Conselho Diretivo da OSP,⁸⁶ 1962, foram mostrados os investimentos realizados no campo sanitário por algumas fundações para o desenvolvimento de programas de educação e treinamento de pessoal sanitário, de nutrição e em programas de abastecimento de água. No informe foi feito um apelo aos países que criassem oficinas de planejamento em seus ministérios de saúde, a fim de que pudessem desempenhar papel fundamental no melhoramento da saúde pública, tal como preconizava a Carta de Punta del Este. Uma outra questão pontuada pelo Diretor da OSP, dizia respeito ao estabelecimento de uma ordem de prioridades, de acordo com as necessidades de saúde pública, e a partir daí direcionar fundos para atender os problemas. Como exemplo do programa de prioridades o Diretor citou os sistemas de provisão de água potável e a eliminação de excretas para os 56 milhões de pessoas que naquele momento careciam dos serviços no continente.

⁸⁶ Bosp. *La erradicacion de enfermedades como factor econômico*, año 42, v. LV, n. 6: 608-616, dic. 1963.

Na Segunda Reunião Anual, em nível ministerial, realizada na Cidade Universitária de São Paulo, Brasil, em novembro de 1963, o Conselho Interamericano Econômico e Social (Cies), da Organização dos Estados Americanos (OEA), aprovou, entre outras, resoluções do Programa Continental de Saneamento e Bem-Estar Rural, e uma série de recomendações sobre a saúde, dirigidas especialmente aos governos dos Estados Membros da OEA e aos organismos internacionais.⁸⁷ Também em sua 2ª Reunião de Peritos, em novembro de 1963, o Cies aprovou outras resoluções específicas sobre a febre aftosa e sobre a erradicação da malária.

Sobre a varíola, ela configurava no item das doenças transmissíveis tendo sido solicitada a intensificação dos esforços para erradicá-la e acelerar a erradicação do paludismo. Pedia-se que os países colaborassem uns com os outros, reciprocamente, especialmente nas zonas fronteiriças. Convém ressaltar que grande ênfase é dada a febre aftosa e a malária.

De 31 de agosto a 11 de setembro de 1964, na cidade do México, D.F., foi realizada a 15ª Reunião do Conselho Diretivo da OPS – 16ª Reunião do Comitê Regional da OMS.⁸⁸ Segundo informações do Diretor da OSP, sobre os trabalhos desenvolvidos pela Oficina no ano de 1963, dos 394 programas empreendidos, 147 corresponderiam à luta contra as doenças transmissíveis, sobretudo a malária, a febre amarela selvagem, a lepra, a peste, a varíola e a tuberculose. Segundo o Informe, os 3.083 casos registrados de varíola diminuiram, com relação a 1962, em 88%, o que foi atribuído aos programas de vacinação em grande escala levado a cabo. O número de 125.000 registrados de tuberculose, entre 1962 e 1963, foi considerado muito abaixo da cifra verdadeira, pela falta de dados procedentes de várias partes do continente. Foi estimado que esses casos superaram 2 milhões. Os casos de febre amarela selvagem quase triplicaram, pois passaram de 52, em 1962, a 141 casos, em 1963. Não foram registrados casos de febre amarela urbana, tendo sido o último caso notificado em 1954. Em fins de 1963 foram registrados 167.038 casos de lepra em 18 países americanos. O número de casos de peste humana diminuiu passando de 527 em 1962 para 423 em 1963.

Em relação ao Programa e Orçamento para os anos de 1964 e 1965, a OPAS

⁸⁷ Bosp. *Información General*. Resoluciones y Recomendaciones sobre a Salud aprobadas por el Consejo Interamericano Económico y Social de la OEA.

⁸⁸ Bosp. *Información general*. XV reunion del Consejo Directivo de la Organizacion Panamericana de la salud, nov. 1964. p. 496-536.

contava com as retiradas do orçamento ordinário da OMS – para a região das Américas – com os fundos de Assistência Técnica das Nações Unidas, administrados pela OMS – para os programas de saúde desta Região – e com outros fundos para fins específicos, como a erradicação da malária, o abastecimento público de água, e o Programa de Cooperação Técnica da organização dos Estados Americanos. No total, os fundos que seriam investidos em 1964, atingiriam 17 milhões de dólares, que seriam dedicados ao desenvolvimento de 390 programas de saúde pública nos países da América durante o respectivo ano.

Das cifras da OSP para o ano de 1964, cerca de 1/3 do orçamento, aproximadamente, cinco milhões e meio de dólares, seriam utilizados em projetos destinados a combater o paludismo, a varíola, a tuberculose, a lepra e a febre aftosa. Desta soma 3,8 milhões de dólares seriam empregados para erradicar o paludismo, um dos objetivos principais dos especialistas em saúde pública do hemisfério desde 1954, ano em que começou uma campanha continental para eliminar essa doença. Outras das principais previsões do orçamento destinariam 1,3 milhões de dólares para os programas destinados a melhorar a nutrição no hemisfério, um milhão para sistemas de água e esgoto, e 400.000 dólares para a educação e treinamento de doenças na América Latina.

Tendo por base a divisão do montante destinado aos programas da OSP, percebemos que a malária, aparece centralizando 75% do total da verba destinada ao combate de algumas doenças. Aos programas da varíola, da tuberculose, da lepra e da febre aftosa restariam apenas 1,2 milhões de dólares, perfazendo aproximadamente 25% do total da verba.

Esse quadro, considerando o aspecto econômico envolvido, nos indica qual era naquele momento o grande problema e prioridade de saúde pública no continente americano. Certamente não era a varíola. Por outro lado, considerando as enormes diferenças epidemiológicas e técnicas para a erradicação da varíola e da malária, entendemos que a quantia destinada a cada um dos programas nas Américas não poderia ser equivalente. Porém, ainda assim, percebemos que a malária ainda captava maiores recursos e atenções do que as outras doenças, inclusive a varíola.

Ainda em 1964, algumas doenças infecciosas agudas, como a influenza, a difteria e o sarampo foram mencionadas pelos boletins. Entretanto, as doenças

quarentenáveis continuaram marcando presença, através de estudos relacionados à vacinação da febre amarela e em relação à descrição de eventos epidêmicos de varíola branda no Brasil.⁸⁹ Uma doença contagiosa que despontou, nesse período, com perspectivas de erradicação foi a tuberculose. Essa doença ganhava maior espaço e ênfase nos corpos diretivos da OSP/OMS.⁹⁰ Nessa época existiam pelo menos 15 milhões de doentes de tuberculose no mundo matando, anualmente, mais de três milhões de pessoas. Nas Américas foram registradas 50.000 mortes anuais por tuberculose e foram registrados mais de 200.000 novos doentes (incidência). A prevalência era de 30 casos por cada 100.000 habitantes na América do Norte, proporção que se eleva a 58 doentes na América Central e a 131 na América do Su.⁹¹ Foram constatadas várias mensagens de chefes de Estados e ministros da saúde sobre a questão da tuberculose nos boletins da época. Assinalamos que todas essas questões relacionadas a doenças específicas, como também a outros problemas intimamente relacionados à saúde das populações, estavam permeadas, na visão dos organismos internacionais, da idéia do desenvolvimento econômico. As transformações econômicas deveriam ser acompanhadas de transformações no campo da saúde pública. Havia um conceito, cada vez mais dinâmico de saúde, tendendo ou mesmo aspirando a certo equilíbrio entre os procedimentos científicos, a economia e as políticas sanitárias. Deste modo, a afirmação de que a saúde era uma variável que dependia do desenvolvimento econômico, tornava-se fundamental para a formulação de uma política dinâmica (Bosp, 1964). Ainda no final da primeira metade da década de 1960, segundo os acordos internacionais, todos os casos de cólera, febre amarela, peste, febre recorrente transmitida por piolhos, tifo transmitido por piolhos e varíola ocorridos nas Américas, deveriam ser notificados à OSP e à Oficina Central da OMS em Genebra.⁹²

Em relação ao orçamento, destinado para os programas, entre os anos de 1965 e

⁸⁹ Bosp. Actualidades Médicas y de Salud. Revistas. *Enfermedades infecciosas agudas*, mar. 1964. p. 257-258. Bosp. Actualidades Médicas y de Salud. Revistas. *Enfermedades Cuarentenables*, mar. 1964. p. 258-259.

⁹⁰ Bosp. *Perspectivas de Erradicación de la Tuberculosis*, Marzo, 1964. p.340-342. Bosp. *?Es posible erradicar la tuberculosis?*, mar. 1964. p. 343-347. Bosp.Editoriales. Lucha sin tréguia contra la tuberculosis. Marzo, 1964. p. 368-371..(Mensagem do Diretor da OMS- Dr. M. G. Candau).

⁹¹ Vale ressaltar que a tuberculose já era uma doença muito séria em várias regiões do mundo. No ano de 1964, o Tema escolhido foi Luta sem tréguia contra a tuberculose. Bosp. Información General. *Dia Mundial de la Salud*, may. 1964. p. 527-529.

⁹² Bosp. Actualidades Médicas y de Salud. *Enfermedades Cuarentenables*, dic. 1964. p. 584-586

1966, quase a quarta parte do orçamento para 1965, se destinava à luta contra as doenças transmissíveis. Desta parte, 2.7 milhões de dólares se destinaram à erradicação da malária,⁹³ principal empenho das autoridades de saúde pública desde 1954. O restante se destinava às instituições de treinamento de pessoal, melhoramento nutricional e construção de abastecimento de água e esgotos.⁹⁴

O tema da erradicação da varíola, ainda que de forma bem mais tímida, aparecia entre os temas objetos dos debates dos boletins. Porém, a sua presença, referia-se à satisfação de algumas instituições sanitárias internacionais por ter a doença desaparecido de muitas regiões das Américas. Foi recomendada aos governos, como ao Diretor da OSP, a continuidade do programa para se alcançar a erradicação da varíola.

A presença da varíola no continente americano, ainda em dezembro de 1964, suscita a partir da OSP, estudos relacionados às formas de vacinação, incluindo a vacinação intradérmica antivariólica, através do injetor a pressão. Esse tipo de injetor traria para o Programa de Erradicação da Varíola um grande benefício, pois o número de vacinação/dia seria extremamente maior.⁹⁵

O êxito do programa de erradicação já era claramente evidente, apesar da incompleta notificação de casos em algumas regiões do continente. Em 1963, somente foram notificados casos de varíola em quatro países, enquanto no ano de 1954, foram dez os países que fizeram a notificação. O número anual de casos notificados, durante o decênio, diminuiu de 11.979, em 1954, para 353, em 1963. 85% dos casos notificados, em 1963, eram do Brasil e o resto, do Equador, da Colômbia e Peru. Nestes últimos países foram realizados extensivos programas de vacinação seguidos de pronunciada

⁹³ Sobre o Programa de Erradicação da Malária durante a Reunião, o representante dos Estados Unidos anunciou uma contribuição de seu país de 1.800.000 dólares ao programa de erradicação da malária do Hemisfério Ocidental em 1965. Esta nova contribuição elevava a 17.800.000 dólares o aporte pelos Estados Unidos à campanha antimalárica desde 1957. Outros países americanos também contribuíram com o mesmo fundo: em 1963 foram investidos 30 milhões de dólares na campanha contra a malária.

⁹⁴ Além de seu orçamento ordinário provenientes da OMS e da Assistência Técnica das Nações Unidas, a OPS conta com outros recursos para fins específicos, que vem a acrescentar seu orçamento geral: se trata dos fundos especiais para a malária, os de cooperação técnica, da organização dos estados Americanos, e outras doações, em especial as destinadas ao Instituto de Nutrição da América Central e Panamá. Há indicação que ainda seriam necessários 205 milhões de dólares para levar a cabo a campanha de erradicação da malária nas Américas até 1968.

⁹⁵ Bosp. *Vacunación Intradérmica contra la viruela por Inyección a Presión*, dic. 1964. p. 537-547. (J. D. Millar & R. R. Roberto, Chefe da Oficina de Luta Antivariólica, Seção de Epidemiologia, Centro de Doenças Transmissíveis do Serviço de Saúde Pública, Secretaria de Saúde, Educação e Bem-Estar dos Estados Unidos e respectivamente da Oficina de Luta Antivariólica, Seção de Epidemiologia, Centro de Doenças Transmissíveis do Serviço de Saúde Pública, Secretaria de Saúde, Educação e Bem-Estar dos Estados Unidos).

redução do número de casos notificados. No Peru não havia registro de casos desde 1954. De acordo com os dados dos países recebidos pela OSP/OMS e então compilados, o número de vacinações antivariólicas notificadas nas Américas em 1961 e 1962 foram cerca de 13 e 15 milhões respectivamente.⁹⁶

Durante a segunda metade de 1960, destacamos a mensagem do Diretor da OPS, em comemoração ao Dia Mundial da Saúde⁹⁷ em abril de 1965, intitulada: “La viruela – Amenaza Constante”. Nessa mensagem a varíola, como o próprio título já indicava, era concebida, pela OSP/OMS, como uma doença que ainda ameaçava constantemente todos os países e regiões do planeta (Bosp, 1965). Assinalava que, mesmo diante de todos os esforços – despendidos pelos governos junto a OSP/OMS e a outras instituições – e que, apesar da grande diminuição da sua incidência em várias partes do mundo e no próprio continente americano, a varíola ainda naquele momento aparecia em muitos países como causa de morte (no ano de 1963).⁹⁸ Desta forma, era considerada uma doença muito contagiosa, de disseminação muito rápida – pois inclusive antes de aparecerem as manifestações eruptivas que lhe são características a pessoa infectada já propaga o vírus por via respiratória. A importação de casos de varíola para regiões e países já livres da doença aparecia como questão muito importante. Outra questão de peso dizia respeito à importância dos serviços constantes de vigilância epidemiológica para a sua prevenção e controle. Afirmava-se, que a varíola de um modo geral, seguia manifestando-se perigosamente em uma série de eventos epidêmicos.

De forma geral, a partir da interpretação dos boletins publicados, entre os anos de 1965 e 1975, observa-se que eram apresentados os mesmos informes dos anteriores, através da divulgação do número de casos de varíola registrados nas Américas e em outros continentes. Os boletins enfatizavam a importância da doença e da sua história, a

⁹⁶ Oficina Sanitária Pan-Americana: Pub. Científ. n. 104, ago. 1964.

⁹⁷ Em sete de abril se comemora o Dia Mundial da Saúde, pelo aniversário da Organização Mundial de Saúde, data que entrou em vigor sua Constituição. Para comemorar o Dia Mundial da Saúde, a cada ano são organizados, em quase todos os países atos comemorativos de diversas formas, normalmente com o comparecimento das autoridades nacionais ou locais, com a Cooperação dos Comitês Nacionais da OMS entre outras. No que se refere à OMS, ela a cada ano compila e distribui material informativo sobre o tema (Bosp, abril, 1965).

⁹⁸ Nesse ano foram notificados mais de 100.000 casos de varíola que ocorreram aproximadamente em 40 países com mais de 25.000 falecimentos pela doença, entre eles o Brasil, a Colômbia, Equador e Peru nas Américas; Suécia, Polônia, Alemanha e Suíça na Europa; Afeganistão, Índia, Indonésia, Nepal e Paquistão na Ásia; e o Congo, Mali, Nigéria e Tanganyica na África.

variolização, a vacinação e a gravidade da doença, além das suas formas de difusão e a necessidade de um programa sistemático de vacinação para evitar a propagação da doença. Divulgavam que os programas de vacinação antivariólica – iniciados em fins da década de 50 (1950 na OSP e 1958 na OMS) – estavam reduzindo sensivelmente a incidência da varíola no mundo, já no início da década de 60, retificando a fundamental colaboração entre os governos, a OPAS e a OMS para a execução e o êxito dos programas. Reforçavam a necessidade da erradicação da varíola e das campanhas nacionais e o perigo da reintrodução da varíola em alguns países da Europa, Ásia e América do Norte tornando-se uma ameaça mundial.

Foi estabelecido um clima de responsabilidade aos governos dos países, onde a doença ainda existisse, pela reintrodução dessa doença em países já livres. A erradicação da varíola deveria ser prioridade de todos os governos, ainda que outras doenças fossem mais problemáticas. Havia um direcionamento da OSP/OMS, cada vez mais impositivo, para a contínua redução da incidência de casos. Ou seja, o cerco se fechava em direção à erradicação da varíola. A campanha de erradicação, dirigida pela OMS a partir de 1963, reduziu a incidência da doença no mundo para cerca de 1/5 dos casos (de 500.000, em 1951, para 100.000, em 1963). No continente americano, em 1948, foram notificados 30.000 casos e, devido aos programas empreendidos nos vários países, em 1966, apenas 3.000 foram notificados.⁹⁹

A 19^a Assembléia Mundial de Saúde,¹⁰⁰ realizada em maio de 1966, em Genebra, na Suíça, em acordo com as proposições expostas, adotou entre suas principais resoluções assuntos relacionados aos programas e orçamentos sanitários. No que tange a varíola foi solicitado que o Diretor Geral da OMS, em colaboração com todos os países-membros, tomasse as medidas necessárias para conduzirem um programa mundial de erradicação da varíola.¹⁰¹ O planejamento desse programa previa a duração de 10 anos, a partir de 1967. Nesse sentido, obedecendo às necessidades da sua intensificação, foi

⁹⁹ A maior parte dos boletins revela que os esforços que estavam sendo realizados, e que antecederam a Campanha de Erradicação da Varíola de 1966, estavam surtindo efeitos positivos, diminuindo o número de casos notificados no mundo. Na comemoração do aniversário da OMS, em 1965, se elegeu como tema para ressaltar os problemas e necessidades mundiais, “A Varíola: ameaça constante”, com a finalidade de lembrar que a varíola continuava sendo uma ameaça em todo o mundo, apesar de se dispor da vacina.

¹⁰⁰ Actas Of. Org. Mund. SALud, 151, 1966.

¹⁰¹ Em relação à malária, a Assembléia também aprovou algumas resoluções em relação a necessidade de intensificação dos programas de erradicação dessa doença, e fez várias solicitações aos países membros.

decidido que seriam incorporados, ao orçamento ordinário da OMS, os gastos de sua participação no programa. Ficou também decidido que a OMS solicitaria aos países que pretendessem organizar ou intensificar os programas de erradicação da varíola, que tomassem as medidas necessárias para executá-lo. Nessa oportunidade, a OMS solicitou aos países membros e as entidades multilaterais e bilaterais que facilitassem a ajuda material para a execução dos mesmos.¹⁰²

Em outubro de 1966, foi realizada a 17^a Conferência Sanitária Pan-Americana, em Washington, D.C., Estados Unidos. Esta conferência assinalou que a erradicação da varíola era um dos objetivos principais da Organização. Sendo assim, reiterou as recomendações feitas pela 19^a Assembléia Mundial de Saúde, reforçando a importância dos programas de manutenção, nas regiões onde a varíola já havia sido eliminada e a continuidade e melhoria dos serviços de vigilância epidemiológica, a fim de que essa doença fosse erradicada. Foi recomendado aos governos, especial cuidado na preparação da vacina antivariólica, a fim de que a potência e a pureza fossem asseguradas, de acordo com as normas internacionais. Ainda em relação às vacinas foi solicitada aos governos a utilização dos serviços de laboratórios de referência.

Destacam-se, para o período, os esforços despendidos na erradicação da malária e da varíola, no aumento da esperança de vida, no abastecimento de água em zonas urbanas e na luta contra diversas doenças transmissíveis, como a febre amarela, tuberculose, doenças entéricas, hanseníase e poliomielite. Em relação ao destaque dado à malária, o Diretor da OPAS, afirmava que a população das zonas originalmente infestadas pela malária, em 1956, ultrapassava os 88 milhões, e que, em fins de 1965, havia aumentado para 104 milhões.¹⁰³

Nesses dois fóruns internacionais, a varíola ainda aparece como grave doença exantemática que não reconhece fronteiras. Considerava-se a vacina como a única medida eficaz contra a infecção. Observaram sua gravidade pela extrema contagiosidade e pela rápida proliferação o que tornava a vacinação e a revacinação ações extremamente importantes para manter a imunidade da população. A vigilância

¹⁰² Resolução WHA19/16.

¹⁰³ Quanto à erradicação da varíola, em 1962 9.719 casos foram notificados nas Américas; 7.126 em 1963; 3.218 em 1964; e 1.547 no ano de 1965. Desapareceu do México em 1952, e salvo alguns casos isolados não se manifestou desde então nos demais países da América do Norte e Central. Na América do Sul a varíola ainda existia no ano de 1966, principalmente no Brasil, Argentina, Colômbia, Paraguai e Peru (Bosp, 1966).

epidemiológica,¹⁰⁴ como registrado no início da década, adquiria mais destaque e era considerada etapa fundamental durante o desenvolvimento da fase de ataque e na fase de manutenção. Ela se constituiria em um dos grandes alicerces para o processo de erradicação continental e mundial da varíola. Destacamos que essa década seria profícua quanto aos debates sobre a necessidade de organização de sistemas nacionais de vigilância epidemiológica.

As discussões sobre a produção da vacina antivariólica, sobre a existência e a capacidade de produção, com a qualidade exigida – a fim de satisfazerem as demandas dos programas nacionais de erradicação – são temas que continuavam ocupando lugar importante nas agendas internacionais. Sobre a vacina, especificamente, se considerava a vacina liofilizada um agente imunobiológico bastante estável na maioria das condições de ambiente. Sobre as técnicas de vacinação, utilizando-se os métodos de escarificação e multipressão, considerava-se que ambos os resultados surtiam bons resultados. Contudo, o emprego de injetores a pressão na aplicação da vacina liofilizada reconstituída vinha apresentando excelentes resultados, tanto em relação ao número de “pegas” nos primovacinação, como também na uniformização da técnica de aplicação tornando-se desnecessário o acompanhamento e controle posterior dos vacinados. Uma outra questão sobre a vantagem desse método referia-se ao número de vacinações que poderiam ser alcançados por dia. O número vacinação/dia era infinitamente superior ao injetor manual (bomba de mão). Ainda que apresentasse um elevado custo, o emprego do injetor à pressão nas campanhas antivariólicas era bastante proveitoso, pois entendia-se que deveriam ser realizadas o máximo possível de vacinações/dia para que não deixasse de ser econômico. O trabalho “Eradication of Smallpox in the Américas” (1968), mostra que num período de cinco anos (1964-1968), o número de casos notificados nas Américas baixou 53.8% em relação aos cinco anos anteriores. Dos 3.847 casos notificados em 1968, a maioria ocorreu no Brasil.

A OPAS, desde 1949, vinha expressando interesse no problema da varíola e na sua erradicação. Juntamente com a OMS vinha estimulando os países a cooperarem na luta contra a doença. Foram realizados acordos com os governos da Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Paraguai, Peru e Uruguai, e já em 1968 esses países

¹⁰⁴ A importância dos serviços de vigilância epidemiológica é assinalada também em relação às fronteiras entre os países, com objetivos claros de impedir casos importados, como também de re-infectar áreas já livres da doença.

tinham completado ou iniciado a campanha de erradicação. Entre 1967-1968 a assistência financeira dada pela OMS/OPAS aos países da América foi empregada em atividades de organização dos laboratórios para produção de vacina suficiente e de boa qualidade, suprimento de veículos e alimentação, e instalação de serviços de consultoria em epidemiologia e estatística.

No ano de 1969, o combate às doenças transmissíveis constituía-se, ainda, ponto importante nas agendas nacionais e internacionais, ainda que doenças distintas ocupassem lugar prioritário nas agendas sanitárias nacionais. A OPAS/OMS continuavam desenvolvendo programas visando o controle e a prevenção de muitas delas. As doenças transmissíveis consideradas mais importantes do ponto de vista internacional, de acordo com a OPAS/OMS, era a varíola, a poliomielite, a tuberculose, a lepra, a esquistossomose, a doença de Chagas, as doenças venéreas e algumas zoonoses a exemplo da raiva, brucelose, tuberculose animal, entre outras.

Nesse fim de década, a varíola estaria muito presente nas agendas dessas organizações, através dos inúmeros aspectos que envolviam os programas de erradicação. Suscitaria várias reflexões e debates, em relação ao planejamento de programas e campanhas sanitárias. O profissional de saúde era um elemento percebido como peça importante nos programas sanitários, pois seria através dele que a saúde iria depositar a esperança do sucesso das campanhas de erradicação. O final da década e a seguinte marcariam a vida e a trajetória de muitos profissionais de saúde, pois através de incentivos e interesses nacionais e internacionais se especializariam e migrariam para os vários setores da saúde pública.

Nos anos 70, obedecendo, inclusive os argumentos presentes, são demonstrados, constantemente, os programas que estavam em andamento, as conquistas conseguidas, os programas que já haviam sido concluídos, mantendo a sua fase de manutenção e vigilância, como também os programas que deveriam reiniciar ou mesmo serem deflagrados. No início da década de 1970 a OMS assinalou uma queda de 30% no número de casos registrados de varíola em relação ao ano anterior. Ressalta-se que essa espetacular diminuição do número de casos registrados é observada, especialmente no Brasil, que obteve 60% de redução. Já na Argentina, foram assinalados 24 casos de varíola, procedentes do Brasil, porém, observa-se que, desde dezembro de 1967, não se

registrava nenhum caso.¹⁰⁵

A OPAS, em 1974, em seu Informe Epidemiológico Semanal, sobre a Campanha Mundial de Erradicação da Varíola enfatizava a necessidade de continuar a vacinação e a vigilância epidemiológica nas Américas, pela possibilidade de sua reintrodução no hemisfério ocidental, solicitando às autoridades de saúde que continuassem os programas de manutenção e de vigilância epidemiológica. Segundo o Informe, os casos notificados de varíola pela OMS, em janeiro de 1974, foram de 132.339, correspondentes ao ano de 1973, sendo o dobro do total notificado em 1972. Segundo o documento isso se deveu principalmente à incidência da varíola na Índia e Bangladesh. Apesar deste quadro houve uma diminuição progressiva dos casos numa perspectiva mundial. Em agosto de 1973, uma Comissão Internacional revisou detalhadamente a natureza e extensão das atividades do Programa de Erradicação da Varíola e declarou que a varíola havia sido erradicada das Américas, sendo a primeira área mundial a ter a doença erradicada.

No Bosp de 1975, a crônica em comemoração ao Dia Mundial da Saúde, em 07 de abril de 1975, que tinha como tema “Varíola: impossível retroceder”, a varíola aparecia como um grande problema de saúde pública e vinha reforçar a idéia do sucesso da campanha de erradicação. Contudo, ao mesmo tempo, objetivava chamar atenção dos países para a responsabilidade que se tornava maior à medida que se aproximava a conquista da meta mundial de erradicação da doença. A OPAS e a OMS afirmavam que, as conquistas naquele momento, deveriam dar continuidade às ações de vigilância. Reafirmava-se a questão da experiência vitoriosa da campanha como modelo a ser aplicado para outras doenças transmissíveis. Exalta-se a importância que tiveram os conhecimentos médicos e tecnológicos, e os métodos utilizados para a conquista da erradicação. Destaca-se a importância da cooperação internacional como algo possível e eficaz.

A publicação da OMS “The Global Eradication of Smallpox – Final Report of the Global Commission for the Certification of Smallpox Eradication, 1980”, fornece um panorama mundial da campanha através dos seguintes tópicos: a história da varíola, da variolização e da vacinação; características clínicas e diagnósticas da varíola; epidemiologia da varíola; envolvimento internacional no controle e erradicação;

¹⁰⁵ WHO. *Weekly Epidemiological Record*, 45(44): 487-489, 1970.

estabelecimento da intensificação do programa de erradicação da varíola; estratégias na intensificação do programa de erradicação; implementação do reforço no programa de erradicação; surtos de varíola em áreas não endêmicas; o certificado de erradicação; “monkeypox” humano; fontes possíveis para o retorno da varíola e recursos internacionais para a intensificação do programa de erradicação.

Nesse documento percebemos que é através da importância que teve a doença em outros momentos da história, e por suas características clínicas e epidemiológicas, que a sua gravidade é afirmada, principalmente pela possibilidade da entrada em áreas já livres da doença. É estabelecida uma forte ligação entre o que a varíola representou historicamente para a saúde pública e o que ela representava à época da campanha. Através de tabelas construídas com os números de casos notificados no mundo, independente da forma em que a doença se apresentava (*major* ou *minor*), foi construído o discurso de que ela constitui um grave problema de saúde pública globalmente.

Segundo a publicação, na metade da década de 1960, a varíola não era mais endêmica na Europa, em grande parte da Ásia, e na América do Norte e Central e, em alguns países como o Brasil, existia apenas a forma *minor*. Sendo assim, era necessário ressaltar o potencial de gravidade da doença com os exemplos do passado e o grande desperdício de recursos e os riscos crescentes de se manter indefinidamente a vacinação em áreas não endêmicas, para justificar a adoção da estratégia de campanha.¹⁰⁶

O Brasil foi o último país a possuir varíola no início da década de 1970, segundo dados oficiais. Porém, em abril de 1971, foi registrado o último caso de varíola no país. Os serviços de manutenção e vigilância continuaram mais solicitados e aprimorados. No ano de 1973 a OMS certificou a erradicação da varíola nas Américas e, posteriormente, em nível mundial. Foi registrado o último caso de varíola na Somália em outubro de 1977. No ano de 1980 a OMS certifica a erradicação global da varíola.

O discurso que fundamentou e legitimou o Programa Continental e o Programa Mundial de Erradicação da Varíola, respectivamente na OPAS (1950) e na OMS (1958), segundo informações dos Bosp – incluindo a análise de algumas Conferências Sanitárias Pan-Americanas e Atas das Assembléias Mundiais de Saúde, além de outros documentos produzidos pela OPAS e OMS – pautou-se objetivamente em alguns pontos

¹⁰⁶ Ver o trabalho de Gazêta (2001).

favoráveis à erradicação. Os principais seriam: a existência de uma vacina eficaz; o homem como o único reservatório do vírus; o comportamento epidemiológico do vírus e também a argumentação de caráter econômico, onde a lógica do erradicar era mais econômica do que prevenir e controlar, além de diminuir a chance de reinfecção em regiões já livres da varíola.

Juntos, todos esses fatores fundamentaram os programas de erradicação da varíola. A varíola *construída* nesses fóruns internacionais se aproxima da varíola do final do século XIX e início do século XX. Ainda que não tenha sido única em sua forma, e que não tenha apresentado um comportamento linear, em todas as regiões onde se apresentava, a varíola da década de 1960 e 1970, conseguiu se impor nas agendas. Acabou sendo considerada pelos países como questão sanitária de peso internacional, estimulando ações e direcionando verbas; formando e especializando profissionais de vários; estruturando serviços e formas de pensar a doença e também de lidar com ela. A varíola, ao ser protagonista no cenário mundial de erradicação, carregou consigo o entendimento do que seria a saúde em seu aspecto internacional. Ainda que a sua erradicação represente, do ponto de vista da saúde pública e da medicina uma vitória, nos parece que o que ficou dela, talvez, tenha sido o peso suficiente para modificar o que se tinha até então como estratégias de controle no campo sanitário.

5.3. REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO 5

5.3.1. Fontes primárias

1950

BOSP. Editorial. *Hacia La Erradicación de la Viruela em Las Américas*, oct. 1950. p. 1077-1082.

BOSP. Consultas. *Viruela Diciembre*, 1950.p. 1317.

BOSP. Organización Sanitária Panamericana. Conferencia de Villavicencio. *Acuerdo sobre Salubridad Fronteriza firmado em la Conferencia Celebrada al Afecto por los representantes del Brasil, Colômbia, Equador, Peru Y Venezuela*, May. 1951. p. 642-651.

BOSP. Editoriales. *Campana Continental contra a viruela*, Febr. 1952. p. 165-167.

BOSP. *El Nuevo Reglamento Sanitario Internacional*, Febr. 1952. p. 168-9.

BOSP. Editoriales. *Control de las Enfermedades Transmisibles*, Febr. 1952. p.255-258.

BOSP. *El Dia Mundial de la Salud*, may. 1952. p. 406-411.

BOSP. *Papel de um Organismo Internacional de Salubridad em el Domínio de las Enfermedades Transmisibles*, jul. 1952. p. 28-33. (Trabalho apresentado na Décima reunião Anual da Associação Fronteira Mexicana-Estadunidense de Saúde, Monterrey, 24-27 de março, 1952. Por Miguel E. Bustamante, Médico e Doutor em Higiene. Secretário Geral da Oficina Sanitária Panamericana, washington, D.C.)

BOSP. *Programa de vacunacion antivariólica em Venezuela*. p.135

BOSP. *Los Primeros Cincuenta años de la Oficina Sanitária Panamericana*, año 31, n. 6v. XXXIII, dic. 1952. p.471-531

BOSP. *Viruela*, mar. 1953. p. 291-2. .

BOSP. *Viruela*, jul. 1953. p. 92-5.

BOSP. Actualidades Médicas y Sanitárias. Revistas. *Viruela*, jun. 1956. p. 595-600.

BOSP. *El Concepto de Erradicacion de las Enfermedades Transmisibles*, año 36, v. XLII, n. 1: 1-5, en. 1957.

BOSP. *Métodos para la formulación de planes nacionales de Salud Pública*, en. 1957. p. 6-21.

BOSP. *Procedimiento para la manufactura de vacuna antivariólica glicerizada, utilizado por la División de laboratorios del Departamento de Sanidad de Michigan*, año 36, v. XLII, n. 2: 109-125.. Febrero, 1957.

BOSP. *Vacuna Antivariólica desecada em el Peru*, año 36, v. XLII, n. 2: 126-131, febr. 1957.

BOSP. *Preparación, estandarización y Empleo de Una vacuna Antivariolica Desecada, Estable y Purificada*, año 36, v. XLII, n. 2: 132-137, febr. 1957.

BOSP. *Preparación de vacuna antivariólica cultivada em la membrana corioalantoica de embrion de pollo*, año 36, v. XLII, n. 2: 138-146, febr. 1957.

BOSP. *Pruebas de Inocuidad, Pureza Y Actividad de las vacunas Antivariólicas*, año 36, v. XLII, n. 2: 147-152, febr. 1957.

BOSP. *Dignostico de laboratorio de la Viruela*, año, 36, v. XLII, n. 2: 153-159, febr. 1957.

BOSP. *Informe sobre la Campana de vacunacion Antivariólica Efectuada durante el periodo Ocutubre 1950-Diciembre 1955*, año 36, v. XLII, n. 2: 160-166, febr. 1957.

BOSP. *Seminario de vacunacion antivariolica. Discusiones, recomendaciones y votos*, año 36, v. XLII, n. 2: 167- 172, febr. 1957.

BOSP. Editorial. *Seminário de Vacunacion Antivariólica*, año 36, v. XLII, n. 2: 191-192, febr. 1957.

BOSP. Actualidades Médicas y Sanitarias. Revistas. *Viruela*, año 36, v. XLII, n. 2: 193-200, febr. 1957.

BOSP. *Información General. Dia Mundial de La Salud*, abr. 1958. p. 358-362.

BOSP. *Um año de progreso em el Control de las enfermedades transmissibles*, oct. 1958. p. 294-299.

BOSP. Actualidades Médicas e Sanitarias. Revistas. *Viruela*, oct. 1958. p. 341-344.

BOSP. *El Control residual de las Enfermedades Transmissibles*, año 38, v. XLVI, n. 3:

203-212, mar. 1959. De forma geral o Justin M. Andrews. Diretor do instituto nacional de Alergia e Doenças Infecciosas.

BOSP. *Viruela*, año 38, v. XLVI, n. 3: 292-295, mar. 1959.

BOSP. *Relaciones entre Salud y Desarrollo Económico*, año 38, v. XLVII, n. 2: 93-100, ago. 1959.

BOSP. *Editorial. El parte de las Organizaciones Internacionales de Salud*, sept. 1959. p. 251-253.

1960

BOSP. *Erradicación de la Viruela*, mar. 1960. p. 207-215.

BOSP. *Medidas de control adoptadas por el servicio nacional de salud ante la aparición de un caso de viruela*, año 39, v. XLVIII, n. 6, jun. 1960.

BOSP. *La Erradicación y el control em la Prevención de enfermedades transmissibles*, año 39, v. XLIX, n. 2: 121-131, ago. 1960.

BOSP. *Actualidades Médicas y Sanitarias. Revistas. Enfermedades Cuarentenables. Viruela*, año 39, v. XLIX, n. 2: 172-178, ago. 1960.

BOSP. *Editorial. Actividades de la OSP/OMS durante 1959*, sept. 1960. p. 265-272.

BOSP. *Problemas de la Educación para la Salud em las Américas*, año 39, v. XLIX, n. 4: 309-314, oct. 1960.

BOSP. *Programas de Salud como Componentes del desarrollo económico em las Américas*, año 39, v. XLIX, n. 5: 403-409, nov. 1960.

BOSP. *Editorial. La XII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la salud, Comitê Regional de la Organización mundial de la Salud.*

BOSP. *Acta de Bogotá. Medidas para el mejoramiento social y el desarrollo económico dentro del marco de la operación panamericana*, jul. 1961. p. 76-80.

BOSP. *Información General. Tercera Conferencia Anual de la Sociedad para el Fomento Internacional*, ago. 1961. p. 175-178.

BOSP. *La epidemiologia em la América Latina*, año 40, v. LI, n. 3: 191-194, sept. 1961.

BOSP. *Planificación del desarrollo económico y social em la América Latina*, año 40,

v. LI, n. 5: 379-386, nov. 1961.

BOSP. *El Desarrollo y el Bienestar Social*, año 40, v. LI, n. 5: 387-389, nov., 1961.

BOSP. Editorial. *La Organización Panamericana de la Salud y la Carta de Punta del Este*, nov. 1961. p. 471-472.

BOSP. Información General. *Reunion de Punta del Este, Uruguay*, nov. 1961. p. 473-475. De 5 a 17 de agosto de 1961. Punta del Este, Uruguay.

BOSP. Editorial. *La Salud, componente del desarrollo económico*, dic. 1961. p. 545-559.

BOSP. Organización Panamericana de la Salud. *Información General*, p. 571-591.

BOSP. Información General. *Día Mundial de la Salud*, abr. 1962. p. 351-362.

BOSP. La evaluación del impacto económico de las actividades sanitarias. Enero, 1962. p. 25-39.

BOSP. *Comentarios sobre el trabajo "La evaluación del impacto económico de las actividades sanitarias"*, en. 1962. p. 40-45.

BOSP. *La aceleración del crecimiento económico e el mejoramiento de la salud em los países insuficientemente desarrollados*, en. 1962. p. 46-56.

BOSP. *Comentarios sobre el trabajo "La aceleración del crecimiento económico y el mejoramiento de la salud em los países insuficientemente desarrollados"*, en. 1962. p. 57-59.

BOSP. *Comentarios sobre el trabajo "La aceleración del crecimiento económico e el mejoramiento de la salud em los países insuficientemente desarrollados"*, en. 1962; p. 60-62.

BOSP. *Informe de las Discusiones Técnicas sobre los Métodos de Evaluación de los aportes de los programas de salud al desarrollo económico*, en. 1962. p. 63-64.

BOSP. *Observaciones relativas a la clasificación e interpretación de la respuesta a la vacunación antivariólica*, oct. 1962. p. 317-329.

BOSP. Editorial. *La Salud Publica y el esfuerzo cooperativo en el progreso económico y social*, nov. 1962. p. 435-445.

BOSP. Editorial. *Sesenta años al servicio de la salud en las Américas*, año 41, v. LIII, n. 6: 473-474, dic. 1962.

BOSP. *Vision general del periodo 1958-1961 y sus proyecciones*, Año 41, v. LIII, n. 6: 475-496, dic. 1962.

BOSP. *La Organización Mundial de la Salud y la Salud e la Universidad en la Salud Internacional*, año 41, v. LII, n. 5: 375-377, may. 1962.

BOSP. Editorial. *Cuarenta años al servicio de la salud*, maio de 1962. p. 437-438.

BOSP. *Experiencias derivadas de los fracasos en la erradicación*, en., 1963. p. 7-10. (J. Austin Kerr. Médico da Fundação Rockefeller. Nova York, Estados Unidos. Manuscrito recebido em janeiro de 1962. Foi publicado simultaneamente em inglês no American Journal of Public Health.)

BOSP. *Informe de las actividades del centro latinoamericano de la clasificación de enfermedades en relación con la revisión de 1965*, año 42, v. LIV, n. 2: 93-100, febr. 1963.

BOSP. *Información General. Sexagésimo Aniversario de la Oficina Sanitaria Panamericana*, mar. 1963. p. 260-262.

BOSP. Información General. *El Dia Mundial de la Salud*, abr. 1963. p. 342-359.

BOSP. *Las diferencias del virus de alastrim*, May. 1963. p. 419-423. (Dr. A. L. Briceño Rossi. Diretor do Instituto Nacional de Higiene, Venezuela.)

BOSP. *Dia Mundial de la Salud*, May. 1963. p. 411. (Mensagem do Presidente dos Estados Unidos, John Kennedy, como motivo do 15^o. Aniversário da Organização Mundial de Saúde, enviando uma mensagem de apoio a esta Organização pela luta global contra a fome.)

BOSP. Reunión de Ministros de Salud – Grupo de Estudio. *Informe Final*, año 42, v. LV, n. 1: 1-47, jul. 1963.

BOSP. *Erradicación em las Américas de los invasores africanos Aedes aegypti y Anopheles gambiae*, año 42, v. LV, n. 3: 259-266, sept., 1963.

BOSP. Información General. *Vigilancia de la varicela en Estados Unidos*, nov., 1963. p. 559.

BOSP. Organización Mundial de la Salud. *Contribución del Vaticano a la Campana Mundial contra la malaria*, oct., 1963. p. 456-457.

BOSP. *El ordenamiento administrativo en la salud*, año 42, v. LV, n. 6: 577-585, dic. 1963.

BOSP. *La erradicación de enfermedades como factor económico*, año 42, v. LV, n. 6: 608-616, dic. 1963.

BOSP. *El uso de Globulina Gamma antivaccinia hiperinmune en el tratamiento de la viruela*, año 42, v. LV, n. 6: 617-623, dic. 1963.

BOSP. *Información General. Organización Panamericana de la Salud*, año 42, v. LV, n. 6: 649-661, dic. 1963.

BOSP. Actualidades Médicas y de Salud. Revistas. *Enfermedades infecciosas agudas*, mar. 1964. p. 257-258.

BOSP. Actualidades Médicas y de Salud. Revistas. *Enfermedades Cuarentenables*, mar. 1964. p. 258-259.

BOSP. Información General. *Contribución de Estados Unidos a programas de la OMS*, mar. 1964. p. 292.

BOSP. *Perspectivas de Erradicación de la Tuberculosis*, mar. 1964. p. 340-342.

BOSP. *¿Es posible erradicar la tuberculosis?*, mar. 1964. p. 343-347.

BOSP. Editoriales. *Lucha sin tregua contra la tuberculosis*, mar. 1964. p. 368-371.

BOSP. Información General. *Día Mundial de la Salud*, may. 1964. p. 527-529.

BOSP. *Campana de erradicación del Aedes aegypti en Estados Unidos*, may. 1964. p. 530.

BOSP. *Evaluación de Programas de Salud*, ago. 1964. p. 112-116.

BOSP. *Integración de los Programas de Salud en Política de Desarrollo*, ago. 1964. p. 117-138.

BOSP. Información general. *XV reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la salud*, nov. 1964. p. 496-536.

BOSP. *Vacunación Intradérmica contra la viruela por Inyección a Presión*, dic. 1964.

p. 537-547. J.

BOSP. *Actualidades Médicas y de Salud. Enfermedades Cuarentenables*, dic. 1964. p. 584-586.

1940

BOSP. Duodécima Conferencia Sanitária Panamericana. *Acta Final*, año 26, n. 3: 193-216, mar. 1947.

BOSP. *Organización de la Campana Antivariolosa en México – sus resultados*, abr. 1947. p. 333-339.

BOSP. *Preguntas y respuestas sobre vacunación antivariólica (dedicadas a las enfermeras)*, may. 1949. p. 487-498.

BOSP. Editorial. *Viruela en las Américas*, sept. 1949. p. 957-963.

BOSP. *The rôle of immunizations in the Health Programs*, apr. 1948. p. 272-282.

BOSP. *Actividades de salubridad internacional em las Américas*, sept. 1948. p. 798-805.

1930

BOSP. *Viruela*, en. 1930. p. 13-18.

BOSP. Crónicas. *Viruela*, feb. 1930. p. 150-152.

BOSP. *Pequena historia da febre amarella no Brasil*, p. 329-338, 1930. BOSP. *Viruela*, apr. 1930. p. 396-398.

BOSP. *Resumen de enfermedades transmisibles*, may. 1930. p. 633-644.

BOSP. *A Febre Amarela no Rio*, jun. 1930. p. 757.

BOSP. *A Cholera Asiática e a Imigração Japonesa para o Brasil*, jun. 1930. p. 757-761.

BOSP. *A Hygiene Mental no Brasil*, jun. 1930. p. 761-762.

BOSP. *A Saúde Pública no Estado de São Paulo*, jul. 1930. p. 885-893.

BOSP. *Resumen de enfermedades transmisibles*, Jul. 1930. p. 903-912.

BOSP. *A Saúde Pública na Bahia*, ago. 1930. p. 1005-1011.

- BOSP. *A Saúde Pública no Pernambuco*, sept. 1930. p. 1151-1153.
- BOSP. Crônicas. *Viruela*, sept. 1930. p. 1082-1085.
- BOSP. *Resumen de Enfermedades transmisibles*, sept. 1930. p. 1169
- BOSP. Editoriales. *A Sanidad Internacional em lãs Américas*, oct. 1930. p. 1237-1238.
- BOSP. *Typos e Organização sanitária applicaveis ao Brasil*, oct. 1930. p. 1257-1259.
- BOSP. *A Saúde Pública no Brasil*, nov. 1930. p. 1389-1394.
- BOSP. *Tablas*, nov. 1930. p. 1407-1414.
- BOSP. *Erradicación de la Febre Amarilla*, año 9, n. 12: 1415-1419, dic. 1930.
- BOSP. *O Diagnóstico da Saúde*, dic. 1930. p. 1493-1504.
- BOSP. *Noticiário Brasileiro*, dic. 1930. p. 1504-1508.
- BOSP. *Tablas*, dic. 1930. p. 1516-1524.
- BOSP. *Viruela*, en. 1931. p. 36-39.
- BOSP. *A Saúde Pública no estado do Rio de Janeiro*, en. 1931. p. 111-118.
- BOSP. *Tablas*, en. 1931. p. 130-137.
- BOSP. Editoriales. *Segunda Conferencia Panamericana de Directores de Sanidad*, febr. 1931. p. 214.
- BOSP. *A Saúde Pública no Brasil*, febr. 1931. p. 257.
- BOSP. *Noticiário Brasileiro*, febr. 1931. p. 258-262.
- BOSP. *Tablas*, febr. 1931. p. 271- 280.
- BOSP. *Viruela*, mar. 1931. p. 338-342.
- BOSP. *Poliomielitis*, mar. 1931. p. 342-346.
- BOSP. Editoriales. *Cuando cesa uma Localidad de hallarse Contaminada*, mar. 1931. p. 347-348.
- BOSP. Notas y Revistas. *Organización y Administración Sanitária*, mar. 1931. p. 355-360.
- BOSP. Notas y Revistas. *Boletines nacionales e Internacionales de Sanidad*, mar. 1931.

p. 360-361.

BOSP. Notas y Revistas. *Demografía*, mar. 1931. p. 361-368.

BOSP. *Noticiário Brasileiro*, mar. 1931. p. 389-398.

BOSP. *Noticiário Brasileiro*, abr. 1931. P. 515-524.

BOSP. *Tablas*, abr. 1931. p. 532-540.

BOSP. Editoriales. *Conferencias Panamericanas de Sanidad*, may. 1931. p. 637.

BOSP. Editoriales. *II Conferência Panamericana de Directores nacionales de Sanidad*, may. 1931. p. 637-639.

BOSP. *Febre Amarella e Febre Typhoide no Rio de Janeiro*, may. 1931. p. 669-671.

BOSP. *Noticiário Brasileiro*. May. 1931.

BOSP. *II Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad*, año 10, n. 6: 695-711, jun. 1931.

BOSP. *A Fundação Rockefeller na Campanha Contra a Febre Amarella no Brasil*, jun. 1931. p. 801-804.

BOSP. *Organização Sanitária do Distrito Federal do Brasil em 1935-36*. Febr. 1938. p. 124-128.

BOSP. *A Saúde Pública em São Paulo*, mar. 1938. p. 227-229.

BOSP. *A Saúde Pública no Estado do Rio de Janeiro*, año 17: 287-291, abr. 1938.

BOSP. Editoriales. *Sanitaria Panamericana*, abr. 1938. p. 352-353.

BOSP. *Serviços Federais de Saúde no Brasil*, año 17, n. 6: 479-494, jun. 1938.

BOSP. *Viruela*. Sept. 1938. p. 826-832.

BOSP. *Actas y Resoluciones de la Décima Conferencia Sanitaria Panamericana*, año 17, n. 11: 937-971, nov. 1938.

BOSP. Editoriales. *La X Conferencia Sanitaria Panamericana*, nov. 1938. p. 1028-1030.

BOSP. *X Conferência Sanitária Panamericanan. Ata Final*, dic. 1938. p. 1067-1078.

BOSP. Editoriales. *Día de la Sanidad Panamericana*, en. 1939.p. 64- 66.

BOSP. *Declaración de Principios Americanos*, año 18, n. 3: 205, mar. 1939.

BOSP. Enfermedades Pestilenciales. *Viruela*, may. 1939. p. 507.

BOSP. *Viruela*, Sept. 1939. p. 875-879.

BOSP. *A saúde pública no Brasil*, año 18, n. 10, oct. 1939.

1940

BOSP. *Saúde Pública e Assistência Social em Santa Catarina, Brasil*, febr. 1940. p. 108-111.

BOSP. *A Via Hipodérmica na vacinação Antivariólica*, abr. 1940. p. 357-359.

BOSP. IV Conferência Panamericana de Directores nacionales de Sanidad. *Acta Final*, año, 19, n. 6: 535-543, jun. 1940.

BOSP. *A Via Intradérmica na Vacinação Antivariólica*, jun. 1940. p. 573-575.

BOSP. *Viruela*. Jul. 1940. p. 704-706.

BOSP. *Enfermedades Transmisibles*, ago. 1940. p. 777- 782.

BOSP. *O Serviço de laboratório na profilaxia da peste em São Paulo*, oct. 1940. p. 971-979.

BOSP. *Día Panamericano de la Salud*, año 19, n. 12: 1167, dic. 1940..

BOSP. Cuarta Conferencia panamericana de Diretores nacionales de Sanidad, dic. 1940. p. 1239-1242.

BOSP. *Cuarta Conferencia Panamericana de Directores nacionales de Sanidad*, febr. 1941. p. 134-138.

BOSP. *Viruela*, febr. 1941. p. 166.

BOSP. *Paludismo*, febr. 1941. p. 166-167.

BOSP. *Viruela*, ago. 1941. p. 841-843.

BOSP. *Día Panamericano de la Salud*, año 20, n. 12: 1215, dic. 1941.

BOSP. *A Evolução Científica e Médica no Brasil de Hoje*, dic. 1941. p. 1225-1228.

1942

BOSP. *Viruela*, en. 1942. p. 61-62.

BOSP. Editoriales. *XI Conferencia sanitária Panamericana*, en. 1942. p. 69.

BOSP. Editoriales. *La Cuarentena em la actual hora de crisis internacional*, en. 1942. p. 71-72.

BOSP. *Dia Panamericano de Saúde*, abr. 1942. p. 318-319.

BOSP. *A Saúde Pública no Brasil*, año 21, n. 9: 849-859, sept. 1942.

BOSP. *Viruela*, sept. 1942. p. 906-907.

BOSP. *Undécima Conferência Sanitária Panamericana*, Año 21, n. 11: 1061-1069, nov. 1942.

BOSP. *Higiene Pública no Rio de Janeiro (Distrito Federal)*, nov. 1942. p. 1070-1076.

BOSP. *Public Health in Rio*, nov. 1942. p. 1075-1076.

BOSP. Editoriales. *XI Conferencia Sanitária Panamericana*, nov. 1942. p. 1135-1139.

1943

BOSP. *III Día Panamericano de la Salud*, en. 1943. p. 6-7.

BOSP. Editoriales. *As doenças Transmissíveis no Rio de Janeiro*, en. 1943. p. 66-73.

BOSP. *Undécima Conferencia Sanitária Panamericana*, año 22, n. 3: 193-201, mar. 1943.

BOSP. *Técnicas de Imunização em el Ejército de Estados Unidos*, jul. 1943. p. 607-612.

BOSP. *La Sanidad y la Guerra*, jul. 1943. p. 626-629.

BOSP. Editoriales. *Los problemáticos beneficios de la Guerra*, jul. 1943. p. 642-644.

BOSP. *A saúde Pública no Brasil*, año 22, n. 11: 961-976, nov. 1943.

BOSP. *III Dia Panamericano de la Salud*, en. 1943. p. 6-7.

BOSP. *La Sanidad y la Guerra*, abr. 1944. p. 337-340.

BOSP. *IV Dia Panamericano de la Salud*, may. 1944. p. 391-395.

BOSP. *La Sanidad y la Guerra*, jun. 1944. p. 523-525.

BOSP. *Salud a las Américas*, sept. 1944. p. 786-788.

BOSP. Editorial. *La Fundación Kellogg de Estados Unidos*, sept. 1944. p. 827-830.

BOSP. Consultas. *Uso de terneras para producción de vacuna antivariólica*, oct. 1944. p. 931-932.

BOSP. Notas y Revistas. *Viruela en el recién nacido*, nov. 1944. p. 1030-1031.

BOSP. *La salud pública como problema internacional*, dic. 1944. p. 1065-1071.

BOSP. *Final Act of the Inter-American Conference on problems of War and Peace*, oct. 1945. p. 893-894.

BOSP. *Día Panamericano de la Salud*, año 24, n.1: 1-9, en. 1945.

BOSP. *A saúde Pública no Brasil*, año 24, n. 3: 193-210, mar. 1945.

BOSP. *La Sanidad y la Guerra*, mar. 1945. p. 230-254.

BOSP. Editorial. *Epidemias de la Guerra*, mar. 1945. p. 255-258

BOSP. *Viruela*, may. 1945. p. 455-458.

BOSP. *A saúde Pública no Brasil*, año 25, n. 6: 481-511, jun. 1946.

BOSP. *Viruela*, oct. 1946. p. 937-939.

6. CONCLUSÃO

Esta tese procurou apresentar como a varíola transformou-se em doença objeto de erradicação do governo brasileiro, através da criação da Campanha de Erradicação da Varíola no ano de 1966.

A trajetória dessa doença, vista a partir de seu impacto sanitário e das ações empreendidas pelo Estado brasileiro desde o século XIX até a sua erradicação na primeira metade da década de 1970, revelou que até o início do século XX, a varíola constitui-se como um problema relevante para a saúde pública nacional, especialmente através da presença cíclica de fortes epidemias; estimulando a criação das primeiras instituições que se tornariam responsáveis, em vários aspectos, pelo seu combate, através das funções de produção de vacina antivariólica, como também na realização das atividades de vacinação. Nesse sentido ousamos dizer que a varíola foi principal causadora do surgimento das primeiras ações de saúde pública no país

A partir do século XX, observamos uma contínua ampliação das ações estatais em relação à vacinação antivariólica e à produção da linfa vacínica, contudo, os vários eventos epidêmicos denunciavam o caráter emergencial das ações no campo sanitário, que de forma geral, socorriam tais eventos e constituíam-se espaços provisórios e esparsos. Ainda assim, a varíola desempenhou papel fundamental no processo de estruturação de várias instituições de saúde pública, especialmente em relação a cidade

do Rio de Janeiro e ao Estado de São Paulo.

Ainda durante o século XX a varíola sofrerá muitas intervenções por parte dos governos estaduais e federal, com vistas a combatê-la, porém as campanhas de vacinação antivariólica, se caracterizarão até o início da década de 1960, especialmente como campanhas rotinizadas, nos vários estados e capitais, possuindo ainda, um eminentemente caráter provisório. Quando da necessidade de debelar epidemias de varíola, instituíam-se campanhas com a finalidade de impedir qualquer possibilidade de disseminação e agravamento do quadro epidêmico.

Com o passar dos anos, e mais especificamente, a partir da década de 1930 a varíola, em sua forma grave (*major*), praticamente deixava de existir; entretanto a forma mais branda da doença (*minor*) continuava percorrendo o país, ocasionando vez por outra, surtos localizados. O que indicava uma mudança em seu significado epidemiológico. A presença de surtos ficariam nesses anos, cada vez mais, espaçados; revelando uma varíola que cada vez mais se distanciava da varíola do início do século XX, e mais especificamente, da varíola que foi objeto de campanhas, como as de Oswaldo Cruz.

Desta forma, já no início da década de 1960, a varíola de que falamos e que constitui um dos elementos centrais da nossa análise, é um fenômeno que do ponto de vista epidemiológico já se distancia da varíola do início do século. Essa distância relacionava-se diretamente a majoritária presença de sua forma branda no país e de seu comportamento irregular no quadro sanitário local.

Buscando, entender os motivos que reorientaram mudanças nas políticas públicas sanitárias em relação à varíola visando a sua erradicação no país, através da Campanha de Erradicação da Varíola no Brasil (CEV), criada no ano de 1966; e levando em consideração o seu significado epidemiológico à época, observamos que essa varíola não apresentava mais a relevância para a saúde pública, que teve nos primeiros anos do século XX. Nesse sentido, a sua relevância deveria se relacionar a outras instâncias, que necessariamente não se ligavam a sua nomeação estritamente biológica.

Partindo dessa constatação, analisamos a Campanha de Erradicação da Varíola no Brasil, dentro de um contexto mais amplo, ou seja, através de sua inserção no contexto sanitário internacional, de qual fazia parte, pois essa Campanha foi parte de um programa mundial de erradicação da varíola, proposto pela Organização Mundial de Saúde, no ano de 1958.

A Organização Pan-Americana da Saúde, como Oficina Regional da OMS para as Américas, encampou as resoluções desse Organismo Internacional, e dessa forma vez valer suas premissas no Continente Americano. Objetivando, entender os motivos que orientaram e justificaram o programa mundial de erradicação e sua relação com a Campanha realizada no Brasil, nos enveredamos a analisar os Boletins da Oficina Sanitária Pan-Americana, na tentativa de percebermos o lugar que a varíola ocupou e o papel que desempenhou nos debates e nos estudos contemplados nesses documentos.

A análise dos Boletins da Oficina Sanitária Pan-Americana (Opas/OMS) mostrou a varíola como um problema relevante de saúde pela possibilidade de transmissão, em nível internacional, e por seu potencial epidêmico. Nesse momento verificamos na saúde o que já vinha acontecendo como um fenômeno do pós-guerra, ou seja, um processo de internacionalização de políticas públicas e a formação dos blocos que se confrontam na “Guerra Fria” e que negociam e se articulam através de organizações internacionais, a ONU, OMS, etc . Existia um movimento de ampliação de fronteiras. Um Estado ao elaborar suas políticas de saúde pública e sua agenda, deveria levar em conta questões de cunho internacional. Essa internacionalização da saúde é percebida de forma bastante clara a partir da criação da OMS. A Campanha Mundial de Erradicação da Varíola representa um desdobramento desta visão da saúde como questão internacional. Nesse sentido, ainda que uma doença não seja tão importante, do ponto de vista da saúde pública de um único ou de poucos países, ela pode vir a se configurar como tal, do ponto de vista das relações internacionais.

Percebemos que através da varíola e da vacina antivariólica a saúde se internacionaliza. Nessa perspectiva, a erradicação da varíola consagra a medicina científica e o instrumento vacina mundialmente. A partir do sucesso da erradicação da varíola, e mais especificamente, a partir do final dos anos sessenta, as ações em conjunto para combater a varíola acabam evidenciando um possível caminho para a

saúde mundial.

Nessa perspectiva, o trabalho de Gilberto Hochman (1998)¹⁰⁷, fornece uma grande contribuição para o nosso trabalho, ao propor que o micróbio da doença transmissível (da doença que pega), assume papel relevante tanto no que se refere ao desenho das relações sociais, como também no desenho das políticas de saúde públicas. Assim, doença contagiosa ao promover, de certa forma, como é o caso da varíola, a indistinção entre pessoas, as ações no campo da saúde seriam uma decorrência do encadeamento de seres humanos e sociedades reveladores da dimensão socialista do micróbio. Nesse sentido, estimulariam uma percepção coletiva da sociabilidade de algumas doenças e/ou de alguns agentes patogênicos e interferiam, de certa forma, no próprio sentido e encaminhamento das políticas de saúde pública.

Essa chave analítica de Gilberto Hochman, na qual propõe a interdependência social através do caráter socializante da doença contagiosa, ao considerar que a descoberta de que certas doenças possuem causas necessárias, ou seja, o micróbio, não elimina o reconhecimento da existência de outras variáveis externas à interação humanos-germes, que poderia tanto ajudar como impedir esse encontro. Mas é exatamente na percepção de que tal encontro poderia ser evitado, ou mesmo transformado em uma interação menos prejudicial, que denuncia a necessidade de agir tanto sobre os indivíduos portadores de microorganismos patogênicos, como também impedindo-os de transmiti-los a outros indivíduos, através de ações no campo da saúde pública.

Somam-se ao referencial analítico de Hochman os estudos sobre história da doença observados no nosso primeiro capítulo. Neles mostramos que a doença deve ser concebida como um fenômeno sócio-cultural, que abarca o seu significado

¹⁰⁷ Hochman (1998) utiliza a argumentação feita por Cyrus Edson, médico norte-americano que entusiasmado com as descobertas da bacteriologia“(...) anunciava que a igualdade entre os homens, tão desejada pelos socialistas, estava sendo alcançada não mais por projetos políticos ou por revoluções, mas por organismos vivos infinitamente pequenos, invisíveis ao olho humano: os micróbios, causadores das doenças infecto-contagiosas.5 Os seres humanos seriam iguais ante a ameaça da doença, porque, afinal, “o micróbio da doença não é respeitoso para com as pessoas” (Edson, 1895, p. 425), pouco se importando com o *status*, a classe social, a raça ou o gênero de quem atacava. A doença acabara de igualar e conectar todos os seres humanos e suas comunidades, em uma ampla cadeia de mútua dependência” (Hochman, p. 50).

epidemiológico, porém o extrapola. Um fenômeno que incorpora em si uma complexa rede de relações e de significados que são construídos e resignificados a partir dessas mesmas relações. Utilizando as contribuições de vários estudos e, especialmente o de Charles Rosenberg (1992), podemos cruzar as informações de cunho médico-científico com aquelas que mantêm-se na esfera sócio-cultural. Daí emerge uma nova significação da varíola de meados do século XX. Nosso trabalho procura mostrar que, neste momento, a doença passa a ser aprisionada em uma visão médica, que lhe confere um significado social construído entre o final do século XIX e início do século XX, em desacordo com a realidade epidemiológica da segunda metade deste último século.

Agora, tendo por base analítica as considerações de Rosenberg e Hochman, podemos inferir, que as experiências epidêmicas de varíola experimentadas por várias sociedades ao longo do tempo, construiu um significado dessa doença, com base em seu caráter epidemiológico; ou seja, ela realmente se constituiu um problema sanitário de peso em muitas épocas e momentos, no entanto, a varíola de fins da década de 1950 e da década de 1960 e 1970 não apresentava, do ponto de vista epidemiológico tal relevância. Contudo, a sua relevância do ponto de vista da saúde internacional, se inter-relaciona aos aspectos sócio-culturais, ou seja, ao seu significado social, marcado pela grande importância que teve, e nesse sentido é resgatada e utilizada pelas agências internacionais, justificando a necessidade do programa.

Queremos afirmar, ainda, que a CEV foi uma das respostas possíveis a um direcionamento internacional. Sendo assim, ainda que saibamos que a varíola poderia não ser considerada uma questão prioritária no Brasil, ela passou a se configurar oficialmente como tal, respondendo uma orientação da Organização Mundial de Saúde. A partir da vitória contra a doença, sua importância internacional no campo sanitário é percebida como fator importante para a sanidade mundial. A saúde, ao sair dos limites circunscritos de um determinado país, adquire a partir daí um caráter cada vez mais internacionalizado.

Por fim, nosso trabalho também procurou buscar o resgate da importância institucional da CEV. No que tange a esse aspecto, nos voltamos para o seu legado, procurando demonstrar como o desenvolvimento das noções e estruturas institucionais relativas à vigilância sanitária são tributárias da campanha contra a varíola. Além disso, mostramos

também, como a luta contra essa doença possibilitou a formação de pessoal e estruturas de saúde pública de vital importância no estabelecimento de programas de imunização em massa e de controle de doenças imunopreveníveis no Brasil.